

Bogota, mayo 5 de 2021

Señores

**JUZGADO 3 CIVIL DEL CIRCUITO DE SOGAMOSO**

REF: Proceso Ordinario de Responsabilidad Civil

DTE: ROSANA CASTAÑEDA TARAZONA

DDOS: SALUDCOOP EPS y CLINICA EL LAGUITO S.A.

RAD: 2007-00023 (J3)

En respuesta a su solicitud de peritaje sobre el caso en mención, paciente BERNARDO RATIVA CRISTANCHO inicialmente hago un breve resumen sobre la historia que recibí. Hay 2 ingresos: el primero del 16 Agosto de 2005 acude el paciente Bernardo Rativa a ips Duitama, cuyo motivo de consulta, por caída de escalera, con trauma en tobillo derecho, se ordena rx y analgesia e inmovilización- luego en una nota de urgencias clínica el Laguito Sogamoso, hecha a mano del 30 de junio de 2006, firmada por dr Henry Vargas, se anota ingreso por caída de motocicleta en marcha, 2 horas antes, con "escoriación frontal de 8 x 7 cms, herida parietal izquierda de 5 cms no signos de fractura, con examen neurológico "normal", quien hace relato detallado de lo sucedido". Y "no hay focalización", Dolor en hombro izquierdo, Se realiza rx de hombro, se sutura heridas y se da salida con recomendaciones de "consultar inmediatamente si hay signos de alarma". Además hay notas de enfermería con datos similares, anotando que ingreso a las 20: 45 hs y "sale caminando a las 23 horas" "se observa estable y no refiere molestias"-

Les informo que desconozco más datos sobre el seguimiento de este paciente y las circunstancias de su deceso.-no hay notas de necropsia.

Además no conozco en persona a ninguno de los mencionados en este pleito y sobre el cuestionario le respondo:

1.1.- Si el comportamiento del doctor HENRY VARGAS FERREIRA, frente al paciente BERNARDO RATIVA CRISTANCHO tiene relación de causalidad con su muerte,

RESPUESTA: En esta nota de atención de urgencias veo que se atendió al enfermo de manera adecuada y de acuerdo a los protocolos usuales de manejo para este tipo de traumas.- en ningún momento se menciona que el enfermo aquejara dolor de cabeza, hubiera perdido la conciencia o presentara algún síntoma neurológico que ameritara tomar más imágenes o dejarlo más tiempo del que estuvo.- tampoco se menciona que estuviera ebrio.

1.2.- Si dicho comportamiento médico dentro de la estimativa profesional fue determinante del fallecimiento del paciente.

RESPUESTA: La respuesta es similar a la anterior, en la historia clínica anexada, veo que se atendió con diligencia.-

No conozco fecha ni las causas del fallecimiento de este paciente.-

1.3.- Si dicho comportamiento médico está de conformidad con la técnica normal requerida y si corresponde a la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos.

RESPUESTA: Se atendió de acuerdo a las normas generales de manejo del trauma.-

Es muy importante anotar que en casos de este tipo, siempre se debe advertir al enfermo y familiares o acompañantes, sobre la necesidad de reconsultar por urgencias o consulta externa, en caso de aparición de síntomas o persistencia de los mismos – pues el trauma es un proceso evolutivo, que puede cambiar en horas, días, o semanas y presentarse complicaciones que no fueran detectadas en las primeras horas del accidente. Por lo anterior es tan importante la advertencia al enfermo y familiares que reconsulten en caso de aparición de nuevos síntomas.

En esta nota de urgencias, se finaliza anotando que “se da salida con recomendaciones de “consultar inmediatamente si hay signos de alarma”

1.4.- Si existe culpa suficientemente comprobada del referido médico frente al paciente BERNARDO RATIVA CRISTANCHO.

RESPUESTA: Me atengo a contestar solo sobre esta atención de urgencias.- desconozco las circunstancias de resultado (secuelas o muerte) de este caso en particular.- debido a que no se anexo más datos sobre el seguimiento en los siguientes días de este caso, tampoco hojas de necropsia. Lo único posterior a la fecha del accidente es en la nota de enfermería dice fechado del 5 de julio: “se entrega incapacidad y pase a la señora”

1.5.- Sí, cuando la escanografía cerebral se hace en forma muy precoz después del trauma, puede ser normal y no demostrar el hematoma; y si el hematoma puede ser muy pequeño en ese momento o tener una iniciación tardía.

RESPUESTA: Es cierto que si se hace una escanografía cerebral precoz el resultado puede ser normal o que no demuestre un hematoma.- también es cierto que si apareciera un hematoma puede ser muy pequeño, o tener una iniciación mas tardía.

#### COMENTARIOS:

Para mas ilustración del juzgado adiciono las situaciones en las que se debe tomar una escanografía cerebral en caso de un paciente que llega a urgencias después de un trauma:

Cuando tenga mucho dolor de cabeza o vomito.

Cuando haya perdido la conciencia con el accidente,

Cuando el examen neurológico este anormal, ya sea que este desorientado, alteración de lenguaje, o de motricidad fuerza, tono equilibrio , marcha.

