Saltillo Coahuila Diciembre 9 del 2014.

Expediente: 32466-41.

Laboratorio de Investigación Criminológica.
Asesoría Medico, Jurídico y Pericial.
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN.
DR. LUIS IGNACIO MEDINA CEPEDA.
Perito Médico Legista.

C. JUEZ DE LO PENAL EN TURNO DENTRO DEL
DISTRITO JUDICIAL EN MONTERREY N.L.
PRESENTE.

El que suscribe, Perito Médico Legista, legalmente autorizado para ejercer su profesión, con Cedula Profesional N° 932804, Certificación Medica N° 4714, registro ante el Tribunal Superior de Justicia en el Estado de Coahuila N° 1911/2007, registro ante el Tribunal Superior de Justicia en el Estado de Nuevo León N° 905-914/ 2009, registro ante la Judicatura Federal en el Octavo Distrito Judicial de Saltillo N° P010-2005, registro ante la Secretaria del Trabajo y Previsión Social N° 0591005, registro ante la Junta de Conciliación y Arbitraje Federal N° 71, hace constar que habiendo examinado el Expediente N° 32466-41, perteneciente al C. JUAN JOSE BOLAÑOS OCAÑAS, correspondiente a un Juicio de responsabilidad Objetiva por Negligencia Médica, en relación al Tratamiento Médico y Quirúrgico del paciente, así como la In-

observancia de la NOM-168-SSA1-1998; como Perito Medico, bajo PROTESTA de decir verdad, se encontró:

Relación de Hechos.

Se trata de paciente del sexo masculino de 61 años de edad, el cual inicia su padecimiento el dia Febrero 19 del 2014 al ingresar al Hospital Oca con un cólico abdominal intenso, en donde por medio de un estudio de Tomografía Axial Computarizada se encontró que mis padecimientos en ese momento eran la presencia de Divertículos Intestinales y Litiasis Renal Izquierda, motivo por el cual fui atendido por los Médicos Dr. Víctor Hugo Prada Cirujano General y el Dr. Isidro González Urólogo. Por lo que se presentó el interés de retirar los litos de mi riñón, motivo por el cual asistí al consultorio del Dr. Isidro González, quien en esta consulta posterior al observar el estudio tomográfico pone atención a la presencia de una mancha dentro del polo inferior del riñón izquierdo, del cual se mencionó que era un Quiste Benigno, pero se llegó a la conclusión de que había que retirarlo y analizarlo para estar seguros de que este era benigno realmente.

Posterior a lo cual se me cito al Hospital Oca el dia Abril 17 del 2014 para realizar el retiro del quiste renal que portaba, haciendo mención de que previo a lo mismo NO se me realizo ningún estudio médico de mi estado de salud y de mi riesgo quirúrgico; siendo que ya estando dentro del Quirófano el Anestesista me pregunto de los problemas médicos que padecía y a lo cual le mencione que era portador de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y con Cardiopatía, ademas de preguntar de que si tomaba el medicamento Plavix, al que conteste que si lo tomaba, desde hacía 4 años atrás; motivo por el cual el Anestesiólogo decide suspender el procedimiento quirúrgico por el riesgo de sufrir una Hemorragia y

un Infarto durante el procedimiento quirúrgico, ademas de dar la indicación de suspender dicho medicamento por espacio de al menos 10 días y se me receto una inyección denominada Clexane.

Ingreso nuevamente al Hospital Oca el dia Abril 29 del 2014, para que se me retirara el quiste renal, siendo que dentro del procedimiento quirúrgico se toma una Biopsia Trans-operatoria, la que se manda a estudio de Patología para su análisis, reportándose que NO había malignidad dentro de la muestra por lo que se decide cerrar la herida quirúrgica, por lo que en ese momento conserve mi riñón izquierdo. Posteriormente en fecha de Mayo 12 del 2014, regreso al Consultorio del Dr. Hugo Prada para que se me retiren las Grapas quirúrgicas de la herida, posteriormente recogí los resultados "definitivos" de Patología, ya que se había mandado analizar el quiste completo, en donde se mencionó que el resultado patológico era "CARCINOMA RENAL QUISTICO FRAGMENTADO DE 3CM", lo que causo un gran impacto en forma personal por lo que me regrese con el Dr. Hugo Prada, quien en ese momento me menciono que el Reporte Patológico que recibió en el quirófano el dia de la cirugía era que el quiste era de tipo benigno; ademas de que si en ese momento le hubiesen dicho que era maligno, en ese momento hubiese quitado el riñón por completo para no tener la necesidad de realizar otra cirugía; al preguntarle que había que hacer ahora, la respuesta fue que había que quitar todo el riñón cuanto antes, motivo por el cual debía ingresar al dia siguiente nuevamente al hospital. (Llama mi atención ahora que el Dr. Prada haya optado por la nefrectomía total, siendo que al leer el reporte definitivo de patología de la Dra Ivette Carmelina entiendo que desde el principio tuvieron dudas de la existencia del cáncer, en aquel momento yo desconocia del tema y estaba impactado por la noticia para poner atención, pero ahora puedo darme cuenta que es un reporte

