ANEXO 13

Expediente: CDHDF/II/121/XOCH/18/P6694
Víctima directa: [Víctima directa 13]
Víctimas indirectas: [Víctima indirecta 17] y [Víctima directa 18]

1. Nota médica de 9 de agosto de 2018, signada por el Dr. Rosendo Almiralla Cortés adscrito a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur (UMRPVS en adelante), de la entonces Dirección de Servicios Médicos Legales y en Reclusorios (DSMLR en adelante) de la Secretaría de Salud del entonces Distrito Federal (SEDESA en adelante), de la cual se desprende lo siguiente:

> [...]
>
> [Víctima directa 13]
>
> Masculino de 43 años de edad, niega (ilegible) degenerativos y alérgicos Refiere hipertemia no cuantificada, mialgias adinamia, lumbalgia de 5 semanas de evolución. a la EF paciente hipodinámico, orientado, con regular estado hídrico, facias de dolor, orofaringe con reacción periamigdalina (ilegible) cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando depresivo doloroso en presencia giordano uretral izquierdo ++, extremidades íntegras normorreflécticas, resto sin compromiso
> IDx. Pb. infección urinaria/faringitis aguda.
>
> Plan: MHD
> [Tratamiento farmacológico].
> Líquidos abundantes
> Disminución de temperatura media
> Dieta baja en lípidos y carbohidratos.
> Cita abierta al Servicio Médico.
> Se dan datos de alarma.
> Evitar uso de drogas.
>
> 10 de agosto de 2018.
>
> Acude nuevamente solicitado por queja de derechos humanos afirmando que él no solicitó consulta ya que fue atendido, solo no toma [ilegible] por no haber en existencia. Se agrega disfasia y tos productiva Se extiende dicloxacilina y ambroxol.

9

2. Nota de egreso y resumen clínico de fecha 14 de agosto de 2018, signada por el Dr. Oscar Flores Morales adscrito al Hospital General Tláhuac, de la que se desprende lo siguiente:

> Fecha y hora de registro: 14/08/2018 01:34 [horas]
>
> [...].

Resumen de interrogatorio, exploración física y/o estado mental

Nota de egreso al servicio de urgencias.

Nombre del paciente: [Víctima directa 13]
Fecha de ingreso: 13 de agosto de 2018
Diagnóstico de ingreso: Probable pielonefritis

Fecha de egreso: 14 de agosto de 2018.
Diagnóstico de egreso: Infección de vías respiratorias altas faringoamigdalitis.
Infección de vías urinarias en tratamiento.

Resumen clínico:
Se trata de paciente masculino quien niega antecedentes crónico degenerativos, niega alérgicos, traumáticos positivos por fractura de fémur derecho hace 15 años, refiere su padecimiento actual hace 15 días con presencia de dolor abdominal presencia de artralgias y mialgias, posteriormente con dolor en región de fosa renal izquierda con fiebre no cuantificada por lo cual acude a valoración al servicio de urgencias de esta unidad para su valoración.

A la exploración física paciente con tensión arterial de 110/90 mmhg, frecuencia respiratoria 18 rpm, temperatura 36 grados, consciente, ubicado en sus tres esferas pupilas isocóricas, mucosa oral deshidratada cuello sin adenopatías, tórax con campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire sin fenómenos agregados, abdomen blanco depresible sin megalias, con dolor a la palpación en la fosa renal derecha, extremidades íntegras, sin edema, llenado capilar inmediato.

Durante su estancia en el servicio de urgencias, se inició manejo con soluciones cristaloides, analgésicos, protector de la mucosa gástrica, antibioticoterapia se solicitan estudios de laboratorio en los cuales se reporta leucocitos de 14.5, neutrolitos de 65.5, hemoglobina 15.9, [...], se realiza radiografías de tórax sin alteraciones, ultrasonido abdominal sin alteraciones, examen general de orina con leucos de 10-15 leucocitos por campo con bacterias moderadas.

Actualmente se encuentra paciente con tensión arterial 120/70 mmhg, frecuencia cardiaca 78lpm, frecuencia respiratoria 18 rpm, temperatura 36 grados, consciente, orientado, cooperador con adecuada coloración de piel y tegumentos, cráneo normocéfalo, ojos simétricos, pupilas con isocoria, con adecuada respuesta a estímulos luminosos, narinas permeables, mucosa oral hidratada, cuello cilíndrico, sin datos de ingurgitación yugular, faringe hiperémica, con descarga retrofaríngea, tórax con adecuada entrada y salida de aire, con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, murmullo vesicular presente, sin sibilancias, sin estertores, sin integrar síndrome pleuropulmonar, ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad y frecuencia, abdomen blando, plano, depresible, peristalsis presente, sin datos de irritación peritoneal,

Giordano derecho positio, extremidades íntegras, sin edema, llenado capilar inmediato.

[…]

3. Acta circunstanciada de 15 de agosto de 2018, suscrita por una visitadora adjunta de la CDHCM en la que consta la entrevista a la [Víctima directa 13] el interior del Reclusorio Preventivo Varonil Sur (RPVS en adelante), de la cual se desprende lo siguiente:

[…]

Está ubicado en el dormitorio 6, zona 3, estancia 4, con respecto a su estado de salud, señala que hace aproximadamente un mes, presenta dolor intenso en la parte abdominal (también en espalda), dolor de cabeza, tos, debilidad en piernas (no le es posible caminar, se presentó a la entrevista con silla de ruedas), ha perdido peso (desconoce cuántos kilogramos), orina con coloración muy obscura. No ingiere alimentos de manera regular porque *siente* que le van a hacer daño.

