

ANEXO 4**Caso 4. Expediente: CDHDF/II/121/GAM/16/P7018****Víctima directa: [Víctima directa 4]****Víctimas indirectas: [Víctima indirecta 4] y [Víctima indirecta 5]**

1. Nota Médica de 27 de octubre de 2016, signada por el doctor Alejandro Flores Ocampo, adscrito a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte (en adelante UMRPVN), dependiente de la entonces Dirección de Servicios Médicos Legales y en Reclusorios (en adelante DSMLR) de la Secretaría de Salud del entonces Distrito Federal, actual Ciudad de México (en adelante SEDESA), de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 4]

Masculino de [...] el cual refiere haber comenzado hace 15 días con tos productiva, amarilla y ocasionalmente verdosa sin la presencia de sangre, astenia, adinamia, así como dolor ocasional de garganta.

EF: Hidratado reactivo, tranquilo, consciente, coherente, cooperador, buena coloración de piel y mucosas, enfermería lo reporta afebril, signos estables sin rinorrea al momento de la exploración faringe hiperémica, cuello cilíndrico, campos pulmonares ventilados con estertores finos y sibilancias finas predominio basal izquierdo, ruidos cardiacos de buen tono e intensidad, abdomen sin datos patológicos, resto sin alteraciones, no se cuenta con servicio de RX por lo que se da tratamiento sintomático y se cita el próximo lunes a valoración por el servicio de urgencias 31-10-16 a las 16:00 hrs.

IDX: ASMA BRONQUIAL DESC. PB TB.

[...]

2. Acta circunstanciada de 14 de noviembre de 2016, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, en la que consta la entrevista a [Víctima directa 4], de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

Desde hace 5 meses aproximadamente, presenta fiebre, diarrea y no puede comer. Tiene abscesos en la garganta, lo cual le impide ingerir alimentos.

Menciona que su médico tratante, el Dr. Flores, le mandó a hacer estudios en el mes de octubre, sin embargo, hasta el momento no le han dado los resultados. Señala que no está tomando medicamento, únicamente ensure, que le ingresó su familia. Ha bajado de peso considerablemente.

Indica que tenía conocimiento que el día de hoy sería trasladado a la Unidad, sin embargo, no fue así.

3. Oficio SSCDMX/SSMI/DSMLR/JUDSMR/UMRPVN/3136/16, de 16 de noviembre de 2016, suscrito por el Dr. Oscar Enrique Giles Benítez, Responsable de la UMRPVN de la DSMLR de la SEDESA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 4] Fue citado para ser valorado el día 15 de noviembre del 2016 a las 16:00 hrs por el Dr. Alejandro Flores Ocampo en el consultorio 6, mediante el oficio número SSCDMX/SSMI/DSMLR/JUDSMR/UMRPVN/3114/16, en el cual se solicitó al Cmdte. Mario Márquez López, Subdirector de Seguridad del Reclusorio su apoyo para presentar al interno en comento el día y hora señaladas en la Unidad Médica; sin embargo, el interno paciente no fue presentado a la cita programada. Motivo por el cual no fue posible otorgarle la atención médica solicitada.

Es importante resaltar que cuenta con el antecedente de haber sido valorado el día 27 de octubre de 2016 en donde se integró el diagnóstico de asma bronquial, se prescribió tratamiento farmacológico a base de Bencilpenicilina procaínica/cristalina 800,000 UI, paracetamol 500 mg, ambroxol jarabe y dexametasona 8 mg; solicita toma de muestra de BAAR.

[...]

4. Nota Médica del 17 de noviembre de 2016, signada por el doctor José María Torres Reyes, adscrito a la Unidad Médica del UMRPVN, dependiente de la DSMLR de la SEDESA, de la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 4]

[...]

Se trata de paciente MASCULINO [...] el cual acude (sic) PIROSIS, ODINOFAGIA, dolor abdominal en epigastrio se irradia a esófago, de tipo urente, aumenta con alimentos, disminuye con al (sic) tomar agua, 20 días de evolución, tos con flema verde con moco, sin sangre, de 30 días de evolución, disminuyendo de peso hace 4 meses 10 kilos pues pesaba 56 kilos refiere, refiere tuvo tratamiento médico el día 27-Octubre-2016 sin mejora clínica por lo cual acudió con sus familiares a la dirección de la unidad médica a solicitar la consulta por urgencias. [...]. EF: Consciente, alerta, poco cooperador, orientado persona, en lugar y tiempo, bien hidratado, íntegro, lenguaje congruente, marcha claudicante, caquético, Romberg negativo, cráneo normocéfalo, pupilas isocóricas y normorrefléxicas, cavidad oral hidratado, orofaringe normal, narinas permeables, cuello sin alteraciones, cardiopulmonar ruidos cardiacos de

buen ritmo e intensidad sin soplos agregados, campos pulmonar (sic) con estertores basales, sin sibilancias, abdomen blando, plano, distendido, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis normal, Murphy negado, signos apendiculares negados, Giordanos negativos, extremidades simétricos, hipotróficas, arcos de movilidad sin alteraciones, llenado capilar menor de tres segundos.