inconsistente y dudosa, plantea que "APARENTEMENTE" existe lesión en los bordes de resección; entiendo por definición que aparentemente significa: sin seguridad / con apariencia, según parece. Por lo que ahora considero una total falta de atención por parte de los médicos que decidieron extirpar mi órgano vital sin tener total seguridad de que estuviera contaminado con células cancerígenas.

Posterior a la plática con el Dr. Hugo Prada, decidí ir a consulta con mi Médico Familiar, al que le comente el caso y este sugirió que retrasáramos el procedimiento quirúrgico por 3 días, por haber reanudado la toma del Plavix, ademas de la necesidad de realizar más estudios previos, como la realización de un PET SCAN, Tomografía Axial Computarizada, Gammagrafía Ósea, etc.; para valorar la gravedad de la lesión y ademas de valorar la existencia de metástasis en el cuerpo, ya que este estudio es el ideal para lo mismo. De nueva cuenta NO se me realizaron los estudios de Riesgo Quirúrgico, estudios de Detección de Metástasis, estudios de Mi Estado Metabólico en ese momento al ser portador de Diabetes, Hipertensión y Cardiopatía, ademas de la toma del Plavix con su riesgo quirúrgico aumentado por el riesgo de sangrado incontrolable; negándose el médico y diciendo que el procedimiento quirúrgico se realizaría al dia siguiente.

Posteriormente el dia Mayo 13 del 2014, re-ingreso al Hospital y por este motivo le avise al mi Médico Familiar, para que este "DIERA INSTRUCCIONES SOBRE LOS ESTUDIOS QUE EL SUGIRIO REALIZAR", así como el Pet Scan, siendo que es el médico que me conoce desde hace más de 10 años, siendo el quien es el que me controla los padecimientos que padezco de Diabetes, Hipertensión y Cardiopatía, el Dr. Víctor Hugo Prada se dirigió a mi

cuarto a mencionarme que él había pensado en los estudios e incluso el Pet Scan, pero que el "CONSIDERABA QUE NO ERAN NECESARIOS", que había cáncer y que lo necesario era quitar todo el riñón izquierdo; posteriormente me comunico con el Médico Familiar y menciona que el Dr. Prada NO quiere realizar los estudios. Motivo por el cual considero que se me puso en un riesgo innecesario dentro de los procedimientos quirúrgicos. Al dia siguiente fui intervenido quirúrgicamente para la extracción del riñón izquierdo en forma completa, "NEFRECTOMIA TOTAL", posterior a lo cual como era de esperar presente trastornos posquirúrgicos severos como Hemorragias continuas del área quirúrgica, hubo la necesidad de realizar Transfusiones Sanguíneas, ademas de lo anterior se presentaron complicaciones de mi sistema de Coagulación Sanguínea con Epistaxis frecuente, Hematuria y sangrado del borde del glande, equimosis en diferentes partes del cuerpo, lo anterior secundario a trastornos de la coagulación sanguínea por alteraciones del medicamento y su falta de eliminación renal. Hoy en dia sé que lo anterior fue por consecuencia de que cuando se toma el Plavix NO existe buena cicatrización y coagulación sanguínea, según lo mencionan las bibliografías de Internet. Ademas de que posteriormente al examinar la pieza quirúrgica renal se encontró que NO existía cáncer en la misma.

