

ANEXO 7

Expediente: CDHDF/II/121/GAM/17/P3975

Víctima directa: [Víctima directa 7]

Víctima indirecta: [Víctima indirecta 9]

1. Nota Médica de 14 de julio de 2017, signada por la doctora María Elena Hurtado González, adscrita al servicio de Medicina Interna sección Nefrología del Hospital General Tláhuac (en adelante HGTL), dependiente de la entonces Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias (en adelante DGSMU) de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (en adelante SEDESA), de la que se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 7]

[...]

Síntomas

Hombre [...] tiene insuficiencia renal crónica de causa desconocida.
Acude a sesión de hemodiálisis número 240.
Refiere Adinamia, astenia.

Objetivo

Malas condiciones generales, palidez moderada de tegumentos, somnoliento, consciente, orientado.
TA inicial 164/108, FC 59 x minuto.
No tiene además de bradicardia al inicio de la terapia otra alteración en campos pulmonares, abdomen sin datos de irritación peritoneal, peristalsis presente, edema discreto de tercio distal de piernas.
Se realizó hemodiálisis de filtro 1.8 metros cuadrados con flujo sanguíneo de 300c.cc de dializante 500c.c. por minuto, ultrafiltración de 3500c.c. dosis total de heparina 3000 unidades.
No presentó complicaciones durante el procedimiento, la frecuencia cardíaca se incrementó a 82x minuto, TA final de 155/109.

Análisis

Hombre con bradicardia probablemente secundaria a transgresión dietética, hiperkalemia. Por resolución rápida de la frecuencia cardíaca no se realizó electrocardiograma. Termina sesión sin complicaciones.

Resultados de laboratorio

07-07-2017:

Biometría Hemática
BH_MPV, 8.4, fL, 6/10,

Del 21-06-2017:

CREATININA

CRE_CRE, 0.18, 0,6/1,3.

25-05-2017:

ELECTROLITOS SÉRICOS 1
NA_NA, 137.00, mmol/L, 136/145,
COAGULACIÓN 1
TMP_TETTP, 28.8 SEG,

16-06-2017:

PARATOHORMONA
PTH, 250.00, 12/88,
QUÍMICA SANGUÍNEA DE 4 ELEMENTOS
QS_AU, 2.0, 2,6/7,2,
ELECTROLITOS SÉRICOS 2
FOS_FOS, 1.2, 2,5/4,5,
CALCIO SÉRICO
ES2_CA, 8.8, 8,4/10,2,
ALBUMINA
PFH_ALB, 3.9, g/DI, 3,5/5,
ÁCIDO ÚRICO
QS_AU, 2.0, 2,6/7,2,
PERFIL DE LÍPIDOS
PLIP_VLDL, 29.4,-,

5-02-2017:

PERFIL HEPÁTICO
GGT_GGT, 37, UI/L, 0/55,
PROTEÍNA C REACTIVA
PCR_PCR, < 0,5,
GASOMETRÍA VENOSA
GAS_THBC2, 7.4, g/DI,

14-12-2016:

FOSFATASA ALCALINA
ALP_ALP, 172, UI/L, 32/92,

Plan de Manejo

Cita a hemodiálisis día 17-07-2017 a las 11:00 horas

Diagnóstico

Enfermedad renal crónica, etapa 5

2. Acta circunstanciada de 6 de octubre de 2017, suscrita por una persona visitadora adjunta de este Organismo, en la cual consta la llamada telefónica realizada por [Víctima directa 7], de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

Se encuentra interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte, ubicado en el Centro de Diagnóstico, Ubicación y Determinación de Tratamiento.

Tiene un padecimiento renal por el cual le practican hemodiálisis en el Hospital General Tláhuac de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, es el caso que en el área de servicio médico desde hace aproximadamente doce días no le han realizado las hemodiálisis que requiere, desconoce el motivo de ello y debido a la falta de seguimiento de su tratamiento médico en estos momentos presenta hinchazón en el cuerpo. Hace una semana fue llevado al mencionado Hospital a efecto que se le realizara un estudio médico; sin embargo, éste no se le practicó. El 5 de octubre de 2017, lo llevaron nuevamente al citado Hospital a efecto que se le intentara colocar una fistula, pero el personal médico que le atendió no quiso hacerlo por el contrario le refirieron que era muy complicado colocársela, sin especificarle mayor información. Por lo anterior teme que su estado de salud se agrave, pues considera que no se le está proporcionando la atención médica adecuada que requiere.