Fue valorado en la Unidad Médica del centro, donde le indicaron tratamiento farmacológico a base de amoxicilina/ácido clavulánico y dicloxacilina, no indicaron diagnóstico, además hace dos días aproximadamente, fue trasladado al Hospital General Balbuena, donde únicamente le suministraron suero.

[…]

4. Sistema de Referencia y Contrarreferencia de fecha 17 de agosto de 2018, signado por el Dr. Fermín Torres Villanueva adscrito a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, de la que se desprende lo siguiente:

[…].

[Víctima directa 13]

[…]

13:29 hrs.

[…].

Unidad a la que se refiere: [Hospital] General Rubén Leñero

[…].

Padecimiento actual:
Paciente masculino se encuentra pálido diaforético taquicárdico con datos sugerentes de dificultad respiratoria severa, refiere enfermedad diarreica crónica atendida en múltiples ocasiones con tratamiento farmacológico sin

encontrar mejoría, el día de hoy refiere vómitos en numerosas ocasiones de características verdes acuoso y de muy mal olor, se decide su egreso urgente de esta unidad.

[...]

5. Nota de egreso y resumen clínico de 17 de agosto de 2018, signada por la Dra. Laura Mejía Jiménez adscrita al Hospital General Rubén Leñero, de la cual se desprende lo siguiente:

[...].

[Víctima directa 13]

[...]

Fecha y hora de registro: 17/08/2018 21:07 [horas].

[...].

Resumen de Interrogatorio, Exploración física y/o Estado Mental

Hora de atención: 18:57 hrs.
Masculino [...] que acude traído por personal de custodio que acude a valoración por el servicio:
PA Refiere disnea de medianos y pequeños esfuerzos, además de evacuaciones diarreicas fétidas, coloración verdosa en número no cuantificado, sin embargo, refiere duración de un mes. Ha sido multitratada sin mejoría y acide (sic) el día de hoy por aumento de sintomatología con referencia de Reclusorio Preventivo Varonil Sur.

Antecedentes: niega alérgicos y crónico degenerativos.
Ef TA: 100/60 MMhG, Temp: 37.6° C, FC 110lpm, FR 24 por minuto, consciente, Glasgow 15 puntos, mucosas subhidratas (sic) orientado palidez de tegumentos caquéctico cráneo normocéfalo, tórax normolíneo. Área pulmonar con disminución del murmullo vesicular y estertores subcrepitantes bilaterales. Área cardiaca rítmica, con aumento de frecuencia, abdomen blando depresible dolor a la palpación en marco cólico peristalsis presente y aumentado sin datos de irritación peritoneal extremidades sin alteraciones.

A: Paciente de la sexta década de la vida que acude a valoración con datos sugestivos de proceso infeccioso pulmonar, además de evacuaciones disminuidas de consistencia, sin embargo, sin criterios de choque en este momento, únicamente con dificultad respiratoria leve por lo que se indica estudio radiográfico para corroboración de proceso infeccioso pulmonar y valoración de ingreso a observación.

Nota de defunción
17 de agosto de 2018

20:20 hrs.

Masculino de 54 años de edad que inicia de manera súbita en área de estudios radiográfico con dolor torácico y palidez con posterior perdida súbita del estado de alerta por lo que es trasladado inmediatamente a área de reanimación donde ingresa y se detecta sin presencia de pulso ni frecuencia cardiaca por lo que se inicia manejo con reanimación avanzada realizándose compresiones en dos ciclos, además de dos dosis endovenosa de adrenalina, sin embargo, sin restablecimiento de la circulación espontanea ni de pulso, por lo que se emite como defunción con hora de fallecimiento de 19:30 hrs., corroborándose ausencia de actividad eléctrica cardiaca mediante trazo isoeléctrico así como telemetría siguiente: TA 00/00 mmHg, FC 00 x', FR x', Saturación 00%.

Infarto agudo al miocardio.....15 minutos
Choque cardiogénico.....10 minutos

Diagnóstico principal:
Pb. neumonía vs VIH
GEPI
Deshidratación

Diagnósticos o problemas clínicos
Infarto agudo al miocardio.....15 minutos
Choque cardiogénico.....10 minutos

Resumen de estudios auxiliares
No hay información para mostrar.

Último diagnóstico de ingreso
Infarto agudo al miocardio.....15 minutos
Choque cardiogénico.....10 minutos

6. Nota inicial de Urgencias de fecha 17 de agosto de 2018, signada por la Dra. Laura Mejía Jiménez adscrita al Hospital General Rubén Leñero, de la cual se desprende lo siguiente:

[...].

Fecha y hora de registro: 17/08/2018 21:13 [horas].

[...].

Resumen de interrogatorio, exploración física y/o estado mental

Hora de atención: 18:57 hrs.

Masculino [...] que acude traído por persona de custodia que acude a valoración por el servicio:

PA Refiere disnea de medianos y pequeños esfuerzos, además de evacuaciones diarreicas fétidas, coloración verdosa en número no cuantificado, sin embargo, refiere duración de un mes. Ha sido multitratada sin mejoría y acide (sic) el día de hoy por aumento de sintomatología con referencia de Reclusorio Preventivo Varonil Sur.

