

ANEXO 2**Caso 2. Expediente: CDHDF/III/121/GAM/16/P0934****Víctima directa: [Víctima directa 2]****Víctima indirecta: [Víctima indirecta 3]**

1. Sistema de Referencia y Contrarreferencia de 12 de octubre de 2015, suscrita por el Dr. José Juan García Damián, adscrito al Hospital General Torre Médica Tepepan dependiente de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 2]

PADECIMIENTO ACTUAL Y EVOLUCIÓN:

Hombre de 36 años con diagnóstico de hepatopatía por alcohol (2013). Refiere ser diabético y anemia. Alérgicos negados. Tabaquismo suspendido. Etilismo desde los 12 a 35 años, diario, 1 litro al día. Consumo de cannabis. Enviado a control, refiere realización de estudio endoscópico con presencia de várices (no contamos con reporte de resultado de dicho estudio). Presenta náuseas y vómito. Tensión arterial 100/60, frecuencia cardiaca 68, respiratoria 20. Peso 53,000 Talla 1.50. En exploración despierto, campos pulmonares sin alteración, ruidos cardiaco rítmicos. Abdomen con ascitis, (ilegible). Sin edema de Extremidades. No ha sido valorado por gastroenterología.

Estudios paraclínicos: Trae resultados de exámenes de laboratorio del 28-08-2015 con hemoglobina 11.1, leucocitos 5.250, plaquetas 154 mil. Glucosa 97, creatina 0.97. ALT 38. AST 56. GGT 68 (los mismos de la cita pasada)

Diagnósticos: hepatopatía probablemente por consumo de alcohol.
Portador de virus de Hepatitis B. Diabetes Mellitus tipo 2.
Favor de enviar con exámenes actualizados, reporte de endoscopia y serología.

RECOMENDACIÓN PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:

1. Dieta para hepatópata y diabético, 1000 de líquidos en 24 horas.
2. Omeprazol tab 20 mg 1 cada 12 horas oral sin suspender.
3. Propanolol tab 40 mg 1 cada 24 horas oral sin suspender.
4. Furosemide tab 40 mg 1 por la mañana oral sin suspender.
5. Espirinolactona tab 25 mg 1 por la mañana oral sin suspender.
6. Butilioscina una tableta en caso de dolor abdominal.
7. Complejo B 1 tableta oral cada 24 horas sin suspender.
8. Ácido fólico tab 1 al día oral sin suspender.
9. Enviar a Gastroenterología por infección por virus de hepatitis C.
10. Cita en 3 meses con resultados de laboratorio, glucosa, urea, creatina, pruebas de función hepática. Biometría hemática, electrolitos.

2. Nota de Evolución Vespertina de 27 de enero de 2016, suscrita por Dr. Valerio Jiménez Maldonado, adscrito al Hospital General la Villa dependiente de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 2]

[...]

Paciente masculino de 37 años de edad, quien se encuentra cursando sus primeras horas de estancia intrahospitalaria con los diagnósticos:

- Hemorragia de tubo digestivo alto no varicial inactivo.
- Insuficiencia hepática Child Pug B.
- Anemia macrocítica.

Se refiere asintomático.

Signos Vitales: TA: 98/71, FC: 60, FR: 20, 36.5 C

100/60, frecuencia cardíaca 68, respiratoria 20. Peso 53,000 Talla 1.50. En exploración física se encuentra despierto, ubicado en tiempo y forma, lugar y espacio, con palidez de piel y tegumentos, mucosas hidratadas, cráneo normocéfalo, pupilas isocóricas normorrefléxicas a la luz, narinas permeables, cuello cilíndrico con arcos de movilidad sin IY tórax normolíneo con movimientos de amplexión y amplexación normales campos pulmonares bien ventilados sin estertores ni sibilancias, ruidos cardíaco rítmicos de buena intensidad el abdomen blando depresible la palpitación sin datos de irritación peritoneal, no se palpan adeno ni visceromegalias, extremidades íntegras en tono y fuerza muscular conservada, llenado capilar en 2 segundos.

Paciente de la cuarta década de la vida quien se encuentra con los diagnósticos antes comentados sin datos de sangrado en ningún nivel, se realiza endoscopia el cual reporta: várices esofágicas grado IV gastritis congestiva se toma biometría de control la cual reporta: leucos: 6.3, neutrófilos. 68.3, linfos 20.6, hb: 7.4, hto. 22.10, plaquetas 81, por lo que se indica transfundir concentrado eritrocitario continua con manejo establecido se reporta delicado con pronóstico reservado a evolución.

3. Nota de Medicina Interna de 27 de enero de 2016, suscrita por Dr. Arias, adscrito al Hospital General Torre Médica Tepepan dependiente de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

masculino de 37 años;

Dx. Hemorragia Ap, digestivo alto No activo.

Insuficiencia hepática Child Pug B.

Anemia macrocítica.

Paciente por el momento estable, sin sangrado activo hemodinámicamente compensado: con lab Leucos: 5.400; Hb: 8.96; Hto. 26.80; PLT 78000; Quien por el momento no hay espacio físico en

Medicina Interna, encontrando en condiciones de ser trasladado a Unidad Hospitalaria Tepepan para continuar en vigilancia:
Paciente con mal pronóstico a mediano plazo por historia natural de la enfermedad.

4. Nota Médica de las 08:12 horas del 11 de febrero de 2016, signada por el Doctor Christian Ulises Mora Mora, adscrito a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte (UMRPVN, en adelante), dependiente de la entonces Dirección de Servicios Médicos Legales y en Reclusorios (DSMLR, en adelante) de la Secretaría de Salud del entonces Distrito Federal, actual Ciudad de México (SEDESA, en adelante), en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 2]

Masculino [...], quien cuenta con los siguientes antecedentes: Alérgicos negados, quirúrgicos negados. Transfusionales positivo en 1 ocasión el 26-01-16. Traumáticos fractura en muñeca derecha manejo conservador, tobillo derecho manejo conservador. Desconoce DM2 y HAS. Insuficiencia hepática Child-Pugh B desde el mes de febrero de 2014, actualmente bajo tratamiento. Positivo para Hepatitis C en marzo de 2015. [...].

Actualmente se refiere con dolor abdominal generalizado, edema en miembros inferiores. A la exploración física se encuentra con palidez de tegumentos y coloración ocre, neurológicamente íntegro. Conjuntivas ictéricas + Mucosa oral deshidratada + Cuello con plétora yugular ++, no adenomegalias. Campos pulmonares con presencia de murmullo vesicular, hiperventilados en ambas regiones bibasales. Abdomen globoso a expensas de ascitis, no a tensión, peristalsis presente, no megalias. Genitales sin edema. Extremidades inferiores con godete positivo +, hipotróficas, no lesiones dérmicas.

Paciente sin laboratorios actuales en esta unidad, solicitaré para dentro de 1 mes. Paciente con reactivo positivo para Hepatitis C, comentaremos con autoridades manejo subsecuente.

