

ANEXO 9**Caso 9. Expediente: CDHDF/II/121/MHGO/17/P8269****Víctima directa: [Víctima directa 9]****Víctima indirecta: [Víctima indirecta 12]**

1. Hoja de Sistema de Referencia y Contrarreferencia de 14 de noviembre de 2017, signada por el Dr. Julio César Murillo Navarrete, adscrito a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte (en adelante UMRPVN), dependiente de la 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 9]

Unidad que refiere: Reclusorio Preventivo Varonil Norte.

Unidad a la que se refiere: Hospital General Rubén Leñero.

[...]

Paciente masculino [...] acude a consulta por presentar desde hace 3 meses tos crónica de predominio vespertino nocturno con expectoración mucosa con incremento en la frecuencia en los últimos 7 días que ha llegado hasta ser emetizante, con disnea de pequeños esfuerzos en los últimos 3 días, con fiebre de predominio nocturno no cuantificada, le han administrado múltiples tratamientos con antibióticos no especificados, sin notar ninguna mejoría, refiere pérdida de peso de al menos 15 kg en los últimos 3 meses, niega más datos.

A la exploración física paciente íntegro bien conformado, adecuado estado de hidratación, consiente (sic), orientado, sin facies características, adecuada coloración de piel y tegumentos, marcha normolínea, posición libremente elegida, cráneo normo céfalo sin exostosis ni hundimientos, no puntos doloroso, pupilas isocóricas normorreflécticas, narinas permeables, pabellones auriculares bien implantados, cavidad oral sin alteraciones, cuello normolíneo, sin adenomegalias ni puntos dolorosos, tórax normo líneo, adecuados movimientos de amplexión y amplexación, ruidos ventilatorios con marcada disminución media y basal, sin fenómenos agregados, con tiraje intercostal bajo ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencias sin fenómenos agregados, abdomen blando 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 capilar distal normal, miembros pélvicos con adecuada fuerza, tono y tropismo, reflejos normales, pulsos sincrónicos, llenado capilar distal normal, resto de la exploración física normal.



[...]

Impresión diagnóstica: SÍNDROME DE DIFICULTAD VENTILATORIA VS NEUMONÍA.

[...]

2. Nota inicial de Urgencias de las 03:20 horas del 15 de noviembre de 2017, suscrita por el Dr. Martín Quintana Hernández, adscrito al servicio de Urgencias del Hospital General Dr. Rubén Leñero (en adelante HGDRL) de la entonces Dirección General 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 9]

[...]

Resumen de interrogatorio, exploración física y/o estado mental
Masculino [...], acude por presentar disnea de medianos esfuerzos, tos no productiva, no ataque al estado general de res meses de evolución. Consciente, estable, buen edo. De hidratación, buena coloración de tegumentos, ps. limpios con buena ventilación SFA Rs cardiacos rítmicos de buena intensidad SF resto de exploración normal.

Alérgicos

Crónico degenerativos NEG.

TAB+++ DURANTE 26 AÑOS

[...]

Diagnóstico principal

DESCARTAR EPOC

[...]

Plan de manejo

SE SOLICITA RX TÓRAX.

3. Nota Médica Inicial de Urgencias de 28 de noviembre de 2017, signada por el Dr. Rubén Robles Ramos, adscrito a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, dependiente de la DSMLR de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 9]

[...]

No alérgico a medicamentos.

[...].

Se trata de paciente masculino [...] el cual acude a la Unidad en compañía de brigada, el paciente refiere disnea de esfuerzos, fiebre no cuantificada, tos con expectoración verdosa de tres días de evolución; el paciente me muestra receta médica de urgencias del día 25-11-17 la cual fue surtida el día de ayer por los siguientes medicamentos: Amoxicilina con ácido clavulánico tableta 500-125mg y beclometa spray, su saturación de oxígeno al ambiente es de 56%.

EF: Consciente, orientado en las tres esferas, hidratado, buena coloración de tegumentos, acude en silla de ruedas, cráneo normocéfalo, pupilas isocóricas y normorrefléxicas, cavidad oral hidratada, faringe hiperémica, con descarga retrofaríngeas, cuello cilíndrico sin adenomegalias, cardiopulmonar con campos pulmonares de predominio en hemitórax izquierdo encuentro estertores bilaterales, no sibilancias, vibraciones vocales aumentada ampliación y amplexación aumentado, presencia de tiros intercostales, ruidos cardiacos de buen ritmo e intensidad, taquicardia, abdomen blando, plano, depresible, no datos de irritación peritoneal, peristalsis normoactiva y extremidades integra, simétricas, sin cianosis distal, fuerza muscular integra, pulsos periféricos presentes.

IDX: Dificultad respiratoria probablemente secundaria a neumonía.

4. Sistema de Referencia y Contrarreferencia del 28 de noviembre de 2017, signado por la Dra. Maricruz Jazmín Villagrán García y el Dr. Rubén Robles Ramos, personal médico adscrito a la UMRPVN de la DSMLR de la SEDESA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 9]

[...]

Unidad médica que refiere: Unidad Médica en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte.

Unidad médica a la que refiere: Hospital General Dr. Rubén Leñero.

[...]

Padecimiento Actual: Paciente masculino [...] el cual refiere disnea de esfuerzos, fiebre no cuantificada, tos con expectoración verdosa de 3 días de evolución, cuenta con antecedentes de importancia fumador activo de 29 años de evolución con consumo de cajetilla a cajetilla y media, acudió a esta unidad médica donde se le prescribió tratamiento farmacológico con amoxicilina con ácido clavulánico 500/125mg y beclometasona el cual hasta el día de ayer cambia receta médica a las 12 horas SATO2 al ambiente de 56% con puntas nasales y suplemento O2 de 90% a 10 l/PM.

A la exploración física: Consciente, orientado en las 3 esferas, hidratado buena coloración de tegumentos, pupilas normorrefléxicas, faringe hiperémica con descarga retrofaríngea, cuello cilíndrico, sin adenomegalias, mucosa oral hidratada, cardiopulmonar con campos

pulmonares con estertores bilaterales de predominio en hemitórax izquierdo no sibilancias con aumento de la vibración vocal, tórax con aumento a los movimientos de ampliación y amplexión con tiros intercostales, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad taquicárdicos, abdomen blando, plano depresible no datos de irritación peritoneal, peristalsis normoactiva, extremidades integras simétricas, sin cianosis distal fuerza muscular integra pulsos periféricos presentes por ser unidad de primer nivel se envía a valoración y tratamiento.

[...]

Impresión diagnóstica: DIFICULTAD RESPIRATORIA PB SEC A NEUMONÍA

[...]

5. Nota de Ingreso a Terapia Intensiva de 29 de noviembre de 2017, signada por el Dr. Adrián Ángeles Vélez, adscrito a la Unidad de Terapia Intensiva del HGDRL, de la DGSMU dependiente de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

DATOS BASE: Paciente masculino proveniente del servicio de urgencias con los diagnósticos de síndrome de diestress respiratoria aguda vs Tuberculosis pulmonar, neumopatía crónica pbe EPOC, Lesión renal aguda AKIN 1 ETS tipo virus del papiloma humano, probable VIH, Desequilibrio hidroelectrolítico tipo Hiponatremia, [...].

