

SEÑOR (a)

JUZGADO PRIMERO (1) CIVIL DEL CIRCUITO TRANSITORIO DE BOGOTÁ.

E. _____ S. _____ D. _____

Carrera 9 No. 11-45

Torre Central Complejo Virrey Piso. 4.

Ciudad

MEDERI HUM Rad. No:32487

Fecha: 12/12/2019 Hora:13:04:10

Rte: JESUS LOPEZ BRAVO

Dest: JUZGADO PRIMERO %281%

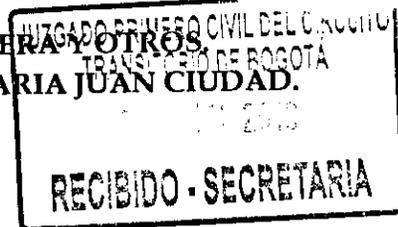
CIVIL DEL CIRCUITO TRANSITORIO

No. Folios: 35 Anexos: Doc. Suelt

REF: PROCESO No 2011-0059-046

Demandante: AURA MARIA MARÍN HERRERA Y OTROS

Demandados: CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD.



Cordial saludo,

JESUS FERNANDO LOPEZ BRAVO mayor de edad, vecino y residente en esta ciudad, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.117.355 de Fontibón, portador de la T.P. No. 38.402 del C.S. de la J. actuando en calidad de apoderado general y representante legal ante autoridades jurisdiccionales y administrativas de la demandada, CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD - HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR, dentro del término de traslado señalado en el auto de fecha 06 de diciembre de 2019, providencia notifica por anotación en ESTADO No. 23 el día 09 de diciembre del año en curso, me permito manifestar lo siguiente:

-1. Teniendo en cuenta que en el auto del 21 de octubre de 2019, notificado por estado el día 22 de octubre de la anualidad, ordenaba requerir al "Dr. Hernán Sepúlveda Martínez a través de la actora, para que en el término de diez (10) días, proceda a rendir las aclaraciones requeridas por la pasiva al dictamen pericial", término que se vencía el día 06 de noviembre de 2019, y que no fue cumplido por el perito, teniendo en cuenta que el apoderado de la parte demandante solicitó extensión del plazo para rendir la aclaración al dictamen pericial el día 07 de noviembre, es decir, por fuera del término otorgado por el despacho. Y las aclaraciones presentadas por el Dr. Hernán Sepúlveda Martínez fue el día 12 de noviembre de 2019, es preciso solicitarle al señor Juez no tener en cuenta las aclaraciones al dictamen pericial presentadas por el Dr. Hernán Sepúlveda Martínez por fuera del término otorgado; lo anterior de conformidad al numeral 2º del artículo 238 del Código de Procedimiento Civil.

2. Así mismo, es preciso manifestarle que lo solicitado por la Dra. Tatiana Lucia Sánchez Prieto, de fecha 10 de abril de 2018 ante el Juzgado Cuarenta y Seis (46) Civil del Circuito de Bogotá, fue "Decretar la objeción al dictamen pericial rendido por el Dr. Hernán Sepúlveda Martínez", y no se trata de la solicitud de una aclaración al citado dictamen pericial. Por lo tanto, Solicito al señor Juez que se tenga en cuenta lo anteriormente expuesto con el objeto de no tener en cuenta la aclaración; sino que, se decida sobre la objeción solicitada.

Ahora bien, en todo caso nos pronunciaremos con respecto a la aclaración **NO SOLICITADA**, pero si presentada por el Dr. Hernán Sepúlveda Martínez, el día 12 de noviembre de 2019, en los siguientes términos:

3.- FRENTE A LAS ACLARACIONES EMITIDAS POR EL PERITO:

En efecto, el 10 de abril de 2018 fue presentada objeción frente al Dictamen Pericial por la Dra. Tatiana Lucia Sánchez Prieto, en dónde se precisaron las razones por las cuales se ejercio la defensa contra el medio probatorio anteriormente mencionado. Por lo tanto, mantenemos las declaraciones realizadas en la oportunidad señalada; sin embargo, nos permitimos manifestar lo siguiente:

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez a la Pregunta 1.

