

ANEXO 8**Caso 8. Expediente:** CDHDF/III/121/IZTP/17/P7571**Víctima directa:** [Víctima directa 8]**Víctimas indirectas:** [Víctima indirecta 10] y [Víctima indirecta 11]

1. Hoja de sistema de referencia y contrarreferencia de 12 de enero de 2017, suscrita por los doctores Raúl Barajas Ceja y Juan Antonio Estrada, ambos adscritos a la Unidad Médica de la Penitenciaría de la Ciudad de México (en adelante UMPCM), 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 8]

[...]

Unidad que refiere: Hospital Masculino Santa Martha.

Unidad a la que se refiere: Hospital General Torre Médica Tepepan.
Servicio de Cardiología.

[...]

Se trata de paciente masculino [...], cursa diagnóstico de bradicardia sinusal, actualmente refiere asintomático, a la exploración física se encuentra consciente, orientado, cooperador, pupilas isocóricas normorreflécticas, cavidad oral con adecuada hidratación, campos pulmonares con adecuada ventilación, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia, abdomen plano depresible sin alteraciones, extremidades íntegras con presencia de edema + en miembro pélvico izquierdo en relación con el pie derecho, no se aprecia cambio de coloración o aumento de la temperatura local [ilegible] y sensibilidad conservada, llenado capilar inmediato, paciente el cual cuenta con cita para seguimiento en el servicio de Cardiología el 14 de enero de 2017. [...] es enviado, estudios paraclínicos, anexar electrocardiograma y laboratorios.

Impresión diagnóstica: bradicardia sinusal.

2. Hoja de Contrarreferencia de 31 de enero de 2017, signada por el doctor Aristeo Castillo Martínez, adscrito al servicio de Cardiología del Hospital General Torre Médica Tepepan (en adelante HGTMT), dependiente de la entonces Dirección de Servicios Médicos y Urgencias (en adelante DGSMU) 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 8]

[...]

Se trata de paciente Masculino [...] conocido por el servicio quien acude a consulta por estar citado. El paciente refiere presentar Ligeras Cefaleas. Encontramos paciente con ligera palidez de tegumentos, mucosa bien hidratada y consciente. A la E. Física encontramos ruidos cardiacos disminuidos en intensidad y duración, no se auscultan soplos. Campos pulmonares limpios y bien ventilados, pulsos periféricos presentes, con edema de M. Inferior izquierdo ++. Se le tomó EKG en reposo el cual muestra: Bradicardia Sinusal, FC: 70/min, T/A:100/70, eje eléctrico del corazón sin desviación, AP y AT dentro de limites normales. PR y QRS dentro de límites normales, sin datos de lesión o isquemia. Se le solicitaron estudios de laboratorio los cuales reportan: Na: 135, K: 4.3, Cl: 105, tiempos de coagulación al: 84% I.N.R:I.I. glucosa: 93, creat: 0.8, AC Úrico: 5.4, colesterol: 173 triglicéridos: 102mg/dl, Hb:16.3g/dl, HTO:49.2%, PLT: 299K/UL, resultados dentro de limites normales. No se le tomó RX por no haber servicio en este momento.

DX de ingreso: Bradicardia Sinusal.

Dx de egreso: Bradicardia Sinusal e Hipotensión Arterial.

[...]

3. Hoja de Contrarreferencia de 19 de julio de 2017, signada por el doctor Aristeo Castillo Martínez, adscrito al servicio de Cardiología del HGTMT, dependiente de la DGSMU de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 8]

[...]

Acude paciente a Consulta por estar citado. El paciente refiere presentar mareos ocasionales, acompañado de cefalea ocasional comenta el paciente. Encontramos paciente tranquilo, estable, sin palidez de tegumentos, mucosas bien hidratadas y consciente. A la E. Física encontramos ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y duración, no se auscultan soplos, campos pulmonares limpios y ventilados, pulsos periféricos presentes, no edema de M. Inferiores. se le tomó EKG en reposo el cual muestra: Ritmo sinusal, FC: 70/ mi, T/A:110/70, eje eléctrico del corazón sin desviación, Ap y AT dentro de límites normal, PR y QRS dentro de límites normales, sin datos de lesión ó Isquemia. Se solicitaron estudios de laboratorio los cuales reportan: Na:140, K:5 O, CL:108, tiempos de coagulación al 71% I.N.R:I.2, glucosa:90%, Creat: 0.9, Ac, Urico:5.6, colesterol: 148, triglicéridos: 134mg/dl, Hb:14.8g, HTO: 45.0%.

9

PLT:397K/UL. Resultados dentro de límites normales. Se le solicitó tele de tórax AP la cual no se le realizó por no funcionar equipo de RX.

DX de ingreso. Bradicardia Sinusal e Hipotensión Arterial.

DX de egreso: Hipotensión Arterial en control.

[...]

4. Nota Médica de 20 de octubre de 2017, signada por personal médico adscrito a la Unidad Médica de la Penitenciaría de la Ciudad de México (en adelante UMPCM), dependiente de la DSMLR de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 8]

[...]

Masculino [...] con antecedentes de crisis de hipotensión arterial siendo manejado por Cardiología desde hace año y medio manejándolo con AS COR y diagnosticado con Bradicardia Sinusal, valorado cada 4 meses el día de ayer no fue valorado por cardiología. Asimismo, padece de quistes de epidídimo en ambos testículos aún no ha sido valorado por urología a nivel hospitalario, sin embargo, el 2 de septiembre fue visto por urología del reclusorio sur diagnosticando tumoraciones en parte superior de testículo derecho, solicitando ultrasonido testicular y con este ser nuevamente revalorado. Se le han practicado numerosos estudios de laboratorio para descartar Diabetes siendo negativo. Sin embargo, en agosto de 2017 el EGO reveló eritrocitos abundantes, leucocitos abundantes y bacterias abundantes que nos hacen pensar en un proceso renal serio. En otro estudio de orina del 2016 hay proteinuria. El paciente refiere baja de peso acentuada desde hace cinco meses en cantidad aproximada de 30kgs, así como poliuria y sed, y desde hace 20 días refiere evacuaciones diarreicas en número de cinco en 24 hrs, así como acides estomacal y regurgitación ácida nocturna, así como dolor pungitivo en testículo derecho.

