

DICTAMEN MEDICO PERICIAL EJERCICIOS 1

PETICIONARIO:

Mtra. Leyla GUasnabana, Agente del Ministerio Público de la Federación, del Sistema Tradicional, Delegación Estado de México, de la Procuraduría General de la República.
Expediente: AP/PGR/MEX/NAU-II/0000/0000/17.

FUNDAMENTACIÓN

MOTIVACIÓN

_____ El objeto del presente, es _____
establecer:

- Si en la atención médica.
- Si en la atención médica.
- Si la intervención quirúrgica realizada el
- Si las complicaciones presentadas por el C. Arturo N.
- Si se aprecian alteraciones en la salud del C. Arturo N derivadas de mal praxis.

Para ello, se empleará el método científico analítico-deductivo, es decir, el análisis y aplicación de los principios generales de _____

I.- ANTECEDENTES.

a).- Síntesis de la denuncia.

El 10 de diciembre de 2012 el C. Arturo N ante la Procuraduría General de Justicia del Estado de México presentó querrela contra E. Malon Croa y Juan Carlos de la Fuente Zuno y/o quien resulte responsable. Por la comisión de lo que consideró hechos constitutivos de los delitos de lesiones y encubrimiento, señalando en síntesis ser de oficio hojalatero, debido a dolor persistente en hombro derecho el 08 julio de 2011 el doctor Adolfo XX Zavala

después de varias citas médicas y estudios clínicos determinó que era necesario que se realizara una cirugía tipo Jones en hombro derecho la cual fue programada para realizarse el 28 de marzo de 2012 por el doctor XX Zavala haciéndose responsable de la misma el doctor E. Malon Croa.

El día de la cirugía (28-03-12) inexplicable e injustificadamente estuvo en espera por un lapso de cuatro horas, recibiendo la explicación que el retraso era derivado de la inasistencia del doctor XX Zavala. Cuatro horas después le pasan a la sala de cirugía, la parte actora se percata de la entrada de un médico diverso del cual desconocía su nombre, el cual que manifestó: *“me mandan a última hora a hacer esta cirugía a esta persona que yo ni conozco, ni sé que es lo que tiene, ni lo que le voy a hacer ¿en dónde está su expediente?...”*

El suscrito al percibir la actitud del médico y posterior a sus comentarios de manera reiterada, *solicitó que no se le operara* a lo que dicho médico por demás petulante lo ignoró y no pronunció palabra alguna, posteriormente el suscrito se dirigió al anestesiólogo solicitándole que no lo operara, le refiere el anestesiólogo que el paciente debe firmar papeles para desistirse de la realización de la cirugía, señaló que el anestesiólogo colocó una mascarilla siendo lo último que recuerda hasta que despertó en el mismo quirófano siendo informado que la cirugía ya había terminado.

Se le informó que no lo había operado el doctor XX Zavala, sin que le revelaran los datos de los médicos que lo operaron, ni del anestesiólogo.

Posterior a la cirugía el brazo derecho ha perdido toda movilidad aunado a que los dolores han aumentado considerablemente, se le han realizado electromiografías en las que reportan lesión del nervio axilar.

El C. Arturo N el 11 de enero de 2013 ratificó ante la Representación Social de la de la Federación la denuncia realizada el 10 de diciembre de 2012, se le pidió la media filiación al compareciente del doctor Adolfo XX Zavala dando una descripción del médico; del doctor que refiere llegó a la sala de cirugía en lugar del doctor XX Zavala sin que el paciente recordara la media filiación, tampoco recuerda la media filiación del médico anestesiólogo; realizó descripción de la media filiación del doctor de la + Alvarez y del doctor E. Malon. También ante pregunta expresa, refirió que no conoce en que consiste la cirugía de Jones y que sólo le informaron que esa era la cirugía que le iban a practicar.

b).- Declaraciones ministeriales.

No obran otras declaraciones ministeriales, ignoramos si se rindió alguna.

c) Informes periciales.