SEÑALE SI EL CUADRO CLINICO Y PARACLINICO PRESENTADO POR EL PACIENTE SEÑOR ROBERTO DURAN RODRIGUEZ (Q.E.P.D.), EN LA CONSULTA A LA UNIDAD HOSPITALARIA BARRIOS UNIDOS EL DÍA 11 DE DICIEMBRE DE 2008, ES COMPATIBLE CON RETENCION URINARIA Y SI SE PODIA CONCLUIR QUE EL PACIENTE CURSARA CON HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA (HBP) SIN HALLERIE REALIZADO TACTO RECTAL, O SEMEJANTE?

1. El 11 de diciembre de 2008 a las 12:10 consulta porque "No puede orinar" desde hace 3 días dolor en hipogastrio con retención urinaria, asociado a cuadro de 5 días de odinofagia y fiebre subjetiva sin episodios de retencion urinaria previos. Al examen físico en aceptable estado general TA 145/85 FC 85 FR 16 afebril con tos, oro faringe hiperhémica, abdomen con globo vesical. Se hace diagnóstico de Retención urinaria, Hipertrofia prostática benigna, faringitis bacteriana. Se ordena cateterismo vesical, parcial de orina y pruebas de función renal. Se hace cateterismo vesical y se drenan 25 cc de orina turbia refiriendo dolor, tenesmo y sensación de retención urinaria luego el paciente va al baño y realiza micción espontanea. Parcial de orina reporta nitritos negativos bacterias una cruz leucocito 7,5 /uL hematies 0. Anotan persistencia de dolor tipo ardor. Orina escasa espontanea Se da salida con tratamiento ambulatorio (no anotan detalles del tratamiento) El parcial de orina es normal. El cuadro no es compatible con retención urinaria ya que el cateterismo vesical solo obtuvo 25 cc de orina cuando en una retención urinaria se puede obtener de 500 a 1000 cc de orina. El Diagnostico de una hipertrofia prostática benigna solo se puede hacer con un tacto rectal o una ecografía de vías urinarias o un TAC de pelvis luego el diagnostico solo era presuntivo.

Aclaración: La capacidad normal de la vejiga urinaria en adultos es de 300 a 500 ml y cuando ocurre una retención urinaria se pueden almacenar volúmenes de orina mayores a 500 ml. El drenaje de 25 cc de orina NO es compatible con una retención urinaria, precepto básico de fisiología que no requiere de un concepto especializado para su interpretación. Estos datos pueden ser corroborados por un perito en Urología.

Aclaración Pregunta No. 1. NO SOLICITADA. Pág. 1.

Frente a los temas de Urología, se reitera que el Dr. Hernán Sepúlveda Martínez es Médico especialista en cirugía general y se considera que por lo tanto, sólo está en capacidad para emitir conceptos médico científico respecto a su especialidad; máxime cuando estos producen efectos jurídicos.

Al respecto nos permitimos manifestar lo siguiente:

El diagnóstico clínico es compatible y se puede confirmar con el cuadro clínico que indica que tiene esa valoración, tiene dolor hipogástrico y sensación de no poder orinar, razón por la cual se pasa la sonda, no tiene fiebre, no presenta taquicardia. Por lo tanto, es compatible con retención urinaria y que tenía hipertrofia prostática, porque es un barón mayor de 50 años que refirió diagnóstico de un crecimiento prostático. La clínica de dolor hipogástrico hace pensar que uno de los diagnósticos y no se requiere tacto rectal, ni ecografía, desde el punto de vista clínico.

Además, nos ratificamos en lo expuesto por la Dra. Tatiana Lucia Sánchez Prieto en la objeción presentada:

"No se podría asegurar que el cuadro no es compatible con retención urinaria, ya que si bien el cateterismo vesical solo tuvo 25cc de orina, posterior a este, según se anota en la historia clínica del paciente, presentó micción espontánea mejorando la sintomatología por la cual consultó, situación por la cual se decide dar egreso, considerando que el cuadro de retención urinaria ya se había solucionado."

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez frente a la pregunta 2.

2 SEÑALE POR QUE RAZONES CONSULTO EL SEÑOR ROBERTO DURAN EL DÍA 12 DE DICIEMBRE DE 2008 EN LA MAÑANA EN LAS INSTALACIONES DE MEDERI Y SEÑALE SI LAS VALORACIONES CLINICAS, LA HISTORIA CLINICA Y LAS CONDUCTAS ASUMIDAS FUERON ADECUADAS Y COMPLETAS

2 (44) El día 12 dic 2008 Consulta por dolor abdominal en la zona inguinal y retención urinaria. La valoración del abdomen es bastante breve (solo 2 palabras: "Blando" y la otra ilegible). Se hace diagnóstico de retención urinaria y se solicita valoración por urología.
(46) Urología valora el abdomen como blando no doloroso, hace tacto rectal encontrando próstata grado 2 sin nódulos. Ordena sonda vesical permanente y da salida con exámenes ambulatorios. Las conductas en cuanto a la retención urinaria es la adecuada (colocación de sonda vesical) pero no se anota si se coloca o no la sonda vesical y tampoco se anota el volumen de drenaje de orina.

