

ANEXO 5

Caso 5. Expediente: CDHDF/II/121/IZTP/17/P0890

Víctima directa: [Víctima directa 5]

Víctimas indirectas: [Víctima indirecta 6] y [Víctima indirecta 7]

1. Nota médica de las 14:23 horas del 29 de mayo de 2015, signada por la doctora Karina Lizbeth Méndez Pérez, adscrita a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente (en adelante UMRPVO), dependiente de la entonces Dirección de Servicios Médicos Legales y en Reclusorios (en adelante DSMLR) de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA), en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 5]

[...]

Paciente masculino [...] el cual acude a consulta, mandado a llamar por presentar cifras tensionales por arriba del parámetro normal, en la Campaña Masiva de Salud 2015.

El paciente se refiere asintomático.

[...]

APP: paciente que se refiere con Diabetes Mellitus tipo 2 desde hace 13 años sin tratamiento desde hace 4 años, alcoholismo, cirugías, tabaquismo, traumatológicos, alergias, toxicomanías interrogadas y negadas.

Paciente masculino [...] el cual se encuentra orientado en tiempo lugar y persona con adecuada coloración de tegumentos, con buena hidratación de mucosas, lenguaje congruente y coherente sin aliento característico, cráneo normocéfalo sin exostosis ni hundimientos, ojos simétricos pupilas isocóricas y normorrefléxicas, faringe normal, cuello cilíndrico sin adenopatías, campos pulmonares bien ventilados sin agregados a la exploración, ruidos cardíacos rítmicos con buen tono e intensidad sin agregados a la exploración, abdomen globoso por panículo adiposo, blando depresible no doloroso a la palpación superficial y profunda sin datos de irritación peritoneal, peristaltismo presentes levemente aumento, extremidades eutróficas simétricas, arcos movimientos conservados, sin presencia de edema, a la exploración resto sin alteraciones.

Paciente que durante la campaña Masiva de Salud presentó cifras elevadas de presión (140/90mmHg), el día 28/05/2015 con TA 110/70, hoy 29 con TA 150/100 por lo que se le administra dinitrato de isosorbide 5 mg, sublingual con TA 130/90.

Paciente al que se le confirma Hipertensión Arterial Sistémica, no cuenta con seguimiento de Diabetes Mellitus en Unidad Médica.

CONFIRMADA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

DIABETES MELLITUS TIPO 2

SOBREPESO

1. Medidas Dietético-Higiénicas.
2. Enalapril tab 10mg tomar 1 tableta cada 8 horas por 30 días.
3. Metformina tab 850mg Tomar 1 tableta cada 24 horas por 30 días.
4. Se envía a UM para ser derivado a Oftalmología. Medicina Interna y rayos X para toma de RX de tórax.
5. Se envía a toma de ECG.
6. Se solicita QS.
7. Se dan datos de alarma.
8. Cita abierta a urgencias.
9. Cita en un mes con su médico tratante.

PRONÓSTICO RESERVADO.

Laboratorios 24/03/2015: Glucosa 125 mg/dL, Colesterol 174 mg/dL, Triglicéridos 110 mg/dL.

2. Nota médica de las 15:35 horas del 6 de febrero de 2017, signada por la doctora María Elena Morales Uribe, adscrita a la UMRPVO, dependiente de la DSMLR, de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 5]

[...]

Masculino [...], acude a valoración. Es acompañado por compañero de estancia de la brigada de Cruz Roja de internos, [...].

El paciente se muestra poco cooperador, refiere que sí es diabético, posteriormente presenta mutismo total.

Exploración Física.

Masculino en regulares condiciones de higiene y aliño, somnoliento, bien hidratado, buena coloración de campos pulmonares limpios y bien ventilados, precordio normal. Abdomen blando, depresible, no doloroso, no megalias, peristalsis normal, extremidades sin alteraciones, reflejos conservados.

Diagnóstico.

Probable Diabetes Mellitus

Plan.