Antecedentes: niega alérgicos y crónico degenerativos.
Ef TA: 100/60 MMhG, Temp: 37.6° C, FC 110lpm, FR 24 por minuto, consciente, Glasgow 15 puntos, mucosas subhidratas (sic) orientado, palidez de tegumentos caquéctico cráneo normocéfalo, tórax normolíneo. Área pulmonar con disminución del murmullo vesicular y estertores subcrepitantes bilaterales. Área cardiaca rítmica, con aumento de frecuencia, abdomen blando depresible dolor a la palpación en marco cólico peristalsis presente y aumentado sin datos de irritación peritoneal extremidades sin alteraciones.

A: Paciente de la sexta década de la vida que acude a valoración con datos sugestivos de proceso infeccioso pulmonar, además de evacuaciones disminuidas de consistencia, sin embargo, sin criterios de choque en este momento, únicamente con dificultad respiratoria leve por lo que se indica estudio radiográfico para corroboración de proceso infeccioso pulmonar y valoración de ingreso a observación.

Diagnóstico principal:
Pb. neumonía vs VIH
GEPI
Deshidratación moderada.

Resumen de estudios auxiliares:
No hay información para mostrar.

Plan de Manejo:
Ahno
Svt y cge
Sol qs bh tp tpt es
Gasometría arterial
Tele de tórax
Puntas nasales a 3 lts. por minuto
Sol Fisiológica 1000p/8hrs.
Tmp/smx 160/800mg iv c/12hrs.
Ketorolaco 30mg. iv c/8hrs.
Ranitidina 50mg iv c/12hrs.
Mnb con combivent cada 8 hrs.
Valoración por Medicina Interna.
Pasa a tóxico en cuanto haya espacio físico.

7. Resumen médico de fecha 13 de septiembre de 2018, signado por la Dra. Perla Morales Villarruel adscrita al Reclusorio Preventivo Varonil Sur, en el que se observa lo siguiente:

[…].

23-11-03 Consulta general RPVS. Dx. Contusión lumbar no reciente. Tx. Metamizol 500 mg. cada 8 hrs.

23-06-06 Consulta general RPVS Dx. Absceso glúteo. Tx. TMP-SMX cada 12 hrs, naproxen 250 mg. cada 12 hrs.

24-03-06 Consulta general RPVS Dx. Quiste Sebáceo IC a cirugía.

03-04-06 Consulta general RPVS Pb. Absceso remanente Tx. TMS SMX cada 12 hrs.

17-06-06 Consulta general RPVS Dx. Absceso interglúteo Tx. Ciprofloxacino cada 12 hrs.

20-07-08 Consulta general RPVS Dx. Absceso en glúteo Tx. Dicloxacilina cada 8 hrs. por 5 días y naproxen 250 mg. cada 12 hrs.

11-01-18 (sic) Consulta general RPVS Dx. Faringitis aguda. Tx. PGP 800 000 IM cada 24 hrs y paracetamol 500 mg. cada 8 horas.

30-09-08 Consulta general RPVS Dx. absceso en cuero cabelludo Tx. Ampicilina 500 mg. cada 8 hrs. y naproxen cada 12 hrs.

17-04-09 Consulta general RPVS Dx. Faringitis Tx. Amoxicilina cada 8 hrs. y naproxen 250 mg. cada 12 hrs.

20-04-09 Consulta general RPVS Dx. Intoxicación de tipo alimentario. Tx. Loratadina 10 mg. cada 12 horas e hidrocortisona.

23-04-09 Consulta general RPVS Dx. Intoxicación de causa desconocida. Tx. Clorferinamina 4 mg. cada 8 hrs. por 3 días.

25-05-09 Consulta general RPVS Dx. IVP, contusión no reciente en ambas piernas. Tx. Pentoxifilina 400 mg. cada 12 horas, ketorolaco 10 mg. cada 8 hrs.

18-11-09 Consulta general RPVS Dx. Abscesos en glúteos. Tx. Clindamicina 300 mg. cada 8 hrs., paracetamol 500 mg. cada 8 hrs, ketorolaco 10 mg. cada 8 hrs.

05-01-12 Consulta dental Idx. Absceso Tx. Amoxicilina y naproxen cada 8 hrs. por 4 días.

23-03-12 Consulta general RPVS Dx. Gastroenteritis. Tratamiento amikacina 500 mg. IV DU, metoclopramida 10 mg. IV DU, butilhioscina y metamizol IV DU.

30-03-12 Urgencias Dx. enfermedad diverticular, tratamiento diclofenaco 100 mg cada 12 hrs y daflon cada 8 hrs.

04-06-15 Consulta general RPVS Dx. Absceso en glúteo izquierdo. Tx. Metronidazol 500 mg. cada 8 hrs, dicloxacilina 500 mg. cada 8 hrs., amikacina 500 mg., cada 8 hrs. por 5 días y diclofenaco 100 mg. cada 12 horas.

23-06-15 Consulta general RPVS. Faringitis probablemente bacteriana. Tx. Ceftriaxona 1 gr. IM cada 24 hrs., metamizol cada 8 hrs y ambroxol cada 8 hrs.

