

ANEXO 10**Caso 10. Expediente: CDHDF/II/121/IZTP/18/P1232****Víctima directa: [Víctima directa 10]****Víctima indirecta: [Víctima directa 13]**

1. Nota Médica de las 14:00 horas del 16 de febrero de 2018, signada por la doctora Carla Yaneth Jiménez Jiménez, adscrita a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente (en adelante UMRPVO), dependiente de la Dirección de Servicios Médicos Legales y en Centros de Readaptación Social (en adelante DSMLCRS) de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA, en adelante), de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 10]

[...]

Paciente masculino [...] el cual refiere tener el antecedente de esofagitis y hernia hiatal; el día de ayer acudió al servicio de urgencias por un diagnóstico de cólico vesicular remitido e infección de vías urinarias, el cual se envió a su dormitorio con tratamiento ambulatorio (ranitidina, butilioscina, ampicilina, clonixinato de lisina y difenidol). En este momento acude nuevamente por referir dolor intenso en hipocondrio y epigastrio, que se irradia a cara posterior de tórax derecho, eructos continuos, 1 vomito de contenido biliar, distensión abdominal, meteorismo y flatulencias; posterior a ingerir lentejas. EF: consciente, orientado, regularmente hidratado; cavidad oral con faringe hiperémica +, amígdalas g-0; cardiopulmonar sin compromiso; abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrios timpanismo generalizado, peristalsis presente, Murphy+; puntos ureterales y giordanos + bilaterales. Extremidades sin alteración aparente.

IDx: cólico vesicular/ infección de vías urinarias/ síndrome de intestino irritable.

Plan: se decide ingresarlo a área de hospitalización ver indicaciones.

2. Resumen Clínico de las 23:30 horas del 26 de febrero de 2018, signado por el Doctor Juan Carlos Juárez de la Torre, adscrito al servicio de Urgencias del Hospital General Iztapalapa (en adelante HGI), dependiente de la Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias (en adelante DGPSMU) de la SEDESA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 10]

9

[...]

[...]Se trata de [Víctima directa 10] o [...], quien ingresa a quirófano procedente del servicio de cirugía con los siguientes datos obtenidos de las notas del servicio de cirugía general y urgencias: [...] PA: Paciente enviado del reclusorio varonil oriente con los diagnósticos de síndrome doloroso abdominal al servicio de urgencias de esta unidad hospitalaria el día 19 de febrero de 2018 a las 13:39 hrs referido en nota de urgencias haber iniciado 14 días previos a su llegada a urgencias con dolor abdominal epigástrico e irradiación a marco cólico izquierdo flanco izquierdo acompañado de náuseas y emesis en 4 ocasiones de contenido gastrobiliar e intervenido quirúrgicamente el día 21 de febrero 2018 para LAPE por el diagnóstico de oclusión intestinal, por lo que realizan análisis de adherencias resección intestinal con entero- entero anastomosis término terminal y apendicetomía profiláctica posteriormente ingresa al servicio de cirugía general con evolución tórpida con deterioro orgánico neurológico, hemodinámico, respiratorio, renal y metabólico con probable desequilibrio electrolítico y acidobase con acidosis metabólica y lactacidemia choque séptico y disfunción orgánica múltiple por lo que se decide nueva intervención el día de hoy para LAPE. Cuenta con laboratorios del día 25 de febrero 2018 donde se reporta leucos de 4200 Hb-15 hto- 43.3 plaquetas de 442000, Na 138 K-4.6 Cl- 113 BUN- 29 creatinina de 1.2 AST- 23 ALT- 13 gasometría arterial del día de hoy con Ph de 7.23 Pco2-21 PO2-37 Hco3- 11.3 EB -12.3 satt-58% y una previa por la mañana arterial con pH-7.30PCb2 23 PO2-53 Sat-83% Hco3- 11.3. Paciente ingresa a quirófano a las 20:50hrs con los siguientes signos TA 85/45mmHg. FC 120, FR26 SO2 85%, se inicia procedimiento quirúrgico a las 21:08hrs encontrando como hallazgo oclusión intestinal por torsión a nivel de raíz de mesenterio, necrosis con perforación a nivel de anastomosis, peritonitis fecal generalizada y múltiples zonas isquémicas a lo largo de intestino delgado por lo que se realiza lavado mecánico quirúrgico e ileostomía, así como colocación de bolsa de Bogotá; se coloca catéter central subclavio para continuo manejo de líquidos y medicamentos vasoactivos. Se da hora de término de procedimiento a las 22:32 hrs. El paciente en el postoperatorio inmediato presenta deterioro hemodinámico siendo necesario iniciar vasopresor para mantener hemodinamia y perfusión tisular, sin embargo se presenta mayor deterioro hemodinámico y alteración del ritmo cardiaco y en forma súbita presenta asistolia a las 23:00 hrs por lo que se inicia medidas de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada sin lograr reversión de asistolia (se dan 10 minutos de reanimación cardiopulmonar) por lo que se declara la hora de defunción a las 23:10 hrs del día 26 de febrero 2018 se informa ampliamente a custodio del estado de gravedad y de la defunción del paciente, se da aviso a ministerio público. [...]