IDX: Uso y abuso de sustancias a determinar + GASTRITIS CRÓNICA + Desnutrición moderada + pb anemia + descartar infección de vías respiratorias bajas

PLAN:

El paciente NO SE REALIZÓ LABORATORIOS EL DÍA DE AYER Y NO VINO A CONTESTAR SU QUEJA. Dieta normal, baño diario.

Se decide enviar a Hospital General Dr. Rubén Leñero de URGENCIAS SOLUCIÓN Hartman 1000cc para mantener vena

Omeprazol ampolleta 40mg una dosis ÚNICA IV

Ranitidina ampolleta 50mg una ampolleta D.U IV

Butilhioscina ampolleta 10mg una ampolleta D.U. IV

Se solicita expediente y su peso el 27 de octubre 2016 pesaba 54 kg bajó de peso 10 kilos en 20 días, [...].

[...]

5. Nota Médica de 13 de enero de 2017, signada por el doctor Luis A. Mercado Torres, adscrito a la UMRPVN, dependiente de la DSMLR de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 4]

[...]

Paciente masculino [...] que cursa en su día 35 de EIH con el Dx de Tb Pulmonar en tratamiento en fase intensiva (Dosis 40). Desnutrición proteico calórico, anemia, al pase de visita refiere odinofagia y tos productiva, niega fiebre u otros, enfermería lo reporta con SV estables, a la EF se encuentra consciente, orientado, con discreta palidez de tegumentos, pupilas normorrefléxicas, narinas sin secreciones, faringe discretamente hiperémica, sin exudados u otros, cuello cilíndrico, con adenomegalias no dolorosas, ruidos cardiacos rítmicos, campos pulmonares bien ventilados, sin estertores o sibilancias, abdomen blando, depresible, no doloroso, peristalsis normoactiva, sin tumoraciones o visceromegalias, extremidades íntegras, eutróficas, sin edema REMs normales, llenado capilar inmediato. Paciente estable, continúa con manejo anti fímico a completar esquema, se agrega analgésico PRN.

[...]

6. Nota Médica de 17 de marzo de 2017, signada por el doctor Rafael Rivera García, adscrito al servicio de Cirugía del Hospital General Ticomán (en adelante HGT), dependiente de los Servicios de Salud Pública del entonces Distrito Federal de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 4]

[...]

- Diagnóstico Preoperatorio: perforación intestinal.
- Diagnóstico Postoperatorio: sepsis abdominal + tuberculosis intestinal perforación intestinal.
- Operación proyectada: laparotomía exploradora.
- Operación efectuada: laparotomía explorada + resección intestinal + entero-entero Anastomosis término-terminal en un plano + Ileostomía + apendicectomía.
- Hallazgos: perforación intestinal a 155, 160, 165, 170 y 200cm de Ángulo de Treitz de aproximadamente 1 cm, material intestinal en cavidad de aproximadamente 800cc, múltiples estenosis en intestino.

[...]

7. Nota Médica del 20 de marzo de 2017, signada por las doctoras Yoeli Marisa Escandón Espinosa y Perla Ruiz, adscritas al HGT de los SSPDF de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 4]

[...]

Paciente masculino de 24 años de edad quien se encuentra en su tercer día de estancia intrahospitalaria postoperado de laparotomía exploradora, secundaria a sepsis abdominal más tuberculosis intestinal, más perforación intestinal con resección intestinal más entero entero anastomosis término terminal en un plano más ileostomía más gastritis.

Actualmente se encuentra afebril, en ayuno, náusea vómito, uresis presente por sonda Foley, el día de ayer se le retiró la sonda nasogástrica para realizar endoscopia, la cual no se volvió a instalar salvo el paciente presentara vómito.

A la exploración física paciente consciente tranquilo cooperador, con palidez de tegumentos, con adecuado estado de hidratación, cuello con

adenopatía en lado izquierdo de 4 x 3 cm, tórax simétrico con campos pulmonares bien ventilados, sin ruidos agregados, ruidos cardiacos de adecuado tono, intensidad y frecuencia, sin ruidos agregados, abdomen plano, con herida quirúrgica en línea media bien afrontada sin datos de exudado ni sangrado, ileostomía con adecuada coloración, no umbilicada, 745 funcional con gasto de características intestinales, Penrose con gasto de 720 cc de características purulentas en 24 horas, blando, depresible con dolor a la palpación profunda en sitio quirúrgico, sin datos de irritación peritoneal, extremidades íntegras, llenado capilar de 2 segundos.

Laboratorios.

Leucos 6.20 neutros 89.9 Hb 6.7 Hcto 16.4 plaq 146 K 6.4 Na 122 TP 22.8
INR 2.29 TTPa 39.2 Gluc 926 BUN 49 cr2125 Bil total 0.80 Bil directa 0.60
Bil indirecta 0.20 alb 1.5.

Panendoscopia: esofagitis traumática por sonda nasogástrica.

Masculino de tercera década de la vida quien se encuentra con laboratorios anormales debido a toma de muestra de la nutrición parenteral.

8. Nota Médica de 2 de abril de 2017, signada por el doctor Nicolás Martín del Campo, adscrito al servicio de Cirugía del HGT, dependiente de los SSPDF de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 4]

[...]