19-11-15 Consulta general RPVS Dx. Rinofaringitis. Tratamiento clorfeniramina cada 8 hrs., paracetamol 500 mg. cada 8 hrs 3 días, ambroxol cada 8 hrs.

20-01-16 Consulta general RPVS Dx. Hemorroides externas. Tx. Ketorolaco ampolletas cada 24 hrs. diclofenaco 100 mg cada 12 horas, naproxen 500 mg cada 8 horas, hidrocortisona cada 12 hrs.

Valorado por coloproctología Dx. Enfermedad hemorroidal GI-II Tx. Dieta rica en fibra, seis caps. cada 8 hrs, proctoacid pomada por las noches.

30-03-16 Consulta general RPVS Dx Pb. Enfermedad hemorroidal, insuficiencia venosa, dermatitis mixta, onicomicosis Tx. IC. a angiología y coloproctología, laboratorios de control Miconazol crema cada 8 hrs, óxido de zinc cada 8 hrs, pentoxifilina cada 12 hrs, hidrocortisona ungüento cada 8 hrs, senosidos AB 2 tabletas cada 24 hrs., naproxen 500 mg. cada 8 hrs, itraconazol cada 12 hrs.

07-04-16 Angiología de Hospital Ajusco Medio Dx. Insuficiencia venosa en ambos miembros pélvicos.

30-04-16 Consulta dental. Dx. Periodontitis crónica, tratamiento extracción.

03-05-16 Se programa salida a Hospital Enrique Cabrera por enfermedad hemorroidal.

01-06-16 Atención en Hospital General Ajusco Medio. Dx. Insuficiencia venosa crónica, requiere se medias de compresión, pentoxifilina 400 mg. cada 12 hrs, por 6 semanas.

08-06-16 Consulta general RPVS. Dx. Faringoamigdalitis. Tratamiento Amoxicilina + ácido clavulánico cada 8 hrs por 7 días, ketorolaco ampolletas cada 24 hrs. por 5 días + psyllium plantago 1 cucharada cada 24 hrs en agua.

11-10-16 Consulta dental. Dx. Caries dentaria. Plan. Ampicilina 500 mg. IM cada 24 hrs por 5 días, ketorolaco y diclofenaco IM cada 24 hrs. por 3 días, paracetamol 500 mg. por razón necesaria.

13-01-17 Consulta general RPVS. Dx. Enfermedad ácido péptica, colitis, IVU, enfermedad hemorroidal e insuficiencia venosa. Tratamiento pentoxifilina cada 12 hrs., omeprazol 20 mg. cada 12 hrs., diclofenaco 100 mg. cada 12 hrs., medias de compresión, seis cada 8 hrs., proctoacid por las noches, trimetroprim con sulfametoxazol 2 cada 12 hrs, senosidos AB 2 tabletas cada 24 hrs. e hidrocortisona crema cada 8 hrs.

31-05-17 Consulta general RPVS. Dx. Enfermedad ácido péptica, colitis, IVU y enfermedad hemorroidal. Tratamiento metronidazol 500 mg. cada 8 hrs. por 7 días, amikacina 500 mg. cada [...] hrs. por 5 días, ranitidina 150 mg. cada 12 hrs. por 15 días y metamizol 500 mg. cada 12 hrs. por 5 días.

09-08-18 Consulta general RPVS, turno vespertino. Dx. Pb. infección de vías urinarias y faringitis aguda. Tratamiento ampicilina 1 gr. Cada 24 hrs IM por 7 días, fenazopiridina 100 mg. cada 8 hrs. por 5 días, metamizol 500 mg. cada 8

10-08-18 Consulta general RPVS turno vespertino, se agrega al cuadro tos productiva y disfagia, inicia dicloxacilina y ambroxol.

13-08-18 Se realiza salida urgente a Hospital General de Tláhuac por dificultad respiratoria a descartar proceso infeccioso pulmonar.

14-08-18 Es egresado del Hospital General Tláhuac con los siguientes diagnósticos: infección de vías respiratorias altas, faringoamigdalitis e infección de vía urinarias en tratamiento, se egresa con amoxicilina y ácido clavulánico cada 8 hrs. por 7 días y paracetamol 500 mg. cada 8 hrs. por 3 días, se dan datos de alarma.

16-08-18 Se programa salida urgente a Hospital Belisario Domínguez para descartar neumonía.

17-08-18 Hospital Belisario Domínguez 01:10 hrs. Dx. EPOC exacerbado, neumonía adquirida en la comunidad, derrame paraneumónico, enviar a Torre Médica Tepepan.

17-08-18 Salida urgente a Hospital General Dr. Rubén Leñero con diagnóstico de salida: Deshidratación severa de origen a determinar.

17-08-18 Hospital General Dr. Rubén Leñero NOTA DE DEFUNCIÓN 20:20 HRS.

Dx. Pb. Neumonía vs. VIH.
GEPI
Deshidratación
Infarto agudo al miocardio
Choque cardiogénico

8. Resumen médico de fecha 24 de septiembre de 2018, signado por la Dra. Mayela T. Naranjo Gutiérrez Jefe del Servicio de Urgencias del Hospital General Rubén Leñero, en el que se observa lo siguiente:

[…].

Paciente: [Víctima directa 13]
NHC.- […].
Cama: Reanimación 6.