3. Resumen clínico de 30 de agosto de 2018, signado por la doctora Nadia Carolina Ángeles Hernández, adscrita a la UMRPVO, dependiente de la DSMLCRS de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

Paciente que acude por primera vez a la consulta externa en la unidad médica en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente en Noviembre de 2014, donde el médico por exploración física diagnostica esquirola en abdomen, a lo que prescribe tratamiento analgésico y envió a cirugía general. En el 2015 acude 10 ocasiones a consulta, en las cuales se valora de urgencia el 02 de Enero de 2015, enviándolo al Hospital General de Tláhuac de urgencia, para descartar perforación intestinal por cuerpo extraño; el cual fue retirado de pared abdominal sin complicaciones. El 16 de Enero de 2015, acude al servicio de urgencias nuevamente por cuerpo extraño en pared abdominal enviándolo a valoración al Hospital General Xoco, al no contar con rayos x, se reenvía a Hospital General Balbuena, sin recibir tratamiento quirúrgico. El 16 de febrero 2015 acude al servicio de urgencias por objeto extraño en abdomen a lo cual es enviado otra vez de urgencia al Hospital General de Xoco, en donde la especialidad de cirugía general descarta resolución quirúrgica, diagnosticando herida por objeto punzocortante no penetrante de abdomen. Posteriormente es valorado en la unidad médica y es enviado para su observación en Torre Médica Tepepan, donde permanece del 17 al 24 de Febrero de 2015, donde se egresa con el diagnóstico de Posoperado de laparotomía exploradora con lesión de yeyuno (realizando cierre primario); indicando antibiótico, analgésico y curación diaria.

El primero de marzo de 2015 es enviado de urgencia al Hospital General de Xoco por autoagresión con un clip en la cual diagnostican trauma no penetrante de abdomen, dándolo de alta con analgésico y antibiótico. Atendido posteriormente en las consultas por reflujo gastroesofágico, onicomicosis y en dos ocasiones por el servicio de dental, en cada una de ellas recibiendo tratamiento oportuno.

En el año 2016 acude en tres ocasiones a valoración médica: en agosto diagnosticando Gastroenteritis probablemente infecciosa y Tiña pedis; en Septiembre por enfermedad ácido péptica, síndrome diarreico probablemente secundario, Tiña pedis y Cefalea probablemente tensional, en Diciembre por Faringitis, Enfermedad ácido péptica agudizada y Onicomicosis; en cada una de ellas con tratamiento específico e Indicaciones.

En el año de 2017 valorado en 11 ocasiones por consulta general diagnosticando: enfermedad ácido-péptica, faringitis aguda, tiña pedis, onicomicosis, cuerpo extraño en abdomen (esquirola) y faringitis con tratamientos establecidos. Acude en el mismo año a valoración por dental en 4 ocasiones con tratamientos, procedimientos e indicaciones específicas.

El 11 de Octubre de 2017 es enviado al Hospital General Rubén Leñero, en donde realizan endoscopia con diagnóstico de Esofagitis erosiva grado A de los Ángeles (hernia hiatal) y gastritis erosiva antral; valorado por consulta (18 de Diciembre de 2017) como seguimiento y envió a Gastroenterología para valoración (cita programada para el 20 de Abril de 2018).

En el 2018 acude el 15 enero para seguimiento y tratamiento de padecimientos base.