[...]

5. Hoja de Sistema de Referencia y Contrarreferencia de 24 de octubre de 2017, signada por el doctor Raúl Barajas Ceja y el doctor Martín Flores J., adscritos a la UMPCM, dependiente de la DSMLR de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 8]

[...]



Unidad que refiere: U.M.C.R.S.M Santa Martha (Penitenciaría)

Unidad a la que se refiere: Hospital General Torre Médica Tepepan.

[...]

Se trata de [Víctima indirecta 8] de [...], el cual cursa con el diagnóstico de Bradicardia sinusal manejado con ASCOR 20 gotas cada 8 hrs, dislipidemia hipertrigliceridemia manejada con bezafibrato 200mg, cada 24 horas, asa 150 g, cada 24 horas. El paciente solo refiere poliuria y perdida de peso, al realizar exploración física se encuentra paciente masculino con adecuada coloración de piel y de tegumentos, pupilas isocóricas fotorrefléxicas, cavidad oral hidratada, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen sin alteraciones aparentes, extremidades simétricas con llenado capilar distal de 2.

Estudios para anexar: Se anexa contrarreferencia y laboratorios.

Impresión diagnóstica: BRADICARDIA SINUSUAL

[...]

6. Nota Médica de las 12:12 horas de 14 de noviembre de 2017, signada por personal médico adscrito a la UMPCM, dependiente de la DSMLR de la SEDESA, de la que se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 8]

[...]

Se trata de [Víctima directa 8] de [...] el cual acude a consulta externa de urgencias, procedente del dormitorio 2-6-6, niega alergias a medicamentos, cursa con Dislipidemia, manejado con Bezafibrato 200mg cada 24 horas, ascar gotas 20 gotas cada 8 horas para el tratamiento de bradicardia sinusal.

Inicia hace 2 días con dolor abdominal tipo cólico y ardor abdominal el cual es constante el cual se incrementa al comer, menciona tener 3 evacuaciones líquidas en 24 horas, menciona ardor faríngeo e hipo, fiebre de predominio nocturno, tos productiva con inspecciones hialinas.

Signos vitales: T/A: 90/70, FC 110x, FR 22, temp: 38.7°C, peso: 69kg, talla: 1.78 mts, I.M.C: 21.5, Dxtx: 94mg/dl, prueba VIH negativa.

[...].

7. Hoja de Contrarreferencia de 15 de noviembre de 2017, signada por el doctor Aristeo Castillo Martínez, adscrito al HGTMT, dependiente de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 8]

[...]

Se trata de paciente Masculino [...] conocido por el servicio, quien acude a consulta por estar citado. El paciente refiere haber presentado pérdida de peso de hasta 15 kg en 2 meses, el paciente refiere astenia, adinamia y cefalea. Encontramos paciente con palidez de tegumentos, mucosas ligeramente hidratadas, con pérdida de peso importante y consciente. A la E. Física encontramos ruidos cardiacos disminuidos en intensidad y duración, no se auscultan soplos. Campos pulmonares limpios y bien ventilados, pulsos periféricos presentes, no edema de M. Inferiores. Se le tomo EKG en reposo el cual muestra: Bradicardia Sinusal 1.FC:70/min. T/A:90/70, eje eléctrico del corazón sin desviación. AP y AT dentro de límites normales, PR y QRS dentro de límites normales. Sin datos de lesión ó isquemia, se le solicitaron estudios de laboratorio, los cuales reportan Na: 135.K:4.5.Cl:101, tiempos de coagulación al 61% I.N.R.I.4, glucosa: 85, Creat: 1.0, Ac, Úrico: 3.9, Colesterol:103, Triglicéridos: 118mg/dl, Urea: 40.6. BUN:1 9.0mg/dl. Hb:12.6g/dl. HTO: 38.5%. PLT:346K. Resultados dentro de límites normales, no se le tomo RX por no haber funcionado equipo de RX.

DX de Ingreso: Bradicardia Sinusal.

DX de Egreso: Hipotensión Arterial y Caquetsia (sic).

- Indicaciones: 1. Dieta hipercalórica e hiperproteica
2. As cor Gotas 12 gotas c/12 hrs.
3. Solicito Interconsulta al servicio de Medicina Interna por pérdida de peso importante (Caquetsia (sic))
4. Cita abierta a Cardiología.

[...]

8. Nota Médica de las 10:15 horas del 22 de noviembre de 2017, signada por el Dr. Valles, adscrito a la UMPCM, dependiente de la DSMLR, de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 8]

[...]

Masculino [...] que acude al servicio refiriendo dolor de garganta desde hace 2 días, refirió además sensación de llenura rápida y pérdida del apetito.

E. F. Consciente, orientado, cráneo sin alteraciones, ojos simétricos, pupilas isocóricas, normorreflécticas, hiperémica, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, depresible, doloroso a nivel de

hipocondrio y lado derecho no, no peristalsis, extremidades simétricas con presencia de edema de tercio medio a nivel maleolar bilateral hipotróficas.
Idx. Faringitis/pb enf ac. Pépt., dispepsia/nefropatía en estudio.
Tx. Penicilina procaínica 800,000 aplicar amp. i.m. c/24 hr. 3 días
Naproxeno 250 mg. c/12 hrs. 3 días v.o.
Gel aluminio y magnesio, tomar 5 ml c/8 hrs.
Omeprazol 20 mg c/24 hrs. 14 días vía oral.
Metoclopramida 10 mg. c/12 hrs. 10 días v. o.
Hidroclorotiazida 25 mg ½ tab c/24 h 10 días.
Se indica Rx abdomen y tele de tórax.

[...].

9. Nota Médica de las 10:50 horas del 25 de noviembre de 2017, signada por el doctor Luis Gerardo Salazar Cabrera, adscrito al servicio de Medicina Interna del Hospital General Iztapalapa, dependiente de la DGSMU, de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 8]

[...]

Datos tomados de nota de envío a urgencias.

NOTA DE DEFUNCIÓN. MEDICINA INTERNA.

Fecha de ingreso: 24 de noviembre 2017

Fecha de defunción: 25 de noviembre 2017 Hora: 10:10 hrs.