Aclaración: El concepto emitido por el punto hace referencia a las anotaciones de la historia clínica y no se apista en ningún momento de la veracidad y de los conceptos de la literatura en caso de una retención urinaria. La valoración que el médico general realiza es demasiado escueta (solo 2 palabras: "Blando" y la otra ilegible) y no anota si hay signos de rebote o defensa no anota si hay o no detensión por lo que la valoración clínica es bastante pobre.

4 SEÑALE

Aclaración Pregunta No. 2. NO SOLICITADA. Pág. 1.

El paciente ingresa con dolor abdominal, al realizarse examen físico se tiene como hallazgo abdomen blando, lo cual sugiere que no hay defensa abdominal e irritación peritoneal, no hay globo vesical, motivo por el cual se descarta un proceso intra-abdominal. Al examen físico del tacto rectal, sugiere pensar frente a una próstata levemente aumentada de tamaño pudiera estar cursando el paciente con una vejiga hipocontractil, es decir, una vejiga que no tiene fuerza para extraer la orina asociada con el antecedente de meningioma, esto es una sospecha clínica razonable. Por lo tanto, se recomendó el uso de sonda vesical a permanencia y seguimiento ambulatorio cuando el paciente no consultó, ni por vómito, ni diarrea, que pudieran sugerirlo.

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez frente a la pregunta 4.

4 SEÑALE ACORDE A LA HISTORIA CLINICA SI EL PACIENTE ROBERTO DURAN FUE VALORADO MEDICAMENTE EL DÍA 15 DE DICIEMBRE DE 2008 A LAS 23 + 00 HORAS EN LAS INSTALACIONES DE MEDERI Y SOLO FUE VUELTO A VALORAR MEDICAMENTE EL DÍA 16 DE DICIEMBRE DE 2008 A LAS 21 + 40 HORAS, SEÑALANDO SI ESTA CONDUCTA FUE ADECUADA A SUS DIAGNOSTICOS Y ESTADO CLINICO Y PARA CLINICO, EXPLIQUE.

4 (54) En la historia clínica existe una nota el 15 dic 2008 a las 21:00 la siguiente (55) a las 23:00 del mismo día y la siguiente a las 21:40 del 16 dic 2008 existiendo un periodo de 22 horas y 40 minutos sin evoluciones ni registros médicos, tiempo extremadamente largo para un paciente con un dolor

abdominal y obstrucción intestinal. Estos pacientes debe ser vistos y valorados dos o más veces en un periodo de 24 horas ya que durante un día completo la condición clínica de un paciente obstruido o con dolor abdominal puede variar bien a hacia la mejoría o bien hacia el empeoramiento clínico.

Aclaración. Los turnos de urgencias de 24 horas habitualmente tienen 3 equipos (mañana tarde y noche) es prudente y pertinente que cada equipo valore los pacientes del servicio y no hacerlo pone en riesgo a los pacientes de urgencias de no detectar oportunamente cambios en su condición clínica. Esta conducta de valorar los pacientes en cada turno da mayor seguridad al paciente. En un paciente en un servicio de urgencias un periodo de 22 horas y 40 minutos sin evoluciones ni registros médicos es un tiempo extremadamente largo en un caso de un dolor abdominal y obstrucción intestinal ya que estos pacientes pueden desarrollar cambios en el lapso de pocas horas. Un paciente sin valoraciones médicas en servicio de urgencias puede presentar complicaciones graves o mortales como al final de caso ocurrió.

5 SEÑALE SI LAS VALORACIONES MEDICAS POR ESPECIALISTAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL 17 Y 18 DE DICIEMBRE DE 2008 FUERON ADECUADAS A LA CLINICA DEL PACIENTE.

Es de resalta que de conformidad a las notas de la historia clínica de fecha 16 de diciembre de 2008 realizada a las 21:40 p.m., el cirujano anota que el paciente no tiene dolor abdominal ni signos de irritación peritoneal. Es importante aclarar que el diagnostico inicial que hace el especialista es de una pseudo obstrucción intestinal.