- Diagnóstico Preoperatorio: Sepsis Abdominal.
- Diagnóstico Postoperatorio: Dehiscencia de anastomosis, sepsis abdominal.
- Operación proyectada: laparotomía exploradora.
- Operación realizada: laparotomía exploradora, desmantelamiento de ileostomía en asa, resección intestinal, ileostomía terminal con cierre distal en 2 planos, lavado y secado de cavidad y colocación de: bolsa de Bogotá.
- Hallazgos: Dehiscencia de anastomosis de aproximadamente 30%, material intestinal libre en cavidad, adherencias fijas asa-asa, aponeurosis retraída.

[...]

9. Nota Médica de 5 de abril de 2017, signada por el doctor Arturo Estañol Ferrer, adscrito al servicio de Cirugía del HGT la Unidad Médica del Hospital General Ticomán, dependiente de los SSPDF de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

- Diagnóstico Preoperatorio: Estatus de abdomen abierto, bolsa de Bogotá, ileostomía.
- Operación proyectada: Lavado quirúrgico.
- Operación efectuada: Lavado quirúrgico + liberación de adherencias.
- Diagnóstico Postoperatorio: abdomen abierto + bolsa de Bogotá + ileostomía.
- Hallazgos: se observan abundantes placas de fibrina sobre asas intestinales, múltiples adherencias laxas asa-asa.

[...]

10. Resumen Médico de 21 de agosto de 2017, suscrito por el doctor Rafael Rivera García, adscrito al HGT de los SSPDF de la SEDESA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 4]

[...]

Paciente masculino [...] quien ingresa al servicio de urgencias el día 15/03/17 con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en tratamiento en fase de sostén, ERC KDIGO III + síndrome anémico desnutrición proteico calórica + TB miliar probable neumonía por pneumocystis jiroveci, se mantiene con tratamiento para tuberculosis y manejo hídrico, posteriormente inicia con dolor abdominal el día 17/03/17 por lo cual se nos solicita interconsulta, a la exploración física el paciente presenta datos de irritación peritoneal, por lo cual se decide realizar laparotomía con diagnóstico de perforación intestinal, se realiza laparotomía exploradora resección intestinal + entero-entero anastomosis término-terminal en un plano + ileostomía + apendicectomía, encontrando los siguientes hallazgos: perforación intestinal a 155,160,165,170, 200 cm de Ángulo de Treitz de aproximadamente 1 cm, material intestinal en cavidad abdominal de aproximadamente 800 cc múltiples estenosis en intestino delgado y ganglios en mesenterio, apendicitis reactiva posteriormente ingresa a piso hemo dinámicamente estable el día 17/03/17 para continuar cuidados postquirúrgicos, se mantiene con antibioticoterapia, tratamiento para tuberculosis, manejo hídrico durante su estancia se toman laboratorios 20/03/17 donde se observa hemoglobina de 4.9 por lo cual se decide realizar hemotransfusión y colocación de catéter venoso central sin embargo el paciente no acepta tratamiento transfusional ni colocación de catéter, se le explican riesgos y complicaciones, sin embargo firma leyenda de no aceptación, el día 21/03/17 se habla nuevamente con paciente y familiares de necesidad de transfusión y colocación de catéter venoso central el cual acepta, se realiza transfusión de hemo concentrados, posteriormente se toman laboratorios de control con hemoglobina de 7.1, por lo cual se realiza transfusión de 1 concentrado eritrocitario, se toma nueva biometría hemática de control, con hemoglobina de 7.8, continúa con manejo hídrico, antibioticoterapia, el día

24/03/17 se observa exudado purulento de herida quirúrgica y eventración por lo cual se decide preparar para quirófano para cierre de pared, se realiza procedimiento el día 26/03/17 encontrándose como hallazgos material purulento en cavidad abdominal de 40 cc múltiples adherencias ASA-ASA, ASA epiplón, aponeurosis de mala calidad, se realiza lavado de cavidad cierre de pared con puntos subtotales, reingresa a piso de cirugía general para continuar cuidados postquirúrgicos, se mantiene con tratamiento médico establecido, se inicia vía oral tolerando de manera adecuada, con evolución satisfactoria durante su estancia intrahospitalaria por lo cual se decide su egreso el día 28/03/17

Posteriormente reingresa al servicio de urgencias el día 02/04/17 con diagnóstico de abdomen agudo, motivo por el cual se solicita valoración a nuestro servicio, a la exploración física se encuentra a paciente consciente, orientado con facies álgicas, tumoración en cuello eritematosa, dolorosa a la palpación, tórax con estertores subcrepitantes bilateral abdomen con herida en línea media con gasto a través de la misma de características intestinales, con datos de irritación peritoneal, por lo cual se decide preparar para quirófano y realizar nueva laparotomía exploradora el día 02/04/17 por sepsis abdominal se realiza desmantelamiento de ileostomía en asa+ resección intestinal+ ileostomía terminal con cierre distal en 2 planos + lavado y secado de cavidad + colocación de bolsa de Bogotá, por los siguientes hallazgos transquirúrgicos: dehiscencia de anastomosis de aproximadamente 30% material intestinal libre en cavidad, adherencias fijas asa-asa, aponeurosis retraída reingresa a piso de cirugía general para continuar cuidados postquirúrgicos, se mantiene en vigilancia estrecha, con ileostomía funcional, afebril, se inicia nutrición parenteral se coloca sonda nasogástrica por presenta distensión abdominal y vomito, la cual a su colocación tiene gasto de 1000 cc. se continúa en vigilancia y control de líquidos estricto, el día 05/04/17 se decide ingresar a quirófano para realizar lavado quirúrgico, ingresando con estatus de abdomen abierto + bolsa de Bogotá + ileostomía, se realiza lavado y secado de cavidad abdominal + liberación de adherencias, encontrando como hallazgos abundantes placas de fibrina sobre asas intestinales, múltiples adherencias laxas asa-asa