Permanece en observación.

Se canaliza con sol fisiológica 1000 CC para 6 horas.

Masculino [...], lo encuentro soporoso, responde a estímulos dolorosos no verbales, con anisocoria, por midriasis de pupila derecha. Hay disminución de reflejos osteotendinosos, no hay datos de irritación meníngea.

Paciente que está presentando sintomatología neurológica, aunque no hay datos de focalización, envío para descartar patología vascular cerebral.

3. Hoja de Sistema de Referencia y Contrarreferencia de 6 de febrero de 2017, signada por la doctora Ma. Oralia Pérez Baltazar y la doctora María Elena Morales

Uribe, adscritas a la UMRPVO, dependiente de la DSMLR de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 5]

[...]

Masculino [...], con antecedente de diabetes, hipertensión con mal apego terapéutico, es reportado por hiporexia y desgano, es traído por presentar alteraciones en el estado de alerta, a la exploración física se encuentra masculino en malas condiciones generales, en silla de ruedas, no responde a estímulos verbales, con anisocoria a expensas de midriasis derecha, con lenta respuesta a la luz, cavidad oral con reflejo nauseoso presente, hidratación en límites, campos pulmonares limpios y bien ventilados, precordio normal, abdomen plano, blando, depresible, no megalias, peristalsis normal, presenta manierismos (moviendo constantemente las manos), con discreto aumento de reflejos osteotendinosos, fuerza normal. Se envía para descartar accidente vascular cerebral.

[...]

4. Nota Médica de 11 de febrero de 2017, signada por el doctor Armando A. Calzada Salas, adscrito a la Unidad Médica del Hospital General Iztapalapa, dependiente de la DGSMU de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 5]

[...]

Nota de Egreso por Defunción.

Paciente masculino [...] que cursa su EIH con los dx de Choque séptico, Meningitis bacteriana, Neumonía adquirida en la comunidad, DAB con acidosis metabólica.

Paciente el cual se encuentra en malas condiciones generales con poca respuesta al tratamiento antibiótico con apoyo aminérgico el cual su evolución ha sido tórpida, paciente el cual presenta deterioro generalizado aun con A V ciclado por volumen cayendo en paro siendo las 5:16 hrs por lo que se inician maniobras de reanimación cardiocerebropulmonar básicas y avanzadas por más de 20 minutos sin respuesta adecuada al tratamiento por lo que se declara la muerte del paciente siendo las 5:40 hrs del 11 de febrero del presente con los siguientes diagnósticos:

Choque séptico.....	4 días
Meningitis Bacteriana.....	4 días
Neumonía adquirida en la comunidad.....	4 días

Acidosis Metabólica..... 5 días

[...]

5. Nota médica de 22 de febrero de 2017, signada por la doctora Ma. Oralia Pérez Baltazar, Responsable de la UMRPVO, dependiente de la DSMLR de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 5]

[...]

Masculino [...]. Portador de diabetes mellitus tipo II, tratado con hipoglucemiantes orales. Fue atendido en la unidad médica en febrero de 2012 por cuadro de diabetes mellitus descompensada y probable insuficiencia renal, se prescribió tratamiento y se solicitaron estudios de laboratorio, los cuales se realizaron en el mismo mes, reportando alteración en BUN y urea, la glucosa se reportó con 97mg/dl. En abril de 2014 se le valoró por cuadro compatible con enfermedad ácido péptica, colitis e infección de vías urinarias, se prescribió tratamiento. En junio del mismo año nuevamente se le valora por enfermedad ácido péptica, colitis y hemorroides, se prescribió tratamiento. Es nuevamente valorado en mayo de 2015 por cuadro hipertensivo, diabetes mellitus tipo II y sobrepeso, se prescribió tratamiento. En enero de 2017 se le otorga atención por diabetes mellitus, hipertensión arterial y vértigo, se solicitaron estudios de laboratorio y cita de control en 1 mes. El 6 de febrero de 2017 el paciente acude por el área de urgencias por cuadro de diabetes mellitus, se mantiene en observación durante una hora y en virtud de evolución tórpida se envía a hospital externo con el diagnóstico de descartar accidente vascular cerebral. Permanece en el Hospital General Iztapalapa hasta el 11 de febrero fecha en que fallece.