El tiempo de evolución que se considera prolongado para el promedio, se tiene que el mismo es pertinente teniendo en cuenta que para para el momento el señor Roberto Durán (Q.E.P.D.), se encontraba clínicamente estable conforme a lo registrado en la historia clínica con distensión abdominal y paraclínicos dentro de los límites normales, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, con un cuadro hemático sin leucocitosis, con una radiografía de abdomen simple que mostraba distensión de asas intestinales

ACLARACIONES PRESENTADAS POR EL DR. HERNÁN SEPÚLVEDA MARTÍNEZ RESPECTO DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL.

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez frente a la pregunta 5.

17 Y 18 DE DICIEMBRE DE 2008, FUERON O NO, ADECUADAS, OPORTUNAS E IDONEAS Y SI DE LAS MISMAS SE DERIVARON LOS DIAGNOSTICOS Y LAS CONDUCTAS QUE AMERITABA EL CASO?

5 Entre el 15 y el 18 dic 2008 el paciente fue visto por el servicio de cirugía general 2 veces el 15, una vez el 16, una vez el 17 y 2 veces el 18. Se sigue con los diagnósticos de obstrucción intestinal, dolor abdominal y retención urinaria.

El 16 dic se anotan laboratorio normales, solo con neutrofilia de 75%, Rx abdomen con distensión de asas y gas distal.

No se anota en las evoluciones el gasto urinario pero en las notas de enfermería registran diuresis de más de 1000 cc al día.

Continúan igual manejo durante 72 horas pese a que el paciente refiere todos los días persistencia de dolor y distensión abdominal.

Enfermería anota el 16 un drenaje de 1500 cc por la sonda nasogástrica y el 17 cirugía retira sonda nasogástrica y ordena dieta líquida.

El día 18 se anota en regular estado general, deshidratado, frecuencia cardiaca de 120, tensión arterial baja de 98/52.

En cuanto al manejo de la obstrucción intestinal una espera de 4 días es un periodo de tiempo muy largo ya que estos paciente deben ser resueltos en un lapso no mayor de 24 a 48 horas debido a que la causa de la obstrucción puede llevar a una gangrena o perforación del órgano obstruido con la consecuente formación de abscesos necrosis o peritonitis.

Llama la atención que el paciente no tenía antecedentes de cirugías abdominales previas y son justamente estos pacientes obstruidos sin cirugía abdominal previa los que se deben operar más rápidamente ya que ante la no existencia de cirugías anteriores en general se relacionan con causas como vólvulo, hernias internas, tumores o abscesos, todas causas de manejo eminentemente quirúrgico.

No se explica cómo después de haber un drenaje anormalmente alto por la sonda nasogástrica (1500 cc) el día 16, esta se retira y se ordena dieta (Drenajes de más de 500 cc al día contraindican el retiro de una sonda nasogástrica)

Aclaración: La evolución del paciente en estos días no fue buena ya que empezó a presentar taquicardia y tendencia a la hipotensión por lo que el manejo dado a la supuesta obstrucción intestinal no fue del todo exitoso debido a que en un paciente con taquicardia se debe sospechar que pueda estar cursando con un cuadro infeccioso o con un cuadro de "sufrimiento de asa" (inicio de una necrosis intestinal). Por esta razón se debió redirigir el diagnóstico y el manejo de forma oportuna. También recalco el hecho de que un paciente sin antecedentes de cirugías abdominales previas es justamente quien se debe sospechar una patología de manejo quirúrgico y por ende se debe operar más rápidamente.

Es importante aclarar en este punto que el drenaje por la sonda nasogástrica era de aspecto bilioso, más no intestinal como es característico en una obstrucción intestinal completa. no se comportó como una obstrucción intestinal completa, ya que en múltiples notas de la historia clínica se refiere a que el paciente tiene deposiciones, que ha mejorado el dolor abdominal en varias de las evoluciones de esos días, lo cual permite a los cirujanos considerar que hay mejoría del cuadro clínico inicial con el manejo médico brindado. Es importante saber, que los drenajes altos por sonda nasogástrica de características biliosas pueden corresponder a la ubicación de la sonda, en un área con alto drenaje bilioso, en el contexto de un paciente en ayuno prolongado. Si bien, lo referido con respecto al manejo de la obstrucción intestinal el cual debe ser llevado a cirugía después de 48 a 72 horas de manejo médico sin mejoría, la sintomatología descrita en la historia clínica así como los hallazgos clínicos en algunos momentos de su evolución mostraron algunos signos de mejoría (deposiciones, mejoría del dolor abdominal) que en algunos apartes de la evolución fueron interpretados por los especialistas como una mejoría de su cuadro inicial.