Por lo pronto se instará en la dieta para el paciente con dirección. Se insiste con paciente que no consuma más de 600 cc de líquidos para todo el día. Se ajustan diuréticos.

[...]

5. Acta circunstanciada de 7 de marzo de 2016, suscrita por un visitador adjunto de esta Comisión, en la que consta la entrevista con la persona [Víctima indirecta 3], de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

Su hijo [Víctima directa 2] está en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte, ubicado en el dormitorio 4, zona 3, estancia 8.

Padece insuficiencia hepática, hepatitis y úlcera varicosa, posterior a la intervención de este Organismo, fue valorado por personal médico del centro de reclusión y le proporcionaron tratamiento farmacológico, con el que presentó mejoría.

No obstante, el pasado 29 de enero el señor [Víctima directa 2] se comunicó vía telefónica con la peticionaria para informarle que presentaba dolor intenso en el estómago, vómito y diarrea, acudió al servicio médico, donde suministraron una inyección para el dolor (desconoce el nombre del medicamento).

El día de hoy, se comunicó nuevamente con la peticionaria y le comentó que el vómito y la diarrea cesaron, sin embargo, continúa con dolor en el estómago. Aclara que no ha sido referido a ningún servicio de especialidad.

[...].

6. Nota Médica de 30 de marzo de 2016, signada por el Dr. Christian Ulises Mora Mora, adscrito a la UMRPVN, dependiente de la DSMLR de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 2]

Masculino [...], quien es conocido con diagnóstico de Insuficiencia Hepática Child-Pugh y Hepatitis C.

Acude por referir que el día de ayer por la noche presentó dolor abdominal generalizado súbito, el día de hoy por la madrugada vómito de contenido gastro biliar en cantidad de 4, escalofríos y una sola evacuación en mínima cantidad semilíquida.

Se encuentra con fiebre, neurológicamente íntegro, con palidez de tegumentos y coloración en región facial, deshidratación moderada, cuello plétora Grado I, no adenomegalias. Campos pulmonares bien ventilados sin la presencia de fenómenos agregados, precordio rítmico de buen tono e intensidad, discretamente globoso, con hiperbaralgesia, resistencia muscular involuntaria mínima, peristalsis muy disminuida, dolor generalizado sin localización específica a la palpación media, rebote franco positivo. Extremidades inferiores Godette +.

7. Acta circunstanciada de 26 de mayo de 2016, suscrita por un visitador adjunto de esta Comisión, en la que consta la entrevista a [Víctima indirecta 3], de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

Por otra parte, refiere que el día de la fecha acudió a visitar a su familiar, quien se encontraba presentando vómito, altos niveles de temperatura, dolor e inflamación severa del estómago, además de dolor en los pies, sabe que no ha recibido atención médica.

[...]

8. Nota de Egreso y Resumen Clínico de 12 de junio de 2016, suscrita por el Dr. Alejandro Ajoleza Sánchez, adscrito al Hospital General Dr. Rubén Leñero (HGRL en adelante) dependiente de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 2]

Masculino [...] con antecedentes de insuficiencia hepática crónica de 2 años de diagnóstico sin tratamiento, endoscopia hace un año con varices esofágicas, transfusionales positivos, inicia su padecimiento actual el 11/06/16 en reclusorio con hematemesis en 6b (sic) ocasiones, palidez de tegumentos diaforesis, piloerección por lo que es traído a esta unidad y se le inicia manejo con reanimación hídrica, análogo de la somatostatina, antibiótico profiláctico, con pobres respuestas por lo que se coloca sonda de balones, se le transfunden 3 paquetes globulares, con una mala evolución con datos de choque hipovolémico hemorrágico con TA 170 X, TA Inaudible, con deterioro neurológico por lo que se inicia ventilación mecánica invasiva, apoyo de aminas y reanimación hídrica y transfusiones de hemoderivados, sin respuesta, con actividad de hemorragia a pesar de realizar estrategias de hipotensión permisiva, presentando ritmo de asistolia, por lo que se le realiza RCP por 10 min con administración de tres ampulas de adrenalina así como compresiones cardiacas sin recuperar la circulación espontánea, se toma trazo isoelectrico y se declara hora de defunción a las 13:00 hrs, paciente sin signos vitales se informa a custodios del paciente.

[...]

9. Acta circunstanciada de 18 de julio de 2016, suscrita por un visitador adjunto de este Organismo, en la cual consta la entrevista a la persona [Víctima indirecta 3], de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[...] nunca recibió la debida atención médica y lamentablemente por esto su hijo [Víctima directa 2] falleció el día 12 de junio 2016, sin dársele la atención médica necesaria, por lo que no pudo llegar al hospital. [...].

[...]

10. Resumen Clínico de 22 de septiembre de 2016, signado por el doctor Oscar Enrique Giles Benítez, Encargado de la UMRPVN, dependiente de la DSMLR de la SEDESA, en el cual consta lo siguiente:

[...]

Nombre: [Víctima directa 2]

[...]

El día 11-02-14 acudió a consulta con la Dra. Pelcastre Flores Donají, quien integra diagnóstico de faringitis + dermatofitosis, prescribe Cefalexina 500mg cada 8hrs por 5 días, paracetamol 500mg cada 8 hrs por 2 días, ambroxol Jarabe 10ml cada 8 hrs, miconazol crema aplicar en las noches.

El día 23-04-14 acudió a consulta con la Dra. Pelcastre Flores Donají, quien integra diagnóstico de hepatopatía en estudio prescribiendo, butilhioscina cada 8hrs por 4 días, complejo b tab una cada 14hrs por un mes, fumarato ferroso tab una cada 24hrs, ácido fólico una cada 24hrs.

El día 25-04-14 acudió a consulta con la Dra. Pelcastre Flores Donají, quien integra diagnóstico de DM 2 + hepatopatía por alcoholismo con tratamiento de omeprazol 20mg cada 24hrs, paracetamol 500 cada 8hrs en caso de dolor, Pravastatina tab cada 24hrs, bezafibrato tab cada 24hrs.

El día 27-05-14 acudió a consulta con la Dra. Pelcastre Flores Donají, quien integra diagnóstico de hepatopatía probable por alcoholismo, faringitis, síndrome anémico, tratamiento, alopurinol tab una cada 24hrs, Pravastatina cada 24hrs por 30 días, naproxeno cada 8hrs por 4 días + omeprazol tab c/12hrs por un mes + complejo b tab una cada 24hrs por 30 días + ácido fólico cada 24hrs por 30 días + fumarato ferroso tab cada 24hrs por 30 días + calcio efervescente una cada 24hrs por 30 días, se realiza referencia a medicina Interna con resultados de laboratorio y ultrasonido hepático.

El día 03-07-14 el paciente acude a consulta con la Dra. Pelcastre Flores Donají, para revisión de estudios los cuales reportan hipertensión portal y hepatoesplenomegalia por lo que se envía a Hospital General La Villa.