Dx de Ingreso:

1. DM tipo II descompensada
2. 2. Cetoacidosis diabética
3. 3. Desequilibrio ácido base e hidroelectrolítico
4. Bradicardia sinusal
5. Hipotensión

Dx. De egreso:

- | | |
|--------------------------------|---------|
| 1. Cetoacidosis diabética | 48 hrs. |
| 2. Sepsis | 24 hrs. |
| 3. Neumonía | 24 hrs. |
| 4. Infección de vías urinarias | 7 días |

Otros:

- | | |
|------------------------------|---------|
| 5. Diabetes Mellitus tipo II | 30 días |
|------------------------------|---------|

Se trata de paciente del sexo masculino [...], se desconocen antecedentes, no hay familiares que informen, custodios no conocen datos.

No cuenta con familiar para informar del deceso del paciente, se avisa a custodios, trabajo social enterada. Enviado al servicio de urgencias con cuadro clínico de 30 días de evolución aproximadamente, con manifestaciones relevantes de síndrome de desgaste con pérdida ponderal de 30 Kg en 30 días, así como hipoglucemia y bradicardia de 45

x min. Arribó al servicio de urgencias y se comenta que porta ataque al Edo. Gral, astenia y adinamia, además de respiración corta y rápida con frecuencia de 24 x minuto. Destroxtix de 245 MG/Dl se le encontró con desequilibrio hidroelectrolítico con deshidratación severa e hiponatremia de 122MMOL/L, potasio 4.7 CL 95, retención azoada con CRDE 2.44 BUN de 56 y Urea de 119. La relación BUN: creatinina fue de aprox. 20 a 1, anemia hipocrómica microcítica con HB de 11.4y HTO de 36.1%, plaquetopenia de 29000, anchos de dist eritrocitaria de 17.1, Leucos por campo leucopenia de 27000 Neutrofilia del 92.8%

Aproximadamente a las 09:50 hrs fui notificado por enfermería que el paciente ya no presentaba signos vitales. Acudiendo a valorarlo lo encuentro pálido, inconsciente, con monitor cardiológico en isoelectrica, sin registro en la oximetría de pulso, pupilas isocóricas midriáticas, sin respuesta a la luz, sin pulsos carotídeos, sin tonos cardiacos, sin movimientos del tórax en apnea. Se procede a control y manejo de la vía aérea, intubándose con protocolo de secuencia rápida al primer intento y sin accidentes o incidentes durante el mismo, poco antes de la intubación regurgita contenido gástrico. Se extrae de la cánula de intubación, secreción purulenta escasa, se da R.C.P. por espacio de 20 minutos sin ninguna respuesta. Se declara finado por clínica y trazo isoelectrico del monitor a las 10:10.

[...]

10. Resumen Médico de 6 de diciembre de 2017, signado por el doctor Jesús Guerrero González, Encargado de la Subdirección Médica en el HGI de la DGSMU de la SEDESA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 8]

[...]

1ª. RESUMEN MÉDICO

Se trata de paciente masculino de 50 años de edad procedente del U. M. C. R. J. M Santa Martha ingresando a urgencias el día 24 noviembre del 2017 a las 9:44 horas; por cuadro clínico de 30 días de evolución aproximadamente con manifestaciones relevantes de síndrome de desgaste con pérdida ponderal de 30 kilogramos, así como hipoglucemia y bradicardia de 45x', arribando a urgencias comentando porta ataque al estado general, astenia, adinamia, además de respiración corta y rápida con frecuencia de 24x' ingresando a observación con diagnósticos de diabetes mellitus 2 descompensada, por cetoacidosis diabética, desequilibrio hidroelectrolítico y ácido base. A las 13:57 horas del día 24 de noviembre del 2017 al pase de visita lo encuentran en malas condiciones generales, con descontrol metabólico de acuerdo a hoja de enfermería con dtxx 252 mg/dl, con deshidratación grave por clínica, aumento del patrón respiratorio característico de desequilibrio ácido base



integrándose diagnóstico de cetoacidosis diabética. En esas pésimas condiciones generales es ingresado a medicina interna el día 24 noviembre del 2017 a las 20 horas encontrándolo despierto, quejumbroso, arrítmico, taquicárdico, con trabajo respiratorio, hipo ventilado, mucosa oral seca, abdomen duro, con dificultad para explorar megalias, hipotonía muscular, multituado, pulsos presentes, llenado capilar inmediato, estableciendo los siguientes diagnósticos de ingreso: síndrome de desgaste, estudiar VIH/SIDA, estudiar neoplasia gástrica, infección de vías urinarias bajas, insuficiencia renal prerrenal, cetoacidosis diabética. A las 23:10 horas continua en malas condiciones generales, acidótico con Ph 7.24, diaforético, hipotérmico, estuporoso, con dextrostix de 55 mg/dl yugulándose con soluciones glucosadas hipertónicas, mejorando estado de alerta, disminuyendo taquicardia, mejorando perfusión tisular, evolucionando tórpidamente hasta que a las 9:50 horas del día 25 de noviembre del 2017 se notifica por parte de enfermería que el paciente ya no presentaba signos vitales acudiendo a valorar a dicho paciente encontrándolo pálido, inconsciente con monitor cardiológico isoelectrico, pupilas midriáticas, sin pulso carotideo en apnea, iniciando maniobras básicas y avanzadas de RCP por espacio de 20 minutos cabe mencionar que a la hora de realizar intubación endotraqueal se extrae de la cánula endotraqueal secreción purulenta escasa. Sin respuesta al mismo, se declara finado por clínica y trazo isoelectrico del monitor a las 10:10 hrs. del día 25 noviembre del 2017.

1b) Las condiciones médico clínicas en las que ingresó al nosocomio.

Paciente ingresa a urgencias consciente, polipneico, con apoyo de oxígeno suplementario por puntas nasales caquéctico. Con mucosa oral seca+++ , campos pulmonares con rudeza respiratoria, ruidos cardiacos con bradicardia de 42x, abdomen en batea, peristalsis disminuida, extremidades hipotróficas, dctx 245 mgs/dl.

1c) Los estudios clínicos realizados.