Dictamen médico suscrito el 19 de febrero de 2013 por el Dr. José N, perito médico legista adscrito a la Procuraduría General de la República, donde en Planteamiento del problema en síntesis menciona ...integridad física y clasificación médico legal de las lesiones, así como determinar si el servicio de atención médica proporcionada al denunciante, fue el adecuado, determinar el correcto o incorrecto ejercicio médico, así mismo establezca si existió o no negligencia médica y responsabilidad profesional por parte de los que intervinieron en su atención médica en el Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes del IMSS, así como su clasificación legal.

Señalando el método de estudio, el material, los antecedentes, consideraciones técnicas y análisis médico legal. **El documento no concluye por ausencia de hojas** (aún con integridad de folios 169,170, 171 continúa con el folio 172, documento ajeno al dictamen).

d).- Informes institucionales.

Comunicado suscrito el 05 de noviembre de 2012 por el Dr. Juan Carlos de la Fuente Zuno Titular de la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), Hospital de Traumatología y Ortopedia “Lomas Verdes” del Instituto de Mexicano del Seguro Social en Naucalpan de Juárez, Estado de México: con relación a la indemnización solicitada por el C. Arturo N donde en síntesis señaló refiere que la comisión bipartita para la resolución de quejas de la Junta de Gobierno de la UMAE resolvió que la queja es improcedente desde el punto de vista médico. Refiere que las lesiones son originadas por su problema artrósicos degenerativo de fondo y no guarda relación alguna con los procedimientos quirúrgicos realizados que tenían el objeto de aliviar el dolor y mejorar la movilidad. No ha lugar a la indemnización, se establece que fue atendido en tiempo y forma con los recursos adecuados, no existiendo negligencia, impericia u omisión en la atención médica la cual fue acorde a las Normas Médicas institucionales establecidas.

e).- Resumen clínico.

Expediente disponible:

Notas de 2005 y 2006 hacen referencia a control postoperatorio de artroplastía total de rodilla izquierda.

07 de noviembre de 2006. Ortopedia. Paciente de 56 años postoperado de artroplastía total de rodilla izquierda el 18-03-2003 con fístula de bajo gasto. Ruptura de la porción larga del bíceps derecho con flexión y extensión adecuada del codo. Dr. Hugo Vilchis Sámano.

04 de marzo de 2008. Sesión clínica radiológica: Masculino 60 años con dolor de hombro derecho de 7 años de evolución que le limita la movilidad en abducción. Clínicamente con signo

de Laghman a la rotación interna, externa, flexión, extensión y abducción. Paciente con diagnóstico de síndrome del manguito rotador derecho con riesgo quirúrgico ASA II, y RTE (riesgo tromboembólico) moderado. Se programa para cirugía el 31 marzo de 2008, internamiento 28 marzo de 2008.

31 de marzo de 2008, 20:30 hrs. Nota postquirúrgica. Diagnóstico pre y postquirúrgico: síndrome de pinzamiento de hombro derecho. Cirugía programada y realizada protocolo de pinzamiento de hombro. Se refiere anestesia regional. Se realiza por abordaje anterolarteral de hombro derecho osteotomía Mumford, se identifica lesión de mango de los rotadores de 3 cm, reparación del mango rotador, sección de ligamento coracoacromial, osteotomía de acromion a 45 grados, Cirujano: Dr. González Carranza y ayudantes Dr. Sedano R3 y Dr. Ruiz R2. Tiempo quirúrgico: de 50 min y sangrado de 200 cc. Dr. Sedano R3 TO (residente de tercer año de Traumatología y Ortopedia). Obra carta de consentimiento informado **sin especificar fechas** para realizar cirugía de protocolo de pinzamiento de hombro.

No obra nota postoperatoria del procedimiento.

01 de abril de 2008. Alta hospitalaria. Fecha de ingreso: 12-03-08, egreso: 01-04-08. Diagnóstico de ingreso: síndrome de pinzamiento de hombro derecho y cirugía realizada protocolo de hombro derecho, se señaló con limitación funcional desde hacía 25 años con dolor constante, limitación funcional, aumento progresivo [sic] y luxaciones recurrentes de hombro. Dr. Borja, médico de base.

16 de abril de 2008. Alta y envío a Rehabilitación. Postoperado de protocolo de pinzamiento de hombro derecho con reparación del mango rotador a nivel del tendón del supraespinoso por ruptura de 3.0 cm de diámetro de espesor completo, más descompresión. Ruptura de porción larga del bíceps derecho. Dr. Núñez.