El día 14-08-14 acudió a consulta con la Dra. Pelcastre Flores Donají, quien integra diagnóstico de probable hepatopatía, síndrome anémico, Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, Dislipidemia, Hiperuricemia, prescribiendo tratamiento a base de omeprazol cápsulas una cada 24horas por un mes, complejo b tabletas una cada 24horas por 30 días, ácido fólico cada 24 horas por 30 días, fumarato ferroso tabletas cada 24 horas por 30 días, calcio efervescente una cada 24 horas por 30 días, Bezafibrato 200mg una cada 24 horas, butilhioscina tabletas cada 8 horas por 2 días, propanolol cada 24 horas por 30 días, glibenclamida 5 mg cada 24 horas por 30 días,

[...].

El día 21-10-14 acudió a consulta con la Dra. Pelcastre Flores Donají, quien integra los diagnósticos de probable hepatopatía, etilismo, Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, infección de tejidos blandos, prescribiendo tratamiento farmacológico a base de metformina 850 mg una cada 24 horas por un mes, ácido fólico tabletas una cada 24 horas por un mes, complejo b tabletas una cada 24 horas por un mes, Omeprazol tableta una cada 24 horas por un mes, Bezafibrato 200 mg una cada 24 horas, Dicloxacilina 500 mg cada 8 horas por 7 días, naproxeno 250 mg cada 8 horas por 4 días, propranolol cada 24 horas por 30 días, glibenclamida 5 mg cada 24 horas por 30 días, se solicitan laboratorios de control, Biometría Hemática y Química Sanguínea de 27 elementos.

El día 22-12-14 acudió a consulta con la Dra. Pelcastre Flores Donají, quien integra los diagnósticos de hepatopatía secundaria a etilismo, Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, consumo de sustancias, faringitis, dermatitis, se solicitan Biometría Hemática, Química Sanguínea de 6 elementos y perfil de lípidos ya que no se realiza los estudios previamente solicitados, se prescribe metformina 850 mg una cada 24 horas por un mes, ácido fólico tabletas una cada 24 horas por un mes, complejo tabletas una cada 24 horas por un mes, Omeprazol cápsulas una cada 24 horas por un mes, Bezafibrato 200 mg una cada 24 horas, Cefalexina cápsulas de 500 mg una cada 8 horas por 5 días, naproxeno tabletas de 250 mg cada 8 horas por 4 días, propranolol tabletas una cada 24 horas por 30 días, glibenclamida tabletas de 5 mg una cada 24 horas por 30 días, vitamina tabletas una cada 24 horas por un mes, ambroxol tabletas una cada 8 horas por 5 días, metamizol crema aplicar por las noches.

El día 09-02-15 acudió a consulta con Dra. Pelcastre Flores Donají, quien integra los diagnósticos de hepatopatía secundaria a etilismo, Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, Gastroenteritis probablemente de origen infeccioso, prescribiendo tratamiento a base de metformina tabletas de 850 mg una cada 24 horas por un mes, ácido fólico tabletas una cada 24 horas por un mes, complejo b tabletas una cada 24 horas por un mes, Omeprazol capsulas una cada 24 horas por un mes, Bezafibrato tabletas 200mg una cada 24 horas, ampicilina capsulas 500mg cada 8horas por 8 días, propranolol tabletas cada 24 horas por 30 días, glibenclamida tabletas 5 mg cada 24 horas por 30 días.

El día 17-03-15 acudió a consulta con la Dra. Pelcastre Flores Donají, quien integra los diagnósticos de hepatopatía, Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, prescribiendo tratamiento a base de metformina tabletas 850mg una cada 24 horas por un mes, ácido fólico tabletas una cada 24 horas por un mes, complejo b tabletas una cada 24 horas por un mes, Omeprazol cápsula una cada 24 horas por un mes, Bezafibrato tabletas 200 mg una cada 24 horas, propranolol tabletas una cada 24 horas por 30 días, glibenclamida tabletas 5 mg una cada 24 horas por 30 días, miconazol crema aplicar en zona, butilioscina tabletas una

cada 8 horas en caso de dolor, metoclopramida tabletas una cada 8 horas por 30 días.

El día 30-04-15 acudió a consulta con la Dra. Pelcastre Flores Donají, quien integra los diagnósticos de Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, hepatopatía, cefalea tensional, prescribiendo tratamiento farmacológico a base de metformina tabletas 850 mg una cada 24 horas por un mes, ácido fólico tabletas una cada 24 horas por un mes, complejo b tabletas una cada 24 horas por un mes, Omeprazol cápsulas una cada 24 horas por un mes, propranolol tabletas una cada 24 horas por 30 días, glibenclamida tabletas 5 mg una cada 24 horas por 30 días, paracetamol tabletas 500 mg una cada 8 horas por 3 días.

El día 25-05-15 acudió a consulta con la Dra. Pelcastre Flores Donají, quien integra los diagnósticos de Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, hepatopatía, probable quiste testicular, fimosis, prescribiendo tratamiento farmacológico a base de metformina tabletas 850 mg una cada 24 horas por un mes, ácido fólico tabletas una cada 24 horas por un mes, complejo b tabletas una cada 24 horas por un mes, Omeprazol cápsulas una cada 24 horas por un mes, propranolol tabletas una cada 24 horas por 30 días, glibenclamida tabletas 5 mg una cada 24 horas por 30 días, butilioscina tabletas cada 8 horas por 2 días, metoclopramida tabletas una cada 8 horas por 30 días, cefotaxima cada 24 horas vía intramuscular por 5 días, paracetamol tabletas 500 mg cada 8 horas por 3 días.

El día 27-08-15 acudió a consulta con el Dr. Rubén Robles Ramos, quien integra el diagnóstico de insuficiencia hepática, prescribiendo tratamiento farmacológico a base de furosemida tabletas 40 mg cada 12 horas, se indican laboratorios Biometría Hemática, Química Sanguínea de 27 elementos, Pruebas de Funcionamiento Hepático y albumina sérica, se realiza referencia a medicina interna a Torre Médica Tepepan.

El día 11-02-16 acudió a consulta con el Dr. Christian Ulises Mora Mora, quien integra los diagnósticos de insuficiencia hepática Child Pugh B, hepatitis viral C, prescribiendo tratamiento farmacológico a base de furosemida tabletas 40 mg una tableta por la mañana, media tableta por la tarde y por la noche, Espironolactona tabletas 25 mg una cada 12 horas, complejo b tabletas una cada 24 horas, fumarato ferroso tabletas una cada 24 horas con el desayuno, ácido fólico tabletas una cada 24 horas, omeprazol cápsulas 40mg cada 24hrs por la noche por un mes.