[...]

3. Acta circunstanciada de 13 de octubre de 2017, suscrita por un visitador adjunto de esta Comisión, en la que consta la entrevista realizada en el interior del RPVN a [Víctima directa 7], de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[...] el 09 de octubre de 2017, fue llevado de urgencia al Hospital Juárez de México, donde le realizaron la hemodiálisis por fistula y el angiólogo le dijo que había buen flujo, dicha atención la pagó su madre.

Señaló que la semana pasada lo refirieron al Hospital Tláhuac donde le realizaban regularmente el tratamiento de hemodiálisis, donde le señalaron que no lo podían atender, ya que era peligrosa la fístula y le dijeron que lo iban a transferir a otro hospital, que su familia buscara otro hospital; sin embargo, actualmente no cuenta con hospital y en la Unidad Médica no le han informado nada. La última hemodiálisis que le realizaron fue el lunes en el Hospital Juárez de México, se siente estable, pero es gracias a esa hemodiálisis.

[...]

4. Escrito de 16 de octubre de 2017, suscrito por [Víctima indirecta 9], del cual se desprende lo siguiente:

[...]

Su hijo [Víctima directa 7] se encuentra interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte, ubicado en el área de ingreso. Tiene un padecimiento renal por el cual le practican hemodiálisis; sin embargo, tiene conocimiento que el personal de la Unidad Médica no se las ha realizado y está muy hinchado, lo que le impide levantarse. Teme que el estado médico de su familiar se agrave al no recibir la atención médica correspondiente.

[...]

5. Hoja de Sistema de Referencia y Contrarreferencia de 22 de octubre de 2017, suscrita por el Dr. Julio César Murillo Navarrete, adscrito a la UMRPVN de la DSMLR de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 7]

Unidad que refiere: Reclusorio Preventivo Varonil Norte.
Unidad a la que se refiere: Hospital G. Juárez de México.

[...]

Padecimiento actual.

Paciente masculino [...] es traído por presentar desde hace 40 min dolor precordial de tipo opresivo no relacionado con actividad física, refiere dificultad ventilatoria y disnea incluso de reposo, comenta astenia adinamia hiporexia y ataque al estado general, el paciente se conoce portador de IRC en tratamiento con hemodiálisis desde hace 2 años, niega más datos.

A la exploración física paciente íntegro bien conformado, mal hidratado, consiente (sic), orientado, con facies renal, marcada palidez de piel y tegumentos, marcha lenta, posición libremente elegida, edema generalizado, cráneo normo céfalo sin exostosis ni hundimientos, ni puntos dolorosos, pupilas isocóricas normorreflécticas, narinas permeables, pabellones auriculares bien implantados, cavidad oral sin alteraciones, cuello normo líneo, sin adenomegalias ni puntos dolorosos, tórax normolíneo, adecuados movimientos de amplexión y amplexación, ruidos ventilatorios disminuidos en bases bilaterales, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia con soplo holosistólico mitral y tricúspideo, abdomen globoso depresible, peristalsis normal, no puntos dolorosos, no datos de irritación peritoneal, no visceromegalias, miembros torácicos con adecuada fuerza, tono y tropismo, reflejos normales, pulsos sincrónicos, llenado capital distal normal, miembros edematizados, llenado capilar distal normal, resto de exploración física normal. CON SATURACIÓN DE O2 AL 78% SE ENVÍA PARA VALORACIÓN Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

Estudios paraclínicos anexar: Electrocardiograma y tele de tórax de la fecha.

Impresión diagnóstica: IRC KDOQUI V PB. SÍNDROME URÉMICO.