Reingresa a piso el día 05/04/17 a las 17:40 horas con manejo avanzado de vía aérea, sedación con midazolam, sin apoyo de aminas con bolsa de Bogotá, durante sus primeras horas postquirúrgicas presenta acidosis metabólica, posteriormente se nos informa que el paciente se encuentra en paro cardiorrespiratorio por lo cual se inician maniobras básicas y avanzadas de reanimación durante 20 minutos no siendo reversibles dando hora de defunción a las 19:55 horas con los siguientes diagnósticos: 1 acidosis metabólica (2 horas) 2. Sepsis abdominal (3 días), 3. Tuberculosis intestinal (1 año).

[...]

11. Resumen Clínico de 23 de noviembre de 2017, suscrito por el Dr. Alejandro Flores Ocampo, adscrito a la UMRPVN de la DSMLR de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 4]

[...]

Se cuenta con notas de valoración en expediente del día 21-10-16, con dx de asma bronquial descartar probable tuberculosis con tratamiento, citándolo el día 31-10-16 sin presentarse a valoración médica, paciente que fue programado a consulta el día 18-11-16 nuevamente sin presentarse a valoración. Valoración el día 17-11-16, con dx de [...], gastritis crónica, desnutrición moderada, pb anemia, descartar infección de vías respiratoria bajas dejándose en área de observación para ser enviado a hospital de la red Hospital General RUBÉN LEÑERO donde permaneció hasta el día 22-11-16, con nota en el reverso donde están enterados los familiares y paciente de su estado de salud. Nota del día 15-11-16 el cual fue citado a valoración mediante oficio 2-31740-16 sin presentarse a valoración. [...]. Resumen clínico en expediente del día 22 de noviembre del 2016. Notas de evolución en expediente del día 13-1-17 al 13 de febrero 2017 donde permaneció internado con diagnósticos de tuberculosis pulmonar, anemia microcítica, desnutrición proteico-calórica, con tratamiento antifímico, ranitidina, fumarato ferroso, ácido fólico, dieta polimérica, antieméticos, combivent aerosol. En nota del día 20-1-17 REFIERE BAAR NEGATIVO DEL DÍA 10-1-17, VALORADO EN TORRE MÉDICA TEPEPAN EL DÍA 23-1-17, CON AJUSTE DE ANTIFÍMICO POR MEDICINA INTERNA. Se encuentra en expediente hoja de referencia a nefrología del día 16-3-17 a hospital Belisario Domínguez, con cita 20-4-17 con laboratorios del día 2-3-17. Referencia a Hospital General Ticoman del día 28-3-17 con cita el día 28-3-17 recibe Dr. Edgar Sánchez con dx: p.o. LAPE, RESECCIÓN INTESTINAL, TUBERCULOSIS PERITONEAL se cuenta con nota de egreso de Hospital General Ticomán con fecha de ingreso del día 17-3-17 y fecha de egreso 28-3-17. Con tratamiento, con diagnóstico de ingreso de sepsis peritoneal y abdomen agudo. Hoja de referencia del día 17-11-16 (sic) enviado a Hospital General RUBÉN LEÑERO DE URGENCIAS CON DXS: [...] DESNUTRICIÓN, PB ANEMIA, INFECCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS BAJAS A DESCARTAR. Hoja de referencia a Clínica Condesa a consejería para realización de gene xpert, panel viral y radiológico al no contar con servicio de rx. Hoja de referencia Torre Médica Tepepan a valoración por medicina interna del día 22-11-16 con cita el día 22-11-16. Sin contar con hoja de contra referencia en expediente. Se cuenta con resultado de laboratorio de INER del día 29-3-17. De gene xpert mtb positivo, baciloscopia de cultivo positivo, panel viral de Clínica Condesa del día 25-11-16. Y nota de trabajo social del día 17-11-16 donde refiere que se presentan los padres del interno por estado de salud. Nota de defunción del día 5-4-17, con Dx de acidosis metabólica,

sepsis abdominal, tuberculosis intestinal realizando resumen de expediente clínico el cual comprende 109 fojas al momento de realizar este.

[...]

12. Resumen Médico de 23 de noviembre de 2017, suscrito por el Dr. Alejandro Flores Ocampo, adscrito a la UMRPVN de la DSMLR de la SEDESA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 4]

Se trata de PAC MASC. [...] el cual es enviado de su Unidad Médica del Reclusorio Norte refiriendo que inicia su padecimiento actual desde hace 3 meses por cuadro caracterizado por presentar tos en accesos productiva, la cual evoluciona intensificándose en intensidad, así como presencia de pérdida de peso, no especificada, así como presencia de aumento de volumen en cuello razón por la cual es enviado a esta unidad para su valoración.