El día 10-03-16 acudió a consulta externa de enfermedades crónicas degenerativas con el Dr. Christian Ulises Mora Mora, quien integra los diagnósticos de insuficiencia hepática Child Pugh B, hepatitis viral C, Infección de Vías Respiratorias Altas, prescribiendo tratamiento farmacológico a base de furosemida 40mg una tableta por la mañana, media tableta por la tarde y por la noche, Espironolactona 25mg una cada 12 horas, complejo b tabletas una cada 24 horas, fumarato ferroso tabletas una cada 24 horas con el desayuno, ácido fólico tabletas una cada 24 horas, omeprazol capsulas 40mg cada 24hrs por la noche por un

mes, naproxeno tabletas 250mg cada 12 horas, clorfenamina tabletas 4mg cada 12 horas por 5 días.

El día 11-04-16 acudió a consulta externa de enfermedades crónico-degenerativas con el Dr. Christian Ulises Mora Mora, quien integra los diagnósticos de insuficiencia hepática Child Pugh B, hepatitis viral C, Gastroenteritis Probablemente de origen Infeccioso, prescribiendo tratamiento farmacológico a base de furosemida 40mg una tableta por la mañana, media tableta por la tarde y por la noche, Espironolactona 25mg una cada 12 horas, complejo b tabletas una cada 24 horas, fumarato ferroso tabletas una cada 24 horas con el desayuno, ácido fólico tableta una cada 24 horas, omeprazol cápsulas 40mg cada 24 horas por la noche por un mes.

El día 01-06-16 fue solicitado mediante oficio SSCDMX/SSMUDSMLR/JUDSMR/UMRPVN/1459/16, con la finalidad que fuera valorado su estado de salud, sin embargo, el paciente no se presentó.

Consultas por urgencias:

El día 29-01-14 fue valorado por el Dr. Carlos Alberto Moreira Chávez por el servicio de urgencias quien integra el diagnóstico de edema de miembros pélvicos inferiores, prescribiendo furosemida tabletas 40mg cada 8 horas por una semana, diclofenaco cápsulas 100 mg cada 8 horas en caso de dolor y se solicita biometría hemática, química sanguínea y examen general de orina.

El día 10-02-14 fue valorado por la Dra. Elizabeth Villanueva González por el servicio de urgencias quien integra el diagnóstico de faringitis, se solicitan laboratorios de pruebas de función hepática y biometría hemática, prescribiendo tratamiento farmacológico a base de amoxicilina cápsulas 500 mg cada 8 horas por 7 días, diclofenaco cápsulas 100 mg cada 12 horas.

El día 24-02-14 fue valorado por la Dra. Donají Pelcastre Flores por el servicio de Urgencias, quien integra los diagnósticos de Probable Hepatopatía, prescribiendo tratamiento farmacológico a base complejo b tabletas una cada 12 horas por un mes, metoclopramida tabletas una cada 8 horas por 6 días, paracetamol tabletas 500 mg una cada 8 horas por 2 días.

El día 6-11-14 fue valorado por la Dra. Donají Pelcastre Flores por el servicio de Urgencias, quien integra el diagnóstico de rinofaringitis, prescribiendo tratamiento farmacológico a base de penprocilina 800 000 UI IM cada 24horas por 5 días, ketorolaco 30mg vía intramuscular cada 24 horas por 3 días.

El día 26-03-15 fue valorado por la Dra. Donají Pelcastre Flores por el servicio de Urgencias, para realización de referencias para panel viral y panendoscopia, integrando los diagnósticos de Diabetes Mellitus tipo 2,

Hipertensión Arterial Sistémica, Insuficiencia Hepática Crónica Child A, se prescribe tratamiento farmacológico a base de complejo b tabletas una cada 24 horas, ácido fólico tabletas cada 24 horas, ranitidina tabletas 150 mg cada 12 horas.

El día 14-08-15 fue valorado por la Dra. Teresa Puebla Ciprián por el servicio de urgencias, quien integra el diagnóstico de Gastroenteritis probablemente de origen infeccioso, Infección de Vías Urinarias, cirrosis hepática Child A, se mantiene en observación con solución fisiológica 500cc para 4 horas, ciprofloxacino 400mg vía intravenosa cada 12 horas, clonixinato de lisina vía intramuscular cada 12 horas, metoclopramida vía intramuscular cada 12 horas, Ceftriaxona 1gr vía intramuscular cada 12 horas y paracetamol 1gr vía oral cada 8 horas en caso de fiebre, finalmente es trasladado al Hospital General Dr. Rubén leñero por persistencia del cuadro clínico.

El día 09-12-15 fue valorado por el Dr. Rubén Robles Ramos por el servicio de urgencias, quien integra los diagnósticos de Faringitis, Cirrosis Hepática Referida, prescribiendo tratamiento farmacológico a base de Ketorolaco solución inyectable de 30 mg vía intramuscular dosis única, amoxicilina cápsulas de 500 mg una cada 8 horas por 7 días, diclofenaco cápsulas de 100 mg una cada 12 horas por 3 días, furosemide tabletas 40 mg cada 12 horas por 30 días, se indica cita de control mensual, cita abierta a urgencias, se dan medidas higiénico dietéticas.

El día 26-01-16 fue valorado por el Dr. Luis A. Mercado Torres por el servicio de urgencias quien integra el diagnóstico de Sangrado de Tubo Digestivo Alto probablemente por varices esofágicas, hepatopatía alcohólica, anemia clínica, probable infección de vías urinarias, prescribiendo tratamiento farmacológico a base de sol Hartmann 1000cc para 4 horas, omeprazol 40mg vía intravenosa dosis única, se coloca sonda nasogástrica a derivación y se refiere al servicio de urgencias del Hospital General La Villa para valoración y tratamiento.

El día 28-01-16 fue valorado por el Dr. Miguel López García por el servicio de urgencias quien manifiesta en nota médica que el paciente interno presenta vomito de contenido biliar, así mismo que fue valorado por el servicio del Hospital General La Villa quienes mencionan que por falta de espacio físico se refiere al Hospital Torre Medica Tepepan, motivo por el cual se realiza enlace con Dra. Ramos del área de medicina interna del Hospital Torre Medica Tepepan quien manifiesta que la anemia que presenta el paciente interno es por su hepatopatía y que si no está sangrando en este momento no hay motivo por el cual sea referido el paciente y que el "hecho que el hospital la villa no tenga espacio no es motivo para que el paciente sea hospitalizado". Motivo por el cual se realiza referencia médica para valoración por el Hospital General de Ticomán. Se integra el diagnóstico de Sangrado de Tubo Digestivo Alto, indicando signos vitales por turno, cuidados generales de enfermería, mantener en observación, vigilar datos de sangrado, vigilar datos de deterioro

El día 30-03-16 fue valorado por el Dr. Christian Ulises Mora Mora por el servicio de urgencias quien integra diagnóstico de peritonitis probablemente bacteriana, Insuficiencia hepática Child Pugh B, hepatitis viral C, se indica tratamiento con solución Hartmann 500 cc para 24 horas, metronidazol 500 mg vía intravenosa dosis única, metoclopramida solución inyectable vía Intravenosa dosis única, se realiza referencia a hospital general de Ticomán.