6. Nota médica de 23 de octubre de 2017, signada por el Dr. Arturo Reyes, Encargado de Hemodiálisis y el Dr. Arturo Delgado, ambos adscritos al servicio de Hemodiálisis del Hospital Juárez de México, dependiente de la Secretaría de Salud Federal, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 7]

[...]

Masculino [...] conocido por este servicio como ant. ERC KDIGO V en HD desde hace 3 años en seguimiento Hospital General Tláhuac 3 veces por semana, diálisis peritoneal [ilegible] colocándose 3 catéter Tenckhoff por peritonitis, hasta el momento 5 accesos vasculares 2 YL, 1TI, 2ED con FAVI realizada el 21.07.17. el cual ha presentado múltiples ingresos a este nosocomio aproximadamente una vez por semana por sintomatología urémica y sobrecarga hídrica. Sin seguimiento actual por el Hospital General Tláhuac.

[Ilegible] diálisis otorgándose 3 horas con UF 2.5 litros, transfundiéndose 1 CE cursando hemo dinámicamente estable, se valora FAVI con trayecto vena indurado pb secundario a infiltración previa zona de equimosis, thrill presente, soplo presente disminuido en región superior.

Plan: paciente con agotamientos de accesos superiores, colocándose en 2 ocasiones femoral derecho guiado por ultrasonido, se informa el riesgo de infección a corto plazo por vida media corta, decide llevar catéter con programación de permanente en esta semana y lograr de sesiones establecidas en el Hospital Belisario. Continuar sesiones en dicho hospital 3 sesiones a la semana.

[...]

7. Nota de Defunción de 27 de noviembre de 2017, signada por el Dr. Christian Ulises Mora Mora, adscrito a la UMRPVN, dependiente de la DSMLR de la SEDESA, de la cual se lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 7]

[...]

NOTA DE DEFUNCIÓN

Se trata de paciente masculino de 34 años de edad, con antecedentes de Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis, quien se encontraba en área de urgencias de esta Unidad Médica, en espera de traslado a Hospital General de Tláhuac (Se recibe en Jurídico a las 08:05 horas) por referir dolor abdominal, cuando siendo las 08:30 horas del día de hoy, tiene perdida del estado de alerta, por lo que en ese momento se toman sus signos vitales reportándose con TA 0/0 mmHg, FC Ox, FR 0 x', sin pulso carotideo, por lo que se decide realizar maniobras de reanimación cardiaca, se maneja vía aérea con cánula orofaríngea, se inicia RCP, tras 15 minutos de realizar maniobras, aplicando en 3 ocasiones adrenalina, no se revierte el paro cardiorrespiratorio, se toma trazo electrocardiográfico, el cual reporta asistolia, por lo que se declara la muerte siendo las 08:45 minutos del día 01/11/17.

8. Resumen Clínico de 2 de abril de 2018, signado por el Dr. Christian Ulises Mora Mora, adscrito a la UMRPVN, dependiente de la DSMLR de la SEDESA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 7]

Antecedentes

Cuenta con el antecedente de: [...]. Enfermedad Renal Crónica diagnosticada desde el 2014, en tratamiento de Hemodiálisis en Hospital General de Tláhuac, por parte del servicio de Nefrología. Colocación de catéter Tenckhoff, pero causó peritonitis y se colocó catéter Marhurar para manejo con hemodiálisis.

Resumen Cronológico:

08-03-17 Nota Informativa, es recibido en servicio médico para certificación por parte de Juicios Orales. Se notifica que padece Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis y tiene cita a evento de hemodiálisis para el día 09-03-17.

13-03-17 Se recibe a paciente de evento hemodialítico, secundario a enfermedad renal crónica etapa 5, se refiere asintomático. Se indica manejo con furosemida, Amlodipino, losartan, ac fólico, sulfato ferroso, realiza referencia a Hemodiálisis el 15-03-17.

14-03-17 Se realizan referencias solicitadas por Trabajo Social para el día 20 marzo, a radiología cardiología.