Se trata de paciente masculino de 54 años de edad el cual fue referido del servicio médico del Reclusorio Sur con hojas de envío con Dxs. De deshidratación severa de origen a determinar.

Nota inicial de urgencias.

Hora de Atención 18:57 hrs.
Paciente masculino presentado por personal de custodia traído de Reclusorio Sur, al ingreso paciente refiere disnea de medianos y pequeños esfuerzos, además de evacuaciones diarreicas fétidas, de coloración verdosa al parecer desde hace 1 mes.
A su ingreso tensión arterial de 100/60, FC 111XMIN. FR. 24 por minuto, consciente, Glasgow de 15 puntos, mucosas subhidratada, palidez de tegumentos, caquéctico cráneo normocéfalo, tórax normolíneo, campos pulmonares con disminución del murmullo vesicular, con estertores subcrepitantes bilaterales, área card con rs cs rítmicos, con aumento de la frecuencia, abdomen depresible a la palpación con dolor en marco cólico, peristalsis presente aumentada sin datos de irritación peritoneal, resto sin datos.

Por lo cual se ingresa al servicio con Dxs de Pb neumonía vs HIV, GEPI y deshidratación moderada.

Por lo cual se ingresa al servicio y se inicia manejo con soluciones cristaloides, sulfas tipo trimetropin con sulfametoxazol, bloqueadores H2, terapia respiratoria con nebulizaciones con Combivent y oxígeno suplementario por puntas nasales.

Se solicitan paraclínicos biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos y tiempos de coagulación.
Y se solicita Rx. de tórax para descartar procesos infecciosos de vías respiratorias bajas.

Al momento que el paciente es llevado al servicio de Radiología en forma súbita presenta dolor precordial diaforesis profusa, y palidez generalizada, con pérdida súbita del estado de alerta, por lo cual es ingresado a la Unidad de Reanimación detectando paro cardiorrespiratorio, por lo cual se inicia maniobras de reanimación básicas y avanzadas, manejo invasivo de vía aérea, apoyo mecánico ventilatorio y masaje cardiaco con administración de inotrópicos, tipo adrenalina durante dos ciclos, sin

revertir la parada cardiaca persistiendo asistolia por lo cual se da por fallecido a las 19:30 hrs, con los diagnósticos de infarto agudo del miocardio y choque cardiogénico.

Datos obtenidos de la información contenida en el expediente electrónico del paciente.

9. Resumen médico de fecha 18 de octubre de 2018, signado por la Dra. Rocío Elisa Carrera Cerón adscrita a la Jefatura de Servicio de Cirugía General del Hospital General Ajusco Medio, en el que se observa lo siguiente:

[…].

Nombre del paciente: [Víctima directa 13]
Edad: 41 años
Expediente: […].
Servicio: Angiología y Cirugía Vascular
Médico tratante: […].
Diagnóstico: Insuficiencia venosa crónica

Resumen médico

El paciente [Víctima directa 13], masculino de 41 años de edad, fue trasladado del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, a esta institución con datos de insuficiencia venosa crónica. Fue valorado el 01/06/2016 por la Dra. Sandra Olivares Cruz del servicio de Angiología y Cirugía Vascular. A su ingreso refirió haber iniciado su padecimiento en 2011 al presentar trayectos varicosos. Al interrogatorio con presencia de dolor, cansancio, sensación de pesantez y ardor en ambos miembros pélvicos. A la exploración física se encontró clínicamente estable, con signos vitales normales. Tranquilo, consciente, orientado, con adecuada coloración de tegumentos, mucosas normohidratadas, cuello sin datos de ingurgitación yugular, exploración cardiopulmonar sin compromiso, sin datos de alarma abdominal. Extremidades inferiores simétricas, con trayectos varicosos de predominio derecho, pulsos presentes, sin alteraciones, llenado capilar normal (2"), sin alteraciones en coloración o temperatura. Se diagnosticó insuficiencia venosa crónica y se indicó manejo con medias elásticas de compresión intermedia y pentoxifilina 400 mg. vía oral cada 12 horas por 6 semanas. Se egresó el mismo 01/06/2016 con hoja de resumen (contrarreferencia) que incluía valores e indicaciones.

10. Dictamen de Presunta Violación al Derecho a la Salud de fecha 16 de mayo de 2019, suscrito por personal médico adscrito a la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de la CDHCM, del que se desprende lo siguiente:

[…].

V. DISCUSIÓN O VALORACIÓN MÉDICA DEL CASO

Con respecto a los planteamientos del problema se realiza el siguiente análisis:

V.1 Si la atención y actividades realizadas por personal médico del Reclusorio Preventivo Varonil Sur –durante el mes de agosto de 2018– fueron adecuadas y oportunas para emitir el diagnóstico y/o probable diagnóstico –neumonía vs. VIH–, derrame paraneumónico y probable gastroenteritis infecciosa aguda– y referir oportunamente a la [Víctima directa 13] a los servicios de especialidad que necesitaba. En particular:

V.1.1. ¿El personal médico-administrativo del centro penitenciario debió realizar alguna actividad (estudios, referencia, etc.) posterior a los hallazgos del Hospital General Tláhuac –referencia 13 de agosto de 2018– y Hospital General Belisario Domínguez –referencia 16 de agosto de 2018–?