El día 11-06-16 fue valorado por el Dr. Murillo Navarrete Julio César, por el servicio de urgencias por presentar vomito de 24 horas de evolución en al menos 5 ocasiones, así como evacuaciones melénicas en al menos una ocasión, motivo por el cual se decide su traslado de forma urgente al servicio de Urgencias del Hospital General Dr. Rubén Leñero.

Atenciones hospitalarias externas:

El día 03-03-14 fue valorado por el servicio de medicina interna Torre Médica Tepepan, quienes integran el diagnóstico de probable hepatopatía por alcoholismo, descartar Diabetes Mellitus tipo 2. prescribiendo tratamiento farmacológico omeprazol 20 mg cápsulas dos cada 24 horas por un mes, Complejo b tabletas una cada 24 horas, paracetamol tabletas 500mg cada 8 horas en caso de dolor articular, se solicita ultrasonido de hígado y bazo y panel viral, serología para VIH. Cita en un mes.

El día 21-03-14 fue referido al Hospital General Dr. Rubén leñero, con la finalidad que se realizara Ultrasonido solicitado, reportando hígado y parénquima de morfología normal, la ecogenicidad es homogénea, la vesícula biliar acodada de 52 x 20 mm, sin imágenes en su interior con paredes de 3 mm de espesor, los conductos hepáticos sin alteraciones.

El día 20-05-14 fue trasladado a la clínica condesa, lugar donde le fueron realizados los estudios solicitados con resultados prueba VIH negativos, positivo a hepatitis b y c y a sífilis.

El día 25-07-14 fue trasladado al Hospital Torre Medica Tepepan para realización de Ultrasonido reportando daño hepático, hipertensión portal y esplenomegalia.

El día 03-07-14 fue referido al servicio de urgencias del Hospital General La Villa quienes integran los diagnósticos de insuficiencia hepática Child Pugh A, Diabetes Mellitus tipo 2 controlada, prescribiendo tratamiento farmacológico a base de propanolol 10mg cada 24hrs, tiamina cada 24hrs, continuar tratamiento por medicina interna, cita abierta a urgencias.

El día 10-09-14 fue valorado por el servicio de medicina interna del Hospital Torre Medica Tepepan, quienes integran el diagnóstico de etilismo, consumo de sustancias tóxicas y anemia megaloblástica, indicando tratamiento farmacológico a base de complejo b tabletas una cada 24 horas por 3-6 meses, ácido fólico tabletas 1 cada 24 horas por 3-6 meses, omeprazol cápsulas 20 cada 24 horas por un mes, control de

laboratorio cada 3 meses, Biometría Hemática, Pruebas de Funcionamiento Hepático, enviar a medicina interna en caso de requerirlo.

El día 27-05-15 fue valorado por el servicio de endoscopia del Hospital General La Villa quien integra el diagnóstico de varices esofágicas grado IV y gastritis congestiva.

El día 02-08-15 fue trasladado al Hospital General de Tláhuac para ser valorado por el servicio de urología sin embargo no es atendido porque no llegó el urólogo.

El día 10-09-15 fue valorado por el servicio de medicina interna del Hospital Torre Médica Tepepan quien integra los diagnósticos de hepatopatía probablemente por consumo de alcohol, portador de virus de hepatitis b, Diabetes Mellitus tipo 2, prescribiendo tratamiento a base de dieta para hepatopatía y diabético, omeprazol cápsulas 20mg cada 12 horas, propanolol tabletas 40mg cada 24 horas, furosemida tabletas 40 mg por la mañana, Espironolactona 25 mg por la mañana, butilhioscina en caso de dolor abdominal, se indica cita en dos meses.

El día 12-10-2015 fue valorado por el servicio de medicina interna del Hospital Torre Médica Tepepan, quien integra el diagnóstico de hepatopatía probablemente por consumo de alcohol, portador de virus de hepatitis b, Diabetes Mellitus tipo 2, prescribiendo tratamiento a base de dieta para hepatopatía y diabético, omeprazol 20mg cada 12horas, propanolol 40mg cada 24hrs, furosemida 40mg por la mañana, Espironolactona 25mg por la mañana, butilhioscina en caso de dolor abdominal, complejo b tab cada 24hrs, ácido fólico tab al día.

El día 27-01-16 fue valorado en el Hospital General La Villa, siendo dado de alta con los diagnósticos de hemorragia de tubo digestivo alto no variceal no activo, insuficiencia hepática Child Pugh B y anemia Macroscítica, se indica traslado al Hospital Torre Medica Tepepan por falta de espacio y se da manejo con omeprazol 40mg vía intravenosa cada 12hrs, vitamina k 10mg cad 24 horas. El mismo día fue valorado por el servicio de medicina interna quienes comentan que el paciente cuenta con mal pronóstico a mediano plazo por historia natural de la enfermedad.

El día 29-01-16 fue trasladado al servicio de urgencias del Hospital General de Ticomán, quien integra el diagnóstico de Choque Hipovolémico grado 1, secundario a sangrado de tubo digesto alto inactivo probablemente secundario a varices esofágicas, Insuficiencia Hepática Child Pugh C, Lesión Renal Aguda AKIN I RIFLER, Hipercalemia tipo A, Acidosis Metabólica de Anión Gap Normal compensada con alcalosis respiratoria concomitante, Hipercloremia Anemia Macroscítica Hiperocrómica grado II de la OMS. Permaneciendo hospitalizado hasta el día 04-04-16 en dicho nosocomio y siendo egresado con los diagnósticos de Insuficiencia Hepática Child Pugh C, Peritonitis Bacteriana Espontánea Remitida, Sangrado de Tubo Digestivo Alto Remitido.

30-03-16 fue trasladado al servicio de urgencias del Hospital General de Ticomán, quienes integran los diagnósticos de Insuficiencia Hepática Child Pugh C, Hepatitis Viral C sin Tratamiento, infección de Vías Urinarias, prescribiendo tratamiento farmacológico a base de Butilioscina con metamizol tabletas, tomar una cada 8 horas por 5 días, ciprofloxacino 250 mg tomar una tableta cada 12 horas por 7 días, metoclopramida 10 mg tomar una cada 8 horas por 3 días, continuar con tratamiento de base, cita abierta a urgencias.

El día 22-04-16 fue trasladado al Hospital Torre Médica Tepepan, donde le fue realizado Ultrasonido reportando Daño Hepático Crónico, Ascitis, Esplenomegalia.