[...]

6. Resumen clínico de 27 de febrero de 2017, suscrito por el Dr. Hugo Pineda Santa Cruz, jefe del servicio de Urgencias del HGI, dependiente de la DGSMU de la SEDESA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

El día 6 de febrero del 2017 a las 18:56 hrs ingresa al servicio de urgencias un individuo del sexo masculino con nombre [Víctima directa 5] de [...], referido del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, con diagnóstico de probable evento vascular cerebral, en nota de envío se refiere ser portador de DM tipo II así como hipertensión arterial sistémica motivo de consulta.

A su ingreso paciente indiferente al medio no responde a estímulo verbal, palidez de tegumentos mucosa oral seca, pupilas midriáticas, con pobre

respuesta a estímulos, campos pulmonares aparentemente bien ventilados sin agregados, área cardíaca sin alteraciones, abdomen en batea, blando depresible doloroso en todo el marco cólico, signo de lienzo húmedo.

Sus exámenes de ingreso: Na 129, K 3.7, Cloro 98, Calcio 8.1, Glucosa 213, Creatinina sérica 1.5, Albumina 2.8, ALT 15, AST 34, BT 0.4. Mg 2.43. TP 65.5 PSH 4.7. leucocitos 17.1, Hb 14.1, plaquetas 395 Neutrófilos 95.4 Gasometría con acidosis metabólica compensada.

El paciente con mala evolución clínica con déficit neurológico, pupilas midriáticas y aliteración de la mecánica ventilatoria por lo que se decide apoyo mecánico ventilatorio, sin complicaciones; por la evolución del enfermo se procede a practicarle punción lumbar y cito químico y citológico, por lo que se considera que el paciente cursa con meningitis bacteriana.

El día 9 de febrero paciente con alteración hemodinámica con tendencia a la hipotensión, continúa con acidosis metabólica.

Se reposta por laboratorio leucos 23.5, Neutrófilos 96.4, Linfos 1.7, monos (sic) 1.8, Hb 12, Na 135, K 4.5, Cl 106, Glucosa 105, BUN 40 Creat 2.0.

El día 10 de febrero el paciente se mantiene con apoyo mecánico ventilatorio, presenta estertores crepitantes y subcrepitantes, ruidos cardíacos rítmicos de buen tono e intensidad sin agregados. Neurológico continúa con pupilas midriáticas sin respuesta al estímulo luminoso. Persiste con alteración hemodinámica.

El día 11 de febrero del 2017 paciente con mala evolución clínica presentando paro cardíaco el cual no revierte a las maniobras de reanimación básica y avanzada dándose por fallecido el día 11 de febrero del 2017 a las 5:40 hr.

[...]

7. Opinión médica sobre el caso de [Víctima directa 5], de 18 de diciembre de 2019, 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 5] de [...] quien ingresó al Reclusorio Preventivo Varonil Oriente [...], acudió a la Unidad Médica en cuatro ocasiones. La primera, el 18 de febrero de 2012, refirió padecer diabetes y acudió por presentar edema en piernas de tres días de evolución. Con síntomas de descontrol de la diabetes. Se integraron los diagnósticos de diabetes mellitus II descontrolada, descartar insuficiencia renal crónica, Plan: dieta especial, glibenclamida, metformina, furosemida, exámenes