23-03-17 Acude a consulta externa de primera vez donde se realiza historia clínica. Se integra diagnóstico de ERC KDIGO V en Hemodiálisis, HAS descontrolada, Hiperpotasemia asociada a antihipertensivos. Se indica manejo con furosemida 40 mg tab, Amlodipino 5 mg tab, Prazosina 1 mg tab, Calcio Efervescente tab, Calcitriol perlas, Ácido fólico tab Complejo B tab, Fumarato ferroso tab, referencia a Hemodiálisis a HG Tláhuac, Cita el 26-04-17, Dieta baja potasio.

29-03-17 Acude a consulta externa por referir hongos en los pies. Se integra diagnóstico de IRC, HAS, anemia, micosis pedis. Se indica manejo con miconazol crema, tramitar cita de consulta externa a crónicos, cita abierta a urgencias

06-04-17 Se recibe a paciente proveniente de evento dialítico. Se refiere con prurito en cara interna de maléolo, se integra diagnóstico de enfermedad renal crónica etapa 5 en hemodiálisis. Se le entrega receta por metoprolol y miconazol, cita con médico tratante para realización de próxima referencia el 10-04-17 a evento de hemodiálisis

- 19-04-17** Paciente no acude a cita programada con oficio SSCDMX/SSMI/JUDSMR/UMRPVN/0931/17, ya que salió a diligencia
- 02-05-17** Acude a seguimiento de paciente crónico degenerativo. Se refiere asintomático. Se integra diagnóstico de ERC KDIGO V EN HD. Se maneja con Losartán, Amlodipino, Prazosina, Furosemida. Ac fólico, Complejo B, Fumarato ferroso, Calcio efervescente, Calcitriol perlas, Dieta baja en sal y carbohidratos, Cita u seguimiento 22/05/17, Realizar ejercicio diario 30 minutos, Prevención de caídas. Cita abierta a urgencias, Sale mañana a hemodiálisis, se realiza referencia.
- 04-06-17** Se realiza nota informativa de la renuencia del paciente al adecuado cuidado del catéter de hemodiálisis.
- 08-06-17** Acude proveniente de servicio de hemodiálisis. Se refiere asintomático. Se integra diagnóstico de IRC en tratamiento sustitutivo de la función renal de hemodiálisis. Cita abierta a urgencias, refiere tener medicamentos.
- 19-07-17** Paciente que tiene cita programada nuevamente para el día de hoy, registrado en el oficio SSCDMX/SSMI/DSMLR/JUDSMR/UMRPVN/1735/17, y no es traído por personal técnico de COC, ya que salió a sesión de Hemodiálisis, se cita para mañana a las 8 am.
- 21-07-17** Acude proveniente de servicio de hemodiálisis. Se refiere asintomático. Se integra diagnóstico de IRC en hemodiálisis Cita abierta a urgencias, refiere comentar tener medicamentos.
- 03-08-17** Paciente que tiene cita programada y no acude.
- 10-08-17** Paciente que tiene cita programada y no acude a cita programada, únicamente realiza entrega de contrarreferencia, se le indica pase a toma de signos vitales, llamándole en varias ocasiones sin respuesta, por lo que no se puede brindar atención Acude en días previos a la dirección de la Unidad Médica, donde se otorga receta por tratamiento para patologías, indicándole necesita acudir a consulta para seguimiento.
- 28-09-17** Acude a seguimiento de paciente crónico degenerativo. Se refiere asintomático. Paciente que el día de ayer se fue a sesión de HD, pero comentan de disfunción y pb estenosis vascular, por lo que solicitan hospitalización para valorar colocación de Catéter Tenckhoff, antes de agotar accesos vasculares femorales. Se integra diagnóstico de ERC KDIGO V EN HD. Se maneja con Losartán 50 mg tab, Amlodipino 5 mg tab, Prazosina 1 mg tab, Furosemida 40 mg tab, Ac fólico tab tab, Complejo B tab, Fumarato ferroso tab, Calcio efervescente 500 mg tab, Dieta baja en sal y carbohidratos, Cita de seguimiento 17-10-17. Realizar ejercicio diario 30 minutos, Prevención de caídas, Cita abierta a urgencias.
- 23-10-17** Acude proveniente de Hospital Juárez de México, con diagnósticos de egreso de ERC con TSFR con HD deshidratación

resuelta, hipercalcemia resuelta, se realiza cambio de gasas de nuevo catéter abdominal y se espera revaloración con signos vitales por el área médica, pero paciente ya no se encontraba en el servicio médico cuando se solicitó