Inicia padecimiento el 6 de Febrero de 2018 con dolor abdominal, distensión abdominal y dolor en epigastrio tipo urente, con náusea y vómito en 3 ocasiones de 1 día de evolución, a lo cual se diagnostica enfermedad ácido péptica agudizada y síndrome de colon irritable, recibiendo tratamiento; presentándose los días posteriores indicando cefalea punzante, disuria, poliuria y tenesmo vesical dando como diagnóstico infección de vías urinarias con tratamiento de antibioticoterapia y analgésico; por continuar con sintomatología acude a revaloración por la noche, en donde el médico de guardia diagnostica Probable cólico vesicular, Probable colitis y Probable esofagitis, a lo cual le indica solución y medicamento intravenoso, permaneciendo en observación, dándolo de alta por mejoría clínica posteriormente.

Acude nuevamente el 13 de febrero a valoración por persistir con náusea y vómito, en donde se diagnosticó Síndrome de colon irritable, con tratamiento de analgésico, antibiótico y antiemético. El 15 de Febrero de 2018 acude por continuar con vómito, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho a lo que el médico tratante diagnostica Cólico vesicular e infección de vías urinarias, manteniéndolo en observación y dándolo de alta por mejoría clínica, estableciendo tratamiento a base de antibiótico, bloqueador de los receptores H2, antiespasmódico, antiemético y analgésico; con indicaciones específicas, datos de alarma y cita de seguimiento. Paciente que se presenta de urgencia al día siguiente (16 de Febrero de 2018) por presentar misma sintomatología, ingresándolo para observación a zona de hospitalización, con colocación de sonda nasogástrica, antibiótico, analgésico y bloqueador de receptores H2.

El 19 de Febrero de 2018 por referir dolor intenso en hipocondrio izquierdo que se irradia a cara posterior de tórax del mismo lado y vómito constante de contenido biliar, se decide envío a valoración de urgencia al Hospital General Iztapalapa, con el diagnóstico de Síndrome doloroso abdominal, en donde permaneció reportando que fallece el día 26 de Febrero en dicho hospital.

[...]

4. Resumen Clínico de 18 de octubre de 2018, suscrito por Dr. José Manuel Mendoza González, adscrito al HGI, de la DGPSMU de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 10]

[...]

Se trata de paciente masculino [...] de nombre [Víctima directa 10] quien ingresó al servicio de urgencias el día 19 de febrero del 2018 las 11:56 horas procedente de su centro de reclusión, en la nota de valoración de ese día a las 13:39 horas indica que el paciente procede del Reclusorio Varonil Oriente por síndrome doloroso abdominal, a decir del paciente su cuadro inició 14 días antes con dolor abdominal localizado en epigastrio con irradiación al flanco izquierdo, acompañado de náusea y vómitos en 4 ocasiones de contenido biliar y verdoso que se presentaron desde 10 días antes de su ingreso, refiriendo no canalizar gases por vía rectal y constipación de 6 días de evolución. Negó ser diabético e hipertenso o alergias y solo refirió antecedentes quirúrgicos de laparotomía exploradora 4 años antes por lesión abdominal. [...]. En la exploración se encontró con facies de dolor, sin compromiso respiratorio el abdomen con dolor en el marco cólico izquierdo y los puntos ureterales positivos, Giordano positivo, sin movimientos intestinales. Con los datos clínicos obtenidos se indicó estudio de protocolo por el diagnóstico de Colecistitis Crónica Litiásica, probable oclusión intestinal. Se indicaron radiografías de tórax y abdomen, estudios de laboratorio y se indicó ayuno, soluciones intravenosas, analgésicos, antiespasmódicos, así como medidas generales y sonda nasogástrica.

[...]. Ese mismo día a las 22:00 horas el paciente persistía con dolor del abdomen, signos vitales normales, visualizando drenaje por la sonda nasogástrica de tipo gastrobiliar, el abdomen estaba blando, depresible, con dolor a la palpación, con peristalsis disminuida sin datos de irritación peritoneal, en esa valoración indican ultrasonido abdominal y RX de abdomen, se reporta delicado.