de laboratorio (urea y creatinina). La segunda consulta fue el 29 de mayo de 2015, cuando fue llamado por presentar cifras tensionales por arriba del parámetro normal, en la Campaña Masiva de Salud 2015. Se menciona que el paciente no tiene tratamiento para la diabetes desde hace cuatro años. Se indicaron enalapril, metformina, se envió a unidad médica para ser derivado a Oftalmología, Medicina Interna, Rayos X de tórax, Electrocardiograma, Química sanguínea, Cita en un mes con médico tratante (no se hace constar que esas indicaciones se llevaran a cabo). La tercera consulta fue el 1 de febrero de 2017, acudió por presentar sensación de mareo y que se iba de lado. A la exploración física se observó con aumento de la frecuencia cardíaca (130 lpm) no se registró la temperatura. Impresión diagnóstica: diabetes mellitus/hipertensión arterial sistémica referidas; vértigo. Tratamiento: Difenidol, complejo B, paracetamol. Se solicitaron estudios de laboratorio y se citó en un mes. No se hace constar que éstos se hubieran realizado. Cinco días después (6 de febrero de 2017, 15:35 horas) el señor [Víctima directa 5] fue llevado a la Unidad Médica por sus compañeros. Se observó somnoliento, bien hidratado, pupilas isocóricas con lenta respuesta a la luz, resto sin alteraciones. Diagnóstico: probable diabetes mellitus. Permaneció en observación. A las 16:20 horas fue revalorado se observó con asimetría de las pupilas, disminución de los reflejos. Se refirió para descartar patología vascular cerebral. A las 21:30 horas del mismo día ingresó al servicio de Urgencias del Hospital General Regional Iztapalapa, en ese momento se observó consciente, indiferente al medio, sin respuesta a estímulos verbales, presenta palidez generalizada de tegumentos, mucosa oral seca, pupilas midriáticas con pobre respuesta a estímulos. Se diagnosticó con deshidratación moderada, probable hipoglucemia, descartar evento vascular cerebral transitorio. Ingresó a observación, se indicaron soluciones, oxígeno en puntas nasales, estudios de laboratorio y tomografía axial computada de cráneo. A las 23:55, fue revalorado, no se mencionan los signos vitales, y se le indicó ciprofloxacino. No se mencionan los resultados de laboratorio. A las 12:15 horas del siguiente día fue revalorado médicamente, en las notas no se mencionan los signos vitales, y se refiere nuevamente que se solicitarán estudios de laboratorio. Se menciona que se realizó la tomografía de cráneo sin evidencia de evento cerebral vascular, sólo con edema cerebral (sic). A las 16:15 horas del 7 de febrero de 2017, presentó datos de dificultad respiratoria y acidosis metabólica por lo que se le proporcionó apoyo mecánico ventilatorio. Se reportó con leucocitosis de 17.1 y fiebre. Se le practicó punción lumbar, y se solicitó estudio citológico y citoquímico de líquido cefalorraquídeo. Se menciona que el laboratorio no cuenta con frascos para hemocultivo. Se inició tratamiento empírico antibiótico a base de ceftriaxona y vancomicina ya que se sospecha de neuro infección. Se diagnosticó con sepsis de origen probablemente: meningitis bacteriana, Neumonía adquirida en la comunidad, lesión renal aguda, desequilibrio ácido base a expensas de acidosis metabólica leve no compensada. Hiperlactotemia. El 8 de febrero de 2017, a las 22:45 hrs, se mencionó que debía ingresar a Medicina Interna. Se reporta grave con pronóstico malo a corto plazo. El paciente presentó evolución tórpida y falleció el 11 de febrero de 2017, a las 5:16 horas, con los siguientes diagnósticos: Choque séptico, Meningitis bacteriana, Neumonía adquirida en la

comunidad y Acidosis metabólica, todos estos con una evolución de entre 4 y 5 días.