Labs. 241117 con na 122, K 4.7, calcio 6.6, glue 123, BUN 56, creat 2.44, urea 119.8, ALT 42, AST 119.8T 18, Mg 2.76, fosforo 7.1, leucos 2.7 mil, Hb 11.4, hto 36.1, plaq 29 mil, EGO leucos 4-6 cpo eritrocitaria, cilindros granulosos, bacterias moderadas, mucina abundante, cuerpos cetónicos negativo, glucosuria, proteinuria, TP 17 al 70%, TPT 34.2. gasometría 20:01 con Ph 7.24, Ph 7.15, pco2 31. 127, K5.5, gluc 142, 2 19. po2 119, hco3 8.1, BEB-17.6, GASOMETRIA CONTROL 241117 22:47 Po2 40 hco3 10.8, BEB-16.6, s02 57%
LABS 251117 Na 127, K5.5, gluc 142, BUN 62, creat 2.33, urea 132.7

1d) La atención médica brindada.

Soluciones parenterales a base de soluciones fisiológicas al 0.9%, omeprazol, enoxaparina, insulina rápida IV de acuerdo a requerimientos, medidas generales, monitoreo cardiaco, oxígeno por puntas nasales, etc. (a su ingreso a urgencias).

Indicaciones medicina interna:

Ayuno, soluciones parenterales a base de sol. Mixtas, fisiológicas e incluso hemacel, fluconazol trimetoprim con sulfametoxazol, levofloxacin, paracetamol IV, bicarbonato de sodio IV etc.

1e) Finalmente, el diagnóstico médico clínico con el que de ser el caso ha sido egresado de dicho hospital.

Cetoacidosis diabética.....	48 horas
Sepsis.....	24 horas
Neumonía.....	24 horas
Infección de vías urinarias.....	07 días
Diabetes mellitus.....	30 días

[...]

11. Resumen Clínico de 8 de abril de 2019, suscrito por el doctor José Luis Gaona Ortiz, responsable de la UMPCM de la DSMLR de la SEDESA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 8]

[...]

08 de noviembre de 2004. Paciente que no se presentó a consulta programada.

29 noviembre de 2004. Atendido en consulta externa con Idx. Faringitis, verrugas, otorgando tratamiento farmacológico.

01 de diciembre de 2004. Paciente al que se le realizó exceresis de condiloma en región inguinal.

03 diciembre de 2004. Acudió por presentar Idx. Verruga en región inguinal izquierda.

24 enero de 2005. Acudió a consulta por presentar balanitis.

26 noviembre de 2005. Acude por erupciones cutáneas en pene, manejándose con antibiótico

17 octubre 2005. Es visto en consulta externa por presentar Idx. Dermatitis

11 noviembre de 2005. Valorado en consulta externa por presentar sintomatología sugerente de vías urinarias, proporcionándole tratamiento farmacológico.

26 de febrero 2005. Valorado por cuadro de faringitis y rinofaringitis

08 de febrero de 2006. Paciente que presenta prurito en región inguinal, así como sintomatología compatible con cuadro respiratorio Idx. Faringitis y dermatitis.

06 de marzo de 2006. Valorado en consulta externa con diagnóstico de rinofaringitis e infección de vías urinarias

17 de abril de 2006. Acudió a consulta externa por dermatosis en pene, otorgando tratamiento farmacológico.

29 septiembre de 2006. Acude a consulta externa por faringoamigdalitis, proporcionando tratamiento.

- 12 de junio de 2006.** No acude a consulta programada.
- 21 agosto de 2006.** Acude a consulta externa con diagnóstico de Herpes genital. Proporcionando tratamiento farmacológico.
- 04 octubre 2006.** Atendido en Torre Médica Tepepan por el servicio de Otorrinolaringología por rinitis alérgica.
- 23 de octubre de 2006.** Atendido por contusiones no recientes, rinitis y faringitis. Proporcionando tratamiento farmacológico.
- 23 de enero de 2008.** Acude a consulta con idx faringoamigdalitis. Proporcionando tratamiento farmacológico.
- 02 de febrero de 2008.** Atendido en consulta externa por faringitis. Indicando tratamiento farmacológico de
- 23 abril de 2008.** Acude a consulta externa con ldx: faringoamigdalitis. Proporcionando tratamiento farmacológico.
- 26 de abril de 2008.** Acude a consulta externa con diagnóstico de dorsalgia y obesidad exógena. Indicando manejo farmacológico
- 28 de mayo de 2008.** Acude a consulta externa con diagnóstico de faringitis. Indicando tratamiento farmacológico.
- 12 de noviembre de 2008.** Acude a consulta externa al presentar diagnóstico de faringitis crónica, indicando manejo farmacológico.
- 10 de diciembre de 2008.** Acude a consulta externa con diagnóstico de faringoamigdalitis, se prescribe tratamiento farmacológico.
- 26 de diciembre de 2008.** Valorado en consulta externa con diagnóstico de rinofaringitis, indicando manejo farmacológico.
- 7 de enero de 2009.** Valorado en consulta externa con diagnóstico de faringoamigdalitis, proporcionando tratamiento farmacológico.
- 23 de marzo de 2009.** Acude a consulta externa con diagnóstico de faringoamigdalitis indicando tratamiento farmacológico.
- 13 de abril de 2009.** Valorado en consulta externa con diagnóstico lumbalgia a determinar. Proporcionando tratamiento farmacológico.
- 20 de mayo de 2009.** Acude a valoración médica con diagnóstico de faringitis aguda. Proporcionando tratamiento farmacológico.
- 01 de julio de 2009.** No acudió a consulta médica programada.
- 15 de agosto de 2009.** Paciente que acude a consulta con diagnóstico de parasitosis. Proporcionando tratamiento farmacológico.
- 28 de octubre de 2009.** Acude a valoración con diagnóstico de rinofaringitis. Indicando manejo farmacológico.
- 16 de noviembre 2009.** Acude a consulta externa con diagnóstico de manejo faringoamigdalitis.
- 05 de diciembre de 2009.** Acude a consulta externa con diagnóstico de obesidad, probable lesión ligamentaria rodilla izquierda, indicando manejo farmacológico y medidas dietéticas.
- 20 de enero de 2010.** Paciente que acude a valoración médica con diagnóstico de rinofaringitis, artralgia en rodilla izquierda, indicando manejo farmacológico.
- 26 de febrero de 2010.** Acude a consulta externa con diagnóstico de faringitis y rinofaringitis indicando tratamiento farmacológico.
- 01 de mayo de 2010.** Acude a consulta con diagnóstico de lumbalgia no traumática proporcionando tratamiento farmacológico
- 02 de junio de 2010.** Acude a consulta externa con diagnóstico de faringoamigdalitis indicando tratamiento.