27-10-17 Acude a seguimiento de paciente crónico degenerativo. Se refiere adinamia, disminución de la fuerza, prurito generalizado, edema facial y MsTs. Paciente que el día lunes acudió a sesión de HD en H Juárez de México, estando en espera de revaloración en HE Dr. Belisario Domínguez (a la cual ya se hizo la referencia). Paciente con falla cardiaca congestiva, desaturando, por lo que se referirá a HG Se integra diagnóstico de ERC KDIGO V EN HD + falla cardiaca congestiva. Plan Referencia a HG.

Fecha de Defunción

[Víctima directa 7], masculino [...], quien falleció dentro del servicio médico el día 01/11/17, a las 08:45 hrs.

9. Dictamen de Presuntas Violaciones al Derecho a la Salud sobre el caso de [Víctima directa 7] de 14 de febrero de 2019, signado por personal adscrito a la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

V. DISCUSIÓN O VALORACIÓN MÉDICA DEL CASO.

Caso de [Víctima directa 7], [...], quien ingresó a reclusión en la Penitenciaría de Santa Martha en 2012, aproximadamente a finales de 2013 o inicios de 2014, inició con terapia de sustitución renal en la modalidad de diálisis peritoneal en el Hospital General Tláhuac, posteriormente fue trasladado al Reclusorio Preventivo Varonil Norte continuando tratamiento en el hospital ya referido, sin embargo, en adelante, la atención médica en el primer nivel estuvo a cargo de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte. Tras el análisis del expediente médico se establece lo siguiente:

Que los expedientes consultados se solicitan conforme a lo establecido por el NOM 0004 SSA3-2012, del expediente clínico, y en la generalidad, no reúnen los requisitos ahí señalados (de todas las unidades médicas implicadas en este caso); se encuentran incompletos, en desorden, algunas notas ilegibles, al igual que algunos registros de enfermería. Se cuentan con estudios paraclínicos pero no en todos los casos se encuentran reportados en las notas correspondientes realizando el análisis pertinente.

El primer registro de atención corresponde a septiembre del 2015, por parte del Hospital General Tláhuac, en donde se refiere que al paciente se le ha retirado catéter Tenckhoff (para diálisis peritoneal) debido a cavidad no útil, al parecer por peritonitis severa, es imprecisa al

documentar los antecedentes, es decir, el tiempo de diagnóstico de la insuficiencia renal crónica e hipertensión, señalando en algunos registros que la diálisis peritoneal se mantuvo por dos meses y en otros menciona un año dos meses, por lo que no hay certeza del tiempo que se mantuvo al paciente en esta modalidad de tratamiento.

Que en ese momento (septiembre de 2015) cursó con síndrome urémico por lo que fue necesario realizar hemodiálisis de urgencia; en ese momento inició esa modalidad de tratamiento, evidentemente con catéter temporal. Se mantuvo con indicación de realizar 3 sesiones semanales, a partir de entonces. Existen notas intermitentes de envío a hemodiálisis hasta octubre de 2016, en Hospital General de Tláhuac, cuando después de haber presentado disfunción de catéter para esas fechas, señalan la necesidad de enviar al paciente a ser valorado para realización de fístula arteriovenosa a Hospital Juárez, esto un año después de haber iniciado con las sesiones y al parecer, ya con punción en ambas subclavias con catéteres no tunelizados (Mahurkar), cuya vida media no debe exceder de 6 meses, de acuerdo a los parámetros internacionales más flexibles. Hasta diciembre de 2016 inició protocolo de valoración para colocación de fístula. La colocación de fístula arteriovenosa se realizó hasta el 31 de julio de 2017, es decir 22 meses después de iniciar hemodiálisis.