A su ingreso se encuentra paciente con cuadro clínico de tres meses de evolución caracterizado por presentar tos en accesos productiva con expectoración blanquecina, así como pérdida de peso no cuantificada y presencia de aumento de volumen en cuello por lo cual se decide su ingreso al servicio de observación para iniciar protocolo de estudio y se inicia tratamiento con soluciones parenterales, analgésicos, bloqueadores de la bomba de protones, se solicitan paraclínicos y tele de tórax y se ingresa a observación.

Cuenta con los siguientes antecedentes de importancia [...]. Negando otro tipo de antecedentes.

A su ingreso refiere con dolor en región del lado izquierdo en cuello, con accesos de tos disneizante cianozante, refiere hambre y astenia adinamia y debilidad generalizada

Postrado en cama con palidez de tegumentos con marcado sx de desgaste caracterizado por presentar bajo peso, emaciación, con cráneo sin agregados con cavidad oral en regular estado de hidratación, con faringe hiperémica, presenta placa Muget oral, con cuello con presencia de adenopatía indurada dolorosa en región sub mentoniana y en región músculo ECM izq., con CS PS con aumento de su mecánica ventilatoria con tórax arrosariado, con RS RS presentes con algunos subgrupos infraescapulares derechos. Con rx de tórax tomada el día de hoy con presencia de distribución compatible con infiltrado micro nodular confluyente diseminado compatible con TB miliar, con infiltrados pulmonares de predominio derecho apical, con RS CS rítmicos de adecuada frecuencia e intensidad, con pulsos presentes, no edemas, con RS CS sin agregados con abdomen en batea, plano, depresible sin

megalias, con peristaltismo presente. No IP, con arcos de movilidad conservados.

En espera de resultados de extensión para continuar protocolo de Estudio.

Análisis a su ingreso:

MASC. El cual ingresa con Dx de PBLE infección de vías respiratorias bajas cuenta con antecedentes de importancia inmunosupresión, desnutrición, hacinamiento, refiere más de 2 meses con cuadro de tos con expectoración pérdida de peso y SX febril, se manda realizar estudio de BAAR, ELISA y VIH así como panel viral, RX compatible con cuadro de TB miliar se cambia de cubículo a área de aislamiento y se espera resultados de BAAR. No presenta INSF respiratoria, por lo que de confirmarse DX se dará TX fase intensiva y envío a hospital de Tepepan para continuar su estadía médica, no exento de complicaciones.

Durante su estancia ENM el servicio se obtienen resultados de BARR en tres determinaciones los cuales se reportan positivos por lo cual se inicia manejo en fase intensiva con TAES con DOTBAL el día 19 de abril del 2016.

Durante su estancia en el servicio se inicia manejo con antituberculosis, por presencia de infestación por hongos en tubo digestivo con fluconazol, bloqueadores de la bomba de protones, así como soluciones parenterales, antipiréticos tipo paracetamol. Oxígeno complementario por puntas nasales y cuidados generales de enfermería. El día 22 de noviembre se recibe reporte por parte del servicio de epidemiología con panel viral negativo para HBSAG, AHCV, a HIV.

Su evolución con tendencia a la estabilización y leve mejoría reportándose el día 22 de abril con TA 1"/60. Fe 108 x min. Fr 24 x min, temp 37.8gc neurológicamente íntegro, consciente, orientado, en tiempo y espacio. Sin datos de focalización. Cavidad oral bien hidratada, cuello cilíndrico con presencia de adenomegalias, induradas bilaterales, tórax caquético con rs cardiacos de buena intensidad, campos pulmonares hipoaereados. Con presencia de estertores inspiratorios en hemitórax apical derecho, movimientos de amplexación y amplexación (sic) conservados. Abdomen blando, depresible no dolor peristalsis presente, extremidades superiores hipotróficas. Con fuerza muscular conservada, inferiores hipotróficas, conservada la fuerza. Rot presentes no datos de lateralización ni focalización. Labn reporta hb de 10.2 y leucopenia con linfopenia.

PAC. masculino el cual refiere el expediente clínico leve mejoría y estabilización hemodinámica y respiratoria por lo cual previa autorización de recepción se decide su envío al hospital de Tepepan para continuar manejo iniciado en esta unidad a base de:

Dx de egreso.

Tb Miliar en Tratamiento. - Ranitidina 50 mg cada 12 hrs. I.V.
- Dot-bal + tab. Diarias" fase intensiva" (F.I. 18/11/2016)

- Fluconazol 400mg IV cada 24 horas (FI 21/11/2016).
Sx de desgaste secundario.

13. Opinión Médica sobre el caso de [Víctima directa 4], de 6 de septiembre de 2019, suscrito por personal adscrito a la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

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

Se trata de masculino [...] quien es diagnosticado con tuberculosis pulmonar, quien presenta complicaciones de salud por lo que es atendido en diversos centros de atención médica, tanto del reclusorio Preventivo Varonil Norte y hospitales de la red de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, falleciendo el día 05 de abril de 2017. Derivado de lo anterior, se realiza el siguiente análisis:

[...]