Motivo por el cual la recuperación de la cirugía fue muy difícil, debiendo permanecer con drenajes quirúrgicos por 2 semanas, por la presencia del sangrado continuo por la misma herida

Prada y menciono que probablemente esto era por la presencia del catéter del drenaje, ya que era un cuerpo extraño y podía causar los síntomas presentados. Motivo por el cual me menciono que No tomara más antibióticos y que tomara muchos líquidos y que en una semana me volvería a revisar medicamente para ver mi evolución. Sin sentir mejoría asistí de nueva cuenta al Hospital en fecha de Junio 3 del 2014, con síntomas generales muy intensos, ademas de que persistía la infección, y la elevación importante de la Creatinina, en esta ocasión se me realizo una Tomografía y un Ecosonograma en donde se encontró que existía un coagulo y/o absceso en el sitio de la cirugía, por lo que se realiza una punción del sitio, aislándose dentro de este absceso E. Coli, que es una infección nosocomial y/o Intra-Hospitalaria. En esta ocasión permanecí hospitalizado por una semana y fui atendido por un Médico Internista y un Nefrólogo. Haciendo mención nuevamente de que el Dr. Prada NO dio opción de una segunda opinión por médicos especialistas en Nefrología y Oncología, en donde se hubiese dado cuenta que si existía un cáncer en el riñón este era dentro de su primer etapa, además de previo a la cirugía realizar estudios de la función renal, la cual hoy se encuentra deteriorada por un riñón afectado por enfermedad renal diabética y la ausencia del otro riñón; además de haber considerado algún otro método de tratamiento antes de extirpar por completo un órgano funcional e importante para mi vida y mi salud.

Dentro de los elementos que se estudian se puede hacer la observación que se menciona que se trata de paciente del sexo masculino de 61 años de edad, el cual cuenta con los antecedentes de litiasis de repetición, con dolor en fosa renal izquierda y sin irradiaciones, en donde en estudio tomográfico se identifica quiste complejo en polo inferior de riñón izquierdo sin posibilidad de malignidad, no dilatación de cavidades renales, con antecedentes de

importancia de enfermedad cardiovascular y tomador crónico de anticoagulantes; al cual se le debe proponer nefrectomía parcial con biopsia transoperatoria, para normar conducta. Dentro de la misma se debería dar una explicación a los familiares de la realización de Nefrectomía Parcial para conservar nefronas si el resultado es benigno y si el resultado es maligno se puede realizar cualquiera de las dos; Nefrectomía Parcial y/o Nefrectomía Total Izquierda, en donde un riesgo importante sería que se incrementara su insuficiencia Renal Incipiente. (Queriendo decir con esto que ya se había diagnosticado trastorno renal de larga evolución con anterioridad en el paciente).

Dentro del mismo se encuentra resultado de Tomografía fechado en Febrero 20 del 2014, en donde se menciona la presencia de imagen nodular en polo inferior de riñón izquierdo, de aspecto redondeado, hiperdenso, en la fase simple, el cual NO presenta realce en el medio de contraste, sugestiva y correspondiente a un quiste complicado, con proteína y/o hemorragia, el cual No presenta cambios de tamaño y densidad, desde el 2011. Se observa resultado de Química Sanguínea con fecha de abril 30 del 2014, en donde se observa Glucosa 141 mg/dl, urea 74mg, Nitrógeno de la Urea 34.6mg, Creatinina 1.90 mg, Ácido Úrico 6.9 mg. Resultado de Biometría Hemática: Eritrocitos 3.43, Hemoglobina 10.5, Hematocrito 32.0, Plaquetas 339,000; Leucocitos 21,630; Linfocitos 4.1, Neutrófilos 89.1, Monocitos 1450, Eosinofilos 10, Neutrófilos 19270. En donde se denotan dos aspectos importantes: 1).- Paciente con Trastorno renal en su funcionamiento y 2).- Paciente Anémico.