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez frente a la pregunta 6.

6 INDIQUE ACORDE A LA HISTORIA CLINICA SI LOS SINTOMAS Y LOS SIGNOS DEL PACIENTE, PRESENTADOS ENTRE LOS DIAS 15 A 18 DE DICIEMBRE DE 2008, INDICABAN QUE EL PACIENTE PODIA ESTAR CURSANDO CON UN CUADRO DE ABDOMEN AGUDO? EXPLIQUE COMO SE DEBIO ABORDAR EL CASO PARA SU ESTUDIO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO?

Según las notas de la historia clínica hasta el día 18 no habían hallazgos contundentes que indicasen un abdomen agudo de manejo quirúrgico ya que la exploración física revelaba un abdomen blando y sin signos de irritación peritoneal. Más bien el cuadro era compatible con una obstrucción intestinal la cual debe ser manejada de la siguiente forma: En caso de haber cirugías abdominales previas se debe dar manejo médico conservador con sonda nasogástrica, líquidos endovenosos. En caso de no existir cirugía abdominal previa el paciente debe ser llevado a laparotomía (exploración quirúrgica del abdomen) o en su defecto se debe hacer de manera urgente una Tomografía contrastada. Como ya se mencionó los pacientes con obstrucción intestinal sin antecedentes de laparotomía (cirugía abdominal) en su inmensa mayoría deben ser prontamente operados. Es de anotar que en la evolución del 19 dic 2008 el examen físico revela un deterioro clínico importante y signos francos de irritación peritoneal y se pasa a cirugía con diagnóstico de un abdomen agudo.

Aclaración: El día 18 se anota en regular estado general, deshidratado, frecuencia cardíaca de 120, tensión arterial baja de 98/52. Un paciente taquicárdico y con tensiones arteriales bajas (frecuencia cardíaca de 120 cuando la normal menor de 90 y con tensión de 98/52 cuando lo normal es mayor de 120/80) no está propiamente con "mejoría del cuadro inicial". Sin una cirugía abdominal previa el enfoque diagnóstico y terapéutico del paciente se debió haber reorientado hacia otra patología abdominal y la taquicardia y la hipotensión no se podían explicar por una simple obstrucción intestinal, máxime cuando se pensaba en obstrucción intestinal parcial ya que en el caso de existir este diagnóstico el paciente no debe estar taquicárdico ni hipotenso. En últimas el paciente no estaba obstruido y lo que tenía era una apendicitis.

Aclaración Pregunta No. 6. NO SOLICITADA. Pág. 2-3.

El paciente no cursaba con abdomen agudo en los días 15 y 18 de diciembre de 2008, como se puede observar en la historia clínica, el cuadro clínico presentado durante esos días no era conclusivo de obstrucción intestinal, pues en varias notas, se apunta que el paciente presenta deposiciones e inclusive diarrea. Síntomas que no suelen presentarse en paciente con obstrucción intestinal completa, lo cual desvirtúa la necesidad inmediata de llevarlo a cirugía.

Según los nuevos consensos de tensión arterial, no es cierto que una tensión arterial sea por encima de 120/80. La tensión arterial referida de 98/52 en el contexto de un paciente como el descrito que nos da para una presión arterial media mayor de 65 no se considera hipotensión.

Así mismo, en adición a la respuesta anterior, se tiene que al paciente se le había realizado una radiografía de abdomen que sólo mostraba distensión de asas sin niveles hidroaéreos, que es también un hallazgo característico que confirma el diagnóstico clínico de obstrucción intestinal. Por lo cual, se puede concluir que para ese momento conforme a la sintomatología y los resultados de exámenes tomados al paciente, no era posible establecer el diagnóstico final del paciente

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez frente a la pregunta 8.

8 SEÑALE SI ACORDE A LA HISTORIA CLINICA Y ACORDE A LAS NOTAS DE ENFERMERIA EN ELLA REGISTRADAS, EL PACIENTE ROBERTO DURAN, EL DÍA 16 DE DICIEMBRE A LAS 13 + 00 HORAS, CURSABA CON FIEBRE, EDEMA GENERALIZADO Y DRENAJE ABUNDANTE POR SONDA NASOGASTRICA VERDOSO, - BILIOSO Y RESPIRACION ACELERADA. EXPLIQUE A QUE SE DEBIA PROBABILMENTE ESTE CUADRO? COMO SE DEBIO ABORDAR EL ESTUDIO, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO?