En el presente caso, se tuvo la sospecha diagnóstica en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte, en el mes de octubre de 2016 [...]. En el mes de noviembre de 2016, se realiza finalmente el diagnóstico e inicia tratamiento en el Hospital General Dr. Rubén Leñero, el 19 de noviembre de 2016 [...]. En dicho hospital se le realiza panel viral, debido a la comorbilidad entre infecciones virales y la infección por tuberculosis.

Posterior a su egreso del señor [Víctima directa 4], del Hospital Rubén Leñero, fue ingresado a la Torre Médica Tepepan, en donde continúa tratamiento contra la tuberculosis, se le realizaron estudios para descartar infecciones virales agregadas y se continuó con el tratamiento bajo sospecha de una neumonía atípica y se brindó el tratamiento antibiótico [...], tal como lo señala la literatura médica consultada.

En la Torre Médica Tepepan, recibe tratamiento hasta ser egresado el 9 de diciembre de 2016 [...], enviando a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte (UMRPVN). En la UMRPVN, es internado, aparentemente, desde esa fecha [...] hasta el día 13 de febrero de 2017. Es de importancia señalar que, en el expediente clínico certificado de la UMRPVN no se documenta notas médicas de atención previa al día 13 de enero de 2017. No obstante, lo anterior, se observa que en la nota del día 13 de enero de 2017 [...], se comenta que el señor [Víctima directa 4] lleva ya internado 35 días, de los cuáles, no se observan notas médicas elaboradas de esas fechas, se documentan algunas indicaciones médicas de los días 05 09 de enero de 2017 [...]. Se hace notar que los folios 0048-0050, no se encontraron en el expediente clínico certificado de la UMRPVN.

A su vez, se revisaron las hojas de enfermería del expediente clínico certificado de la UMRPVN, encontrando registro de la atención en este rubro desde los días 18 de enero 2017 al 19 de febrero del 2017 [...]. Dichas discrepancias en el expediente clínico certificado de la UMRPVN no se encuentran acordes a lo señalado en los numerales 8.3 y 6.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Al no contar con un adecuado relato patográfico del padecimiento, del señor [Víctima directa 4], su salud se expuso a un riesgo innecesario.

Ahora bien, debido a la mala integración del expediente, no se puede establecer que se le haya dado la atención adecuada para su padecimiento de tuberculosis al señor [Víctima directa 4] en la UMRPVN. Lo anterior, debido a que hace falta la documentación del seguimiento al inicio del tratamiento de fase intensiva contra la tuberculosis, la cual debe ser diario, de lunes a sábado, hasta completar 60 dosis. Posteriormente, se debe iniciar la fase de sostén, esto es el tratamiento intermitente de tres veces por semana: lunes, miércoles y viernes, hasta completar 45 dosis.

Se hace constar que el agraviado, estuvo hospitalizado en la UMRPVN hasta el día 13 de febrero de 2017 [...], en las hojas de enfermería se hace constar que estuvo hospitalizado hasta el día 19 de febrero de 2017 [...] pero no se nota médica al respecto, se observa que en la última ocasión que se le brindó el tratamiento medicamentoso en la fase de sostén para tuberculosis (isoniacida/rifampicina) fue el día 17 de febrero de 2017 [...]. En las notas de enfermería de la UMRPVN, se menciona que el ingreso del paciente [Víctima directa 4] es el día 09 de diciembre de 2016; a su vez, en las notas existentes de enfermería, de los días 18 de enero al 19 de febrero de 2017 [...], no se documenta el número de dosis de medicación antituberculosa en el que se encuentra, ya que inició la fase de sostén el día 08 de febrero de 2017.

Por lo anteriormente expuesto, no se encuentra evidencia en el expediente clínico certificado de la UMRPVN, que se haya dado seguimiento tanto en la fase inicial intensiva y en la fase de sostén del tratamiento anti-tuberculoso. Por lo anterior, se documenta que no se encontró evidencia en el expediente clínico certificado, del seguimiento de la administración y/o deglución del medicamento antifímico durante la totalidad del tratamiento, tal como lo señalan el (sic) numerales 5.2 y 6.6.10 de la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.

A su vez, el numeral 6.5.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis menciona que, se debe realizar una búsqueda activa entre los contactos de poblaciones vulnerables, entre ellos, las personas, privadas de su libertad, situación que no se encuentra asentada en el expediente clínico de la UMRPVN, que se haya indagado acerca de los contactos cercanos dentro de la UMRPVN (familiares y otras personas privadas de su libertad).

El 16 de marzo de 2017 [...], se documentan complicaciones al estado de salud (insuficiencia renal). Es enviado al Hospital General Ticomán por complicaciones de su padecimiento de base. Presenta el 17 de marzo de 2017 [...], datos sugestivos de abdomen agudo, por lo que se interviene quirúrgicamente ese mismo día encontrando perforación intestinal en diversas partes del intestino, así como datos sugestivos de tuberculosis intestinal.