El día 11-06-16 fue trasladado al servicio de urgencias del Hospital General Dr. Rubén Leñero, por presentar sangrado de tubo digestivo alto, insuficiencia hepática, ascitis. Permaneciendo hospitalizado hasta el día 12 de junio de 2016, fecha misma de su defunción. Al respecto en nota médica del Hospital General Dr. Rubén Leñero reporta que a su llegada se inicia con manejo de reanimación hídrica, análogo de la somostatina, antibiótico profiláctico, con pobre respuesta por lo que se coloca sonda de balones, se transfunden 3 paquetes globulares, con mala evolución, con datos de choque hemorrágico, Tensión arterial inaudible, con deterioro neurológico por lo que se inicia ventilación mecánica invasiva, apoyo de aminos y reanimación hídrica y trasfusión de hemoderivados sin respuesta, con actividad de hemorragia a pesar de realizar estrategia de hipotensión permisiva, presentando ritmo de asistolia, por lo que se realiza RCP por 10 minutos, con administración de tres ámpulas de adrenalina, así como compresiones cardiacas sin recuperar la circulación espontánea, se toma trazo isoelectrico y se declara/hora de defunción a las 13:00 horas, paciente sin signos vitales, siendo los diagnósticos de defunción Hemorragia de Tracto Digestivo Alto, Choque Hipovolémico Hemorrágico Grado V.

[...]

11. Historia Clínica de 21 de mayo de 2018, signada por la Dra. Donají Pelcastre Flores, adscrita a la UMRPVN, dependiente de la DSMLR de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 2]

PA: Inicia su padecimiento el 2/11/14 al presentar ictericia, astenia, adinamia, se le solicitan laboratorios médicos los cuales reportan aumento de ALST 50, AST 57 ALP 118 TBIL 2.2 DBIL 0.8 HDLD 161 GLUCOSA 145, lo cual se diagnostica con probable hepatopatía se le solicitan laboratorios de gabinete. Se da tratamiento a base de Butilioscina, complejo B, fumarato ferroso y ácido fólico.

En resultados del ultrasonido hepático muestra hígado y parénquima de morfología normal, la ecogenicidad es homogénea, se realiza segundo ultrasonido el cual reporta hígado ecogénico y aumentado de dimensiones, sin lesión focal, con dilatación portal y bazo, con el diagnóstico de daño hepático portal y esplenomegalia.

Se realiza referencia para valoración por medicina interna en Torre Medica Tepepan

Valorado en Torre Medica Tepepan con el diagnóstico de PB hepatopatía por alcoholismo y descartar DM2. Dando tratamiento a base de Dieta baja en sal, Omeprazol, complejo B, paracetamol solicitan ultrasonido de hígado y bazo, panel viral, y cita nuevamente para seguimiento.

Nueva cita por medicina interna con el diagnóstico de etilismo/consumo de sustancias tóxicas/anemia megaloblástica, dando tratamiento a base de complejo B, ácido fólico, Omeprazol y solicitan laboratorios nuevamente y cita en 3 meses.

Se solicitan laboratorios de control nuevamente y se envía por urgencias a valoración en Hospital La Villa con el diagnóstico de insuficiencia hepática child/ DM2 Controlada, se da tratamiento a base de propanolol, tiamina control en consulta externa de medicina interna cita abierta a urgencias.

Valorado nuevamente en Torre Médica Tepepan con el diagnóstico de PB insuficiencia hepática crónica child A/ anemia macrocítica hipocrómica, con tratamiento a base de dieta para hepatopatía, complejo B, ácido fólico, Ranitidina, Butilhioscina, nuevamente panel viral, endoscopia, y cita en cuanto se tengan los estudios.

Resultados de endoscopia reporta varices esofágica grado IV /Gastritis congestiva.

Resultados de panel viral el cual reporta hepatitis C.

Se realiza referencia para valoración por medicina interna en espera de su valoración.

El 25/5/ 15 acude a consulta externa por presentar dolor en región testicular iniciando hace 2 semanas y presentado dolor en región de pene. Se da diagnóstico de DM2/HAS/ HEPATOPATÍA/PB QUISTE TESTICULAR/ FIMOSIS Se da tratamiento a base de ácido fólico, complejo b, metformina, glibenclamida, Omeprazol, propanolol, Butilhioscina, metoclopramida, naproxeno, cefalexina, metronidazol, dieta para hepatopatía. Se realiza referencia para valoración por urología.

Acude el día 9 de junio al hospital general de Tláhuac y se da cita para el 2 agosto 2015. El cual acudió a su consulta, pero no acudió el médico especialista en urología, se da nueva cita.

Atendido el día 14/8/15 por el servicio de urgencias de la unidad médica con el diagnóstico de GEPI/ IVU/ CIRROSIS HEPÁTICA CHILD A. Con el tratamiento a base de sol fisiológica, ciprofloxacino, lisina, metoclopramida, Ceftriaxona, paracetamol, Fenazopiridina, lo cual no presentó mejoría y realiza referencia para valoración por urgencias.

Exploración Física. Consciente, orientado tranquilo, cooperador, cráneo normo cefálico, cuello cilíndrico, ojos simétricos, pupilas isocóricas con tinte icterico en escleróticas ++, narinas permeables, cavidad oral hidratada, con tinte icterico en escleróticas ++, campos pulmonares ventilados ruidos cardiacos rítmicos, sin datos patológicos, abdomen blando depresible, en región de hipocondrio derecho se palpa hepatomegalia, peristalsis presente, sin datos de irritación peritoneal, extremidades íntegras simétricas sin alteraciones.

DIAGNÓSTICO: INSUFICIENCIA HEPÁTICA CRÓNICA CHIDL A /DM2 CONTROLADA / HAS CONTROLADA/ ANEMIA MACROCÍTICA HIPOCRÓMICA/ FIMOSIS.

TRATAMIENTO: Dieta para hepatopatía 1800 Kcal, baja en sal y grasas, libre en líquidos. Complejo B tabletas una cada 24 horas por 30 días, ácido fólico tabletas una cada 24 horas por 30 días, Ranitidina tabletas de 150 mg una cada 12 horas por 30 días, Bultihoscina tabletas 10 mg una cada 8 horas en caso de dolor abdominal. Cita abierta a urgencias, cita cada mes en consulta externa. En espera de nueva cita para urología y para valoración por medicina interna.

12. Opinión Médica sobre el caso de [Víctima directa 2] de 27 de febrero de 2018, signada por personal adscrito a la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

CONCLUSIONES:

1. Existió retraso y deficiencia en la valoración, diagnóstico, tratamiento y seguimiento proporcionados por la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte al señor [Víctima directa 2] por la insuficiencia hepática crónica, la hepatitis C y las várices esofágicas que padecía.
2. Con base en las causas del fallecimiento del señor [Víctima directa 2] y la literatura médica es posible que exista un nexo causal entre su fallecimiento y el retraso, y deficiencia en la valoración, diagnóstico, tratamiento y seguimiento proporcionados por la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte.
3. La atención médica proporcionada por el Hospital General Ticomán al señor [Víctima directa 2] no fue adecuada ya que se observaron deficiencias en la valoración y diagnóstico de la hepatitis C que padecía.

[...]

13. Ampliación de opinión médica sobre el caso de [Víctima directa 2], de 21 de mayo de 2021, signada por personal adscrito a la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

DISCUSIÓN DEL CASO.

Se trata del señor [Víctima directa 2], de 35 años de edad, quien se encontró interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte. Acudió a la Unidad Médica de dicho Centro el 29 de enero de 2014, por presentar edema de miembro pélvico izquierdo de dos semanas de evolución y refirió alcoholismo crónico. Se observó con edema de miembros pélvicos y se integró el diagnóstico de edema en miembros inferiores. Se indicó diurético y analgésico, así como estudios de laboratorio.