Respecto a los planteamientos del problema, en primer lugar se solicitó determinar si la atención médica proporcionada al señor [Víctima directa 5] en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente y en el Hospital General Regional Iztapalapa fue adecuada; en lo que respecta a la atención proporcionada en la Unidad Médica del Centro de Reclusión, se hace constar que no existió un adecuado seguimiento de la diabetes y la hipertensión arterial que padecía sólo fue visto en dos ocasiones durante 2012 a 2017 por estos padecimientos, sólo le fueron practicados estudios de laboratorio en una ocasión y no se hace constar que se le hubiera proporcionado tratamiento medicamentoso. Por lo anterior se establece que no cumplió con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, en su numeral 11. En relación a la atención proporcionada el 1 de febrero de 2017 en la misma Unidad Médica, en ese momento no se registró la temperatura corporal (por lo que se ignora si el paciente presentaba fiebre, un dato importante en los casos de meningitis bacteriana), no se interrogó al paciente de manera detallada y no se realizó una exploración física adecuada por el diagnóstico de vértigo como valoración otoscópica, estado de conciencia, funciones mentales, exploración cerebelosa o descartar nistagmos o algún otro signo neurológico que orientara a identificar el tipo y causa del vértigo. Tampoco se investigó sobre el aumento de la frecuencia cardiaca que el señor [Víctima directa 5] presentaba. No se valoró la glicemia capilar ni se le dio tratamiento por la diabetes. No se realizaron los estudios de laboratorio que se mencionan en la nota. Cabe mencionar que el día 6 de febrero de 2017, cuando el paciente fue llevado a valoración ya presentaba complicaciones neurológicas. En consecuencia, se establece que la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente no realizó una valoración, ni diagnóstico, ni tratamiento adecuados, por lo anterior, la referencia al Hospital General Regional Iztapalapa no fue oportuna.

En lo que respecta a la atención médica proporcionada al señor [Víctima directa 5] en el Hospital General de Iztapalapa, en el expediente clínico no se hace constar que fuera valorado por un médico especialista que, en este caso, debió haber sido un neurólogo o médico internista o infectólogo e incluso debió ser ingresado a Terapia Intensiva. Si bien, se menciona que el paciente sería hospitalizado en el área de Medicina Interna esto no se llevó a cabo y se mantuvo en el área de Urgencias por cinco días, hasta su fallecimiento. Lo anterior, no se apega a lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica, en su numeral 5.6. Tampoco fue valorado una vez por turno o cada ocho horas como lo establece la misma norma en su numeral 6.2.2. Se hace constar que se le indicó un antibiótico (ciprofloxacino desde su ingreso, aún sin tener un diagnóstico de la neuroinfección y sin haber tomado muestras para laboratorio). Se observó retraso en la valoración integral del paciente (19 horas después de su ingreso) ya que durante ese tiempo

no se registraron en las notas de evolución los signos vitales ni los resultados de los estudios de laboratorio y en consecuencia no se realizó el diagnóstico de meningitis bacteriana por lo que el tratamiento antibiótico empírico se administró casi a las 24 horas después de su ingreso. No se realizó tinción de gram ni cultivo del líquido cefalorraquídeo lo cual no se apegó a lo que establece la literatura médica, también se hace constar que no hubo frascos para la toma de muestra para hemocultivo. Tampoco se realizaron cultivos de expectoración para identificar el agente etiológico de la neumonía. Por lo anterior, no se determinó el agente etiológico de la meningitis probablemente bacteriana ni si el tratamiento antibiótico era el adecuado. Se solicitó una radiografía de tórax y no se hace constar que se hubiera realizado.

Por todo lo anterior, se establece que la valoración, seguimiento, diagnóstico y tratamiento medicamentoso proporcionados al señor [Víctima directa 5] por el Hospital General Regional Iztapalapa no fueron adecuados.