El día 20 de febrero del 2018 a las 9:57 horas el servicio de urgencias indica que el paciente continúa en regulares condiciones generales, deshidratado, sin compromiso cardiopulmonar, el abdomen distendido, con dolor en todo el abdomen con movimientos peristálticos disminuidos, la sonda distensión de asas intestinales, reajusta manejo de líquidos, solicita nueva interconsulta por cirugía nasogástrica drenando fecaloide. El resultado de ultrasonido indica que no se visualiza la vesícula por distensión de asas intestinales, reajusta manejo de líquidos, solicita nueva interconsulta por cirugía general.

El día 20 de febrero del 2018 a las 10:06 horas la nota de valoración por cirugía general indica que se trata de paciente con el antecedente quirúrgico de 4 laparotomías exploradoras de abdomen por lesión por instrumento punzocortante (que ocurrieron hace 20, 15, 10 y 4 años) que en el momento actual condicionaron el cuadro doloroso del abdomen más náuseas y vómitos, sobresaliendo en la exploración signos vitales estables, mucosa seca, sin compromiso cardiopulmonar, el abdomen globoso por distensión de asas y datos de descompresión positiva (irritación peritoneal), la peristalsis abolida, las extremidades sin datos patológicos, los estudios de laboratorio mostraron leucocitosis, hemoglobina normal, electrolitos con potasio bajo, la sonda nasogástrica drenando material fecaloide con desequilibrio hidroelectrolítico, por lo que

consideraron que requería manejo quirúrgico indicando solicitar tipar y cruzar sangre y radiografía de tórax.

El 21 de febrero del 2018 a las 10:00 horas nuevamente es revisado por cirugía general encontrando datos de oclusión intestinal clínicos y radiológicos por lo que indican su paso a quirófano.

El reporte de cirugía del 21 de febrero concluye que se trató de una oclusión intestinal por lo que se sometió a laparotomía exploradora, lisis de adherencias, resección intestinal, entero entero anastomosis + apendicetomía, lavado de cavidad y secado. Los hallazgos fueron de múltiples adherencias asa-asa, asa-epiplón, asa-pared, estenosis de íleon a 70 centímetros de válvula ileocecal, el intestino delgado muy dilatado, la cicatriz quirúrgica antigua muy fibrosa. Estableciendo como pronóstico posibilidad de dehiscencia de anastomosis o fistula por la misma.

El mismo día 21 de febrero del 2018 se indica su ingreso a piso de cirugía general para continuar su manejo postoperatorio.

El día 22 de febrero del 2018 la evolución del paciente en el primer día del postoperatorio por la oclusión intestinal, refería tener dolor moderado a leve en el sitio quirúrgico sin náusea ni vómito, no presentaba evacuaciones intestinales y la uresis presente, en la exploración el paciente consciente y orientado, sin compromiso respiratorio o cardíaco, el abdomen plano, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda, peristalsis presente. La herida quirúrgica aparentemente normal. Considera un pronóstico reservado a evolución.

El día 23 de febrero del 2018 en el segundo día de postoperatorio el paciente refiere dolor moderado del abdomen, ha deambulado, presencia de gases y uresis sin evacuaciones, en la exploración con hidratación adecuada, coloración adecuada de tegumentos, sin compromiso aparente a nivel cardiopulmonar, el abdomen blando, depresible, no doloroso, peristalsis presente, sin datos de irritación peritoneal, la herida limpia.

El día 26 de febrero del 2018 a las 19:30 horas la nota por valoración de médicos del servicio del turno nocturno indican que el paciente presentaba malestar general, síndrome febril y dolor abdominal intenso generalizado, en la exploración la PA 90/60, FC: 136x, FR:36x'. Temp:37.5°C, saturando al 90% Se apreciaba diaforético, despierto, con palidez generalizada, neurológicamente íntegro, en el tórax la mecánica ventilatoria conservada, no se integra un síndrome pleuropulmonar, los ruidos cardíacos con taquicardia sinusal, el abdomen globoso se observa distendido, la herida quirúrgica limpia, drenaje penrose derecho con gasto intestinal fétido, dolor a la palpación en todos los cuadrantes, con datos de irritación peritoneal, las extremidades normales por laboratorio, acidosis metabólica. Se considera que el paciente presentaba datos de sepsis abdominal por aparente dehiscencia de anastomosis previa, en ese momento en malas condiciones generales indicando que requería re exploración quirúrgica para determinar el origen del gasto intestinal, por la evolución del paciente se estableció que existía alto riesgo de requerir

manejo de abdomen abierto con bolsa de Bogotá o realizar ileostomía derivativa y su posible riesgo a la unidad de cuidados intensivos, solicitaron tiempo quirúrgico en el área de quirófanos.