Notas varias de 2009, del servicio de Columna con diagnóstico de lumbalgia crónica agudizada y espondiloartrosis, con datos de estenosis lumbar, manejado conservadoramente con medicamentos, medidas generales y envío a Rehabilitación. Se hace mención de cirugía de hombro de 2008.

22 de febrero de 2010. Ortopedia. Paciente de 62 años con diagnóstico de síndrome doloroso lumbociático derecho secundario a estenosis de canal lumbar de recesos laterales L4-L5. Se envía a Rehabilitación y se plantea necesidad de realizar recalibrado de nivel L4 de acuerdo a evolución presentada por el paciente. Se encuentra con marcha claudicante, uso de bastón,

contractura muscular, Lasegue derecho positivo, hiperestesia L4 derecho. Dr. Hugo Vilchis Sámano.

12 de marzo de 2010. Electromiografía. Reporta: Anormal indicativo de neuropatía sensorial de nervio tibial bilateral y motora de miembro pélvico izquierdo por debajo de cicatriz quirúrgica. Dr. XX.

27 de junio de 2010, 20:56 hrs. Nota de ingreso. Patología lumbar, se reporta resonancia magnética lumbar con artrosis facetaria derecha de L4-L5 moderada con protrusión discal de L2-L3 central que no contacta con las raíces y sólo deforma levemente el saco dural. Se realiza diagnóstico de estenosis de recesos laterales de L4-L5. Dr. Montes R1 TO.

29 de junio de 2010. Hoja de recepción de paciente en quirófano, envió por el servicio de Columna a cargo del Dr. Vilchis, bloqueo terapéutico. Hay registros de enfermería e indicaciones.

29 de junio de 2010. Nota postquirúrgica. Diagnóstico: síndrome doloroso lumbar derecho secundario a estenosis lumbar de recesos laterales de L4-L5. Se realizó bloqueo terapéutico de recesos laterales de L5 y bloqueo terapéutico de L4-L5. Cirujano Dr. Andaluz Jefe de servicio, Dr. Vilchis.

21 de enero de 2011. Valoración, paciente por lesión del mango de los rotadores derechos, con limitación de arcos de movilidad, sin estudios en esa fecha que reportar, solicita ultrasonido de hombro derecho y rayos X. Integra diagnóstico de secuelas de lesión del mango de los rotadores y dolor residual. Dr. Adolfo XX Zavala.

04 de febrero de 2011. Reporte de estudio de Ultrasonido de hombro derecho, con cambios artrósicos en bordes del acromion, con cambios postquirúrgicos por probable acromioplastía, rotura parcial del tendón del supraespinoso en su inserción, calcificación en la bursa “*subacriosubdeltoidea*” (sic). Dra. Rivera.

04 de febrero de 2011, 11:20 hrs. Masculino de 63 años con diagnóstico de lesión del mango de los rotadores derecho, postoperado de protocolo de pinzamiento en marzo de 2008. Se refiere clínicamente con arcos de movilidad con abducción a 80°, flexión 90°, rotación interna 10°, externa de 45°, dolor intenso en sitio de herida quirúrgica, con signo de Lift off positivo, Yergason positivo, pinzamiento I y II positivos, Popeye positivo. Es valorado con ultrasonido que reporta cambios artrósicos a nivel de acromion, con ruptura parcial del tendón del supraespinoso y calcificación de la bursa subacromiodeltoidea. Se establece que el paciente amerita de manejo quirúrgico consistente en cirugía de revisión y reparación del mango de los rotadores. **Se valorará**

realización de dicha propuesta quirúrgica una vez realizado procedimiento de artroplastía total de rodilla derecha ya programada en esa fecha. Dra. Marcela Fonseca Bernal.

05 de junio de 2011. Nota postoperatoria. Diagnóstico: gonartrosis derecha y realización de cirugía programada artroplastía total de rodilla derecha primaria cementada. Cuenta con notas varias de junio de 2011 relacionadas con hospitalización por padecimiento gonartrosis derecha.