Se revisa Nota Postquirúrgica de sin fecha de emisión en donde se menciona que previa asepsia y antisepsia y con la colocación de campos estériles, con paciente en posición de

Lumbotomía Izquierda se realiza disección del tejido por planos hasta llegar a retro-peritoneo, en donde se aprecia el hilio renal y el uretero; disecada la arteria renal y la vena renal se realiza disección del polo renal inferior, en donde se localiza masa tumoral quística compleja, se reseca de manera parcial, el cual se extrae en forma completa, pero en múltiples partes, enviándose el tejido a Patología para definitivo y biopsia transoperatoria, en donde se describen benignidad con Pielonefritis asociada, se realiza calicorrafia con Crómico 3-0, con hemostasia exhaustiva con puntos de colchonero, en el parénquima renal con apoyo de grasa peri-renal, sin sangrado importante, isquemia por pinzamiento fue de 15 minutos. Operación en donde se encuentra tumoración quística compleja de riñón izquierdo en su polo inferior de 3cm de diámetro, con contenido negruzco en su interior y con reporte de benignidad en biopsia transoperatoria, además de pielonefritis asociada.

Reporte de Histopatología 14-1450 fecha Mayo 9 del 2014, en donde se reporta lo siguiente: Espécimen Recibido: A).- Tejido referido como tumor de polo inferior de riñón izquierdo, biopsia transoperatoria y definitiva. B).- Tumor de riñón izquierdo, resección. C).- Tejidos blandos peri-renales izquierdos y fragmento de costilla. Diagnostico Final: A).- tejido referido como tumor de polo inferior de riñón izquierdo, biopsia y biopsia transoperatoria; en donde se aprecia parénquima renal benigno con datos de pielonefritis crónica. B).- Tumor de riñón izquierdo, definitivo. Carcinoma Renal Quístico Fragmentado de 3cm de diámetro mayor, con Grado Nuclear Furhman 2 y con lesión en borde de resección. C).- Tejidos blandos peri-renales izquierdos y fragmento de costilla, resección. Tejido adiposo maduro con hemorragia reciente, congestión vascular. Fragmento de costilla sin alteraciones histológicas. Descripción Macroscópica: A).- Se recibe frasco para

estudio transoperatorio con dos fragmentos de tejido, cada uno de 1 x 0.5 cm de bordes y formas irregulares, color café claro, de consistencia blanda. Se reporta estudio transoperatorio como pielonefritis crónica, negativo para malignidad. B).- Se recibe en formol para estudio definitivo múltiples fragmentos de tejido que en conjunto miden 4 x 2 cm, son de formas irregulares y bordes irregulares, consistentes en pared de quiste y de consistencia blanda. Así mismo se recibe fragmento de coagulo que mide 1.5 x 1 cm café violáceo hemático. C).- Se recibe fragmento de tejidos blandos peri-renales de 15 x 10 cm, amarillos lobulados de aspecto adiposo y a la sección de consistencia blanda como fragmento de costilla de consistencia blanda. Comentario: A).- Las secciones realizadas al tejido recibido en transoperatorios muestran parénquima renal benigno con un infiltrado inflamatorio crónico linfoplasmocitico, a nivel del intersticio, así como glomérulos con esclerosis focal, datos considerados como una Pielonefritis crónica sin identificarse en material lesión neoplásica. B).- Las secciones realizadas al tejido recibido en definitivo muestran parénquima renal con estructuras quísticas revestidas de epitelio cubico a cilíndrico, con células con citoplasma claro con atipia nuclear leve y presencia de nucléolos, así mismo se observa a nivel de pared de los quistes la presencia de nidos sólidos y estructuras tubulares de células claras que infiltran el parénquima. Los hallazgos histológicos son consistentes con un Carcinoma Renal Quístico Fragmentado de 3 cm. De diámetro mayor con grado Nuclear de Furhman 2 y con lesión en borde de resección. Dado que la lesión se recibe fragmentada en este material de borde quirúrgico de resección aparentemente se encuentra POSITIVO para lesión. C).- Las secciones realizadas al tejido enviado muestran tejido maduro con hemorragia reciente y

congestión vascular negativo a neoplasia. Dra. Ivette Miranda Maldonado.