Nota: se informó a custodio de la gravedad del paciente.

El mismo día 26 de febrero del 2018 22:30 horas la nota breve posoperatoria indica que la cirugía proyectada era laparotomía exploradora más probable ileostomía y el diagnóstico fue choque séptico más acidosis metabólica secundaria a perforación intestinal en zona de anastomosis.

La cirugía realizada fue laparotomía exploradora más lavado de cavidad, realización de ileostomía y colocación de bolsa de Bogotá además de colocación de catéter venosa (sic) central.

Hallazgos: Líquidos (sic) intestinal aproximado de 1500 cc en cavidad, más oclusión intestinal secundaria a lo largo del intestino más perforación, necrosis de zona de anastomosis, con sangrado transoperatorio aproximado de 400cc.

El paciente en estado grave con acidosis metabólica y choque séptico se pasa a la camilla para envío a la unidad de cuidados intensivos y el paciente presenta paro cardiorrespiratorio por lo que se iniciaron maniobras avanzadas de reanimación sin lograr revertir el paro cardiaco por lo que se da la hora de defunción a las 23:10 horas, se da aviso al Ministerio Público.

Se informó ampliamente al custodio del estado de gravedad y de la defunción del paciente.

[...]

5. Dictamen Médico de 30 de julio de 2019, signado por personal médico adscrito a la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, del cual se desprende lo siguiente:

V. DISCUSIÓN O VALORACIÓN MÉDICA DEL CASO.

Se trata de [Víctima directa 10], [...], con antecedentes de laparotomía exploradora de abdomen, en 2012 y 2015. Que inició con dolor y distensión abdominal, náuseas y vómito de manera intermitente, por lo que solicitó atención médica en el Servicio Médico del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente los días 6, 13 y 15 de febrero. Permaneciendo del día 16 al 19 en el área de observación, de donde fue trasladado al Hospital General Iztapalapa bajo el diagnóstico de síndrome doloroso abdominal. 48 horas después fue intervenido quirúrgicamente bajo el diagnóstico de oclusión intestinal, durante la cirugía se encontraron múltiples adherencias y estenosis de intestino delgado, que ameritó resección intestinal. Cinco días después fue reintervenido quirúrgicamente, por dolor abdominal y gasto fecaloide por penrose, durante la cirugía se halló torsión de raíz del mesenterio, múltiples parches isquémicos a lo largo del intestino delgado, con perforación y necrosis del

sitio de anastomosis. [Víctima directa 10] falleció en la sala de cirugía, bajo el diagnóstico de acidosis metabólica secundaria a choque séptico, como consecuencia de peritonitis fecal generalizada.

[Víctima directa 10] cursó con un padecimiento denominado oclusión intestinal, al respecto, la literatura médica define a la obstrucción intestinal como un conjunto de signos y síntoma que se pueden producir por diversas patologías lumbinales, extralumbinales (adherencias) o intramurales del tracto gastrointestinal, peritoneales y sistémicas, que dan como problema principal la imposibilidad de canalizar gases y evacuar contenido intestinal. Este padecimiento ocupa un 20% de las admisiones quirúrgicas agudas y es una de las causas de intervención quirúrgica más frecuentes.

La sintomatología consiste en vómitos profusos, falta de expulsión de gases, dolor abdominal difuso y distensión abdominal. Las bridas (adherencias) son la etiología más frecuente (58%).

Teniendo en consideración el padecimiento de [Víctima directa 10], y a efecto de dar respuesta a los planteamientos del problema, realicé un análisis sobre la atención médica brindada en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, encontrando las siguientes observaciones:

1. El seguimiento médico del dolor abdominal se observó deficiente, tardando al menos 10 días en identificar datos clínicos de oclusión intestinal y enviar al paciente a una unidad de segundo nivel de atención.
 - El día 6 de febrero acudió a consulta tras referir dolor y distensión abdominal, náuseas y vómito, 7 días después volvió a acudir por continuar con la sintomatología agregándosele ausencia de evacuaciones, 2 días más tarde se presentó nuevamente por continuar con la sintomatología anterior y agregando eructos continuos, flatulencias y mareo. El día 16 de febrero, es decir, 10 días después de haber iniciado los síntomas, [Víctima directa 10] fue ingresado al área de observación, donde permaneció 2 días, tras los cuales fue trasladado al Hospital General Iztapalapa bajo el diagnóstico de síndrome doloroso abdominal
2. Deficiencia en el llenado del expediente clínico.
 - Durante su estancia en el área de observación se hizo constar que [Víctima directa 10] ingresó a las 14:00 hora del día 16 de febrero, donde permaneció 2 días; sin embargo, no se halló constancia de valoración médica alguna los días 17 y 18 de febrero (fin de semana), sólo se hallaron hojas de enfermería, donde se hizo constar que el día sábado 17, [Víctima directa 10] presentó vómito fétido en 3 ocasiones. La segunda nota médica fue realizada el día 19 de febrero, donde se hizo constar que el paciente continuaba con dolor abdominal y vómito café oscuro. Por lo que fue trasladado al Hospital General Iztapalapa.

Teniendo en consideración lo antes descrito, es posible señalar que la atención médica brindada en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo

Varonil Oriente fue deficiente, al no llevar a cabo un seguimiento adecuado al dolor abdominal, lo que condicionó un retraso en el traslado de [Víctima directa 10] a una unidad de segundo nivel de atención.

Pese al deficiente seguimiento del dolor abdominal y consecuente retraso en el envío a una unidad de segundo nivel de atención, no es posible establecer un nexo causal entre la atención médica brindada y el fallecimiento de [Víctima directa 10], ya que [Víctima directa 10] fue intervenido quirúrgicamente y permaneció estable durante al menos 48 horas, por otra parte, la literatura médica señala que la morbimortalidad asociada a la obstrucción intestinal ha disminuido; con mortalidad entre el 1,5 y 3,8% según diversos artículos.

Con respecto a la atención médica brindada en el Hospital General Iztapalapa, fue posible observar lo siguiente:

Personal médico del Reclusorio solicitó el traslado de [Víctima directa 10] al Hospital General Iztapalapa a las 09:00 horas, del día 19 de febrero de 2018, arribando a dicha unidad hospitalaria 3 horas después donde fue valorado por personal médico del servicio de Urgencias y se estableció como probable diagnóstico: oclusión intestinal, lo cual se observó adecuado y oportuno, durante las primeras horas de estancia hospitalaria se realizaron diversos estudios de laboratorio y gabinete a fin de corroborar el diagnóstico, 21 horas después se hizo constar en notas médica el diagnóstico de oclusión intestinal, por parte del servicio de cirugía general, y se programó la intervención quirúrgica, misma que se llevó a cabo a las 14:30 horas del 21 de febrero, donde se hallaron múltiples adherencias en la cavidad abdominal y estenosis de intestino delgado que requirió resección intestinal de 12 cm, y cicatriz antigua "muy fibrosa". Durante las siguientes 48 horas [Víctima directa 10] respondió adecuadamente al tratamiento quirúrgico, inició la deambulacion, y reportó dolor leve a moderado a nivel del sitio quirúrgico, con estabilidad hemodinámica y canalización de gases.

Con respecto al tratamiento para la oclusión intestinal, la literatura señala lo siguiente:

La principal dificultad para el cirujano radica en la determinación del manejo quirúrgico versus manejo médico. Una vez tomada la decisión del tratamiento médico existe el riesgo de no lograr tránsito a pesar del apoyo farmacológico y el resto de medidas mencionadas, siendo el plazo de **48 horas** de observación lo habitualmente aceptado.

Con la ayuda de la sonda nasogástrica hasta un 78% de los pacientes obstruidos por adherencias se recuperan, requiriéndola en un promedio de 6 días y el 90% de los pacientes mejoran con sonda nasogástrica o tubo naso-intestinal largo por 48 o 72 horas. La sonda disminuye la distensión abdominal, mejorando el dolor y la ventilación; también permite vaciar el estómago para la inducción anestésica y evitar complicaciones, ya que la anestesia relaja el esfínter esofágico inferior y permite regurgitación. Esta sonda se retira cuando la cantidad de materia

gastrointestinal disminuye francamente o cuando la calidad es de tipo gástrico hialino y obviamente cuando el enfermo ha iniciado con evacuaciones y flatulencias.