Cuando este bajo efectos de alcohol o sustancias que alteran el sensorio.

Cuando al examen se sospeche fractura del cráneo. O herida penetrante al craneo por bala, cuchillo, o machete.

Además , Adiciono un fragmento tomado del libro “Greenberg : handbook of neurosurgery” 8 edicion, 2016. en el capitulo relacionado con trauma craneoencefálico y las indicaciones de tomar tac cerebral. Pagina 832 -833. Lo tomo tal cual esta en el libro y hare una traducción muy aproximada a nuestro idioma. Además informo que el termino escanografía y tomografía son similares en este contexto.-

### 54.4.3 Indications for CT and admission criteria for TBI

#### General information

Numerous stratagems have been devised to determine what studies should be ordered for which patients. Patients with trivial injuries rarely need a CTscan, and those with severe head injuries obviously need one. Most of the effort centers around identifying the patient who appears to have a minor head injury but may be harboring or apt to develop a significant intracranial injury. An optimal protocol has not been developed, and a rigorous prospective application and further refinement of published systems is sadly lacking. In view of this state of affairs, the following is presented as a guideline. Patients may be stratified into one of three groups based on the likelihood of intracranial injury as outlined in the following sections.<sup>20,21</sup>

#### Traducción

#### INDICACIONES PARA TOMAR TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA ( TC) Y CRITERIOS DE ADMISION PARA TRAUMA CRANEOENCEFALICO (TCE)

#### INFORMACION GENERAL

Numerosas estrategias se han recomendado para determinar que estudios se deberían ordenar para estos pacientes.- los pacientes con lesiones triviales raramente necesitan una TC. Y aquellos con tce severo obviamente requieren una TC. La mayor parte del esfuerzo se centra en identificar al paciente que parece tener una Lesión menor en la cabeza, pero pueden albergar o ser propensas a desarrollar una lesión intracraneal significativa. Un protocolo optimo no se ha desarrollado, y una aplicación prospectiva rigurosa y un mayor refinamiento de sistemas publicados es lamentablemente deficiente. En vista de este estado del conocimiento, lo siguiente se presenta como un guía.

Los pacientes pueden estratificarse en uno de tres grupos según la probabilidad de lesión intracraneal.

como se describe en las siguientes secciones

### Category 1. Low risk for intracranial injury

Criteria

Possible findings are shown in Table 54.4.

Table 54.4 Findings with low risk of ICI

- asymptomatic
- H/A
- dizziness
- scalp hematoma, laceration, contusion, or abrasion
- no moderate nor high risk criteria (see Table 54.7 and Table 54.8, no loss of consciousness, etc.)
- no history of loss of consciousness

In this group, there is an extremely low likelihood of intracranial injury (ICI) (incidence of ICI:  $\leq$  8.5 in 10,000 cases with 95% confidence level<sup>20</sup>).

Traducción

### Categoría 1. Riesgo bajo de lesión intracraneal

Criterios

Los posibles hallazgos se muestran en la Tabla 54.4.

Tabla 54.4 Hallazgos con bajo riesgo de lesión intracraneal

- asintomático
- cefalea

Mareos

- hematoma, laceración, contusión o abrasión del cuero cabelludo

- sin criterios de riesgo moderado o alto (ver Tabla 54.7 y Tabla 54.8, sin pérdida del conocimiento, etc.)
- sin antecedentes de pérdida del conocimiento

En este grupo, existe una probabilidad extremadamente baja de lesión intracraneal (ICI) (incidencia de ICI:  $\leq 8,5$  en 10.000 casos con un nivel de confianza del 95 %).

#### Management recommendations

CT scan is not usually indicated. Plain SXR are not recommended: 99.6% of SXR in this group are normal. Linear non-displaced skull fractures in this group require no treatment, although in-hospital observation (at least overnight) may be considered.

Patients in this group who meet Criteria for observation at home shown in Table 54.5 may be managed with observation at home with written head-injury discharge instructions, e.g. as illustrated

Table 54.6.

#### Traducción

##### Recomendaciones de manejo

La tomografía computarizada no suele estar indicada. No se recomiendan los radiografías simples: el 99,6% de los rx simples de este grupo son normales.

Las fracturas lineales de cráneo no desplazadas en este grupo no requieren tratamiento, aunque se puede considerar la observación en el hospital (al menos durante la noche).

Los pacientes de este grupo que cumplen los Criterios de observación en el hogar que se muestran en la Tabla 54.5 pueden tratarse con observación en el hogar con instrucciones escritas para la descarga –salida de pacientes con lesiones en la cabeza, p. Ej. como se ilustra

Tabla 54.6.