Posterior a lo anterior se recogen las muestras patológicas para que sean estudiados en una Segunda Opinión Diagnostica, en donde se pierde el primer grupo de laminillas del Quiste Renal extirpado dentro de la primer cirugía; lo anterior ante el hecho de que al NO estar conforme con el trato del Patólogo se desea solicitar una tercer opinión médica y se nos informa que las laminillas primarias NO se encuentran dentro del grupo de laminillas; lo anterior realizado por el Dr. Horacio Decanini, quien menciona dentro de la Segunda Opinión lo siguiente: que dentro de las laminillas estudiadas e identificadas con el Numero 14-1450 que corresponden a Nefrectomía Izquierda Parcial, se observa parénquima renal en donde se identifica la corteza y la medula renal, en donde llama la atención que existen zonas de atrofia tubular, con túbulos pequeños y engrosamiento notable de la membrana basal, con algunos glomérulos hialinizados y los vasos arcuatos y los inter-lobulillares muestran cambios de nefroangioesclerosis, al igual de índole arteriolar, algunos de los glomérulos muestran hiper-celularidad mesangial, con aumento de las escleroproteinas, así como algunos con fibrosis peri-glomerulares y engrosamiento con micro-calcificaciones distroficas del aparato yuxtamedular, formando cinequias y obturación del espacio de Bowman. En otros fragmentos se presenta tiroidización de los túbulos e infiltrado inflamatorio crónico intersticial a base de linfocitos y células plasmáticas (laminillas A y B), dentro de la laminilla B se muestra un quiste de pared fibrosa y de revestimiento epitelial cubico a cilíndrico, en ocasiones de citoplasma claro y en otras Eosinofilos y con núcleos que muestran atipias variables, que no llega a ser severa, los cortes originales muestran tinción poco diferenciada; se

rebajaron los bloques de parafina y los cortes evidencian en el quiste formaciones papilares, macro y micro-papilas constituidas por células epiteliales claras y eosinofilas de núcleos que muestran atipias importantes pero sin figuras de mitosis, en algunos casos se observan túbulos de apariencia atrófica. En otras partes se muestran micro-calcificaciones distroficas intersticiales, además de micro cálculos en algunos de los túbulos. Dentro de la laminilla C se identifica un Adenoma Papilar Tubular Renal. La laminilla D muestra coágulos con tejido adiposo y escaso estroma fibroconjuntivo. Las laminillas E y F muestran tejido adiposo adulto unilocular. Se realiza estudio de Inmunohsitoquimica en donde se encontró: la Trombomodulina es negativa en la zona papilar de la neoplasia, es positiva para la Cotoqueratina 7 y negativa para la Citoquersatina 20. Positiva para la Cotoqueratina de alto peso molecular y focalmente para CD10, de igual manera para factor VIII y Ki67 es positivo en 3%. Negativos para Cotoqueratina 20, AMARC, Trombomodulina, antígeno Carcino Embrionario y Proteína P63. Las laminillas identificadas como 14-1612, la A corresponde a hilio renal, la arteria, vena y segmento de uretero que no presentan alteraciones de interés. La laminilla B muestra parénquima renal con zona de necrosis por coagulación. La laminilla C además de los cambios mencionados observamos a hilo de los cortes transversales y granulomas de cuerpo extraño con células gigantes poli-nucleadas, mismas que se extienden a la grasa peri-renal. En la laminilla E se observa la necrosis de coagulación con vasos arteriales que presentan trombos de reciente formación, en el parénquima el infarto además de zonas de hemorragia reciente. En la laminilla F se observan zonas de infarto y con un vaso sanguíneo que muestra trombo en vías de recanalización. En la laminilla G los mismos cambios además de un segmento de pelvis renal con

hiperplasia del epitelio transicional con Nidos de Brunn. La grasa peri-renal sin alteraciones de interés. La laminilla I corresponde a la glándula suprarrenal que muestra congestión y edema más acentuado en la corteza. Dando como DIAGNOSTICO: Espécimen 1 N° 14-1450.- Carcinoma Renal de Células Claras con disposición Papilar Quístico 0.9 cm, Grado Histológico Furhman Grado II, nefropatía Intersticial renal con atrofia Tubular, cambios Glomerulares de esclerosis y aumento de celularidad Mesangial. Micro-calcificaciones Tubulares en aparato Yuxtamedular y Micro-calcificaciones Tubulares intraluminales e intersticiales. Nefroangioesclerosis. Micro-adenoma Tubular Papilar Cortical. Dentro del espécimen 2 N° 14-1612.- de la Nefrectomía Radical Izquierda. Tumor retirado en resección previa. No hay evidencia de tumor (N°1). Tipo Histológico (N°1). Márgenes no fueron enunciados convenientemente, no se observa tinta, límite del hilio, arteria, vena y uretero libres de lesión. No se observan ganglios linfáticos regionales. Se observan dos adenomas papilares tubulares corticales, medio de laminilla mayor de .6 cm. Infarto renal secundario a trombosis arterial. Nefritis crónica intersticial con tiroidización de tubos corticales nefroangioesclerosis. Glándula Suprarrenal con Congestión y Edema de Corteza.