El día 09 de agosto de 2018, la [Víctima directa 13] acudió a la consulta externa del Reclusorio Preventivo Varonil Sur a las 19:35 horas, por un cuadro de fiebre, mialgia (dolor muscular), adinamia (debilidad muscular y fatiga) y lumbalgia (dolor en la espalda baja) de 3 semanas de evolución, a la exploración física se observó con elevación de la presión arterial y fiebre, datos de infección en la faringe y dolor al percutir sobre la espalda baja del lado izquierdo del paciente (referido positivo en infecciones de vías urinarias altas o presencia de piedras –litos– en el riñón), por lo que el médico diagnosticó como probable infección de vías urinarias y faringitis, y otorgó tratamiento a base de antibiótico, antiséptico urinario y analgésico antipirético, además de control de temperatura por medios físicos. Al día siguiente nuevamente acudió y refirió que se agregó dolor al tragar y tos productiva, además la [Víctima directa 13] mencionó que no estaba tomando fenazopiridina por inexistencia por lo cual el médico tratante cambió el tratamiento a ambroxol (mucolítico) y dicloxacilina (antibiótico). En la primera nota se observó que incluyó: fecha y hora de la atención, signos vtales, motivo de la atención, su exploración física, diagnóstico y tratamiento como lo indica la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, numeral 6.2, pero en la segunda nota omitió los signos vitales y la exploración física en ese momento, para tener una adecuada valoración de la evolución del paciente interno.

El 13 de agosto de 2018 (3 días después), acudió nuevamente a la consulta externa del RPVS, ya que presentó dificultad respiratoria, intolerancia a la vía oral y pérdida de peso, por lo cual el médico realizó una referencia al Hospital General Tláhuac para el servicio de Urgencias por dicha dificultad respiratoria a descartar proceso infeccioso pulmonar, no hay nota médica como tal, solo copia de la hoja de referencia, sin hora.

Fue enviado al Hospital Tláhuac, se le dio tratamiento y fue contrarreferido al Reclusorio 14 de agosto de 2018. No existe evidencia documental en el expediente de queja de que la [Víctima directa 13] haya recibido valoración médica posterior al egreso del Hospital Tláhuac en el Reclusorio, lo cual demostró omisión de cuidado del interno paciente

principalmente para verificar el estado de salud en el que se encontraba en ese momento; esto contraviene lo referido en el Manual de Referencia y Contrarreferencia de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México que menciona que el responsable de la unidad médica que recibió al derechohabiente deberá verificar que sea convenientemente contrarreferido inmediatamente después de que se haya atendido el motivo de referencia. No existe como tal hoja de contrarreferencia del Hospital Tláhuac, pero sí una copia de la nota de alta médica de dicho hospital del día 14 de agosto de 2018.

Al día siguiente (15 de agosto de 2018) un médico de la [antes] CDHDF acudió a valoración médica del paciente interno (a petición del familiar) y en su nota refirió "…pérdida de peso, dolor abdominal que ameritó uso de silla de ruedas para desplazarse, no tolera vía oral, taquicárdico…" y recomendó valoración por Gastroenterología y realización de laboratorios por pérdida de peso considerable en un mes e intolerancia a la vía oral, a descartar probable cáncer gástrico.

El día 16 de agosto de 2018, personal médico del Reclusorio le realizó nueva referencia a las 19:05 horas al Hospital Belisario Domínguez, ya que la [Víctima directa 13] presentaba dificultad para respirar ante pequeños esfuerzos de 1 semanas de evolución que se exacerbó dos días previos, por lo cual se envió para valoración y manejo a descartar neumonía. Fue valorado médicamente y se le inició tratamiento médico a base de antibiótico y broncodilatador, además de apoyo con oxígeno. Sin embargo, el Hospital realizó referencia al Hospital Torre Médica Tepepan por falta de espacio físico y el personal de custodia regresó al interno paciente al RPVS desconociendo el motivo del por qué no se realizó una referencia interhospitalaria. No existe evidencia documental de que se haya realizado valoración médica por parte de los médicos el RPVS, posterior a su egreso de dicho hospital por falta de espacio físico, siendo esto una omisión de cuidados hacia el paciente, principalmente por el estado de gravedad en el que se encontraba en ese momento.

Al día siguiente, 17 de agosto de 2018, nuevamente fue referido al Hospital Rubén Leñero a las 13:29 horas, por deshidratación severa de origen a determinar. Sin embargo, falleció en dicho hospital, que de acuerdo a las documentales médicas, la causa de muerte fue: infarto agudo al miocardio y choque cardiogénico.

Si bien el personal médico del Reclusorio realizó las referencias necesarias a hospitales de 2º nivel, en cada contrarreferencia el interno paciente debió de haber sido revalorado médicamente por parte de personal médico del Reclusorio Sur, como parte del manejo integral de la atención médica, principalmente si fue referido a un área de Urgencias, siendo esto manifiesto de una omisión de cuidado de parte del personal médico del RPVS.

Así mismo, como lo señala el Manual de Referencia y Contrarreferencia de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, si en caso de que el interno paciente haya necesitado referencia de una unidad Hospitalaria a

otra unidad Hospitalaria con mayor capacidad resolutiva (en este caso espacio físico), se debió de haber girado oficio de solicitud por parte del Hospital Belisario Domínguez y viceversa, provocó retraso den la atención médica, incrementando con ello el riesgo de muerte de la [Víctima directa 13].