A partir de enero de 2017 se encuentran mayores notas médicas, en secuencia hasta el momento del fallecimiento de [Víctima directa 7]. Se documentaron datos de diálisis inadecuada, además de descontrol tensional en múltiples ocasiones, lo que empeoraba el pronóstico ya que impidió el adecuado tratamiento de otras complicaciones como la anemia y por tanto, incrementando el riesgo cardiovascular. Este círculo vicioso se mantuvo la mayor parte del tiempo, aunque por momentos se logró estabilizar al paciente gracias a transfusiones de concentrados eritrocitarios, o bien, aplicación de eritropoyetina cuando las cifras de presión arterial lo permitieron, una vez que se lograba la ultrafiltración adecuada. En algunas notas se refirió transgresión dietética; por tratarse de un paciente privado de la libertad, la vigilancia de la dieta suministrada corre a cargo del centro de reclusión en el que se encontraba.

Así las cosas, se mantuvo con deterioro sistémico importante que no revirtió con la colocación de la fístula arteriovenosa en julio de 2017, en la nota de la intervención se reportó como hallazgo: vasos fibrosos y posterior al procedimiento se mantuvo con edema importante de brazo, formación de hematoma y datos de probable absceso (infección) a pesar de haber recibido tratamiento antibiótico profiláctico. Durante septiembre de 2017 se requirió de la instalación de un cuarto catéter temporal (Niágara) para la realización de procedimiento, se señaló la posibilidad de quedar fuera de tratamiento debido a que se agotaron los accesos vasculares y no ser candidato a recolocación de catéter Tenckhoff (para diálisis peritoneal). Dado que las notas no son específicas, se interpreta que dicha fístula no se llegó a utilizar para el procedimiento de la ultrafiltración a pesar de que el servicio de Angiología del Hospital Juárez indicó que era funcional (5 octubre de 2017) y posteriormente, al encontrarse hospitalizado en este referido nosocomio fue necesario

realizar otro acceso, ahora a nivel femoral (octubre de 2017), sin embargo también resultó disfuncional al primer intento por lo que se recolocó. A partir del 23 octubre las notas médicas son inespecíficas acerca de que si al paciente se le proporcionó alguna sesión de hemodiálisis o no, siendo hasta el 31 de octubre que los registros indican que el paciente se encontraba en su centro de reclusión y fue llevado a la unidad médica por sus compañeros tras presentar dificultad respiratoria y deterioro importante, por lo que se gestionó envío a hospital de segundo nivel, sin embargo, el paciente se desistió del traslado. Al día siguiente, nuevamente es llevado por sus compañeros en estado grave, con dificultad respiratoria por lo que falleció el 01 de noviembre de 2017 a las 08:50 horas.

En lo que respecta a la conclusión establecida en el dictamen de necropsia, ya con estudios complementarios se atribuyó a **edema cerebral**, complicación inherente a la enfermedad de base, insuficiencia renal crónica, además de que el conjunto de los hallazgos documentados, son los esperados para el cuadro clínico que presentó el paciente en días previos a su fallecimiento.

Atendiendo a lo señalado en la *lex artis* y la *lex artis ad hoc* se puede establecer que la atención médica brindada a [Víctima directa 7] presentó omisiones y deficiencias que se concentraron dentro del segundo nivel (Hospital General Tláhuac), a pesar de que no se cuente con la totalidad de los expedientes. Lo anterior se sustenta en que toda vez que un paciente es diagnosticado con enfermedad renal crónica debe mantenerse en vigilancia para evaluar la progresión, si es que el diagnóstico se realiza cuando se encuentra en etapa terminal (V), deben evaluarse las condiciones clínicas globales del paciente, los recursos y las posibilidades terapéuticas para decidir la pauta a seguir, esta labor se ubica dentro de las atribuciones del segundo nivel de atención (limitación del daño y prevención de otras complicaciones). Ya que se decide la modalidad de sustitución renal, que en este caso fue, de manera inicial, diálisis peritoneal debe mantenerse en vigilancia estrecha de la viabilidad y funcionalidad de ésta. Hasta ese momento, el tratamiento era adecuado. Una vez que el paciente comenzó a mostrar datos de deterioro y disfunción de catéter peritoneal y habiéndose diagnosticado con cavidad no útil para continuar con dicha modalidad, el camino a seguir se encuentra bien definido en los lineamientos médicos nacionales e internacionales, el primer paso consiste en la valoración del paciente por un equipo multidisciplinario para la colocación de un acceso vascular (fístula o injerto) y si las condiciones del paciente lo ameritan, se colocará catéter temporal mientras se realiza la intervención quirúrgica o bien, mientras madura el acceso y hasta verificar su funcionalidad.