En cuanto a señalar si la muerte del paciente interno [Víctima directa 5] fue consecuencia de la atención médica proporcionada en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente y/o el Hospital General Regional Iztapalapa, cabe aclarar que no se contó con Protocolo de Necropsia por lo que se considerarán los diagnósticos de fallecimiento que son: Choque séptico. Meningitis bacteriana, Neumonía adquirida en la comunidad y Acidosis metabólica; en seguimiento con el planteamiento anterior, se hace constar que la atención médica proporcionada al señor [Víctima directa 5] en ambos Centros Médicos no fue la adecuada ni oportuna. El shock séptico es un estado de hipoperfusión tisular grave desencadenado por la respuesta inflamatoria sistémica de origen infeccioso, cuyos pilares fundamentales del tratamiento son el control de la infección y la estabilización hemodinámica, en este caso no realizaron cultivos por lo que no se identificó el agente causal ni su susceptibilidad a antibióticos. En lo que respecta a la meningitis, la literatura médica refiere que *S. pneumoniae* es el principal agente a nivel global en países europeos y americanos, con una mortalidad asociada, entre 16 y 33%. También se refiere que la diabetes mellitus, como en el caso que nos ocupa, constituye un factor de riesgo para la enfermedad neumocócica invasora. El retraso en el inicio de la terapia antibiótica adecuada se deriva en un aumento de la incidencia de secuelas neurológicas y la mortalidad. Por todo lo anterior, en ese caso es posible determinar que el retraso en la referencia del señor [Víctima directa 5] y la falta de tratamiento de la diabetes por parte de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, así como el retraso en la administración del antibiótico adecuado en el Hospital General Regional Iztapalapa contribuyeron a su fallecimiento.

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:

V. CONCLUSIONES

1. Durante atención médica proporcionada al señor [Víctima directa 5] por parte de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente no ofreció un seguimiento y tratamiento de la diabetes e hipertensión arterial sistémica que presentaba. Se observaron deficiencias en la valoración y tratamiento del señor el 1° de febrero de 2017 por lo que existió retraso en la referencia del señor [Víctima directa 5] al Hospital General Regional Iztapalapa.

2. La atención médica proporcionada al señor [Víctima directa 5] en el Hospital General Regional Iztapalapa no fue adecuada ya que se observó retraso y deficiencia en las valoraciones médicas, no se interconsultó a especialistas en Neurología o Medicina Interna, no se realizó hemocultivo ni cultivo de líquido cefalorraquídeo y existió retraso en la administración del tratamiento antibiótico empírico para meningitis bacteriana.

3. La meningitis bacteriana es un padecimiento que constituye una urgencia médica, con alto índice de secuelas neurológicas y mortalidad, por lo que es fundamental la administración inmediata del tratamiento antibiótico empírico adecuado. Se observa deficiencias y retraso en la valoración, diagnóstico y tratamiento del señor [Víctima directa 5] por la meningitis bacteriana que padecía por parte de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente y el Hospital General Regional Iztapalapa, por lo que se establece que dichas deficiencias contribuyeron a su fallecimiento.

8. 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 6 y 7, de la cual se desprende lo siguiente:

La mujer víctima indirecta 6 es una persona adulta mayor de ochenta años de edad que permanece desde hace más de 10 años postrada en cama por un problema de columna. Mientras su hijo víctima directa 5 se encontraba privado de libertad elaboraba artesanías y con ello contribuía a la manutención de la familia, formada por su madre, su padre (fallecido) y su hermana. Cuando enfermó dejó de trabajar y pasó a depender de lo que pudiera llevarle su familia.

Desde que falleció su hijo, la mujer víctima indirecta 6 se encuentra triste y deprimida, lo que incide de manera negativa en su estado de salud, sin que haya recibido apoyo psicológico.

La mujer víctima indirecta 7, hermana de la víctima directa 5, se dedica exclusivamente a atender a la mujer víctima indirecta 6, por lo que dependía del apoyo que su hermano generaba con su trabajo de artesano. Presenta afectación emocional ya que mientras su hermano permaneció en el hospital se turnó con otro familiar para estar presente y fue testigo de cómo se fue deteriorando hasta que murió, lo que le generó inconformidad ya que no se brindó la atención que requería. No ha recibido ningún tipo de apoyo psicológico.