V.2. Si la atención y actividades médicas realizadas por personal médico del Hospital General Tláhuac, Belisario Domínguez y Rubén Leñero, fueron adecuadas y oportunas para emitir el diagnóstico y/o probable diagnóstico –neumonía vs VIH–, derramen paraneumónico y probable gastroenteritis infecciosa aguda, en su caso, proporcionar atención médica y tratamiento e indicar al servicio médico del centro penitenciario, las actividades que se requerían para continuar con la atención de la [Víctima directa 13].

Durante la primera referencia hospitalaria, la [Víctima directa 13] fue valorado y egresado horas después observando lo siguiente: en la nota médica de egreso del Hospital General Tláhuac, 14 de agosto de 2018 a las 00:00 horas presenta inconsistencias referente a lo asentado en las hojas de enfermería, siendo que en dichas hojas se observa signos vitales: FC 105, 107 y 109 (frecuencias cardiacas elevadas o taquicardia); TC 37.9°, 37.1° y 37° (febrícula), FR 17, 20, 22; Saturación de oxígeno 80%, 91% y 87%, presión arterial 130/80, 130/89 y 114/70, que no corresponden a las anotadas en la nota médica; además de resultados de laboratorio diferentes a los reportados en la misma nota, con resultado de un examen general de orina que no estaba reportado y un ultrasonido abdominal que tampoco se encuentra el reporte correspondiente en el expediente de queja.

Finalmente, dentro de la misma nota de egreso refirieron al paciente "...faringe hiperémica, descarga retrofaríngea, tórax sin sibilancias ni estertores, Giordano derecho positivo...", motivo por el cual se egresó al paciente (por mejoría) con tratamiento antibiótico a base de amoxicilina con ácido clavulánico y paracetamol, siendo que, en las notas de valoración por enfermería se reportó que el paciente presentaba: "...19:40 horas, palidez, mucosas orales deshidratadas, estertores en hemitórax derecho, tos no productiva, taquipnea, disnea de bajo esfuerzo, patrón respiratorio ineficaz, producción de secreciones, estertores, disnea..." y "00:00 horas...ansioso, taquicárdico, tos productiva, estertores, desaturación (baja de oxígeno) al medio ambiente, patrón respiratorio ineficaz, estertores, disnea, con oxígeno suplementario..." Teniendo en consideración dichas notas de valoración por enfermería es posible señalar desde el punto de vista médico que el estado general del paciente era grave, y que realmente la [Víctima directa 13] no tenía las condiciones clínicas para ser egresado. Situación que se agravó al no contar con una revaloración por personal médico del Reclusorio Sur.

Todo esto fue evidente al día siguiente (15 de agosto de 2018) cuando un médico de la CDHDF acudió a valoración médica del paciente interno (a petición del familiar) y en su nota refirió "...pérdida de peso, dolor abdominal que ameritó uso de silla de ruedas para desplazarse, no tolera

vía oral, taquicárdico…" y recomendó valoración por Gastroenterología y realización de laboratorios por pérdida de peso considerable en un mes e intolerancia a la vía oral.

Por lo que al día siguiente, el 16 de agosto de 2018 (67 horas después), el médico del RPVS refirió al interno paciente de urgencia al Hospital Belisario Domínguez (a las 19:00 horas) por dificultad respiratoria de pequeños esfuerzos, cianosis, saturación de oxígeno de 58% con probable diagnóstico de bronconeumonía, además de no contar con tomas de oxígeno ni de rayos X para manejo y valoración del paciente en la unidad médica.

Al ingreso del paciente interno al Hospital Belisario Domínguez el 17 de agosto de 2018, a las 00:38 horas (4 horas más tarde) en la nota médica inicial describieron al interno paciente con: "….tos, disnea, expectoración verdosa, aumento del trabajo respiratorio, disociación toracoabdominal, con estertores de predominio derecho y sibilancias, broncoespasmo bilateral… Diagnóstico de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) exacerbado, NAC (neumonía adquirida en la comunidad), por lo que le realizó una hoja de referencia a Torre Médica Tepepan, con dichos diagnósticos y con motivo de la falta de espacio físico. En este hospital se dio manejo inicial a base de ranitidina, levofloxacino, salbutamol y metilprednisolona.

Sin embargo, y a pesar de estos, se desconoce le motivo por el cual no se realizó el traslado interhospitalario, siendo que el paciente se encontraba grave de acuerdo a lo descrito por el médico en su nota, y el personal de custodia regresó al paciente interno al Reclusorio Preventivo Varonil Sur. De esta actividad hasta el siguiente contacto médico, referencia al Hospital Rubén Leñero, pasaron 13 horas, condicionando con ello retraso en la atención médica del paciente, ya que es hasta las 13:29 horas que se volvió a referir del RPVS a un hospital de la red, siendo este el Hospital Rubén Leñero, considerando una distancia muy grande, perjudicando aún más al paciente, ya que la llegada del mismo al Hospital fue a las 18:57 horas (5 horas después). No existe registro de atención de enfermería.