PRIORIDAD DE INGRESO: I Monitoreo Cardiopulmonar

PADECIMIENTO ACTUAL: Lo inicia hace 5 meses con ataques de acceso de tos con expectoración verdosa, llegando en ocasiones hasta la emesis, fiebre no cuantificada y pérdida de peso hasta 25 kilos, hiporexia marcada, así como disnea, tratado con salbutamol, sin mejoría, hace 15 días presenta mayor recrudecimiento de la sintomatología, por lo cual acude a esta unidad para su valoración siendo diferido a cuidados en su unidad -penitenciaria, con amoxicilina/ac. Clavulánico así como beclometasona, sin mejoría el día de ayer presenta disnea marcada, llegando a la ortopnea con diaforesis profusa y deterioro neurológico, motivo por el cual se traslada a esta unidad nuevamente, a su llegada a urgencias, se da soporte suplementario con oxígeno y monitoreo continuo así como reanimación hídrica y uso de antibioticoterapia, la clínica y Rx respalda neumonía asociada a cuidados de salud, tiene TAC de tórax con lesiones cavernosas en ápices pulmonares e infiltrados. con broncograma aérea, el día de hoy ante la visible fatiga muscular y protocolo de protección de vía aérea se decide canular de forma programada sin complicaciones y se inicia ventilación mecánica en modo AC/P, los análisis de gases arteriales con predominio de problema metabólico asociado a acidosis nos solicitan valoración y se ingresa al servicio

EXPLORACIÓN FÍSICA: Recibimos paciente masculino de edad similar a la cronológica, con efecto de sedación y un RASS de 4 puntos, pupilas mióticas e hiporreflécticas, narinas permeables, cavidad oral con sonda traqueal permeable así como sonda orogástrica con escaso material gástrico en su luz, cuello cirto (sic) con cadenas ganglionares presentes, tórax con buena entrada y salida de aire, presencia de estertores crepitantes bibasales predominio derecho al igual disminución de los ruidos respiratorios al mismo nivel, sibilancias en ambos hemitoraxs (sic), presenta condensación pulmonar corroborado por Rx y TAC de tórax con lesiones cavernosas presentes a nivel apical bilateral y atelectasias en pulmón derecho, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, sin bajo gasto con vasopresor a dosis de 0.25mcgs/k/min, mantiene perfusoras y flujos renales espontáneos, abdomen. blando depresible, sin puntos dolorosos a la palpación, peristaltismo presente, sin megalias, extremidades con buen llenado capilar, genitales de acuerdo a edad y sexo normales, resto sin datos por comentar, se espera reporte de paraclínicos para dar pronóstico.

Diagnósticos de Ingreso:

- 1.- Neumonía asociada a cuidados de la salud
- 2.- Tuberculosis pulmonar
- 3.- SIRA leve
- 4.- Desnutrición severa
- 5.- Desequilibrio hidro electrolítico (deshidratación)
- 6.- Desequilibrio ácido base (acidosis mixta predominio metabólica)
- 7.- Choque séptico con punto de partida pulmonar.

[...]

6. Nota de Egreso y Resumen Clínico de las 14:28 horas del 11 de diciembre de 2017, firmado por el Dr. Fernando Molinar Ramos, adscrito al Hospital General Dr. Rubén Leñero, dependiente de la SEDESA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 9]

[...]

Resumen de evolución clínica, manejo durante la estancia hospitalaria y estado actual

Paciente masculino [...].

Padecimiento actual: Lo inicia hace 5 meses con ataques de accesos de tos con expectoración verdosa, llegando en ocasiones hasta la emesis, fiebre no cuantificada y pérdida de peso hasta 25 kilos, hiporexia marcada, así como disnea, tratado con salbutamol, sin mejoría, hace 15 días presenta mayor recrudecimiento de la sintomatología, por lo cual acude a esta unidad para su valoración siendo diferido a cuidados en su unidad penitenciaria, con amoxicilina/ac. Clavulánico así como beclometasona,

sin mejoría, el día de ayer presenta disnea marcada, llegando a la ortopnea con diaforesis profusa y deterioro neurológico, motivo por el cual se traslada a esta unidad nuevamente, a su llegada a urgencias, se da soporte suplementario con oxígeno y monitoreo continuo así como reanimación hídrica y uso de antibioticoterapia, la clínica y Rx respalda neumonía asociada a cuidados de salud, tiene TAC de tórax con lesiones cavernosas en ápices pulmonares e infiltrados con broncograma aérea, el día de hoy ante la visible fatiga muscular y protocolo de protección de vía aérea se decide canular de forma programada sin complicaciones y se inicia ventilación mecánica en modo AC/P, los análisis de gases arteriales con predominio de problema metabólico asociado a acidosis nos solicitan valoración y se ingresa al servicio. Durante su estancia en el servicio se da manejo medico por neumonía durante su estancia, así como manejo medico por tuberculosis pulmonar. Hace 48 horas presenta deterioro respiratorio, presentado incremento de parámetros en la ventilación mecánica, así como acidosis respiratoria persistente e hipoxemia.

Paciente masculino [...] que aproximadamente a las 03:40 horas del día de hoy presenta parada cardíaca presentado asistolia en monitor por lo que se deciden dar maniobras básicas y avanzadas de reanimación por aproximadamente 20 minutos, sin presentar retorno de la circulación espontanea, por lo que se declara fallecimiento aproximadamente a las 04:00 horas del día 11/12/17 con los siguientes diagnósticos:

- 1.- Sepsis de origen pulmonar..... 12 días
 - a. Tuberculosis pulmonar..... 12 días
 - b. Neumonía asociada a ventilación mecánica tardía..... 48 horas
- 2- Desequilibrio ácido base
 - a. Acidemia respiratoria aguda..... 48 horas
- 3- Desnutrición proteico-calórica..... 12 días

[...]

7. Nota de Egreso y Resumen Clínico de las 14:28 horas del 11 de diciembre de 2017, signado por personal médico adscrito al Hospital General Dr. Rubén Leñero, dependiente de la SEDESA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 9]

[...]

Resumen Clínico:

Paciente masculino [...] con los siguientes antecedentes de importancia: tabaquismo intenso desde su adolescencia a razón de una cajetilla diaria, 26 años de evolución, actualmente suspendido desde hace 5 meses. Niega alérgicos, niega quirúrgicos, niega otras toxicomanías actuales, niega crónico-degenerativo.



Padecimiento Actual: Lo inicia hace 5 meses con ataques de acceso de los con expectoración verdosa, llegando en ocasiones hasta la emesis. fiebre no cuantificada y pérdida de peso hasta 25 kilos, hiporexia marcada, así como disnea, tratado con salbutamol, sin mejoría, hace 15 días antes de su ingreso a esta unidad penitenciaria, con tratamiento sintomatología, por lo cual acude a esta unidad para su valoración siendo referido a su unidad penitenciaria, con tratamiento medico a base de amoxicilina/ac. Clavulánico así como beclometasona. Un día previo a su ingreso presenta ortopnea con diaforesis profusa y deterioro neurológico, motivo por el cual se traslada a esta unidad nuevamente, a su llegada a urgencias, se da soporte suplementario con oxígeno, monitoreo continuo, reanimación hídrica y uso de antibioticoterapia. Se diagnostica con neumonía asociada a cuidados de la Salud, realizándose tomografía simple de tórax con lesiones cavernosas en ápices pulmonares e infiltrados con broncograma aérea. El día 30/11/17 presenta fatiga muscular respiratoria por lo que se inicia protocolo de protección de vía aérea e ingreso a unidad de terapia intensiva. Durante su estancia en la unidad se realiza diagnóstico de Tuberculosis pulmonar en fase activa por lo que se inicia manejo médico con antifímico.