Se muestran datos de los cultivos de la secreción de la región quirúrgica-lumbar en donde se aíslan Bacilos Gram negativos con abundantes polimorfo nucleares correspondientes a Echerichia Coli. Lo anterior obtenido de una Eco-Punción de la región quirúrgica en donde se aprecia una colección liquida en la región.

Posteriormente dentro de los autos se puede observar que el Paciente Juan José Bolaños Ocañas presento su Inconformidad ante la Comisión Estatal de Arbitraje Médico en Nuevo León,

COESAMED; en donde asiste a las Audiencias de Conciliación y NO se pone de acuerdo con las condiciones de atención médica, con los médicos tratantes y estos NO aceptan el Arbitraje Médico, motivo por el cual se cierran las audiencias al respecto.

Dentro de los antecedentes se denota Interconsulta Medica con el Dr. Eduardo Guzmán Huerta, Cirugía Oncológica, quien menciona que se trata de paciente masculino de 61 años de edad, con antecedentes médicos de cáncer Tiroideo, Angina de Prinzmetal, Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, con antecedente que en Febrero del 2014 se realiza Tomografía Axial Computarizada de Abdomen en donde se denota pequeña lesión quística en polo inferior de riñón izquierdo; solicitando una atención Urológica, posteriormente realizando una Resección del polo inferior de riñón izquierdo por biopsia excisional, en donde aparentemente la lesión **fue resecada en fragmentos**, teniendo un diagnostico transoperatorio de tipo benigno. Pero en el reporte definitivo de la Patóloga, se menciona una Tumoración de Cáncer de Células Claras con Borde se resección positivo, motivo por el cual se realizó posteriormente nefrectomía radical, en donde el reporte de la segunda cirugía NO reporta tumoración y el Diagnostico Final fue el mismo con Clasificación Estadio 1ª (T1N0M0). Haciendo la mención de que el tratamiento otorgado fue el adecuado, pero que existen otras opciones de tratamiento debido al estadio en que se encontró la lesión, como sería una Nefrectomía Parcial, la que debió comentarse con el paciente previa a la segunda intervención quirúrgica de Nefrectomía Radical, lo anterior en base a las Guías de la NCCN, que hoy establecen la Nefrectomía Parcial en los pacientes con Cáncer de Células en Etapa 1ª.

Presentación Cronológica del Paciente.

Dentro de lo anteriormente descrito podemos decir lo siguiente: 1.- Dentro de la explicación otorgada por el Sr. Juan José Bolaños Ocañas, se puede observar que es un paciente que es portador de varias patologías en el momento de su primer atención médica por la presencia del dolor abdominal y en su región lumbar izquierda; con antecedente de importancia de SER FORMADOR CRONICO DE LITIASIS RENAL, por lo que se realiza en primer instancia una Tomografía Axial Computarizada del abdomen, en donde se denota la presencia de una "PEQUEÑA LESION QUISTICA" del polo inferior del riñón izquierdo, el cual a expresión dentro de los mismos estudios y por el radiólogo se menciona **que es una lesión observada desde el año 2011**, y aún esta NO se ha modificado desde entonces.

2.- En vista del hallazgo anterior el Dr. Prada junto con el Dr. González le debió proponer realizar una resección parcial del quiste encontrado, en donde se le debería explicar el procedimiento quirúrgico a realizar de **"SOLO"** resecar el polo inferior en caso de ser una tumoración benigna y realizar una resección parcial y/o radical en caso de ser maligna la lesión; explicándole de antemano al paciente la situación de su estado de funcionamiento renal presente en ese momento y los cambios posibles y/o deterioro progresivo posterior a la resección total.