9

- 17 julio de 2010.** Acude a consulta externa con diagnóstico de faringitis. Indicando tratamiento farmacológico
- 26 de julio de 2010.** Acude a consulta con diagnóstico de faringitis y tiña pedis. Con tratamiento farmacológico.
- 14 de agosto de 2010.** Acude a consulta externa con diagnóstico de amigdalitis y lumbalgia postural. Indicando tratamiento farmacológico.
- 29 de septiembre de 2010.** Acude a consulta externa con diagnóstico de rinofaringitis indicando tratamiento.
- 22 de octubre de 2010.** Acude a consulta externa con diagnóstico de faringoamigdalitis e intoxicación alimentaria
- 22 de diciembre de 2010.** Acude a consulta externa con diagnóstico de faringitis, indicando tratamiento.
- 09 de febrero de 2011.** Acude paciente a consulta externa con diagnóstico de rinofaringitis, indicando tratamiento.
- 15 de febrero de 2011.** Paciente valorado en consulta externa por presentar faringitis indicándole tratamiento.
- 28 de abril de 2011.** Paciente valorado en consulta externa donde se valoran laboratorios encontrando triglicéridos en 232, con diagnóstico de faringoamigdalitis, gastritis e hipertrigliceridemia.
- 26 de mayo de 2011.** Paciente que no acude a su consulta programada.
- 25 de julio de 2011.** Paciente valorado en consulta externa con diagnóstico de faringitis indicando tratamiento.
- 09 de noviembre de 2011.** Paciente valorado por psiquiatría con diagnóstico de dependencia a múltiples sustancias, trastorno disocial de farmacológico con psicotrópico.
- 13 de noviembre de 2011.** Acude a consulta valorado con el diagnóstico de faringitis aguda indicando tratamiento.
- 15 de diciembre de 2011.** Paciente que acude a consulta externa con diagnóstico de faringitis indicando tratamiento farmacológico.
- 30 de diciembre de 2011.** Paciente valorado por el servicio de psiquiatría, realizando ajuste de tratamiento psicotrópico.
- 03 de febrero de 2012.** Paciente que acude a consulta con diagnóstico de lumbalgia indicando tratamiento.
- 09 de febrero de 2012.** Valorado por lumbalgia postraumática y faringoamigdalitis, indicando tratamiento.
- 12 de marzo de 2012.** Valorado en consulta en consulta con diagnóstico de crisis de angustia, indicando tratamiento farmacológico.
- 12 de abril de 2012.** Acude a consulta externa con diagnóstico de lumbalgia y rinitis, tratado con tratamiento farmacológico.
- 28 de abril de 2012.** Valorado por consulta externa con diagnóstico de lumbalgia post esfuerzo y rinofaringitis indicando tratamiento.
- 1 de junio de 2012.** Valorado en consulta externa con diagnóstico de lumbalgia indicando tratamiento.
- 08 de junio de 2012.** Acude a consulta externa con diagnóstico de lumbalgia, indicando tratamiento.
- 20 de julio de 2012.** Acude a consulta externa con diagnóstico de lumbalgia postural, indicando tratamiento.
- 24 de agosto de 2012.** Valorado por cardiología en Torre Médica Tepepan en donde reportan bradicardia sinusal e hipotensión arterial.
- 06 de septiembre de 2012.** Acude a consulta externa con diagnóstico de faringitis probablemente bacteriana indicando tratamiento.

- 30 noviembre de 2012.** Paciente que acude a valoración con diagnóstico de bronquitis crónica manejando tratamiento farmacológico.
- 08 de enero de 2013.** Paciente que acude a consulta externa con diagnóstico de faringoamigdalitis indicando tratamiento
- 15 de febrero de 2013.** Valorado en consulta externa con diagnóstico de faringitis. Indicando tratamiento farmacológico.
- 15 de octubre de 2013.** Paciente que acude a consulta con diagnóstico de faringitis indicando tratamiento farmacológico.
- 08 de noviembre de 2013.** Acude consulta externa con diagnóstico de faringitis, indicando tratamiento.
- 27 de noviembre de 2013.** Paciente que acude a consulta con diagnóstico de faringitis indicándole tratamiento farmacológico.
- 15 de enero de 2014.** Acude a valoración con diagnóstico de faringitis indicando tratamiento farmacológico.
- 2 de septiembre de 2014.** Acude a valoración con diagnóstico de faringoamigdalitis.
- 10 de septiembre de 2014.** Valorado en consulta externa con diagnóstico de faringitis bacteriana indicando tratamiento.
- 07 de noviembre de 2014.** Paciente valorado en consulta externa con diagnóstico de faringitis bacteriana y dermatosis.
- 20 de enero de 2015.** Paciente que acude a consulta externa con diagnóstico de faringitis indicándole tratamiento
- 04 de febrero de 2015** paciente valorado en consulta externa con diagnóstico de faringitis indicando tratamiento farmacológico
- 13 de febrero de 2015.** Paciente valorado con diagnóstico de faringitis resistente iniciando tratamiento farmacológico.
- 23 de marzo de 2015.** Paciente que acude a consulta externa con diagnóstico descartar diabetes mellitus, solicitando laboratorios.
- 09 de abril de 2015.** Paciente que acude a consulta externa con diagnóstico de infección de vías urinarias, probable renopatía incipiente, así mismo refiere consumo de cocaína marihuana y tabaco de larga evolución.
- 09 de marzo de 2016.** Paciente que acude a consulta con diagnóstico de faringoamigdalitis indicando tratamiento farmacológico.
- 28 de marzo de 2016.** Paciente que acude a consulta con diagnóstico de faringitis y lumbalgia aguda indicando tratamiento farmacológico.
- 25 de mayo de 2016.** Paciente que acude a consulta con diagnóstico de dislipidemia indicando tratamiento farmacológico.
- 09 de junio de 2016.** Paciente que acude a consulta con diagnóstico de faringitis. indicando tratamiento farmacológico.
- 13 de julio de 2016.** Paciente que acude a consulta con diagnóstico de faringitis. indicando tratamiento farmacológico.
- 21 de julio de 2016.** Paciente que acude a consulta refiriendo palpitaciones las cuales se intensifican al realizar actividad física, diagnóstico de arritmia cardiaca se solicita valoración por el servicio de cardiología.
- 29 de julio de 2016.** Paciente que acude a consulta con diagnóstico de faringitis viral indicando tratamiento farmacológico.
- 16 de agosto de 2016.** Paciente que acude a consulta con diagnóstico de arritmia cardiaca.