8. Resumen clínico de 13 de febrero de 2018, signado por el Dr. Fernando Molina Ramos, Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Dr. Rubén Leñero, dependiente de la DGSMU de la SEDESA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 9]

[...]

Se trató de paciente masculino [...]. Ingresó al servicio de Urgencias el 28-11 2017 proveniente del Reclusorio Varonil Norte. A su ingreso con DX EPOC exacerbado Vs Tuberculosis pulmonar, ameritando manejo avanzado de la vía aérea para apoyo mecánico ventilatorio por lo que se solicita valoración e ingreso a la unidad de cuidados intensivos el 29/11/2017.

Padecimiento actual de 5 meses de evolución caracterizado por tos con expectoración verdosa fiebre no cuantificada, pérdida de peso de 15 kg e hiporexia, por lo que recibió tratamiento médico en reclusorio. Fue enviado al servicio de urgencias el 15/11/2017 para valoración y estudios. La nota de dicho servicio tiene como diagnóstico principal descartar Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica la radiografía de tórax muestra infiltrados bilaterales micronodulares, no contamos con nota de egreso de urgencias de esa fecha, regresa por segunda ocasión el 29/11/2017. A su ingreso con DX. EPOC exacerbado Vs Tuberculosis pulmonar ameritando manejo avanzado de la vía aérea para apoyo mecánico ventilatorio por lo que se solicita valoración e ingreso a la unidad de cuidados intensivos el 29/11/2017. DX. de ingreso en UCI: Neumonía asociada a cuidados de la

salud, vs tuberculosis pulmonar, SIRA leve, desnutrición severa, desequilibrio hidroelectrolítico y ácido base y choque séptico de punto de partida pulmonar.

Durante su estancia se mantuvo con inestabilidad hemodinámica requiriendo apoyo con aminas vasopresores del tipo norepinefrina la cual se suspendió por mejoría desde el punto de vista de la patología respiratoria se confirma el Dx. de tuberculosis pulmonar mediante baciloscopias (2 muestras) que reportaron 2 ++, continuó con apoyo mecánico ventilatorio con sedo analgesia y relajación muscular con parámetros de neumo protección cursando con datos de insuficiencia respiratoria tipo III (hipoxemia e hipercapnia) con lesiones pulmonares bilaterales por TAC, con Leucocitosis. Se realizó prueba rápida para HIV NO reactiva. Se inició tratamiento antifímico y antibiótico. No se pudo progresar en el retiro de la ventilación mecánica con empeoramiento radiológico y gasométrico Presentó datos de lesión renal aguda con incremento de los azoados con evolución posterior hacia el deterioro de la función respiratoria e incremento en la retención de CO2 presentando paro cardiorrespiratorio el 11-12-2017 sin respuesta a maniobras avanzadas de reanimación declarando su fallecimiento el 11/12/2017 a las 04:00 hrs., con los diagnósticos: Sepsis de origen pulmonar Tuberculosis pulmonar, Neumonía asociada a la ventilación mecánica tardía, Desequilibrio ácido base, Acidosis respiratoria aguda y Desnutrición calórico proteica.

En resumen: Se trató de paciente masculino [...] proveniente de medio con hacinamiento y pérdida de peso importante con 13 días de estancia en la unidad de cuidados intensivos con diagnóstico principal de tuberculosis pulmonar cuyo inicio se desconoce con tratamiento antifímico con pobre respuesta a tratamiento y evolución tórpida durante su estancia que finalmente fallece.

[...]

9. Resumen clínico de 15 de febrero de 2018, signada por el Dr. José Agni Flores Rodríguez, adscrito a la UMRPVN de la DSMLR de la SEDESA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 9]

[...]

Historia clínica de fecha 23 de abril de 2014 elaborada por la Dra. Inty Vega Salgado, se trata de [Víctima directa 9] [...].

[...]

Padecimiento actual: Acude refiriendo inicio hace 2 a 3 semanas con dolor retro auricular irradiado a esternocleidomastoideo hasta región traqueal, fiebre ocasional y malestar general.

Signos vitales: TA: 110/60, pulso: 77 x, respiración: 20 x', temperatura: 36°C, peso: 66 kg,

Diagnóstico: Otitis media

[...]

Tratamiento: Amoxicilina 500 mg tabletas c/8 hrs por 7 días, naproxeno 250 mg tabletas c/8 hrs VO por 5 días, cloranfenicol/hidro cortisona/benzocaína 2 gotas c/8 hrs. Se indica cita abierta a urgencias.

11/diciembre/2017.- Nota de egreso de Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General Dr. Rubén Leñero, signada por el Dr. Navarrete, asistente de la dirección, con fecha de ingreso: 30/noviembre/2017, cursando 12 días de estancia intrahospitalaria, Iniciando padecimiento actual 5 meses previos con ataques de acceso de tos con expectoración verdosa, llegando en ocasiones a la emesis, fiebre no cuantificada, pérdida de peso de aproximadamente 25 kilos, hiporexia y disnea, recibiendo tratamiento con salbutamol sin mejoría, 15 días antes presentó mayor sintomatología por lo cual es enviado a Hospital General Rubén Leñero y es regresado a la unidad penitenciaria con tratamiento a base de Amoxicilina/Ácido clavulánico tabletas y beclometasona. 1 día previo a su ingreso presenta ortopnea con diaforesis profusa y deterioro neurológico, motivo por el cual se envía nuevamente al Hospital General Dr. Rubén Leñero, a su llegada al servicio de urgencias se brinda soporte suplementario con oxígeno, monitoreo continuo, reanimación hídrica y uso de antibioticoterapia, se realiza tomografía simple de tórax, observándose lesiones cavernosas en ápices pulmonares e Infiltrados con broncograma aéreo. El día 30 de noviembre de 2017 presenta fatiga muscular respiratoria por lo que se inicia protocolo de protección de vía aérea e ingreso a unidad de terapia intensiva, se inicia tratamiento antifímico, durante su estancia en la unidad de terapia intensiva recibe tratamiento médico por 12 días, el día 09 de diciembre de 2017 presenta agravamiento de infección a nivel pulmonar con incremento de parámetros de ventilación mecánica, así como presentando academia (sic) respiratoria severa, llegando a parámetros de ventilación fuera de protección pulmonar sin presentar mejoría clínica. El día 11 de diciembre de 2017 aproximadamente a las 03:40 hrs presenta parada cardiaca, asistolia en monitor por lo que se brindan maniobras básicas y avanzadas de reanimación por aproximadamente 20 minutos, sin presentar retorno de la circulación espontánea, por lo que se declara fallecimiento aproximadamente a las 04:00 hrs con los diagnósticos de: sepsis de origen pulmonar, tuberculosis pulmonar, neumonía asociada a ventilación mecánica tardía, desequilibrio ácido-base (acidemia respiratoria aguda) y desnutrición proteico-calórica.

28/noviembre/2017.- Hoja de referencia al servicio de urgencias del Hospital General Rubén Leñero con el diagnóstico de dificultad respiratoria probablemente secundario a neumonía signada por el Dr. Rubén Robles Ramos.