Es aquí en donde se comete el **Primer Error** de consideración al tratamiento médico ofrecido, **ESTO SECUNDARIO A LA FALTA DE INFORMACION SOBRE EL USO DEL PLAVIX**; esto se puede denotar el mencionar que ya estando dentro del

quirófano el Medico Anestesiólogo pregunta al actor de sus antecedentes en donde el paciente le menciona la presencia de enfermedad cardiovascular en donde le es indicada la toma del medicamento y este **NO** había sido suspendido por su médico tratante y en ese momento le menciona que **NO** le realizaría la cirugía ya que debía dejar de tomar el medicamento con varios días de anterioridad por los efectos secundarios y alteraciones de la coagulación y cicatrización en forma secundaria.

3.- Dentro del proceso quirúrgico inicial se realiza una Biopsia Transoperatoria en donde el diagnóstico inicial es de Tumoración Benigna, motivo por el cual se cierra la herida con aplicación de material de sutura absorbible, a nivel renal, en su piel se aplican grapas quirúrgicas y las que posteriormente se retirarían en un evento secundario. **Segundo Error** dentro de la visita al Dr. Prada para la revisión se menciona la presencia de dolor en la región, que se menciona puede ser por el material quirúrgico. Dentro de la misma visita se obtiene el Resultado Definitivo del estudio Histopatológico de la muestra de la Biopsia Obtenida dentro del proceso quirúrgico, en donde menciona "APARENTEMENTE" que existe una tumoración maligna denominada **"Carcinoma Renal de Células Claras con disposición Papilar Quístico 0.9 cm, Grado Histológico Furhman Grado II, nefropatía Intersticial renal con atrofia Tubular, cambios Glomerulares de esclerosis y aumento de celularidad Mesangial; pero aun sin evidencia de metástasis y/o lesión fuera del riñón".** Por este motivo el paciente se regresa con el Dr. Prada, quien al observar el resultado le menciona al paciente que se debe de Intervenir en forma Inmediata de nuevo y resecar en forma total el riñón basado en el diagnostico inconsistente otorgado por la Dra. Ivette Miranda Maldonado de patología. Error cometido en perjuicio del paciente al realizar una diagnostico

transoperatorio de Benignidad de la lesión y posteriormente cambiar dicho diagnostico al de malignidad de la lesión, lo que en forma secundaria somete al paciente a un segundo riesgo quirúrgico importante.

4.- En relación a lo anterior el paciente le pregunta al Dr. Prada, que si no es necesaria otra opinión médica, que se realicen estudios complementarios como La Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética, Gammagrafía Ósea y/o el Pet-Scan, para determinar la presencia de metástasis y otros sitios de la presencia de la tumoración; **mencionando que NO, que es necesaria la intervención inmediata**. Aquí se comente el **Tercer Error** médico, **al NO considerar la realización de estudios complementarios para determinar la gravedad de la lesión, la presencia de metástasis o no**, además de **NO considerar Interconsulta** con médico especialista en Cirugía Oncológica y **NO Dar Opción** a un mejor tratamiento secundario dadas las características y los antecedentes del paciente. **El Médico Cirujano se aprovecha de la ignorancia del paciente y su miedo a la tumoración para convencerlo de la urgencia de la intervención quirúrgica.**

5.- Dentro de la segunda intervención quirúrgica se comete el **Cuarto Error** médico, esto en forma secundaria a la **NO apreciación nuevamente del uso del Plavix**, medicamento que el actor debe tomar en forma crónica y que posterior a su primera intervención quirúrgica vuelve a administrarse; en donde posterior al proceso quirúrgico el paciente presenta trastornos de la coagulación sanguínea con sangrados intensos en diferentes partes del cuerpo y motivo por el cual es necesaria la aplicación de paquetes globulares y además de presentar trastornos de la cicatrización dentro de la herida quirúrgica.

6.- En este mismo momento se presentan varias complicaciones secundarias posterior a la intervención quirúrgica, como lo es que el paciente presente mayor trastorno de su función renal, ya que este presentaba alteraciones crónicas previas a la cirugía, **PONE** al paciente al borde de una Insuficiencia Renal Secundaria a la extirpación mismo Riñón Izquierdo; **Quinto Error** médico, al **NO considerar las alteraciones funcionales del riñón y NO conservar y/o realizar cirugía para conservación de Nefrona en el paciente. NO** se toma en consideración la realización de esta cirugía de conservación de nefrona funcional realizando solo la resección del polo inferior del riñón afectado. Posterior a lo que el paciente presenta una evolución tórpida y con muchas problemáticas médicas.