- 24 de agosto de 2016.** Paciente que acude a Torre Médica Tepepan donde diagnostican bradicardia sinusal e hipotensión arterial en estudio.
- 25 de agosto de 2016.** Paciente que acude a consulta con diagnóstico de arritmia cardiaca en estudio indicando tratamiento farmacológico.
- 09 de septiembre de 2016.** Paciente que acude a consulta con diagnóstico de faringoamigdalitis y arritmia en estudio, indicando tratamiento farmacológico.
- 15 de septiembre de 2016.** Paciente que acude a consulta para realizar referencia a cardiología.
- 14 de octubre de 2016.** Valorado en torre medica tepepan por cardiología donde diagnostican bradicardia sinusal e hipotensión indicando tratamiento farmacológico.
- 24 de octubre de 2016.** Paciente que no acude a consulta programada.
- 26 de octubre de 2016.** Paciente que acude a consulta externa con diagnóstico de infección de vías urinarias y orquiepididimitis derecha, indicando tratamiento.
- 04 de noviembre de 2016.** Paciente que refiere dolor testicular derecho, diagnóstico de be quiste en epidídimo, epididimitis crónica, Indicando tratamiento.
- 14 de diciembre de 2016.** Paciente que acude a imagenología en Torre Médica Tepepan onde e realizan ultrasonido encontrando orquiepididimitis derecha.
- 8 de diciembre de 2016.** Paciente valorado en consulta externa con diagnóstico de faringitis y dolor testicular en estudio indicando tratamiento.
- 12 de enero de 2017.** Paciente que contaba con antecedente de hipotensión arterial es do bradicardia sinusal, dorsalgia en estudio, pendiente valoración por urología, Audio refiriendo dolor abdominal y pirosis posterior a la ingesta de irritantes, con diagnóstico de bradicardia sinusal, enfermedad acido péptica y orquialgia en estudio, indicando tratamiento farmacológico, realizando referencia a cardiología.
- 30 de enero de 2017.** Valorado en la especialidad de cardiología de torre medica Tepepan donde se le diagnostica bradicardia sinusal, indicando tratamiento farmacológico, solicitando regrese en un mes.
- 1 de febrero de 2017.** Paciente que es valorado en consulta externa en seguimiento a la diligencia del día 30 de enero de 2017 con diagnóstico de bradicardia sinusal, indicando tratamiento especializado.
- 15 de marzo de 2017.** Es valorado por consulta externa por presentar dolor testicular con nóstico de orquiepididimitis indicando tratamiento farmacológico.
- 29 de marzo de 2017.** Valorado por consulta externa con diagnóstico de enfermedad acido péptica, lumbalgia crónica y bradicardia sinusal, con tratamiento.
- 18 de junio de 2017.** Paciente que es valorado por consulta externa refiriendo cansancio, malestar general, artropatía generalizada sin causa, se ingresa al área de observación.
- 23 de junio de 2017.** Paciente que acude a consulta externa con diagnóstico de bradicardia sinusal, hipotensión arterial faringitis, orquiepididimitis derecha y enfermedad ácido péptica indicando tratamiento.
- 19 de julio de 2017.** Paciente enviado a Torre Médica Tepepan para cita de control en cardiología.

- 27 de julio de 2017.** Paciente masculino que acude a consulta externa con diagnóstico de faringitis, cardiopatía, descartar diabetes mellitus. Indicando tratamiento farmacológico.
- 28 de julio de 2017.** Acude a valoración por consulta externa con diagnóstico de bradicardia sinusal, enfermedad ácido péptica y faringitis, indicando tratamiento farmacológico.
- 12 de agosto de 2017.** Acude a valoración por consulta externa con diagnóstico de infección de vías urinarias, indicando tratamiento farmacológico.
- 02 de septiembre de 2017.** Paciente enviado al Reclusorio Preventivo Varonil Sur donde es valorado por el urólogo donde es diagnosticado con tumoración de testículo derecho.
- 04 de septiembre de 2017.** Paciente valorado por consulta externa con diagnóstico de probable colon irritable, indicando tratamiento, se realiza referencia para dar continuidad a lo solicitado por el urólogo solicitando ultrasonido testicular inguinal bilateral.
- 27 de septiembre de 2017.** Paciente que acude a consulta externa donde es diagnosticado con rinofaringitis, dislipidemia y bradicardia sinusal, indicándole tratamiento y se realiza referencia a cardiología en torre medica Tepepan con cita el 19 de octubre de 2017.
- 08 de octubre de 2017.** Paciente que acude a consulta externa donde le realizan extracción de cuerpo extraño de conducto auditivo externo izquierdo.
- 19 de octubre de 2017.** Paciente que acude a cita programada en el servicio de cardiología en Torre Medica Tepepan, sin embargo, no fue atendido por no contar con el personal.
- 20 de octubre de 2017.** Paciente que acude a consulta externa donde es diagnosticado con bradicardia sinusal, nefropatía en estudio, descartar neoplasia renal derecha, hematuria por laboratorio en estudio, quiste testicular derecho y orquiepididimitis izquierda. Realizando referencia para ultrasonido renal bilateral con fecha de cita 29 de noviembre de 2017.
- 24 de octubre de 2017.** Se realiza referencia para la especialidad de cardiología en torre médica Tepepan para dar seguimiento a la bradicardia sinusal, contando con cita programada para el día 08 de noviembre de 2017.
- 02 de noviembre de 2017.** Paciente que acude a consulta externa donde es diagnosticado con enterocolitis indicándole tratamiento farmacológico.
- 08 de noviembre de 2017.** Paciente acude a cita programada al servicio de Cardiología en Torre Médica Tepepan, sin embargo, no es atendido al no contar con el servicio en turno, solicitando se re agende nueva cita.
- 14 de noviembre de 2017.** Paciente que acude a consulta externa de urgencia con antecedente de dislipidemia y bradicardia sinusal ambas en tratamiento, acudió refiriendo presentar dolor abdominal continuo, fiebre, tos con expectoración se diagnostica con probable tumoración gástrica, probable úlcera duodenal, se realiza referencia para endoscopia, medicina interna, y radiología, indicando continuar con manejo prescrito.
- 15 de noviembre de 2017.** Paciente que es enviado a interconsulta en Hospital Torre Médica Tepepan al servicio de cardiología siendo atendido por el especialista quien diagnóstica bradicardia sinusal, hipotensión arterial y caquexia, solicitando interconsulta a medicina interna, indicándole tratamiento farmacológico.