07 de junio de 2011. Nota de Alta hospitalaria. Diagnóstico de ingreso: gonartrosis derecha, egreso: 07-06-2011 postoperado de artroplastía total de rodilla sin complicaciones.

08 de julio de 2011. Valorado por dolor en hombro derecho con atrofia deltoidea, abducción a 100°, flexión 10°, rotación interna 30°, externa 30°, con arcos dolorosos, Speed positivo, Yergason negativo, Pinzamiento I y II positivos. Se menciona USG del 04-02-11 que reporta cambios artrósicos en bordes del acromion, cambios postquirúrgicos por probable acromioplastía, rotura parcial del tendón del supraespinoso en su inserción, calcificación en la bursa subacromial subdeltoidea. Se envía a sesión clínica de miembro torácico para valorar cirugía de revisión artroscópica. Dr. Adolfo Torrez Zavala.

[Día ilegible] **de noviembre de 2011.** Refiere dolor de hombro derecho con limitación de arcos de movilidad, los grados de movilidad se encuentran [ilegible]. Resonancia magnética con lesión de mango de los rotadores con ruptura completa de supraespinoso y ruptura total de porción larga del bíceps. Se inicia protocolo quirúrgico. Dr. Adolfo XX Zavala.

27 de enero de 2012, 09:42 hrs. Nota preoperatoria. Riesgo quirúrgico, tabaquismo no reciente. Diabético de 3 años de evolución, hipertenso del mismo tiempo. Tres infartos de miocardio en 94 y 95, Múltiples cirugías de rodilla izquierda, penúltima de ellas artroplastía en 2002, cirugía de hombro derecho hace 3 años y de columna en 2010, artroplastía de rodilla derecha en junio de 2011. Se otorga riesgo quirúrgico ASA II, Goldman II. Integra diagnóstico de Diabetes mellitus no insulino-dependiente, sin mención de complicación. Hipertensión arterial esencial primaria. Insuficiencia venosa crónica periférica. Dra. Norma Angélica Rosales Martínez.

27 marzo de 2012, 17:30 hrs. Valoración preanestésica, antecedentes personales patológicos con cirugías múltiples de rodilla izquierda, cirugía de columna por hernias discales, artroplastía total de rodilla (ATR) derecha, cirugía de hombro derecho. Signos vitales en parámetros, exploración física resultado de laboratorios paraclínicos del 26-01-12 con lo que se otorga riesgo quirúrgico ASA II, Goldman II. Dr. Samperio R2 de Anestesiología.

27 de marzo de 2012. Consentimiento para procedimiento anestésico dado por el paciente N Arturo realizada por el Dr. Ismael López Valdés otorgándose consentimiento para realizar anestesia electiva general inhalatoria.

27 de marzo de 2012. Nota de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, con Riesgo quirúrgico ASA II, Goldman I, diagnóstico preoperatorio: Artrosis Glenohumeral severa. Operación proyectada Artroplastía de resección tipo Jones a húmero derecho. Fecha solicitada 28-03-12 se indica hora deseada: vespertina. Se encuentra firmada por el paciente, el Dr. Gutiérrez Díaz Ceballos y el Dr. Estrada Malacon MJS (médico Jefe de servicio), y una autorización genérica, firmada por el paciente.

27 marzo de 2012. Nota prequirúrgica. Diagnóstico preoperatorio de artrosis glenohumeral severa. Cirugía proyectada: artroplastía de resección tipo Jones a húmero derecho. [ilegible] la descripción tomográfica de hombro derecho. En la exploración física se reporta con abducción de 60°, flexión 70°, rotación externa incompleta, no realiza maniobras especiales por dolor, signo de Popeye por desinserción del bíceps en su extremo distal. Se refiere pronóstico bueno para la vida, malo para la función. Dr. Gutiérrez Díaz Ceballos, Dr. Estrada Malacón MJS, Dr. López Doria R2 TyO.