En el caso de [Víctima directa 7] evidentemente no existió apego a dichos señalamientos, se mantuvo con catéteres temporales no tunelizados (tipo Mahurkar o Niágara), durante un periodo prolongado de tiempo, y a pesar de que en las notas médicas se atribuye la disfunción a que el paciente los retiraba, lo cierto es que la vida media de dichos dispositivos se mantuvo dentro del parámetro estimado (4 catéteres en 2 años, con una

vida media promedio de 6 meses por catéter), la gestión para llevar a cabo el acceso vascular permanente se retardó de manera importante (22 meses), repercutiendo directamente en la evolución y por tanto, sobre el estado de salud del paciente, de manera negativa.

Ahora bien, la multipunción de los vasos de cuello (el hecho de colocar varios catéteres temporales implica manipular estos grandes vasos), es un factor de riesgo para que el acceso venoso fracase cuando se instala de manera tardía, esto se debe a que las paredes de las venas o arterias se fibrosan y/o se estenosan (es decir, se engrosan las paredes, lo que disminuye el flujo sanguíneo a través de ellas), lo que no permite un flujo adecuado de corriente sanguínea y lo que a su vez promueve otros factores de riesgo para la aparición de otra complicaciones. Si a esto le sumamos que la evolución del propio padecimiento de base de [Víctima directa 7] fue tórpida, se conjuntan todos los factores necesarios para establecer un nexo de causalidad de *conexión contributivo*, de manera que las omisiones y retrasos en la atención médica brindada por el segundo nivel de atención, contribuyeron de manera directa al deterioro y fallecimiento del agraviado.

A pesar de que el pronóstico de los pacientes con insuficiencia renal crónica en etapa terminal tiene mal pronóstico, en el caso de [Víctima directa 7] no se agotaron los medios terapéuticos disponibles. En el entendido de que los usuarios de los servicios de salud tienen el derecho de recibir atención médica adecuada y **oportuna**, se determina la existencia de mala práctica médica al demostrarse retrasos injustificados en la valoración y colocación de fístula arteriovenosa para la realización de hemodiálisis a largo plazo. De dicho retraso promueve que se desencadenan las complicaciones subsecuentes que presentó el agraviado, que si bien son esperadas en los pacientes que son diagnosticados con insuficiencia renal crónica, en este caso se precipitaron por las omisiones señaladas.

En relación a los planteamientos establecidos, se tiene en primer lugar:

VI.1 Establecer si la muerte de la persona se debió a mala práctica médica y/o si la atención médica contribuyó en alguna manera en la muerte de la persona. En su caso, señalar el nexo causal específico entre la mala práctica, a quién se atribuye y en qué unidad médica se llevó a cabo.

Atendiendo a lo establecido por la normatividad médica y lo establecido en la literatura se observan severas deficiencias en la atención médica proporcionada por los profesionales adscritos al segundo nivel de atención que otorgaron manejo y seguimiento deficiente al padecimiento de insuficiencia renal crónica en etapa terminal de [Víctima directa 7], debido a que no se satisfacen los objetivos de atención consistentes en limitación del daño y prevención de otras complicaciones asociadas.

La mala práctica identificada es el retraso de la colocación de acceso vascular permanente para la realización de hemodiálisis, lo que repercutió

de manera negativa en la evolución del padecimiento de [Víctima directa 7], deteriorando su calidad de vida y precipitando la aparición de otras complicaciones, estableciendo así el nexo de causalidad (retraso-deterioro-fallecimiento).