9

22 de noviembre de 2017. Paciente que acude a consulta externa donde es diagnosticado con faringitis, probable enfermedad ácido péptica, dispepsia y nefropatía en estudio, indicándole tratamiento.

24 de noviembre de 2017. Paciente acude a consulta externa por presentar debilidad y sudoración matutina, dolor abdominal, con palidez de tegumentos, a la exportación con ruidos cardíacos disminuidos en tono y frecuencia, dolor a la palpación en hipocondrio derecho, extremidades hipotrofías, paciente que se encuentra en protocolo de estudio por síndrome de desgaste, nefropatía de origen a determinar y patología de tubo digestivo. Paciente que no se logra canalizar se envía a segundo nivel al Hospital General de Iztapalapa.

24 de noviembre de 2017. Hospital general Iztapalapa. **Diagnóstico de ingreso:** diabetes mellitus tipo II descompensada, cetoacidosis diabética, desequilibrio ácido base e hidroelectrico, bradicardia sinusal hipotensión. **Diagnóstico de egreso:** cetoacidosis diabética, sepsis, neumonía e infección de vías urinarias.

[...].

12. Opinión Médica sobre el caso de [Víctima directa 8] de 29 de octubre de 2019, suscrita por personal médico adscrito a la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de este Organismo, de la que se desprende lo siguiente:

[...]

VI. DISCUSIÓN O VALORACIÓN MÉDICA DEL CASO.

Caso de [Víctima directa 8], masculino [...], quien se encontraba en reclusión en la Penitenciaría de la Ciudad de México desde agosto de 2004 (según consta en ficha de ingreso que se encuentra en el expediente). De acuerdo a las constancias que obra en el expediente se tiene registro que su atención médica en la unidad de la Penitenciaría comenzó en 2004 por la presencia de lesión a nivel inguinal, aparentemente un condiloma, el cual fue retirado sin enviarse al servicio de Patología ya que ni la nota médica del procedimiento lo menciona ni se cuenta con resultado de dicho análisis; para noviembre de 2005 solicitó atención médica refiriendo sintomatología de vías urinarias y se le proporciono manejo antibiótico sin brindar consulta de seguimiento, a pesar de que las infecciones urinarias en hombres constituyen infecciones complicadas. Para el 2006 acude en un par de ocasiones refiriendo prurito y lesión en pene, que en algunas notas se describe como úlcera. Entre 2006 y 2010 no existe registro de atención médica. A partir de 2010 el paciente refiere presencia de dolor lumbar (en la zona baja de la espalda) y sintomatología sugerente de infección de vías respiratorias y/o rinitis. No se aprecia que en las notas médicas de esas consultas se le haya realizado un interrogatorio ni exploración física adecuada para los padecimientos que manifestaba, únicamente se le proporcionó manejo sintomático.

En 2012 continuaba manifestado dolor lumbar, en las notas médicas no consta interrogatorio para descartar síntomas urinarios o investigar la

semiología del dolor, ni exploración física dirigida a clasificar el tipo de dolor o si presentaba algún tipo de limitación funcional, tampoco consta en las indicaciones médicas que se hubieran proporcionado medidas de higiene de columna o se le hubieran manifestando síntomas sugerentes de infección de vía respiratoria alta por lo que se comenzó a explicados datos de alarma al paciente. Asimismo, durante ese año, acudió en varias ocasiones manejar con tratamiento antimicrobiano, cabe resaltar que la mayoría de estos manejos fueron en dosis insuficientes y/o esquemas incompletos, sin justificación clínica, ya que la mayoría de las infecciones respiratorias son ocasionadas por virus, o bien, en personas privadas de la libertad es común la presencia de tuberculosis situación que tampoco se solicitaron estudios para descartar esta patología. De tal manera que las deficiencias en la atención médica continuaron, para 2013 el paciente nuevamente acudía por los mismos motivos, lumbalgia, tos con expectoración, fiebre y odinofagia (dolor de garganta), lo mismo durante 2014 y 2015, año en el que manifestó por primera vez baja de peso, aunado a sintomatología urinaria, lumbar y respiratoria, se solicitó la realización de estudios de laboratorio los cuales mostraron infección de vías respiratorias y hasta ese momento descartaban la presencia de diabetes mellitus, se le brindó manejo antimicrobiano pero nuevamente a dosis insuficientes, por lo que el cuadro infeccioso no remitió; de 2015 a 2017 fue lo manejado con dieciséis antibióticos diferentes, en dosis insuficientes y esquemas incompletos, dichos fármacos fueron: penicilina G benzatinica, penicilina G procaínica, trimetoprim con sulfametoxazol, amoxicilina, amikacina, amoxicilina con ácido clavulánico, cefalexina, ceftriaxona, claritromicina, ceftazidina, clindamicina, ciprofloxacino, ampicilina, eritromicina y cefotaxima; de tal manera que se aprecia un uso indiscriminado, irresponsable e injustificado de antibióticos, lo cual genera diversas complicaciones bien conocidas entre el personal de salud.