18/noviembre/2017.- Nota de urgencias signada por el Dr. Rubén Robles Ramos, quien posterior al interrogatorio y exploración física integró los diagnósticos de: Dificultad Respiratoria probablemente secundaria a neumonía, motivo por el cual indicó: colocar a paciente en posición semifowler, oxígeno suplementario a 10 litros por minuto con puntas nasales, alcanzando saturación de 90% y realizó referencia al servicio de urgencias del Hospital General Dr. Rubén Leñero,

25/noviembre/2017.- Nota de urgencias signada por el Dr. Luis Antonio Rodríguez Ortiz, quien posterior al interrogatorio y exploración física integró los diagnósticos de: neumopatía en estudio, descartar EPOC vs tuberculosis pulmonar, motivo por el cual se decidió ingreso al área de observación indicando: ayuno hasta nueva orden, signos vitales por turno y cuidados generales de enfermería, oxígeno suplementario a 3 litros por minuto, beclometasona spray 2 disparos DU y reportar eventualidades; posteriormente a las 18:00 hrs el paciente presenta mejoría clínica importante, manteniendo una saturación de 92%, motivo por el cual se decide su egreso del área de observación con el siguiente plan: amoxicilina 500mg/ácido clavulánico 125 mg c/8 hrs por 7 días, beclometasona spray, 2 disparos c/8 hrs por 7 días, además indicó: cita abierta a urgencias en caso de presentar dificultad respiratoria, cita con médico tratante el día martes 28 de noviembre de 2017, previo consentimiento informado se realizó prueba rápida de VIH la cual resultó no reactiva, se solicitó nuevamente BAAR para descartar tuberculosis pulmonar, se indica evitar cambios bruscos de temperatura, abundantes líquidos y uso de cubrebocas los cuales se proporcionan.

15/noviembre/2017.- Nota médica signada por la Dra. Maricruz Jazmín Villagrán García en la que se recibe a paciente procedente del Hospital General Dr. Rubén Leñero con los diagnósticos de: descartar EPOC + neumopatía intersticial difusa en patrón de fibrosis, motivo por el cual se le entrega solicitud al paciente para toma de muestras de BAAR (serie de 3) a realizarse el día 20 de noviembre de 2017.

15/noviembre/2017 - 04:35 hrs.- Nota de egreso y resumen clínico del servicio de urgencias del Hospital General Rubén Leñero, en la cual se incluye nota médica de puño y letra signada por el Dr. Quintana Hernández Martín la cual menciona lo siguiente: "se precisa rayos x PA de tórax identificando que patrón pulmonar bilateral de neumopatía intersticial difusa con patrón de fibrosis pulmonar bilateral y a correlacionar por la tos crónica por neumología, incluir BAAR"

15/noviembre/2017-03:20 hrs.- Nota inicial de urgencias del Hospital General Rubén Leñero signada por el Dr. Quintana Hernández Martín, con el diagnóstico de descartar EPOC, motivo por el cual indican toma de rayos x, tele de tórax

14/noviembre/2017.- Hoja de referencia al servicio de urgencias del Hospital General Dr. Rubén Leñero con el diagnóstico de síndrome de dificultad ventilatoria vs neumonía signado por el Dr. Murillo Navarrete Julio César.

14/noviembre/2017.- Nota de consulta externa urgencias, signada por el Dr. Murillo Navarrete Julio César, quien posterior al interrogatorio y exploración física decide el envío del paciente en mención al servicio de Urgencias del Hospital General Dr. Rubén Leñero para valoración y tratamiento especializado.

13/septiembre/2017.- Nota médica signada por el Dr. José María Torres Reyes en la cual menciona que el paciente no acudió a consulta programada.

11/agosto/2017.- Nota de atención medica signada por el Dr. Torres Reyes José María con el diagnostico de: faringoamigdalitis e infección de vías urinarias, por lo cual brinda tratamiento farmacológico a base de: amikacina 500 mg solución inyectable c 24 hrs por 7 días, butilioscina 10 mg solución inyectable c12 hrs por 5 días, paracetamol 500 mg tabletas c/8 hrs por 5 días, además indico: dieta normal, baño diario, se solicito toma de laboratorios: biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina y urocultivo con cita en un mes a consulta externa con resultados de laboratorio.

[...]

20/mayo/2017.- Nota de urgencias signada por el Dr. Luis Antonio Rodríguez quien posterior al interrogatorio y exploración física integra los diagnósticos de colitis e infección de vías urinarias motivo por el cual prescribe tratamiento farmacológico a base de: amikacina 500 mg IM c24 hrs por 5 días y metoclopramida 10 mg c/12 hrs por 10 días.

28/marzo/2016.- Nota de atención medica signada por el Dr. Torres Reyes José María con el diagnóstico de: faringoamigdalitis e infección de vías urinarias, por lo cual brinda tratamiento farmacológico a base de: trimetoprim/sulfametoxazol tabletas 80/400 mg 2 c12 hrs por 7 días, paracetamol 500 mg tabletas c/8 hrs por 5 días, además indicó dieta normal, baño diario, cita abierta a urgencias, [...].

08/febrero/2016.- Nota de atención médica signada por el Dr. Torres Reyes José María con el diagnóstico de: conjuntivitis y faringoamigdalitis, por lo cual brinda tratamiento farmacológico a base de: eritromicina 500 mg tabletas c/8 hrs VO por 7 días, paracetamol 500 mg tabletas c/8 hrs por 5 días y cloranfenicol gotas oftálmicas, 2 gotas c/8 hrs por 5 días oftálmico; además indico: dieta normal, baño diario, solicita laboratorios por referir paciente astenia, adinamia y diaforesis y cita abierta a urgencias.

22/diciembre/2015.- Nota de atención médica signada por el Dr. Torres Reyes José María con el diagnóstico de: faringoamigdalitis, infección de vías urinarias y micosis plantar, por lo cual brinda tratamiento farmacológico a base de: cefalexina 500mg capsulas c/8 hrs por 7 días, paracetamol 500mg tabletas c/8 hrs por 5 días y miconazol crema aplicación tópica c/12 hrs por 7 días; además indicó: dieta normal, baño diario y cita abierta a urgencias.

[...]

10. Valoración Médica del caso de [Víctima directa 9] de 23 de mayo de 2019, signada por personal médico adscrito a la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

Discusión

De acuerdo a la documentación proporcionada, el señor [Víctima directa 9] de [...] se encontraba interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte, ingresando el día 26 de junio del 2012; no se encuentran documentación médica hasta el 21 de agosto del 2014, la cual es un cuestionario para búsqueda de casos de Tuberculosis, respondiendo a los reactivos de forma negativa.

La primera consulta documentada en forma es hasta el 31 de agosto del 2015, por padecimiento que no tiene relación con el que se documenta. Posteriormente, el 22 de diciembre de ese mismo año, acude por presentar malestar general, odinofagia, tos seca y fiebre no cuantificada, considerando por clínica y hallazgos de la exploración el diagnóstico de Faringoamigdalitis, infección de vías urinarias y micosis, brindando tratamiento. Para el 8 de febrero del 2016 acude con un cuadro similar, dando nuevamente tratamiento a basa de antibiótico.

El 28 de marzo del 2016, 20 de mayo del 2017 y 26 de junio del 2017 acude a la Unidad Médica por padecimientos diversos; es el 11 de agosto del 2017 que señala nuevamente la presencia de odinofagia, malestar general, tos seca de 15 días de evolución y disuria, a nivel cardiopulmonar sin compromiso, considerando el diagnóstico de Faringoamigdalitis e Infección de Vías Urinarias, prescribiendo amikacina como tratamiento, solicitando estudios de laboratorio y dando cita en un mes con resultados. El día 13 de septiembre tenía agendada su cita, para verificar estudios, sin que acudiera el paciente a la misma.