Respuesta El 16 dic 2008 el paciente, según las notas de enfermería sí cursaba con fiebre de 38.8, edema generalizado y respiración acelerada, y el drenaje por sonda nasogástrica fue de 1500 cc en 24 horas. La presencia de fiebre en un paciente con dolor abdominal obliga a descartar focos infecciosos intra o extra abdominales y la presencia de altos drenajes por la sonda indican una obstrucción intestinal o un proceso inflamatorio abdominal. Ante estos hallazgos la conducta puede ser realizar estudios como la TAC de abdomen, descartar otros focos infecciosos en pulmón y orina con Rx de tórax y un uroanálisis, también iniciar antibióticos de amplio espectro previa toma de hemocultivos o en algunos casos llevar a cirugía (laparotomía o laparoscopia exploratoria). Drenajes de más de 500 cc al día contraindican el retiro de una sonda nasogástrica

Aclaración: La fiebre de 38.8 no es un hallazgo de obstrucción intestinal ya que esta indica por definición una infección y la obstrucción intestinal no es en inicio un cuadro infeccioso. Se debió hacer diagnóstico diferencial con una patología séptica intraabdominal. Si una sonda nasogástrica drena más de 500 cc al día no debe ser retirada ya que esto indica que el tracto gastrointestinal sigue enfermo y la conducta es continuar con la sonda hasta que sus volúmenes de drenaje estén por debajo de 500 cc.

Aclaración Pregunta No. 8. NO SOLICITADA. Pág. 3.

Como habíamos señalado previamente, un drenaje bilioso por la Sonda Nasogástrica no es un signo conclusivo de obstrucción intestinal. Si bien, la fiebre puede ser un signo de infección para lo cual se realizaron los estudios pertinentes para descartar focos de obstrucción, no es su única causa y pueden presentarse en presencia de otros procesos patológicos no infecciosos.

Las sondas nasogástricas, no se retiran únicamente basadas en su volumen de drenaje; sino que, deben ser definidos su retiro basados en la evolución integral del paciente, características del drenaje, estado clínico del paciente, presencia o no de deposiciones y dolor abdominal.

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez frente a la pregunta 9.

9 SEÑALE SI PARA EL DÍA 18 DE DICIEMBRE DE 2008, A LAS 7+10 HORAS EL PACIENTE SE ENCONTRABA CON ALTERACIONES HEMODINÁMICAS Y DE SU ESTADO GENERAL QUE SEÑALABAN QUE SE HALLABA CRÍTICO? QUE SEÑALE Y EXPLIQUE SI ES ASÍ Y EXPLIQUE SU R.T.A.

9 La nota de evolución del 18 dic 2008 a las 7:10 am registra una tensión arterial de 98/52 y frecuencia cardíaca de 120 mientras que las notas de enfermería registran tensión de 130/80 y 79 de frecuencia cardíaca presentando franca discrepancia entre las dos, pero enfermería anota a las 15:00 frecuencia cardíaca de 125 siendo coherente con la nota médica de la mañana. También se encontraba deshidratado. La presencia de cifras tensionales algo bajas, la taquicardia y la deshidratación indican una alteración grave del estado de salud debido a que los mecanismos compensatorios del organismo fueron desbordados en su capacidad de respuesta lo que se manifiesta con un deterioro franco de las constantes vitales.

Aclaración: Se documenta en dos notas una médica y otra de enfermería que el paciente estaba taquicárdico. Este hallazgo es anormal y pone de manifiesto una alteración fisiológica significativa.

12 SEÑALE SI AL PACIENTE SE LE INICIO VIA ORAL DE PARTE DE ENFERMERIA SIN ORDEN MEDICA, Y SEÑALE QUE IMPLICABA ESTO EN EL PACIENTE.

Aclaración Pregunta No. 9. NO SOLICITADA. Pág. 3-4.

Si bien, la taquicardia estaba presente en ese momento en el paciente, ella por sí sola no es un signo de un paciente crítico, como anotamos en el punto anterior el paciente no estaba hipotenso. La taquicardia por sí sola no es indicativa de manejo

quirúrgico, por lo tanto, consideramos que el paciente no estaba en un momento crítico.