VI.2 En caso de considerar que la causa de la muerte se debió a mala práctica médica, explicar en qué consistió, a quién se atribuye y en qué unidad médica se llevó a cabo.

Como se desglosó en planteamiento anterior, la mala práctica identificada fue el retraso en el tratamiento oportuno, en este caso, en la colocación de la fístula arteriovenosa para la realización de hemodiálisis. Se atribuye a los médicos tratantes adscritos al Hospital General de Tláhuac.

VI.3 Establecer si en la muerte de la persona contribuyeron retrasos en el envío o referencias del paciente a otras unidades médicas y explicar a quién debe atribuírsele dicho retraso.

Este planteamiento, se responde con los previos.

VI.4 Establecer si hay deficiencias importantes en la integración de los expedientes clínicos, de ser el caso favor de especificarlos.

Sí se identificaron deficiencias en la integración de los expedientes clínicos enviados para análisis debido a que no cumplen con lo dispuesto en el NOM 0004 SSA3-2012, se recibe en desorden, algunas notas incompletas, ilegibles, al igual que algunos registros de enfermería, se incluyeron sólo algunas de las notas de trabajo social y los estudios complementarios en ocasiones no fueran referidos en la nota médica correspondiente. Estas deficiencias por sí solas no intervienen en el curso clínico del padecimiento de [Víctima directa 7].

La atención médica conlleva un deber ético de atención del paciente, apegado a disposiciones legales, es decir, se cuentan con los ordenamientos específicos derivados de artículos constitucionales y regulados por la Ley General de Salud, además, de que sobre el médico (independientemente de la especialidad que ejerza) recae el deber de cuidado en el ejercicio de su profesión. El médico se encuentra sujeto a un conjunto de deberes y obligaciones sin importar las características del paciente, así sea una persona privada de la libertad o cualquier otra situación ajena al acto médico, no se deben establecer diferencias y la práctica debe realizarse conforme a los principios científicos y éticos que la orientan. De tal suerte que las deficiencias observadas no consideran el estado jurídico de la persona, ni se evalúan de manera diferente.

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

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se identificaron elementos de mala práctica consistentes en retraso o dilación de la atención médica oportuna que requería el estado

clínico de [Víctima directa 7], específicamente para la instalación del acceso vascular permanente (fístula arteriovenosa) para realización de hemodiálisis.

SEGUNDA.- El retraso de dicho procedimiento incrementó los factores de riesgo para que el acceso vascular (fístula arteriovenosa) fallara una vez instalado, además de que favoreció que las complicaciones esperadas se presentaran de manera anticipada y aunque en algunas ocasiones se logró estabilizar al paciente, no se agotó la obligación de medios terapéuticos disponibles para el nivel de atención.

TERCERA.- La mala práctica consistente en el retraso de tratamiento oportuno se atribuye al personal médico adscrito al Hospital General de Tláhuac.

CUARTA.- Se identificaron deficiencias en la integración de los expedientes clínicos analizados, sustancialmente por no apearse a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico, sin que eso modifique las conclusiones anteriores en ningún sentido.

[...]

10. Acta circunstanciada de 13 de septiembre de 2021, suscrita por un visitador adjunto de este Organismo, en la cual consta la entrevista con la víctima indirecta 9, de la cual se desprende lo siguiente:

Sufre afectaciones emocionales ante la muerte de su hijo víctima directa 7, las cuales se han mantenido en el tiempo. Durante la enfermedad de su hijo, la víctima indirecta 9 se mantuvo pendiente de su evolución y de los requerimientos de insumos médicos, los cuales aportó en la medida de sus posibilidades. Con el apoyo de familiares enfrentó los gastos funerarios, sin embargo, su situación se deterioró porque en esas mismas fechas se quedó sin trabajo, permaneciendo así más de un año, pues emocionalmente se encontraba mal y no tenía fuerzas para nada. Actualmente cuenta con un empleo, pero continúa sufriendo porque considera que la muerte de su hijo fue injusta.

9