Entre los factores predictivos de manejo quirúrgico, se encuentra: Persistencia de íleo mecánico por más de 3 días. Si el drenaje de la sonda nasogástrica al tercer día es mayor a 500 ml. Como signos de intervención quirúrgica inmediata se encuentra: La presencia de líquido intraperitoneal, edema del mesenterio.

En los casos quirúrgicos, el tiempo de realización de la cirugía dependerá de la certeza para el diagnóstico y del cuadro clínico. A los pacientes con cuadro obstructivo secundario a adherencias lo mejor es realizar un protocolo de manejo conservador, ya que, de operar nuevamente, aumenta la morbimortalidad con cuadros cada vez más frecuentes de obstrucción.

El promedio de días de estancia es de 5.8 para el grupo con tratamiento médico exclusivo, de 10.7 días para el grupo quirúrgico y de 10.8 para el grupo de tratamiento médico inicial y posterior cirugía.

En conclusión el tratamiento de la obstrucción intestinal sigue siendo un desafío, considerando el amplio espectro de presentación clínica y las múltiples variables a considerar para definir o no un tratamiento quirúrgico, por lo que es mandatorio diferenciar en un inicio entre obstrucción intestinal completa y obstrucción intestinal parcial, ya que nos orienta a los distintos tratamientos que podemos ofrecer.

Por lo antes descrito y teniendo en consideración la literatura médica es posible señalar que el diagnóstico, seguimiento y tratamiento quirúrgico de obstrucción intestinal, por parte del personal médico del Hospital General Iztapalapa fue adecuado y oportuno.

Con respecto a la atención médica brindada por personal médico del Hospital General Iztapalapa, del día 24 al 26 de febrero de 2018, es posible señalar lo siguiente:

1. Deficiencia en el llenado del expediente clínico.
- No se hallaron notas médicas ni hojas de enfermería del día 24 de febrero de 2018. Por lo que se desconoce, el momento en el cual [Víctima directa 10] comenzó a presentar salida de material intestinal a través de sonda 'penrose'.
2. El seguimiento médico de la perforación intestinal o dehiscencia de anastomosis primaria se observó deficiente, tardando más de 48 horas para realizar la reintervención quirúrgica en un paciente con datos de sepsis abdominal con presencia de material intestinal en cavidad abdominal, perforación y necrosis de zona de anastomosis primaria.

9

- El día 25 de febrero a las 11:00 horas, se hizo constar que [Víctima directa 10] presentaba salida de aproximadamente 520 cc de de material intestinal en 24 horas, 6 horas más tarde se detectó mediante radiografías la presencia de aire subdiafragmático, dilatación de asas intestinales y 300 cc de gasto en 24 horas en sonda nasogástrica.
- El día 26 de febrero a las 09:00 horas, [Víctima directa 10] presentó fiebre y se estableció el diagnóstico de abdomen agudo probablemente secundario a dehiscencia de anastomosis, por lo que se le programó reintervención quirúrgica “*en cuanto se disponga de tiempo quirúrgico*”, llevándose a cabo a las 21:00 horas, donde se halló un aproximado de 1500 CC de líquido intestinal en cavidad abdominal, oclusión intestinal secundaria a torsión de raíz del mesenterio, múltiples parches isquémicos, a lo largo del intestino delgado, perforación y necrosis del sitio de anastomosis.

Al respecto, la literatura médica señala que, la torsión anormal del intestino delgado alrededor del eje de su propio mesenterio, produce una obstrucción mecánica del intestino y conlleva también oclusión de los vasos mesentéricos con **isquemia intestinal y finalmente necrosis**. La mortalidad puede incrementarse del 20 hasta el **100% cuando existe necrosis intestinal**. El tratamiento del vólvulo de intestino delgado radica en la cirugía. El objetivo principal es realizarla reducción del vólvulo y restablecer el flujo sanguíneo; por lo tanto, **un diagnóstico temprano es de suma importancia**.

Por otro lado, el choque séptico y las secuelas adversas de la respuesta sistémica inflamatoria a la infección constituyen una de las causas más frecuentes de mortalidad en las unidades de cuidados intensivos. Factores como: el tiempo del inicio de los síntomas superior a 48 horas, la presencia de compromiso vascular, la perforación intestinal y el choque séptico, con una mortalidad entre el **20 y 80%** se erigen como factores causales en la explicación de la mortalidad para la oclusión intestinal mecánica por bridas.