La tuberculosis intestinal, entre sus complicaciones, se encuentran las perforaciones intestinales y, debido a los síntomas vagos que presenta dicho tipo de tuberculosis, es muy complicado diagnosticarla a tiempo. La ileostomía se encuentra indicada para la perforación intestinal. Por lo anterior, el tratamiento quirúrgico fue el adecuado en ese momento. La apendicitis reactiva se presenta cuando existe algún proceso inflamatorio en otro órgano de la cavidad abdominal, en este caso fue el intestino, esto es que el proceso quirúrgico inicial no comenzó en el apéndice y fue dicho proceso quirúrgico inicial (perforación intestinal) lo que ocasionó la inflamación del apéndice con su consecuente extracción quirúrgica para evitar el riesgo de complicaciones posteriores secundario a dicho padecimiento.

El día 24 de marzo de 2017 [...], en el Hospital General Ticomán, el servicio de cirugía general solicita que [Víctima directa 4] sea reintervenido por presentar evolución tórpida de la cirugía abdominal, sin embargo, no hay tiempo quirúrgico debido a que no se cuenta con personal de enfermería [...], realizándose la cirugía hasta el día 26 de marzo de 2017 [...]. El hecho de que no hubiese personal de enfermería suficiente en el Hospital General Ticomán, no cumple con el objetivo señalado en el numeral 5.1.4 de los lineamientos para la organización de los servicios de enfermería en unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud ocasionando una atención insuficiente y no oportuna.

El 26 de marzo de 2017 [...], se interviene para lavado de cavidad abdominal encontrando adherencias. Las adherencias, son de las complicaciones más comunes y frecuentes que se presentan posterior a una laparotomía en adultos, llegando a presentarse desde el 93 al 100% de los casos y, a su vez, ocasionan complicaciones como obstrucción intestinal. También se observó dehiscencia de herida quirúrgica. La dehiscencia de herida quirúrgica, entre otras, las cuales, en el presente caso, estuvieron presentes y por lo tanto, pueden explicar el origen de la dehiscencia de herida.

Presenta adecuada evolución, de acuerdo a las notas médicas, y es egresado el día 28 de marzo de 2017 del Hospital General Ticomán a la UMRPVN [...]. la evolución tórpida y se decide su envío al Hospital General Ticomán el 31 de marzo de 2017 [...]. no se observa nota de evolución del día 01 de abril de 2017 en el expediente clínico de la Torre Médica Tepepan, sin embargo, sí se observa una nota de enfermería de ese día [...], lo anterior no cumple con lo señalado en los numerales 8.3 y 6.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

El día 02 de abril de 2017 [...], es reintervenido de nueva cuenta en el Hospital General Ticomán y se le coloca la bolsa de Bogotá, dejando el abdomen abierto. La utilización de la bolsa de Bogotá para el padecimiento que presenta el señor [Víctima directa 4], fue lo adecuado. Presenta evolución tórpida y el día 05 de abril ingresa a quirófano para lavado de cavidad y liberación de adherencias, posterior a ello, presenta acidosis metabólica la cual no responde a tratamiento, fallecimiento ese mismo día.

El señor [Víctima directa 4] presentó, desde la primera intervención quirúrgica sepsis abdominal, la cual es la infección de la cavidad abdominal. El pronóstico de la sepsis abdominal tiene que ver con sus causas, encontrado que, en las perforaciones del tracto gastrointestinal, la mortalidad es del 20 y 50% y la peritonitis postoperatoria, la cual oscila entre el 40 y el 60%. La acidosis metabólica en pacientes complicados con datos de choque séptico es una entidad frecuente y que complica la enfermedad de base.

De lo anterior, se observa que, las complicaciones secundarias a la tuberculosis pulmonar y que se fueron presentando posterior al tratamiento quirúrgico a nivel abdominal, son las complicaciones reportadas y documentadas en la literatura médica consultada. Ahora bien, el problema es que, de acuerdo al expediente clínico de la UMRPVN, se obtuvo un BAAR negativo, en el mes de enero de 2017 [...]. en las peritonitis tuberculosas, el diagnóstico éxito diagnóstico en un 8 a 20%, por lo que, aunado a los síntomas vagos que ocasiona la tuberculosis intestinal, es complicado diagnosticarla o sospechar de su presencia.

[...]

VI. CONCLUSIONES

1.- En las notas médicas del expediente de la UMRPVN, se observa que, ante la sospecha de diagnóstico de tuberculosis pulmonar, se envió al Hospital General Dr. Rubén Leñero, en donde inician el 19 de noviembre de 2016, el tratamiento con DOTBAL, fue el adecuado. La segunda atención por parte de la UMRPVN ocurre, aparentemente, en el mes de diciembre de 2016 hasta el mes de marzo de 2017. En el expediente clínico certificado de la UMRPVN, no se encontraron notas de 35 días de atención médica y de enfermería de la fase intensiva del tratamiento contra la tuberculosis. Lo anterior no cumple con lo señalado en los numerales 8.3 y 6.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

A su vez, no se encuentran notas médicas del tratamiento en la fase de sostén del tratamiento contra la tuberculosis. Lo anterior establece que, en la UMRPVN, no se documentaron en el expediente clínico las circunstancias de tiempo, modo y lugar de una parte del tratamiento antifímico brindado por la UMRPVN, por lo que no se contó con la

suficiente información por parte del personal de salud tratante de dicha unidad, para la toma de decisiones clínicas. Por anterior:

a) se incumplió con los requisitos mínimos exigibles al personal de salud para tomar las decisiones relacionadas con la salud del paciente, de acuerdo a la literatura médica consultada respecto al tratamiento de la tuberculosis, ya que, en el expediente clínico, no se encontró documentado la administración constante y supervisada de los medicamentos antifímicos señalados por la literatura médica y normatividad aplicable.

b) Se incumplió lo estipulado por la norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en sus numerales 8.3 y 6.2, así como lo señalado en los numerales 5.2, 6.5.2 y 6.6.10 de la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis, y el numeral 5.1.1.1 de los Lineamientos para la organización de las unidades médicas en los centros de reclusión del Distrito Federal.