Acude nuevamente el día 14 de noviembre del 2017, señalando en ese momento la presencia de tos crónica de predominio nocturno, de tres meses de evolución, con expectoración mucosa, incrementando en los últimos 7 días, fiebre de predominio nocturno, además de presentar dificultad para respirar al hacer pequeños esfuerzos, así como pérdida de peso en los últimos 3 meses, en la nota de esta fecha hacen el

señalamiento de que el paciente comentó no haber dado importancia a los tos que presentaba y que no había acudido a valoración. Al hacer la exploración, presentaba ruidos ventilatorios con marcada disminución media y basal, sin fenómenos agregados, con tiraje intercostal bajo, por lo que deciden enviarlo a Hospital para su valoración.

Es llevado al HGRL, iniciando su atención en ese Hospital el día 15 de noviembre del 2017; a su ingreso en ese Hospital describe que los campos pulmonares de encuentran limpios, con buena ventilación, considerando como diagnóstico el descartar EPOC, solicitando placa de RX. En la placa de RX identifican patrón pulmonar de neumopatía intersticial difusa, con patrón de fibrosis pulmonar bilateral, considerando egreso del mismo, además de corroborar la tos crónica por Neumología, solicitando BAAR.

Es regresado nuevamente a su Unidad, comentan que el diagnóstico con el que se remitió es de descartar EPOC y Neumopatía Intersticial difusa con patrón de fibrosis, por lo cual entregan la solicitud para realizarse BAAR, siendo citado el día 20 de noviembre para la toma de muestras, dando indicaciones de cómo se debe realizar la misma, dejando cita abierta a Urgencias.

El día 25 de noviembre del 2017 (10 días después de haber sido valorado en HGRL) acude a la Unidad Médica refiriendo dificultad respiratoria aparentemente de 8 días de evolución, **que a los estudios que se le habían solicitado no acudió por haber perdido la solicitud**, a nivel pulmonar con hipoventilación generalizada sin agregados, principalmente a nivel basal izquierdo, pasándolo a sala de observación y dando tratamiento con broncodilatador. Posteriormente presenta mejoría de su cuadro, mejorando su saturación a 92%, egresándolo de la Unidad con tratamiento a base de antibiótico y broncodilatador, realizan prueba rápida de VIH siendo no reactiva, dejando cita abierta a Urgencias y entregan nuevamente solicitud para BAAR para descartar la Tuberculosis Pulmonar.

El día 28 de noviembre del 2017 acude nuevamente por el servicio de Urgencias, señalando nuevamente dificultad para respirar, fiebre no cuantificada, tos con expectoración verdosa de 3 días de evolución, iniciando tratamiento apenas un día anterior de la receta que se prescribió en la consulta previa; en ese momento presenta una saturación de oxígeno del 56%, a nivel pulmonar en hemitórax izquierdo con estertores bilaterales, sin sibilancias, vibraciones vocales aumentadas, movimientos de amplexión y amplexación aumentados y tiros intercostales, además taquicardia, considerando los diagnósticos de dificultad respiratoria probablemente secundaria a Neumonía. Por estas situaciones clínicas se decide trasladarlo nuevamente al HGRL para su atención.

Es enviado el mismo 28 de noviembre del 2017 al HGRL, haciendo mención de los antecedentes comentados en la hoja de referencia, al hacer la revisión con presencia de movimientos respiratorios superficiales incrementados en frecuencia, ruidos respiratorios disminuidos de forma

bilateral, con estertores gruesos crepitantes de predominio izquierdo. Consideran que presenta una alta puntuación y riesgo alto para desarrollar Neumonía, con esputo purulento, empeorando la disnea, decidiendo manejo de antibiótico de manera empírica, en placa de RX observan patrón intersticial e imagen de consolidación pulmonar superior izquierda; presenta insuficiencia respiratoria tipo I, con altas probabilidades de requerir manejo avanzado de vías respiratorias.

Cursando las primeras horas de estancia intrahospitalaria consideran los diagnósticos de Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda moderada, lesión renal grado I, Neumonía adquirida en la comunidad, probable Tuberculosis Pulmonar, requiriendo manejo avanzado de vías aéreas con ventilación mecánica, con presencia a nivel pulmonar de estertores subcrepitantes infraescapulares del lado derecho y apicales izquierdos, con presencia de foco de infección a nivel pulmonar.

Ingresa al servicio de Terapia Intensiva el día 29 de noviembre del 2017, recibiendo con efectos de sedación, a nivel de cuello con cadenas ganglionares presentes, a nivel de tórax con presencia de estertores crepitantes bibasales de predominio derecho y disminución de los ruidos respiratorios, sibilancias en ambos hemitórax, observando en RX y TAC de tórax la presencia de lesiones cavernosas a nivel apical bilateral y atelectasias en pulmón derecho. Los diagnósticos que se consideran a su ingreso a este servicio son Neumonía asociada a cuidados de salud, Tuberculosis Pulmonar; Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda leve; desnutrición severa, desequilibrio hidroelectrolítico y Choque Séptico con punto de partida pulmonar.

Para el día 30 de noviembre del 2017 reciben resultados de estudio BAAR (practicado en dos muestras), siendo positivos para Tuberculosis, por lo que indican iniciar tratamiento, además de realizar prueba rápida para VIH siendo esta negativa. Decidiendo inicio de antifímicos por sonda orogástrica, además de continuar con manejo antimicrobiano; teniendo un pronóstico incierto, con los diagnósticos de Tuberculosis Pulmonar, Choque Séptico de partida pulmonar, Hiperkalemia y acidosis metabólica. Continúa con tratamiento para Tuberculosis y Neumonía y para el día 4 de diciembre del 2017 deciden tomar nueva muestra para baciloscopia, así como empezar a disminuir la sedación para iniciar el protocolo de retiro de ventilación.

Ya para el día 6 de diciembre del 2017 retiran la sedación, presentando apertura palpebral y movilidad de las extremidades, pasando a un nuevo modelo de ventilación, manteniendo un buen esfuerzo respiratorio, con presencia a nivel pulmonar de escasos estertores a nivel basal derecho. Por la tarde presentó aumento de la mecánica respiratoria, con presencia de estertores bibasales, además de taquipnea y taquicardia, optimizando el manejo con fisioterapia pulmonar, monitorización cardiovascular y pulmonar estrecha, por alto riesgo al proceso de extubación. Para la madrugada del día 7 de diciembre del 2017 debido al aumento de la mecánica respiratoria y a la taquicardia, vuelven a manejar la ventilación mecánica.

Continúa con mal pronóstico para la vida y la función a pesar del tratamiento, para el día 10 de diciembre del 2017 presentaba abundantes secreciones purulentas, aumento de recuento leucocitario y aumento de parámetros de ventilación mecánica, para ese momento lo consideran muy grave y con pronóstico malo para la vida y la función a corto plazo. Para el día 11 de diciembre del 2017 a las 3:40 horas, presenta parada cardíaca, asistolia en el monitor, decidiendo dar maniobras de reanimación básicas y avanzadas por aproximadamente 20 minutos, sin presentar retorno de la circulación espontánea, declarando el fallecimiento aproximadamente a las 04:00, con los diagnósticos de Sepsis de origen pulmonar, Tuberculosis Pulmonar, Neumonía asociada a ventilación mecánica, Desequilibrio ácido base, Desnutrición proteico calórica.