28 de marzo de 2012, 19:30 hrs. Nota postquirúrgica. Diagnóstico prequirúrgico: artrosis glenohumeral derecha severa. Qx (cirugía) programa: artroplastía de resección tipo Jones a húmero derecho. Cirugía realizada: artroplastia de resección tipo Jones a húmero derecho. Se menciona abordaje deltopectoral de 5 cm de longitud. Capsulotomía, lesión masiva de mango rotador. Osteotomía con cincel. Se realiza plicatura capsular. Cirujano: Dr. Pedro Ruiz MBTYO, Ayudante: Dr. López Doria R3 TYO, Anestesiólogo: Dr. López V MBA, Sangrado: 100 cc, tiempo quirúrgico: 60 min.

28 de marzo de 2012. Nota de registro de anestesia y recuperación: procedimiento anestesia general balanceada sin complicaciones registradas. Dr. Ruiz

28 de marzo de 2012, 23:07 hrs. Nota postquirúrgica. Con mancha hemática en miembro torácico derecho con buena movilidad distal, sensibilidad y fuerza conservada, llenado capilar inmediato. Dr. Adrián Azpiri Gómez R1 TyO

27 de marzo de 2012. Nota de egreso hospitalario. Fecha de ingreso: 25-03-12, fecha de egreso: 27-03-12, fecha de cirugía 28-03-12 [sic]. Diagnóstico de ingreso: artrosis glenohumeral severa. Diagnóstico de egreso: artroplastía de resección tipo Jones a húmero derecho. Sin

complicaciones postquirúrgicas; con herida quirúrgica limpia, sin datos de sangrado o infección. Sensibilidad distal conservada, moviliza ortejos, sin compromiso neurovascular. Dr. Solís R1 TyO

31 de julio de 2012, 10:27 hrs. Limitación funcional, solicita TAC (tomografía axial computarizada) y resonancia magnética de hombro derecho, así como electromiografía de miembros superiores. Se envía a sesión clínica-radiográfica con diagnóstico de capsulitis adhesiva de hombro. Dr. Gustavo Porras Ugalde.

09 de agosto de 2012. Estudio de electromiografía, reporta electromiografía anormal indicativo de lesión de nervio axilar derecho tipo axonotmesis con afección del 50%. Dra. Martínez.

19 de septiembre de 2012. Reporte de electromiografía, anormal indicativo de neuropraxia sensorial y motora de miembros torácicos del tipo de la desmielinización segmentaria moderada y degeneración axonal severa, proximal de musculocutáneo y axilar derechos. Moderados del lado izquierdo. Dra. Ramírez R.

19 de septiembre de 2012, 12:55 hrs. Reporte de electromiografía arriba referida. Envía a sesión clínica para valorar prótesis reversa de hombro. Dr, Adolfo XX Zavala.

02 de octubre de 2012. Sesión clínica de Miembro Torácico. Con antecedente de dolor intenso de hombro derecho y diagnóstico de lesión de mango rotador derecho siendo tratado quirúrgicamente en 2008 mediante protocolo de hombro persiste con dolor, con aumento progresivo por lo que se realiza artroplastía de resección de hombro derecho tipo Jones el 28-03-12 con rehabilitación por 5 meses sin mejoría. Dolor intenso en hombro, brazo y antebrazo y limitación funcional de todos los arcos de movilidad del hombro y disminución de fuerza muscular e incapacidad funcional de la extremidad. Electromiografía del 19-09-12 reporta desmielinización segmentaria moderada y degeneración axonal severa de nervios musculocutáneo y axilar derechos. A la exploración física se encuentra con abducción 1 grado, extensión 10 grados, flexión 10 grados, incapacidad para rotaciones, fuerza muscular 3, disestesias en dermatomas C5, C6, C7 y T1, llenado capilar de 2 segundos. Manejado con neuromodulador y antiinflamatorios, se envía a la consulta externa para realizar nueva electromiografía.

02 de noviembre de 2012. Electromiografía realizada que se reporta anormal, indicativa de lesión de nervio axilar tipo axonotmesis con afección del 40%, neuropraxia de nervio musculocutáneo derecho. Neuropatía desmielinizante de fibras motoras y sensitivas de origen metabólico de miembros torácicos. Dra. Martínez.