El 10 de febrero de 2014, acudió nuevamente a la Unidad Médica por presentar los ojos amarillos y edema en miembros inferiores. Se solicitaron pruebas de funcionamiento hepático y bioquímica hemática completa. El 24 de febrero de 2014, acudió por presentar dolor en hipocondrio derecho, aumento del tamaño del hígado y se diagnosticó con enfermedad hepática. El 3 de marzo de 2014 fue referido al servicio de Medicina Interna del Hospital General Torre Médica Tepepan, en la nota de valoración se solicitó ultrasonido de hígado y bazo, serología para VIH, panel viral VHB, VHC. Cita a Medicina Interna con los resultados de los estudios referidos.

El 21 de marzo de 2014, se realizó el ultrasonido de hígado que se reportó con parénquima de morfología normal. En abril se solicitaron estudios de laboratorio VIH, panel viral VHB, VHC, perfil hepático. El señor [Víctima directa 2] fue llevado a la Clínica Condesa el 20 de mayo de 2014, se observó nota de contrarreferencia que reportó resultado de la prueba VIH, no reactivo, pendiente la entrega de resultados de hepatitis B, C y Sífilis. El 25 de junio de 2014 se realizó nuevamente ultrasonido de hígado y vías biliares que reportó daño hepático con hipertensión portal y crecimiento del bazo.

El señor [Víctima directa 2] fue referido el 3 de julio de 2014 al Hospital General La Villa para valoración por el servicio de Urgencias, fue contrarreferido con tratamiento e indicación de seguimiento por la Consulta Externa. El paciente fue trasladado al Hospital General Torre Médica Tepepan el 10 de septiembre de 2014 para valoración por el servicio de Medicina Interna, sin embargo, no se enviaron los estudios de laboratorio que se habían solicitado anteriormente (panel viral, endoscopia, entre otros) se envió ultrasonido en marzo de 2014 en donde se reportó hígado normal. Fue valorado únicamente en la Unidad Médica en octubre, diciembre de 2014, así como en febrero y marzo de 2015 en

la Unidad Médica sin dar seguimiento a la Hepatitis C que padecía el señor [Víctima directa 2].

El 27 de mayo de 2015 el señor [Víctima directa 2] fue referido al Hospital General La Villa y le fue practicada endoscopia que reportó Varices esofágicas grado IV y gastritis congestiva.

El 10 de septiembre de 2015, fue referido al Hospital General Torre Médica Tepepan en esta ocasión el señor [Víctima directa 2] refirió padecer infección por virus de Hepatitis C, por lo que el médico indicó valoración por el especialista en Gastroenterología. El 12 de octubre de 2015 fue valorado en el mismo hospital el paciente refirió padecer varices esofágicas por lo que se le indicaron análisis de laboratorio, reporte de endoscopia y serología.

El 26 de enero de 2016, el paciente presentó vómito de contenido hemático por lo que fue trasladado al Hospital General La Villa en donde se le practicó endoscopia y se reportó con varices esofágicas grado IV, gastritis congestiva, así como hemoglobina de 7.4 por lo que se transfundió concentrado eritrocitario, se mencionó que requirió hospitalización, pero no se cuenta con espacio físico en el servicio de Medicina Interna por lo que fue dado de alta. El paciente fue contrarreferido al Hospital General Ticomán se le proporcionó tratamiento medicamentoso y se solicitó interconsulta a Gastroenterología sin embargo no se llevó a cabo. Se le realizó paracentesis diagnóstica y endoscopia que reportó varices esofágicas grado I-II (Escala de Degradi), Gastritis erosiva crónica. Incompetencia del esfínter esofágico inferior. Se reportó sin sangrado activo y que se valoraría realizar panel viral VHB, VHC por protocolo de insuficiencia hepática. Fue dado de alta con los diagnósticos de insuficiencia hepática Child Pugh C, peritonitis bacteriana espontánea remitida, sangrado de tubo digestivo alto remitido. El 11 de febrero de 2016, se refirió nota médica del Centro de reclusión que se reporta al paciente reactivo positivo por Hepatitis C.

El 11 de abril de 2016 acudió a la Unidad Médica, seguimiento se solicita ultrasonido de hígado con la finalidad de enviarlo posteriormente a valoración por Gastroenterología por la circunstancia de Hepatitis Viral C. El 22 de abril de 2016 se practicó ultrasonografía de hígado y vías biliares que reporta daño hepático crónico, ascitis esplenomegalia.

En el expediente de la Unidad Médica no se hace constar nota médica ni hoja de referencia del 12 de junio de 2016, fecha en que el señor [Víctima directa 2] fue ingresado al Hospital General Dr. Rubén Leñero por presentar el día anterior vómito de contenido hemático abundante. Se observó hemodinámicamente descompensado se proporcionó tratamiento médico y medicamentoso, se hemotransfundieron tres paquetes globulares sin evolución favorable, con hipotensión presentando ritmo de asistolia, por lo que se realizó reanimación cardiopulmonar básico y avanzado sin obtener respuesta se declara hora de defunción a las 13:00 horas del 12 de junio d 2016 con los diagnósticos de defunción: hemorragia de tracto digestivo alto, choque hipovolémico grado IV,

insuficiencia hepática crónica. No se practicó Protocolo de Necropsia al cadáver del señor [Víctima directa 2]

En lo que respecta a los planteamientos del problema, en primer lugar, se solicitó determinar si la atención y seguimiento por parte del personal médico adscrito a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte para atender el padecimiento de Hepatitis C del señor [Víctima directa 2] fue oportuna y adecuada o, si de ser el caso, sí contribuyó al agravamiento de su salud y posterior fallecimiento. Del análisis del expediente clínico de dicha la Unidad Médica se extrajo que el señor [Víctima directa 2] desde el 3 de marzo de 2014, se sospechó de patología hepática el médico especialista en Medicina Interna del Hospital General Torre Médica Tepepan, se hace constar que se realizaron los estudios para diagnosticar hepatitis, sin embargo, hasta febrero de 2016 se refiere que el paciente presentaba infección. No se hace constar que fuera valorado por médico especialista en Gastroenterología. No se realizaron estudios para determinar el genotipo y la carga viral y/o biopsia. En consecuencia, tampoco le fue proporcionado el tratamiento antiviral para la eliminación de la infección lo que incidió en la presentación de complicaciones (cirrosis, ascitis, encefalopatía, hipertensión portal y hemorragia digestiva por varices esofágicas) y muerte. Al respecto la literatura médica refiere que la administración de terapia antirretroviral es capaz de lograr, con una tasa variable de eficacia, la eliminación de la infección y de esa manera disminuye las complicaciones y la incidencia de muerte. Incluso, personas con cirrosis compensada mejoran con el tratamiento, aunque la posibilidad de obtener respuesta sostenida es menor que en los que carecen de cirrosis. Las líneas terapéuticas actuales frente al virus de hepatitis C consiguen eliminar la replicación viral en el 80-100% de los casos. La falta de tratamiento de la hepatitis C conlleva a la progresión de la enfermedad y la muerte. Por todo lo anterior se concluye que la atención y seguimiento por parte de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte no fue oportuna ni adecuada lo cual contribuyó al agravamiento y posterior fallecimiento del señor [Víctima directa 2].