Analizando lo anteriormente expuesto, a pesar de que el señor [Víctima directa 9] ingresa a Reclusorio en el 2012 no hay documentación de que haya solicitado atención médica hasta agosto del 2015, siendo propiamente lo complejo de su padecimiento y sus solicitudes de atención médica más constantes a partir del 11 de agosto del 2017; en ese momento refiriendo la presencia de odinofagia, malestar general y tos seca de 15 días de evolución. Es importante señalar que ya en otras consultas había referido la presencia de tos y que en esta consulta hace mención que ya la presentaba por más de 15 días; por este motivo se cita nuevamente a control en un mes, con realización de estudios de laboratorio.

No se encuentra documentado el motivo por el cual no hay notas posteriores, únicamente que el señor [Víctima directa 9] no acudió a su cita programada el 13 de septiembre del 2017, siendo hasta el 14 de noviembre de ese año que acude señalando la presencia de tos de 3 meses de evolución (tiempo de la consulta de agosto a la fecha). Derivado de esta alteración y de otras que se acumularon a la misma es enviado a atención externa en Hospital, permaneciendo en este solo unas horas y considerando el HGRL que no requería hospitalización, sin que se diera un diagnóstico preciso del cuadro, solo señalando que requería la realización de BAAR.

Por haber pedido la realización de esos estudios, es que en la UMRPVN le extiende la solicitud para que se los realizara, sin que el paciente acudiera a la toma y acudiendo nuevamente a solicitud consulta el 25 de noviembre del 2017 señalando dificultad respiratoria y que no se hizo los estudios por haber perdido la solicitud; en ese momento solo le brindan la atención, teniendo una mejora aparente y es enviado a su Dormitorio. Por lo que 3 días después acude nuevamente, con malas condiciones respiratorias y es por ello que deciden sea enviado a HGRL nuevamente para su atención.

Una vez en dicho Hospital y por condición respiratoria es que ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva; a su ingreso se empieza la toma de muestras para BAAR, teniendo dicho resultado el día 30 de noviembre del 2017,

siendo positivo a Tuberculosis; pero además en notas del expediente se señala que aunado a esta infección se agrega también Neumonía Adquirida en la Comunidad.

La evolución del paciente a pesar de iniciar el tratamiento con antifímico y antimicrobianos es tórpida, requiriendo manejo avanzado de vías aéreas; cuando se encontró aparentemente en mejores condiciones se decide retirar el ventilador, habiendo posteriormente falla nuevamente y requirió la intubación nuevamente, presentando parada cardiaca, brindando manejo avanzada sin que se revirtiera la misma, declarando fallecido el 11 de diciembre del 2017 y dando como diagnósticos de defunción Sepsis de origen pulmonar, Tuberculosis Pulmonar, Neumonía asociada a ventilación mecánica.

Propiamente el diagnóstico con el que se estuvo manejando el paciente casi desde su ingreso al HGRL es el de Tuberculosis Pulmonar, por lo que para poder hacer una discusión en referencia a su atención, es necesario abordar lo que la literatura señala en cuanto a este padecimiento; la Tuberculosis pulmonar (TBP), es una enfermedad infecto-contagiosa producida por micobacterias del complejo *Mycobacterium tuberculosis*, que afecta el parénquima pulmonar con alto grado de contagiosidad, pero que, sin embargo, es prevenible y curable. Es una enfermedad de interés en salud pública y es una de las primeras causas de muerte en el mundo. **La TB es la primera causa de morbilidad en población privada de la libertad.** El riesgo para contagio con TB en esta población es mucho mayor que en la población en general. Los factores de riesgo para TB en la población privada de la libertad incluyen hacinamiento, poca ventilación e iluminación, compartir celdas con otros casos sospechosos, desnutrición y comorbilidades como diabetes, enfermedad pulmonar crónica, inmunosupresión y VIH, farmacodependencia y consumo de tabaco. Tradicionalmente la TB se sospecha en pacientes con tos por más de 2 semanas asociada a otros síntomas respiratorios o constitucionales.

Por su lento crecimiento, con un tiempo de generación de 20 a 24 horas, requiere varias semanas antes de que sus colonias sean visibles en medios artificiales y llegue a producir síntomas. Antes de que se desarrolle la acción celular inmune, de 4 a 6 semanas después de su implementación en el alvéolo, los bacilos crecen sin ningún impedimento, lo que les permite pasar a la corriente sanguínea y sembrar, entre otros sitios, los ápices de los pulmones, lo que explica que la localización característica de la TBC de reactivación en el adulto ocurra en la mayoría de los casos en los segmentos apicales o posteriores de los lóbulos superiores pulmonares.

Los síntomas clínicos en el diagnóstico de TBP son ambiguos, sin embargo, se requiere la búsqueda intencionada en adultos: tos persistente ≥ 2 semanas, productiva, en ocasiones acompañada de hemoptisis, con síntomas adicionales como fiebre vespertina o nocturna, sudoración nocturna, pérdida de peso, astenia, adinamia. **Tan solo la tos productiva de más de dos semanas hace la sospecha de tuberculosis pulmonar.** Se llama Sintomático respiratorio (SR) a toda persona con tos

y expectoración o hemoptisis, sin importar el tiempo de evolución, en la cual deben agotarse los recursos de diagnóstico antes de iniciar el tratamiento; personas con tos sin explicación y ataque al estado general y en pacientes con neumonías adquiridas en la comunidad que no mejoraron después de 7 días de tratamiento debe sospecharse de Tuberculosis.

Dentro de las referencias bibliográficas (7) consultadas, también se menciona que las manifestaciones clínicas de la tuberculosis son variadas, pero también inespecíficas, no existiendo ningún signo o síntoma clínico exclusivo de la enfermedad. Asimismo, son dependientes de una serie de factores en relación tanto con el huésped como con el agente infeccioso y la interacción entre ambos. En cuanto a la sintomatología respiratoria, puede estar ausente hasta en un 30% de los pacientes, siendo la tos el síntoma más común. Generalmente es poco productiva, si bien se puede asociar a hemoptisis, siendo ésta habitualmente de escasa cuantía como síntoma inicial.

En otras referencias se señala, que la TB es una enfermedad cuyas manifestaciones clínicas no permiten diferenciarla de otras entidades nosológicas. La mayoría de los casos son de inicio insidioso, poco alarmante y bastante variable, dependiendo de la virulencia del agente casual, la edad, el órgano afectado y el estado inmunitario del huésped; en la TB pulmonar el 5% de los pacientes adultos no presenta ningún síntoma. La primoinfección suele ser subclínica o producir síntomas leves e inespecíficos. El síntoma más frecuente es la tos, que puede ser seca o productiva, con expectoración mucosa, purulenta y hemoptoica, y ocasionalmente hemoptisis franca; puede haber dolor torácico de características pleuríticas. La disnea se presenta en la enfermedad muy extendida y rara vez en la TB miliar. Una forma especial de inicio es la neumonía tuberculosa, que puede presentarse como un cuadro clinicoradiológico similar al de la neumonía bacteriana. La TB pleural puede presentarse como una pleuritis aguda con fiebre alta y dolor torácico de características pleuríticas, pero lo habitual es que se presente como una pleuritis crónica con dolor torácico sordo y/o de características pleuríticas, febrícula, tos seca, deterioro del estado general, pérdida de peso, astenia y disnea progresiva.

La baciloscopia debe realizarse en todos aquellos pacientes que tosan y expectoren por más de dos semanas; deben realizarse un estudio seriado de toma de tres muestras de esputo, se toman en dos días consecutivos, deben ser perfectamente identificadas y enviadas lo antes posible al laboratorio, debiendo mantenerse refrigeradas durante la espera.