7.- En última instancia dentro del tratamiento médico-quirúrgico al actor, este presenta una complicación de tipo postquirúrgico agregada, la presencia de alteración al estado general, mialgias, artralgias y picos febriles; ya que posterior a la segunda intervención quirúrgica se le deja un drenaje, **a lo que menciona el médico tratante que es secundario a dicho drenaje, que NO tiene problema.** Por este motivo se considera que en esta ocasión se presenta el **Sexto Error** médico, debido a que **NO** se da la importancia necesaria al proceso y el paciente debe acudir a la realización de otro estudio Tomográfico en donde se encuentra la presencia de líquido libre en la zona del procedimiento quirúrgico, posterior a lo cual se realiza una Punción por Ecosonografía de la misma y se obtiene una material sero-hematico, en donde al realizarse estudios de **Cultivo y Antibiograma se obtiene una Bacteria de infección Nosocomial importante y grave que es la E. Coli.**

8.- En hecho conjunto a lo anterior al solicitar una segunda opinión por Medico Patólogo, se realiza el hecho de mencionarle en un inicio por el **Dr. Horacio Decanini que en sus cortes NO existe un diagnóstico de Carcinoma Renal**; pero que al saber el origen de las piezas y la inconformidad del paciente con el primer diagnóstico y tratamiento y en consecuencia del segundo, este aplica un diagnóstico de positividad al mismo; **y al solicitar el paciente sus laminillas las que presentan la supuesta tumoración y/o el diagnostico NO le son entregadas al mismo. Esto enmarca un hecho de encubrimiento de un error médico. Que lo convierte en un hecho de falta de Ética Médica y por lo tanto un hecho Negligente.**

Conclusión Médico-Legal.

Dentro de lo anteriormente descrito, en el cuerpo de la presente Pericial Medica, podemos decir lo siguiente: 1.- Dentro de la presente Pericial Médica se puede observar que **existen seis errores médicos** que pusieron en peligro la integridad del paciente: **El Primero de ellos**, que fue subsanado por la buena acción del Medico Anestesiólogo, al suspender el procedimiento quirúrgico hasta estar en condiciones óptimas para la cirugía; aquí mismo se debe hacer mención que en base a los antecedentes del paciente y sus patologías previas, sus medicamentos **se puso en riesgo al paciente al NO realizar una Valuación Medica Previa al Acto Quirúrgico, para la valoración del riesgo quirúrgico del paciente**. Lo anterior es lo que conlleva en si el primer error. **El segundo error** que se comete en perjuicio de la salud y que así

mismo pone en riesgo la integridad del paciente **es que NO se toma en cuenta una SEGUNDA opinión y/o una alternativa al tratamiento quirúrgico ofrecida por el Dr. Prada; además se vuelve a cometer la FALTA de valuación Medica Previa al Acto Quirúrgico, para evaluar el riesgo mismo, en donde por SEGUNDA ocasión NO se retira el medicamento Plavix y en esta ocasión SI causa trastornos de la coagulación sanguínea en forma general del paciente y además de trastornos de la cicatrización y SI pone en RIESGO SU INTEGRIDAD y su VIDA. En un error de apreciación del Diagnostico Histopatológico, se somete al paciente a un procedimiento quirúrgico innecesario en forma secundaria, con una premura y/o urgencia NO necesaria**; lo que en final del tiempo se considera que las acciones Medicas realizadas se pueden clasificar de la forma: se ocasionaron alteraciones de la fisiología del paciente **que SI ponen en riesgo su vida y que en forma secundaria SI dejan una secuela funcional,** la alteración de la función renal, que recae en una Insuficiencia Renal por la extirpación del órgano y perdida de la función. Ademas del acto Negligente y falto de Ética Profesional de Robar las laminillas Histopatológicas de la Biopsia Transoperatoria y NO otorgar un Diagnóstico certero de la patología presentada por el paciente, acto realizado por el segundo patólogo de interconsulta. Saltillo Coahuila Diciembre 9 del 2014.

Atentamente.

Dr. Luis Ignacio Medina Cepeda.

Perito Médico Legista.