Table 54.6 Sample discharge instructions for head injuries

Seek medical attention for any of the following:

1. a change in level of consciousness (including difficulty in awakening)
2. abnormal behavior
3. increased headache
4. slurred speech
5. weakness or loss of feeling in an arm or leg
6. persistent vomiting
7. enlargement of one or both pupils (the black round part in the middle of the eye) that does not get smaller when a bright light is shined on it
8. seizures (convulsions or fits)
9. significant increase in swelling at injury site

Traducción

Tabla 54.6 Ejemplo de instrucciones de salida para lesiones en la cabeza

Busque atención médica para cualquiera de los siguientes:

1. un cambio en el nivel de conciencia (incluida la dificultad para despertar)
2. comportamiento anormal
3. aumento del dolor de cabeza
4. lenguaje arrastrado
5. debilidad o pérdida de sensibilidad en un brazo o una pierna
6. vómitos persistentes

7. agrandamiento de una o ambas pupilas (la parte redonda negra en el medio del ojo) que no se hace más pequeña cuando una luz brillante brilla sobre él
8. convulsiones (convulsiones o ataques)
9. aumento significativo de la hinchazón en el sitio de la lesión

### Category 2. Moderate risk for intracranial injury

#### Criteria

Possible findings are shown in Table 54.7

#### Management recommendations

1. head CTscan (unenhanced): clinical grounds alone may miss important lesions in this group.<sup>22</sup>  
8–46% of patients with minor head injury (MHI) have an intracranial lesion (the most frequent finding was hemorrhagic contusion)<sup>23</sup>
2. SXR (p.833): not recommended unless CTscan not available. Useless if normal. A SXR is helpful only if positive (a clinically unsuspected depressed skull fracture might be important)
3. observation
  - a) at home, if the patient meets the criteria outlined in Table 54.5. Provide caregiver with written head-injury discharge instructions (sometimes called “subdural precautions”), as shown in Table 54.6

### Categoría 2. Riesgo moderado de lesión intracraneal

#### Criterios

Los posibles hallazgos se muestran en Tabla 54.7

#### Recomendaciones de manejo

1. tomografía computarizada de la cabeza (sin contraste): los motivos clínicos por sí solos pueden pasar por alto lesiones importantes en este grupo.

8-46% de los pacientes con traumatismo craneoencefálico menor (MHI) tienen una lesión intracraneal (la más frecuente hallazgo fue contusión hemorrágica)<sup>3</sup>

2. radiografía simple(SXR) (p.833): no se recomienda a menos que TC no esté disponible. Inútil si es normal. Un SXR es útil solo si es positivo (una fractura de cráneo deprimida clínicamente insospechada podría ser importante)

3. observación

a) en casa, si el paciente cumple los criterios descritos en la Tabla 54.5.

Proporcionar al cuidador un escrito CON

Instrucciones para la descarga de lesiones en la cabeza (a veces llamadas "precauciones subdurales"), como se muestra.

en Tabla 54.6

Table 54.7 Findings with moderate risk of ICI

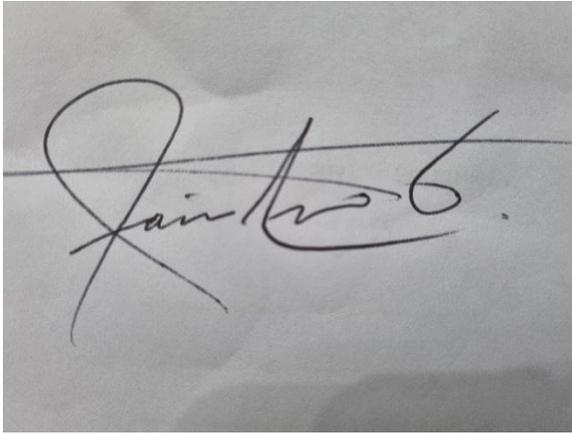
1. history of change or loss of consciousness on or after injury
2. progressive H/A
3. EtOH or drug intoxication
4. posttraumatic seizure
5. unreliable or inadequate history
6. age <2 yr (unless trivial injury)
7. vomiting
8. posttraumatic amnesia
9. signs of basilar skull fracture
10. multiple trauma
11. serious facial injury
12. possible skull penetration or depressed fracture
13. suspected child abuse

Tabla 54.7 Hallazgos con riesgo moderado de LESION INTRACRANEAL(ICI)

1. antecedentes de cambio o pérdida del conocimiento después de una TRAUMA
2. cefalea progresiva
3. Intoxicación por alcohol o drogas
4. convulsión postraumática
5. historial poco confiable o inadecuado
6. edad <2 años (a menos que haya una lesión trivial)
7. vómitos
8. amnesia postraumática
9. signos de fractura de cráneo basilar
10. trauma múltiple
11. lesión facial grave
12. posible penetración del cráneo o fractura deprimida
13. sospecha de abuso infantil

De lo anterior me acojo a que este paciente estaba en el grupo 1 de bajo riesgo de lesión intracraneal como lo anote anteriormente . No tenía ningún criterio de alarma inicial y se podía dar salida con recomendaciones de reconsultar en caso de presentar alguno de los síntomas o signos que lo indicaran.

Cordialmente.

A black and white photograph of a handwritten signature in cursive script. The signature is written on a light-colored background and is somewhat stylized, with a large initial 'J' and a long horizontal stroke that extends across the middle of the signature.

JAIME ANDELFO ARIAS GUATIBONZA

Profesor de Neurocirugia

Facultad de medicina

Universidad Nacional de Colombia.

CC 91.231.148

Correo [jaariasgu@unal.edu.co](mailto:jaariasgu@unal.edu.co)