Las complicaciones de la infección tuberculosa pulmonar son múltiples y pueden agruparse en las siguientes: Caverna tuberculosa: se desarrolla a partir de áreas de caseificación que, en su crecimiento, erosionan la pared bronquial, dando lugar a ventilación directa de la lesión. El resultado es una cavidad en cuyas paredes hay material caseoso con bacilos y reacción granulomatosa periférica. Esa es una situación en la que el bacilo puede diseminarse fácilmente, ya sea por vía

aérea o bien por afectación vascular. Tuberculosis miliar: es el resultado de la diseminación hematógena del bacilo. Consiste en la presencia de lesiones puntiformes, de 1 ó 2 mm, blanco-amarillentas. Microscópicamente se corresponden con grupos de granulomas. Puede verse en pulmón o en otros órganos, como el hígado; el órgano correspondiente se halla afectado de forma difusa. Bronconeumonía caseosa: es una forma poco frecuente de afectación pulmonar con proceso exudativo extenso y abundantes bacilos. Tuberculosis de órganos: se produce cuando hay diseminación a distancia de la infección tuberculosa, con afectación localizada y desarrollo de lesiones caseosas en un órgano, como ocurre en el riñón.

Ahora bien, como ya se comentó en párrafos anteriores, el paciente en algún momento de su estancia Hospitalaria, señalan el diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad. En cuanto a este padecimiento y para una mejor comprensión del caso, es de relevancia comentar lo que la literatura médica, describe; la Organización Mundial de la Salud ha definido a la neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) como una infección de los pulmones provocada por una gran variedad de microorganismos adquiridos fuera del ámbito hospitalario y que determinan la inflamación del parénquima pulmonar y de los espacios alveolares. Es una enfermedad respiratoria aguda, de origen infeccioso, que compromete el parénquima pulmonar, ocasionada por la invasión de microorganismos patógenos (virus, bacterias, hongos y parásitos) que fueron adquiridos fuera del ambiente hospitalario; la adquiere la población en general y se desarrolla en una persona no hospitalizada o en los pacientes hospitalizados que presentan esta infección aguda en las 24 a 48 horas siguientes a su internación.

Los factores de riesgo para NAC, relacionados con la población son: edad mayor de 65 años, **tabaquismo**, alcoholismo, co-morbilidad (EPOC, cáncer, DM II e ICC), inmunosupresión y tratamiento con esteroides. La neumonía adquirida en la comunidad ocasiona importante morbilidad y mortalidad en la población adulta, determinando un elevado índice de hospitalizaciones y uso de recursos sanitarios, especialmente en el adulto mayor con enfermedades preexistentes. La mortalidad de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), en especial la neumocócica, es de alrededor de 5%; cuando se evidencia bacteriemia, hasta 20%; y, en casos de meningoencefalitis, 30%. Sin embargo, la mortalidad de la neumonía neumocócica puede llegar hasta 80% en pacientes inmunocomprometidos, **esplenectomizados** y ancianos.

La neumonía comunitaria del adulto es un cuadro de evolución aguda, caracterizado por compromiso del estado general, fiebre, calofríos, **tos**, **expectoración mucopurulenta** y dificultad respiratoria; asociado en el examen físico a taquicardia, taquipnea, fiebre y signos focales en el examen pulmonar. Los patrones clínicos que predicen NAC son: presencia de fiebre de más de 37.8 C, frecuencia respiratoria mayor de 25 por min., producción de esputo continuo durante todo el día, mialgias y sudoración nocturna en ausencia de inflamación e irritación orofaríngea y rinorrea. Los signos y síntomas clásicos de neumonía se presentan con

menos probabilidad en los ancianos, asimismo no tienen características específicas, siendo la confusión el dato más frecuente. La exploración física general debe efectuarse de manera rápida y adecuada para posteriormente efectuar una minuciosa revisión física de tórax con el fin de descartar otras entidades nosológicas que coexistan o imiten una NAC.

El diagnóstico clínico de neumonía sin confirmación radiográfica carece de precisión ya que el cuadro clínico (anamnesis y examen físico) no permite diferenciar con certeza al paciente con neumonía de otras condiciones respiratorias agudas (infecciones de la vía aérea superior, bronquitis, influenza, asma o EPOC exacerbados). El diagnóstico de neumonía es clínico-radiográfico: la historia clínica y examen físico sugiere la presencia de una infección pulmonar, pero el diagnóstico se confirma cuando se demuestra la presencia de infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax. La radiografía de tórax permite confirmar el diagnóstico clínico, establecer su localización, extensión y gravedad además permite diferenciar la neumonía de otras patologías, detectar posibles complicaciones, y puede ser útil en el seguimiento de los pacientes de alto riesgo.

La evolución del paciente con neumonía comunitaria puede variar entre un cuadro infeccioso de bajo riesgo de complicaciones hasta uno de extrema gravedad con riesgo vital. En general, el adulto inmunocompetente sin comorbilidad ni criterios de gravedad manejado en el ámbito ambulatorio tiene bajo riesgo de complicaciones y muerte, elevándose a 5-15% en los pacientes con comorbilidad y/o factores de riesgo específicos que son admitidos a la sala de cuidados generales del hospital; y a 20-50% en los pacientes con NAC grave admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos. La evaluación de la gravedad en el paciente con neumonía comunitaria permite predecir la evolución de la enfermedad, decidir el lugar de manejo (ambulatorio, sala de cuidados generales, unidad de intermedio o UCI), la extensión del estudio microbiológico y de laboratorio complementario, las medidas de cuidados generales y el tratamiento antimicrobiano empírico. La edad avanzada, enfermedades preexistentes, compromiso de conciencia, alteración de los signos vitales (taquicardia, taquipnea, hipotensión y fiebre), compromiso radiográfico multilobar o bilateral, hipoxemia y disfunción renal son los principales criterios de gravedad evaluados por el equipo de salud en los servicios de atención primaria.

Tomando en cuenta lo referido en la literatura, uno de los principales síntomas a considerar para el diagnóstico de Tuberculosis es la tos de más de 15 días de evolución, pero que, debido a la ambigüedad del cuadro, en ciertos casos es de difícil diagnóstico. Pero en el caso que nos ocupa, se debería de haber tomado en cuenta que era una persona privada de su libertad y considerando lo que se manifiesta en las Guías de Práctica Clínica, se tendría que haber manejado al paciente (sobre todo tomando sus antecedentes de cuadros de aparente faringitis, en los cuales presentaba tos) para hacer un diagnóstico presuncional de inicio a la Tuberculosis.

Ahora bien, se podría considerar que en ese momento le faltó expertis médica para ver esta probable alteración, más sin embargo, al paciente se le cita un mes después y que se realizara estudios de laboratorio, encontrando una omisión por falta del paciente en el seguimiento de su cuadro, ya que no solo no acudió a la cita, sino que tampoco se efectuó los estudios solicitados, y más aún, acudió 3 meses después; por lo que también se encuentra una correlación de inadecuado seguimiento por parte del mismo agraviado. De haberse considerado este diagnóstico y hacer los estudios correspondientes, se hubiera iniciado el tratamiento con antituberculosos y podría haber tenido una mejor expectativa.