Al no contar con un adecuado relato patográfico del padecimiento del señor [Víctima directa 4], su salud se expuso a un riesgo innecesario. La UMRPVN no cumplió con la *lex artis* respecto a la atención, tratamiento y seguimiento de la tuberculosis que padecía el señor [Víctima directa 4]. Dicha omisión no permite establecer la efectividad del tratamiento antifímico suministrado durante la fase de sostén, con estudios de baciloscopias mensuales y al finalizar el tratamiento, tal como lo señalan los numerales 6.5.4.4 y 6.5.4.4.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis, por lo tanto, dicha omisión contribuyó a la no detección de las complicaciones que se fueron presentando en la persona privada de su libertad y contribuyó en la muerte del señor [Víctima directa 4].

Respecto a la atención por las complicaciones presentadas secundarias a la perforación intestinal, el manejo de las referencias fue realizado para que el señor [Víctima directa 4] fuese visto y manejado en Hospitales de Segundo nivel (Hospital General Torre Médica Tepepan y Hospital General Ticomán), esto es instituciones de mayor capacidad resolutive, lo cual fue lo adecuado. Con lo anterior, se contestan los numerales 1.1, 1.2 y 1.3 de los planteamientos del problema, señalando que, las constancias médicas se señalan en el apartado V del presente informe.

2.- En el hospital General Dr. Rubén Leñero, se le realizó el diagnóstico, así como el descarte de enfermedades asociadas a la tuberculosis pulmonar e inicio de tratamiento, lo cual se encuentra apegado a lo descrito en la literatura médica consultada.

Las valoraciones médicas realizadas en la Torre Médica Tepepan en el mes de noviembre de 2016, fueron adecuadas y oportunas, apegadas a lo descrito en la *lex artis*. En la valoración del mes de marzo/abril de 2017, se observó que hizo falta la nota médica del día 01 de abril, justo en su traslado, lo cual no cumple con lo señalado en los numerales 8.3 y 6.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente

clínico. Ahora bien, dicha omisión, no repercute en el pronóstico de [Víctima directa 4], el cual, en esos momentos, requería una nueva intervención quirúrgica. A su vez, dicha omisión no contribuyó en la muerte de la persona privada de su libertad.

3.- En el Hospital General de Ticomán, existió un retraso en los tiempos quirúrgicos debido a que el 24 de marzo de 2017, se requería realizar una cirugía al agraviado, no obstante, no se contaba con personal de enfermería suficiente en el área de quirófanos, lo cual no se encuentra acorde a lo señalado en el numeral 5.1.4 de los lineamientos para la organización de los servicios de enfermería en unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud, lo que ocasionó una atención insuficiente y no oportuna. Señalando que, la falta de personal en quirófanos no es una cuestión médica, más bien es una cuestión institucional. Ahora bien, las complicaciones presentadas y documentadas en el expediente clínico del señor [Víctima directa 4], son complicaciones esperables para los padecimientos que presentó. Por lo anterior, no se documenta alguna acción u omisión netamente de actuar médico que haya contribuido u ocasionado la evolución tórpida o muerte del agraviado.

[...]

14. Acta circunstanciada de 22 de octubre de 2021, suscrita por un visitador adjunto de este Organismo, en la cual consta la entrevista a las víctimas indirectas 4 y 5, de la cual se desprende lo siguiente:

Pese a su situación de reclusión, su hijo se dedicaba a la elaboración y venta de artesanías, con lo que los apoyaba económicamente, sin embargo, una vez que enfermó y debido a su larga estancia en un hospital, la víctima indirecta 5 acudía a verlo y tenía que permanecer en el lugar por su gravedad, atento a cualquier requerimiento, por lo que fue despedido de su empleo donde se desempeñaba como obrero, por los diversos permisos que tuvo que solicitar.

Cuando falleció su hijo, las víctimas indirectas 4 y 5 carecían de recursos económicos para los gastos funerarios, por lo que con el apoyo de otro de sus hijos vendieron una televisión para enfrentar dicho gasto, por lo que su situación económica quedó más deteriorada.

El fallecimiento de la víctima directa 4 les ha afectado física y emocionalmente pues ambas víctimas indirectas han bajado de peso y resienten diversos problemas emocionales. Particularmente, la mujer víctima indirecta 4 refiere que en ocasiones no tiene ganas de hacer nada y ambas víctimas refieren tristeza, agotamiento y recuerdos constantes de las circunstancias en que se dio el fallecimiento de su familiar.