Con base en la literatura médica, es posible establecer que la atención médica brindada en el Hospital General Iztapalapa para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de complicaciones en un paciente posoperado de oclusión intestinal fue deficiente, tardando más de 48 horas en realizar un procedimiento quirúrgico de urgencia, en un paciente con abdomen agudo secundario a torsión de raíz del mesenterio, necrosis, perforación intestinal y sepsis abdominal.

Teniendo en consideración lo ampliamente descrito, es posible señalar que existe un nexo causal entre la muerte de [Víctima directa 10] y el retraso en la realización del segundo procedimiento quirúrgico, en casos de torsión mesentérica, la literatura médica señala que la mortalidad puede incrementarse del 20 hasta el 100% cuando existe necrosis intestinal, por lo que, un diagnóstico temprano es de suma importancia.

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

VII. CONCLUSIONES:

PRIMERA.- La atención médica brindada a [Víctima directa 10] en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, se observó deficiente, al no llevar un seguimiento adecuado al dolor abdominal, lo que condicionó retraso en el traslado de [Víctima directa 10] a una unidad de segundo nivel de atención, no garantizando así una atención médica oportuna y de calidad.

SEGUNDA.- Pese a la deficiente atención médica, no es posible establecer un nexo causal entre la atención médica brindada en la Unidad Médica del Reclusorio y la muerte de [Víctima directa 10].

TERCERA.- La atención médica brindada en el Hospital General Iztapalapa para el diagnóstico seguimiento y tratamiento de complicaciones en un paciente posoperado de oclusión intestinal fue deficiente, tardando más de 48 horas en realizar un procedimiento quirúrgico, en un paciente con abdomen agudo secundario a torsión de raíz del mesenterio, necrosis, perforación intestinal y sepsis abdominal.

CUARTA.- Es posible establecer un nexo causal entre el retraso de más de 48 horas para realizar el segundo procedimiento quirúrgico y la muerte de [Víctima directa 10], la literatura médica establece que en casos de torsión de raíz del mesenterio, el riesgo de mortalidad puede incrementarse del 20 al 100% cuando existe necrosis intestinal, por lo que, el diagnóstico temprano es de suma importancia.

[...]

Conclusiones:

PRIMERA.- La atención médica brindada a [Víctima directa 10] en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, se observó deficiente, al no llevar un seguimiento adecuado al dolor abdominal, lo que condicionó retraso en el traslado de [Víctima directa 10] a una unidad de segundo nivel de atención, no garantizando así una atención médica oportuna y de calidad.

SEGUNDA.- Pese a la deficiente atención médica, no es posible establecer un nexo causal entre la atención médica brindada en la Unidad Médica del Reclusorio y la muerte de [Víctima directa 10].

TERCERA.- La atención médica brindada en el Hospital General Iztapalapa para el diagnóstico seguimiento y tratamiento de complicaciones en un paciente posoperado de oclusión intestinal fue deficiente, tardando 48 horas en realizar un procedimiento quirúrgico, en un paciente con abdomen agudo secundario a torsión de raíz del mesenterio, necrosis, perforación intestinal y sepsis abdominal.

CUARTO.- Es posible establecer un nexo causal entre el retraso de más de 48 horas para realizar el segundo procedimiento quirúrgico y la muerte de [Víctima directa 10], la literatura médica establece que en caso de torsión de raíz del mesodermo, el riesgo de mortalidad puede

9



incrementarse del 20 al 100% cuando existe necrosis intestinal, por lo que, el diagnóstico temprano es de suma importancia.

[...]

6. Acta circunstanciada de 21 de octubre de 2021, suscrita por un visitador adjunto de este Organismo, en la cual consta la entrevista a la víctima indirecta 13, de la cual se desprende lo siguiente:

Durante el periodo que estuvo enfermo su familiar, permaneció atenta a su situación, visitándolo de manera constante cada fin de semana, proveyéndole insumos para su alimentación. En el transcurso de su enfermedad se mantuvo pendiente, tanto en la UMRPV como en el hospital. Cuando su familiar falleció no contaba con recursos para el servicio funerario, por lo que tuvo que pedir prestado para sufragar el gasto. Desde el fallecimiento de su familiar siente afectada su salud emocional, sin que haya tenido algún tipo de apoyo.

9