Nuevamente en 2016 y 2017 acudió en múltiples ocasiones a la unidad médica manifestando repercusiones hemodinámicas, razón por la que fue referido a Cardiología en Hospital Torre Médica Tepepan, en donde se integró diagnóstico de bradicardia sinusal sin determinar etiología, en aproximadamente el 75% de sus intervenciones solicitaron la realización de una radiografía de tórax, la cual nunca pudo ser realizada debido a que carencia de equipo o de insumo, reflejando esto una deficiencia en el acceso a los servicios que no se corrigió durante un año aproximadamente, según consta en las mismas notas de contrarreferencia.

En el mismo orden de ideas, también en el 2016 el paciente manifestó la presencia de masa testicular, a la cual se le realizó ultrasonido, que mostró datos sugestivos de orquiepididimitis, sin embargo, la sintomatología persistió a pesar de proporcionar tratamiento, fue referido al servicio de Urología hasta septiembre de 2017 y sin existir una valoración clínica objetiva solicitan nuevamente se realice ultrasonido para revalorar al paciente. Para entonces (2017), el agraviado ya cursaba con síndrome de desgaste aunado a la sintomatología crónica referida con anterioridad (lumbalgia, odinofagia, fiebre, etc.). El 24 de noviembre de 2017 es llevado a la unidad médica de la Penitenciaría por sus

compañeros, ya que presentaba dificultad para respirar, debilidad y dolor abdominal. Se envía a valoración al Hospital General de Iztapalapa por lo que se realiza una hoja de referencia en la que no constan con exactitud los antecedentes del paciente, su evolución ni su estado actual, por lo que a su ingreso es manejado como Cetoacidosis Diabética, lo cual retrasa y limita las oportunidades de atención que se le pueden proporcionar en un segundo nivel. Finalmente fallece durante las primeras horas del 25 de noviembre de 2017, se integran diagnósticos no sustentados como causa de muerte y se le proporciona certificado de defunción a nivel hospitalario cuando el procedimiento para pacientes privados de la libertad es otorgar certificado de defunción una vez realizada la necropsia correspondiente

En relación a los planteamientos establecidos, se tiene:

V.1 Determinar si la atención médica brindada en la Unidad Médica de la Penitenciaría de la Ciudad de México fue oportuna y adecuada, o en caso contrario, si determinó el fallecimiento del señor [Víctima directa 8].

No fue adecuada ni oportuna. La unidad médica de la Penitenciaría de la Ciudad de México, dentro del sistema nacional de Salud pertenece al primer nivel de atención, por lo tanto, sus funciones consisten en labores de prevención y detección oportuna de padecimientos complejos y bien, complicaciones de padecimientos conocidos, para canalizar al paciente de manera oportuna a un nivel mayor que tenga capacidad resolutive, limitando el daño y en medida de lo posible, restaurando la salud del individuo.

Tras persistir por largo tiempo con sintomatología muy específica (lumbalgia, odinofagia, síntomas respiratorios y masa testicular), omitieron hacer una adecuada valoración clínica, y derivado de ello no refirieron de manera oportuna a [Víctima directa 8] para un tratamiento multidisciplinario en un segundo nivel, únicamente se enfocaron a la sintomatología cardiovascular, enviándolo a Cardiología. Durante estas interconsultas se refirió la necesidad de realizar radiografía de tórax, recurso con el que no se contaba en el hospital de referencia (Torre Médica Tepepan), y tampoco fue solicitado por los médicos tratantes de Unidad Médica a otra institución ni se dio aviso a las autoridades correspondientes.

Proporcionaron manejo farmacológico inadecuado, abusando del uso de antibióticos con dosis y esquemas insuficientes, a pesar de que el paciente no mostró mejoría no solicitaron interconsulta, estudios o valoraciones adicionales.

Al ignorar la falta de mejoría del paciente contribuyeron a su deterioro, favoreciendo así su fallecimiento. En el mismo sentido, no proporcionaron una herramienta adecuada para su atención (hoja de referencia), el 24 de noviembre de 2017 al enviarlo al Hospital General de Iztapalapa sin una fuente confiable de antecedentes médico.

[...]

VI.3 Determinar si la atención médica brindada en el Hospital General Torre Médica Tepepan fue oportuna y adecuada, o en caso contrario, si determinó el fallecimiento del señor [Víctima directa 8].

El hospital Torre Médica Tepepan otorgó atención médica a [Víctima directa 8] únicamente en el servicio de cardiología, de acuerdo a lo plasmado en sus notas, durante sus valoraciones no pudo realizarse estudio de imagen (radiografía de tórax) en múltiples ocasiones ya que el equipo no estaba disponible, por lo que se identifica una deficiencia institucional en este nivel.

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

VII. CONCLUSIONES.

PRIMERA.- La atención médica proporcionada a [Víctima directa 8] en la Unidad Médica de la Penitenciaría de la Ciudad de México fue inadecuada e inoportuna, su deterioro y posterior fallecimiento se relacionan de manera directa con las omisiones y deficiencias del personal de salud durante su atención.

[...]

TERCERA.- La atención médica proporcionada a [Víctima directa 8] en el Hospital Torre Médica Tepepan se aprecia deficiente a nivel institucional ya que durante múltiples valoraciones no se contó con equipo de imagen (rayos X) para realizar una valoración integral al paciente en sus interconsultas al servicio de Cardiología. [...].

14. Acta circunstanciada de 22 de octubre de 2021, suscrita por un visitador adjunto de este Organismo, en la cual consta la entrevista a la víctima indirecta 10, de la cual se desprende lo siguiente:

La mujer víctima indirecta 10 conoció a su esposo cuando ambos se encontraban privados de libertad y contrajeron matrimonio. Cuando él enfermó formuló la queja ante este Organismo y trató por todos los medios a su alcance que recibiera atención médica, sin embargo, no fue posible y falleció, lo cual le generó sentimientos de impotencia. Superar la pérdida le ha sido difícil ya que considera injusto que no se haya otorgado a su familiar la atención médica que requería. Piensa que de haber recibido atención médica oportuna se habría evitado su muerte.

Por su parte, posteriormente la víctima indirecta 11, madre de la víctima directa 8, señaló que realizó esfuerzos para lograr que se le brindara atención médica a su hijo, por lo que acudió a diversas instancias y realizó escritos para las autoridades, pero no pudo hacer más y su familiar falleció. Considera que su hijo era joven y de haber sido atendido oportunamente habría mejorado.