Desde el punto de vista médico, la Referencia y Contrarreferencia de interno-pacientes a otra unidad hospitalaria, de acuerdo al Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud, se establece que en caso de urgencia, se enviará al interno paciente a una unidad hospitalaria para su manejo, y en caso de que el mismo interno-paciente necesite atención en una unidad hospitalaria de mayor capacidad resolutiva, el hospital donde se encuentra puede referirlo a otro Hospital, cubriendo los requerimientos de dicho Manual y solicitando la autorización mediante oficio dirigido al Director del Centro de Reclusión de origen, sin embargo, a pesar de que se realizó la referencia del Hospital Belisario Domínguez a Torre Médica Tepepan, se desconoce el motivo por el cual no se realizaron las gestiones necesarias para haber llevado a cabo dicho proceso.

V.3. Precisar el nexo causal entre los motivos del fallecimiento y la atención recibida para sus padecimientos.

A pesar de tratarse de un caso médico legal y de que en la nota médica en el área de defunción colocaron "...notificación a MP: sí...", no hay registro de ingreso del cadáver al Instituto de Ciencias Forenses (INCIFO). Independientemente que los familiares no den consentimiento para la realización de la necropsia, al ser un caso médico legal por tratarse de un interno –paciente en reclusión–, concierne al Ministerio Público dar la indicación del envío de cuerpo al INCIFO para la realización de la misma.

Tras el análisis de las documentales médicas que conforman el expediente de queja, no se cuentan con elementos técnico-médicas para asegurar que la [Víctima directa 13] presentó infarto agudo de miocardio y choque cardiogénico, ya que dentro del expediente de queja en la nota de defunción se refirió que la [Víctima directa 13] había presentado dolor torácico y palidez con posterior pérdida de forma súbita del estado de alerta, sin mayor sintomatología ni estudios por laboratorio o gabinete, ya que inmediatamente realizaron maniobra de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada; y además de haberse realizado el estudio de necropsia, y de acuerdo a lo que marca la literatura médica, el aspecto a simple vista de un infarto al miocardio, depende de la duración de la supervivencia del paciente después de éste, ya que no suelen apreciarse infartos con duración de menos de 12 horas.

En este caso, ante la deficiente atención médica era indispensable la realización del estudio de necropsia para confirmar o descartar alguna otra causa de muerte como la neumonía, motivo por el cual fue referido en primera instancia. Desde el punto de vista médico, al no queda clara la causa de la muerte no es posible establecer un nexo causal ante ésta y la atención médica.

[...].

Por todo lo anterior se llega a las siguientes:

CONCLUSIONES

PRIMERA.- La atención médica realizada en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur fue deficiente, al no haber realizado las valoraciones médicas posteriores al egreso de la [Víctima directa 13] de cada una de las unidades hospitalarias para verificar su estado de salud generando con ello retraso en su atención médica.

SEGUNDA.- La atención médica por el personal de salud del Hospital General Tláhuac fue deficiente, al egresar a un paciente en condiciones no óptimas y que requería atención, seguimiento y tratamiento en segundo nivel.

TERCERA.- La atención médica por personal de salud del Hospital Belisario Domínguez fue deficiente al no realizar las gestiones necesarias

para llevar a cabo la referencia interhospitalaria, dado la gravedad de la [Víctima directa 13], ya que el personal de custodia lo regresó al Reclusorio Sur, en detrimento a su salud.

CUARTA.- Se observó que al no realizar el traslado interhospitalario, la atención médica fue retrasada, no garantizando así el acceso a una atención médica inmediata en caso de urgencia.

Quinta.- La atención médica por personal de salud del Hospital General Rubén Leñero fue insuficiente, ya que si bien se valoró medicamente a la [Víctima directa 13], no se cuenta con documentales médicas que corroboren que el tratamiento indicado al paciente se haya llevado a cabo.

SEXTA.- Al desconocerse la causa y mecanismo de muerte, no es posible establecer nexo causal entre ésta y la atención médica.

SÉPTIMA.- Se aprecian deficiencias en la integración del expediente clínico que, si bien contravienen en lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, no incidieron en la evolución clínica.

11. Acta circunstanciada de 4 de noviembre de 2021, suscrita por un visitador adjunto de la CDHCM, en la cual consta la entrevista a las víctimas 17 y 18 de la cual se desprende lo siguiente:

La víctima indirecta 17 se vio afectada por el fallecimiento de su hijo debido a que no recibió información u orientación sobre lo ocurrido y desconocía qué hacer o a quién acudir. No contaba con recursos económicos, ya que la víctima directa 13 era quien la apoyaba económicamente con el trabajo que realizaba como artesano y cargando bolsas en el centro de reclusión los días de visita.

Derivado del estado emocional en el que se encontró, durante varios meses consumió bebidas alcohólicas, hasta que buscó ayuda acudiendo a un Centro de Integración Juvenil donde recibió apoyo psicológico y psiquiátrico y actualmente se encuentra mejor, pero sin lograr resignarse ya que tenía la expectativa de que su hijo estaba próximo a obtener su libertad y habían hecho planes para su vida futura, los cuales ya no se concretaron.

La víctima indirecta 18 se vio afectada emocionalmente ya que la víctima directa era su hermano y se encontraba próximo a obtener su libertad. Le correspondió hacer frente a los gastos funerarios para realizar el sepelio de acuerdo con sus costumbres. Asimismo, ha estado presente como apoyo de la mujer víctima indirecta 17.