En el segundo planteamiento se solicita determinar si el protocolo llevado a cabo por parte de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte para diagnosticar, vigilar y tratar la Hepatitis C que presentaba el señor [Víctima directa 2] protegió su salud o en caso contrario, sí limitó el acceso a oportunidades médicas y en consecuencia influyó en las complicaciones que presentó y en el fallecimiento, como se menciona en el punto anterior y en la opinión médica realizada anteriormente, la atención médica (diagnóstico, tratamiento y seguimiento) no fueron adecuados para el tratamiento de la Hepatitis C que el señor [Víctima directa 2] presentaba, es decir, no se protegió su salud. En consecuencia, limitó al acceso a oportunidades médicas (no se proporcionó el tratamiento antiviral que requería) lo cual influyó en la presentación de complicaciones (cirrosis hepática, hipertensión portal, ascitis, varices esofágicas y hemorragia en tubo digestivo alto) y muerte.

En cuanto al tercer planteamiento, se solicitó determinar si existió ausencia de atención y tratamiento para varices esofágicas y si dicha omisión repercutió en el agravamiento a su salud y por ende influyó en el fallecimiento del señor [Víctima directa 2], en el expediente clínico de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte no se hace constar la nota médica respecto a hora de ingreso a esa Unidad ni la atención proporcionada el 11 de junio de 2016, cuando el señor [Víctima directa 2] presentó sangrado de tubo digestivo alto y falleció al siguiente día, si bien, se observa nota de referencia no menciona la fecha en que acudió a valoración ni el tratamiento proporcionado. Si bien, le fue proporcionado tratamiento profiláctico para las varices esofágicas (espironolactona) no se observan las notas médicas de los meses mayo y junio de 2016. Tampoco fue valorado por médico especialista en gastroenterología. Considerando también que al señor [Víctima directa 2] no le fue proporcionado el tratamiento para la Hepatitis C, lo cual aumentó la incidencia de varices esofágicas, se establece que existió ausencia de atención y tratamiento, lo cual repercutió en el agravamiento y su fallecimiento.

En lo que se refiere a determinar si la mención de hepatopatía alcohólica en el caso del señor [Víctima directa 2], pese a que en el año de 2015 fue reactivo a Hepatitis C, determinó seguimiento y protocolo idóneo en este caso y sí influyó en su agravamiento y posterior fallecimiento, si bien, se menciona que el señor [Víctima directa 2] padecía alcoholismo crónico no se menciona el patrón de consumo. No se menciona si presentaba algún signo relacionado con esta enfermedad (enfermedad de Dupuytren e hipertrofia parotídea, desnutrición e hipovitaminosis, polineuropatía, síndrome de abstinencia). Considerando que al estar prohibido el consumo del alcohol en los centros de reclusión y que el señor Lozada ingresó el 1° de diciembre de 2013 es posible que no lo hubiera consumido nueve semanas previas a la aparición de la ictericia y ante la presencia de otra causa de hepatopatía como la infección por el virus de hepatitis C no se cumplen con los criterios para considerar hepatitis alcohólica. Al respecto, también la literatura médica refiere que es frecuente que pacientes con hepatitis crónica de tipo alcohólica se recuperen después de la supresión de la ingesta de alcohol. Si bien, está documentado que en casos de hepatitis crónica el consumo de alcohol puede acelerar la progresión del daño hepático, en este caso, ocurrió meses después de haber suspendido el consumo. Por lo que se estableced que “la mención de hepatopatía alcohólica” no influyó en el agravamiento y fallecimiento del señor [Víctima directa 2].

En respuesta a los planteamientos del abogado encargado del caso y con base en los expedientes clínicos que me fueron proporcionados llegué a las siguientes:

CONCLUSIONES:

1. La atención y seguimiento por parte de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte para atender el padecimiento de hepatitis C que presentaba el señor [Víctima directa 2] no fue oportuna

ni adecuada, ya que no se le proporciono el tratamiento antiviral que requería. Lo que contribuyó a la presentación de complicaciones derivada de la infección por dicho virus y su fallecimiento.

2. El protocolo llevado a cabo por parte de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte para atender el padecimiento de hepatitis C que presentaba el señor [Víctima directa 2] no protegió su salud y limitó el acceso a oportunidades médicas y, en consecuencia, influyó en las complicaciones que presentó y su fallecimiento
3. No se hace constar la atención y tratamiento proporcionado por las várices esofágicas dos meses antes no el último episodio de sangrado de tubo digestivo alto que presentó. Considerando también que las várices esofágicas son una complicación de la cirrosis hepática que no fue tratada, se concluye que estas omisiones repercutieron en el agravamiento y fallecimiento del señor [Víctima directa 2].

[...]

CONCLUSIONES:

4. La atención y seguimiento por parte de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte para atender el padecimiento de hepatitis C que presentaba el señor [Víctima directa 2] no fue oportuna ni adecuada, ya que no se le proporciono el tratamiento antiviral que requería. Lo que contribuyo a la presentación de complicaciones derivada de la infección por dicho virus y su fallecimiento.
5. El protocolo llevado a cabo por parte de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte para atender el padecimiento de hepatitis C que presentaba el señor [Víctima directa 2] no protegió su salud y limitó el acceso a oportunidades médicas y, en consecuencia, influyó en las complicaciones que presentó y su fallecimiento
6. No se hace constar la atención y tratamiento proporcionado por las várices esofágicas dos meses antes no el último episodio de sangrado de tubo digestivo alto que presentó. Considerando también que las várices esofágicas son una complicación de la cirrosis hepática que no fue tratada, se concluye que estas omisiones repercutieron en el agravamiento y fallecimiento del señor [Víctima directa 2].

[...]

14. Acta circunstancia de 19 de octubre de 2021, suscrita por un visitador adjunto de la CDHCM, en la cual consta la entrevista a la víctima indirecta 3, de la cual se desprende lo siguiente:

Es una mujer adulta mayor, madre de la víctima directa 2. Durante la enfermedad su familiar dejó de trabajar como artesano por lo que acudía a visitarlo cada semana, llevándole insumos para su manutención y para que pudiera alimentarse mejor. Esto se le complicaba porque tenía ingresos limitados por la venta de dulces y apenas le alcanzaba para el pasaje. Además, cuando falleció su hijo tuvo que conseguir un préstamo de emergencia para solventar los gastos funerarios. Derivado de esta



deuda ya no pudo pagar la renta de su vivienda y tuvo que ir a vivir con una hermana.

4