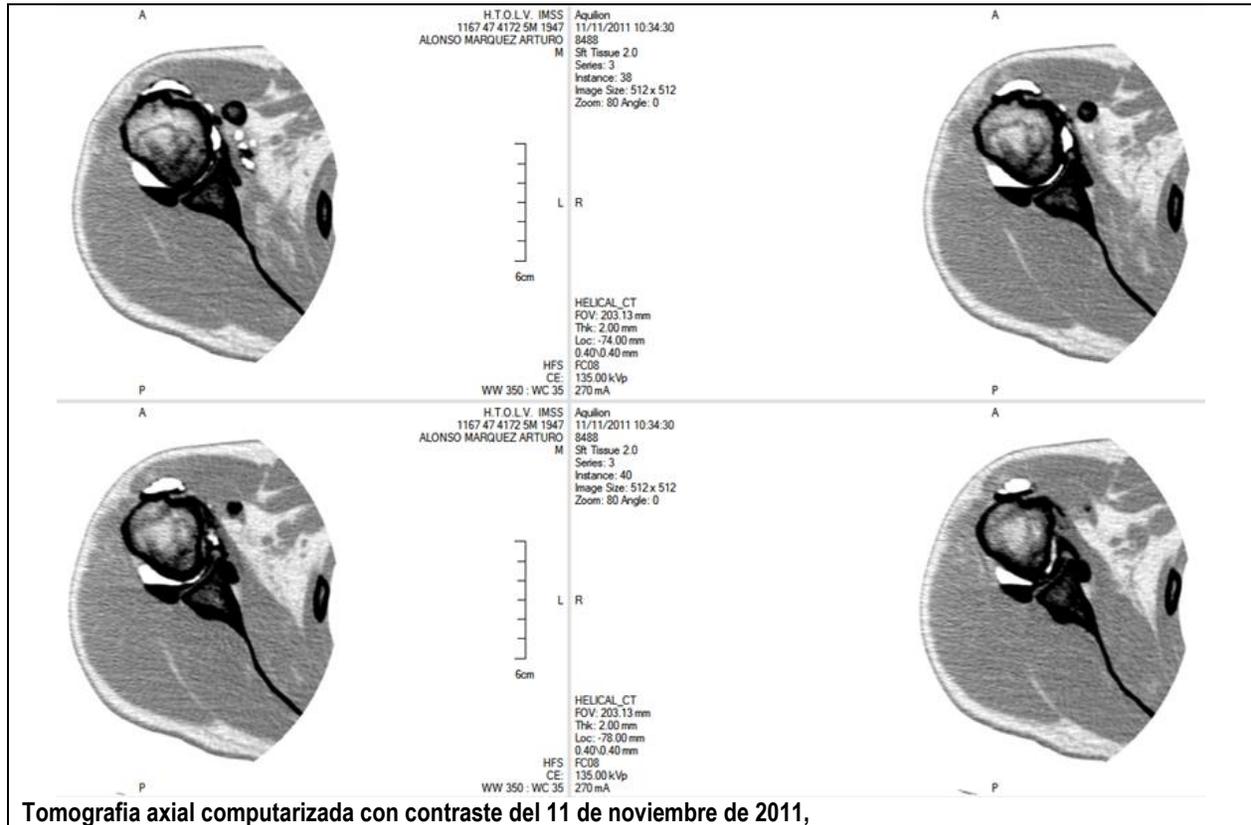
05 de diciembre de 2012, 11:42 hrs. Limitación de arcos de movilidad, así como parestesias a nivel de miembro torácico derecho, menciona reporte de electromiografía del 02-11-12 con lesión de nervio axilar tipo axonotmesis con afección del 40%, así como neuropraxia del nervio musculocutáneo derecho. Solicita nueva electromiografía de miembro torácico derecho. Dr. Adolfo XX Zavala.

14 de diciembre de 2012, 13:20 hrs. Paciente de 64 años de edad postoperado de resección parcial de la “cabeza articular” [sic] el 28-03-12 por artrosis glenohumeral derecha mas lesión de nervio musculocutáneo derecho y axilar derecho. Dolor a nivel de hombro, en escápula, a nivel de brazo y antebrazo con presencia de edema. Se reporta electromiografía del 11-11-12 con lesión de nervio axilar tipo axonotmesis, con mínimos cambios de reinervación. Se envía a sesión clínica para revaloración del caso. Dr. Jorge Salvador de la + Álvarez.