Pero aún en la fecha del 15 de noviembre del 2017 que volvió a acudir y señala que presentaba el cuadro de tos de 3 meses de evolución, tampoco se consideró por parte de la Unidad Médico el probable diagnóstico de Tuberculosis, solo por el cuadro que presentaba se decide su envío al HGRL, sitio en donde solo estuvo unas horas. Ellos a su llegada hace una breve nota y comentan que al hacer la exploración los campos pulmonares están limpios, considerando descartar una Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y solicita RX de tórax. Posteriormente solo hace nota de egreso y ponen que posterior a revisar RX donde observaron patrón pulmonar bilateral de Neumopatía Intestinal difusa, con patrón de Fibrosis Pulmonar bilateral sin hacer algún otro comentario de lo observado y que lo de la tos crónica fuera corroborado por Neumología y que debían incluir BAAR.

Pero la valoración del día 15 de noviembre del 2017 en el HGRL es muy superficial, sin que haya una exploración y valoración adecuada, sin justificación del porque realizar el BAAR: situación por la que la valoración médica realizada al paciente en esta fecha no se puede considerar que sea adecuada, ni tampoco se le brindo algún tratamiento ni seguimiento.

A pesar de que en las especificaciones realizadas por el HGRL del estudio de BAAR, en la UMRPVN siguieron sin considerar el diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar; solo porque se pidió en el Hospital, es que brindan al paciente la solicitud para que se realice dichos estudios. Pero una vez más se observa falta de interés por parte del paciente, ya que no acudió a la realización de los mismos. Si acude nuevamente a la Unidad es por presentar exacerbación del cuadro respiratorio, en ese momento se le brinda la atención dejándolo en observación y dando manejo, con una aparente mejoría, por lo cual se manda a su Dormitorio y se le extiende nueva solicitud para estudio BAAR.

Para el día 28 de noviembre del 2017, el cuadro respiratorio ya es más gravoso, la disnea ya es más franca y la dificultad respiratoria, por lo que es enviado al HGRL nuevamente para su atención, con el diagnóstico de Dificultad Respiratoria, probablemente secundaria a Neumonía.

Entonces, respondiendo a los cuestionamientos realizados, en cuanto a la Unidad Médica se puede considerar que hay un retraso y deficiente valoración en referencia al cuadro respiratorio y a la tos crónica, que debido a ser un paciente en estado de reclusión, se debe considerar la

Tuberculosis como un probable diagnóstico inicial; debido a que el diagnóstico puede realizarse mediante el estudio de BAAR, se podía haber realizado e iniciado manejo con antifímicos, sin requerir ser enviado a ninguna otra estancia Hospitalaria. En cuanto a que, si se realizaron las referencias oportunamente, en este sentido, la Unidad Médica realizó las gestiones de forma adecuada, que ocurrieron cuando el paciente acudía y presentaba exacerbación del cuadro respiratorio.

[...]

A su llegada al Hospital el 28 de noviembre del 2017 se inició manejo para el cuadro respiratorio, pero por ser importante requirió manejo de las vías aéreas con ventilación mecánica asistida y al día siguiente (29 de noviembre) su ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva. Ya estando aquí y por las características que presentaba, es que toman el estudio de BAAR, el cual sale positivo a Tuberculosis y se inicia su manejo; también, al considerar que presenta Neumonía inician manejo antimicrobiano. A pesar del manejo del paciente hay una mala evolución, ocasionando el deceso el día 11 de diciembre del 2017.

No se puede determinar desde cuándo el paciente presentaba la infección por Tuberculosis, sobre todo, por lo comentado con anterioridad, que su sintomatología puede ser insidiosa y no siempre clara; el estudio de Baciloscopía (BAAR) nos señala la presencia del bacilo a nivel pulmonar, pero desconocemos si ya presentaba la misma en algunos otros focos. Para lo cual, se requería la práctica del Protocolo de Necropsia para que se verificara si se encontraba la infección en otros sitios. Además de que también por ser una persona privada de la libertad, son propensos a diversos padecimientos como la Tuberculosis, pero también a las Neumonías.

El encontrar una asociación de estas 2 enfermedades conlleva a tener una evolución tórpida y que se pueda presentar el deceso, sobre todo por no tener conocimiento de cuando se inició la infección y que a pesar de brindar el tratamiento antituberculoso ya no se podía revertir el cuadro, pues ya señalan que a nivel pulmonar se aprecian lesiones cavernosas presentes a nivel apical bilateral y atelectasias a nivel de pulmón derecho.

En cuanto a la atención brindada al paciente en el HGRL, en la fecha 15 de noviembre del 2017 se puede decir que hubo una deficiente valoración y atención, pues solo se basaron en lo que aparentemente se observó en la placa de RX, sin realizar una valoración integral del cuadro. Tan así que el 29 de noviembre del 2017 que ya estaba hospitalizado se realizó nuevamente toma de RX y de TAC de tórax y se corrobora la presencia de lesiones cavernosas. De acuerdo a la Historia clínica de la enfermedad, para que se presenten estas lesiones debe de pasar un tiempo considerable y no 14 días que es el tiempo entre la toma de una placa y la otra.

En referencia a su hospitalización del día 28 de noviembre del 2017 y hasta su fallecimiento, considero que la atención fue adecuada, con

adecuado seguimiento y valoración. Derivado de estos razonamientos es que consideraría que la muerte del paciente se debió a una dispraxis de la Unidad Médica, por no haber considerado el diagnóstico de Tuberculosis, a pesar de ser relevante en este tipo de pacientes y su cuadro clínico; a la inadecuada valoración en el HGRL el día 15 de noviembre del 2017, pero también es atribuible al paciente, por un inadecuado seguimiento de su cuadro e inasistencia a citas y estudios solicitados.

Por todo lo anterior se llega a las siguientes:

Conclusiones

1. Existió una deficiente valoración al paciente interno [Víctima directa 9] (finado), por parte de personal médico adscrito a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, por no considerar el cuadro y la probable etiología (Tuberculosis), desprendiéndose del contenido del expediente en su totalidad.

1.1 La atención médica brindada al paciente [Víctima directa 9], por parte del personal médico adscrito a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, fue adecuada para los diagnósticos que ellos consideraban, no así se considera que se haya realizado una adecuada valoración (punto anterior).

1.2 La referencia hecha por la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, al Hospital General Dr. Rubén Leñero, fue oportuna.

1.3 La muerte del paciente interno [Víctima directa 9], fue consecuencia de dispraxis médica por parte del personal médico adscrito a Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, por no considerar el diagnóstico de Tuberculosis en tiempo. [...].

2. Existió una deficiente valoración, seguimiento y diagnóstico al paciente interno [Víctima directa 9] (finado), por parte de personal médico adscrito al Hospital General Dr. Rubén Leñero de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México en la atención brindada el 15 de noviembre, constando en la nota de atención de urgencias y de egreso de ese día

2.1 La atención médica brindada al paciente [Víctima directa 9], en el Hospital General Dr. Rubén Leñero de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, fue adecuada del día 28 de noviembre al fallecimiento; no así el día 15 de noviembre (ver discusión).

[...]

11. Acta circunstanciada de 25 de octubre de 2021, suscrita por un visitador adjunto de este Organismo, en la cual consta la entrevista a la víctima indirecta 12, de la cual se desprende lo siguiente:

Sufre afectaciones emocionales ante la muerte de su hijo víctima directa 9. Mientras éste permaneció enfermo coadyuvó con algunos insumos que



se le solicitaron y lo apoyó visitándolo y llevándole alimentos que consideraba podría fortalecer su estado de salud. Cuando se presentó el fallecimiento tuvo que hacer frente a los gastos funerarios, con el apoyo de algunos familiares.

Derivado de la pérdida de su hijo, además de los gastos generados, se vio afectada emocionalmente, sintió tristeza y pocos deseos de hacer las cosas, sin que haya recibido o buscado atención especializada.