De hecho en la siguiente nota de la historia clínica de las 10 y 20 de la mañana realizada por Cirugía General del día 18 de diciembre, se encuentra al paciente en aceptables condiciones, ya sin deshidratación, con una frecuencia cardiaca normal en 76 por minuto, en aceptable estado general, sin dolor abdominal, con abdomen blando, deprecible, distendido; por lo que se considera basados en esos hallazgos, que hay una obstrucción intestinal que está en resolución, por lo cual se decide continuar con el manejo médico instaurado, hasta ese momento.

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez frente a la pregunta 12.

12 SEÑALE SI AL PACIENTE SE LE INICIO VIA ORAL DE PARTE DE ENFERMERIA SIN QUE MEDIARA ORDEN MEDICA, Y SEÑALE QUE IMPLICABA ESTO EN EL PACIENTE, EN SU TERAPEUTICA Y DEMAS?

12 El día 18 dic 2008 cirugía general ordena dieta líquida y la orden es cumplida por enfermería. El ofrecer dieta líquida puede dar riesgo de vomito en caso de persistir una parálisis Intestinal o una obstrucción pero en general un paciente consciente rara vez tiene complicaciones importantes por la presencia de vomito secundario a la ingesta de dieta líquida.

Aclaración: La respuesta está dada de acorde con la historia clínica. El riesgo que implica un episodio de vómito se expone en la misma.

Aclaración Pregunta No. 12. NO SOLICITADA. Pág. 4.

Si estamos de acuerdo. Se ordene dieta líquida basada en el análisis del especialista que considera que hubo mejoría de los síntomas de obstrucción parcial.

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez frente a la pregunta 13.

13 ACORDE A LA HISTORIA CLINICA SEÑALE SI EL PACIENTE FUE O NO VALORADO MEDICAMENTE ENTRE LAS 10 + 20 HORAS DEL DÍA 18 DE DICIEMBRE DE 2008, HASTA LAS 7 + 45 HORAS DEL DÍA 19 DE DICIEMBRE DE 2008.? Y EN CASO DE NO HABERLO SIDO, SEÑALE SI ESTA CONDUCTA ES ADECUADA Y PRUDENTE E IDONEA ACORDE AL ESTADO DEL PACIENTE?

13 En efecto las valoraciones anotadas se registran el 18 dic 2008 a las 10:20 y la siguiente el 19 dic 2008 a las 07:15. Como ya se anotó lo más adecuado es que estos pacientes sean vistos dos o más veces al día debido a que las complicaciones de un abdomen agudo o de una obstrucción intestinal pueden surgir en cuestión de horas por lo que una estricta vigilancia clínica es fundamental

Aclaración: Evolucionar un paciente en cada cambio de turno o jornada (mañana, tarde o noche) da más seguridad a la atención cuando se están tratando pacientes de urgencias y/o con patologías abdominales.

Aclaración Pregunta No. 13. NO SOLICITADA. Pág. 4.

En la nota del 18 de diciembre de 2008, realizada por la especialidad de cirugía general, se anota un paciente en aceptable estado general, frecuencia cardiaca de 70, respiratoria de 20, con abdomen blando y deprecible, sin masas ni dolor abdominal, no irritación peritoneal. Por lo cual, se considera un paciente en ese momento con tendencia a la mejoría que no requiere un seguimiento de paciente crítico, por lo cual se realizan las ordenes médicas de ese día, y es revalorado en la revista médica del día siguiente, considerándose un tiempo adecuado para un paciente no crítico.

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez frente a la pregunta 16.

16 QUE SEÑALE CUALES FUERON LOS HALLAZGOS Y LAS CONDUCTAS DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN LA VALORACION DEL DÍA 19 DE DICIEMBRE DE 2008 A LAS 8 + 30 HORAS Y SI LAS MISMAS FUERON O NO ADECUADAS, COHERENTES, IDONEAS Y COMPATIBLES CON EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE EN ESE MOMENTO.

16 El 19 dic 2018 refieren diarrea y vomito, taquicárdico febril, dolor a la palpación de la fosa iliaca derecha sin irritación peritoneal, defensa moderada, Hemograma leucocitos 9.700 neutrófilos 75% . Solicitan ecografía abdominal. La evolución revela signos de respuesta inflamatoria sistémica dada por fiebre y taquicardia. Hay signos dudosos de irritación peritoneal ya que reportan defensa moderada. Considero que la descripción de los hallazgos al interrogatorio y al examen físico son idóneos, no siendo así el análisis ya que con un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica en un paciente con vómito y con signos de defensa la mejor conducta hubiera sido la quirúrgica.