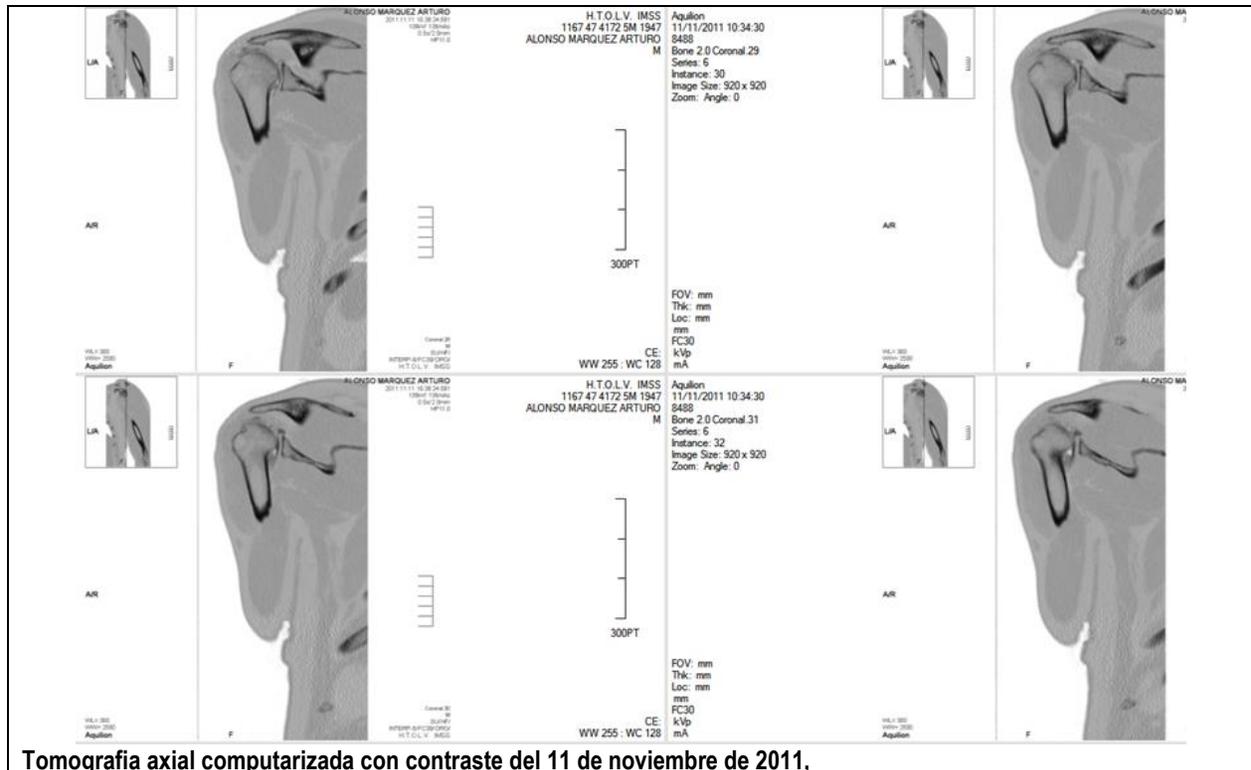
14 de diciembre de 2012. Electromiografía que reporta estudio electromiográfico anormal indicativo de lesión del nervio axilar derecho del tipo de la axonotmesis, con mínimos datos de reinervación (no funcionales). Neuropraxia incipiente del nervio mediano a nivel de túnel del carpo con mayor afección sensorial. Dra. Gómez Malpica.

En la documental enviada a análisis obran 2 discos compactos con imágenes diversas de estudios, radiográficos tomográficos simples y contrastados además donde se destacan las siguientes imágenes.





Tomografía axial computarizada con contraste del 11 de noviembre de 2011,



Tomografía axial computarizada con contraste del 11 de noviembre de 2011,



II.- ANALISIS DEL CASO

La información bibliográfica señala lo siguiente:

Consideraciones.

En síntesis

III.- BIBLIOGRAFÍA.

IV.- CONCLUSIONES

FIRMA