Aclaración: La evolución muestra un deterioro clínico dado por la presencia nuevamente de taquicardia y fiebre con dolor en la fosa iliaca derecha. Estos elementos configuran un Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS) que con un dolor en la fosa iliaca derecha obligan indefectiblemente a pensar en un diagnóstico de apendicitis aguda o de cualquier otra patología infecciosa de la fosa iliaca derecha.

¿LA ECOGRAFIA ABDOMINAL? QUE SEÑALO LA MISMA? ¿QUE PASO EN ELLA? EXPLIQUE

Aclaración Pregunta No. 16. NO SOLICITADA. Pág. 4.

Es importante aclarar que el paciente no presentaba signos de irritación peritoneal, si presentaba defensa moderada, y dolor en fosa iliaca derecha, signos que no presentaba el día anterior y los cuales en ausencia de irritación peritoneal no son indicativos de manejo quirúrgico inmediato, pero que sí, obligan a evaluar la causa del deterioro en la sintomatología, para lo cual el cirujano decide solicitar una ecografía abdominal, conducta acorde a los hallazgos clínicos de ese día.

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez frente a la pregunta 17.

indefectiblemente a peritonitis infecciosa de la fosa iliaca derecha.

17 SEÑALE FECHA Y HORA EN QUE SE TOMO LA ECOGRAFIA ABDOMINAL? QUE SEÑALO LA MISMA? A QUE HORA SE VALORO LA MISMA Y QUE CONDUCTAS SE TOMARON CON BASE EN ELLA? EXPLIQUE Y SEÑALE SI ESTAS CONDUCTAS FUERON ADECUADAS, OPORTUNAS E IDONEAS.

17 La ecografía es reportada con fecha 19 dic 2008 no se anota hora: No líquido libre en cavidad peritoneal, imagen tubular anecoica de 8,2 mm retrocecal que no se puede valorar adecuadamente que eventualmente puede corresponder a apéndice cecal. No encuentro reporte de la ecografía en las notas de evolución. Los Rx de tórax no aparecen con reporte por el servicio de radiología pero en la historia clínica el cirujano anota que se revisan y no se observan imágenes de consolidación. No hay anotadas conductas que basen en los reportes de la ecografía ni de los rayos X.

Aclaración: Un hallazgo ecográfico de una imagen tubular anecoica de 8,2 mm retrocecal es una fuerte sospecha de una apendicitis aguda. Dentro de los hallazgos que se publican en la literatura, cabe mencionar una imagen tubular, ciega, laminada al efectuar una máxima compresión abdominal con el transductor ecográfico, apéndice no compresible y aperistáltico por aumento en la presión intraluminal apendicular, diámetro mayor de 7 mm al corte transversal en imagen de diámetro, así como incremento de la vascularización intra y periapendicular. (Referencia bibliográfica: Larson J, Peirce J, Ellinger D, Parish G et al. The validity and utility of sonography in the diagnosis of appendicitis in the community setting. AJR Am J Roentgenol. 1989; 153: 687-691)

Aclaración Pregunta No. 17. NO SOLICITADA. Pág. 4-5.

Posterior a la toma de la ecografía el cirujano revalora ese mismo día al paciente y basado no sólo en los resultados de los paraclínicos; sino, en los hallazgos de los

exámenes clínicos de ese momento de la evolución, toma la conducta de llevar a cirugía. Es importante aclarar nuevamente aquí, que las conductas en medicina no pueden ser tomadas basadas en un único aspecto como un examen imagenológico; sino que, se toman en un contexto integral.

Así mismo, reiteramos lo anotado en la objeción presentada por la Dra. Tatiana Lucia Sánchez Prieto el 10 de abril del 2008, a saber:

La respuesta dada por el perito debe aclararse conforme a la historia clínica del paciente y evidencia científica, porque la hora de realización de la ecografía está anotada en la historia clínica 11:25 de la mañana del día 19 de diciembre, a folio 53 reverso de la historia clínica, y la conducta tomada por Cirugía General en ese momento está basada en los hallazgos clínicos de dicha evolución y no son modificados por el reporte de la ecografía.

En todo caso es importante resaltar que la aclaración presentada por el perito no tiene nada que ver con la respuesta inicial dada por el perito y con la objeción presentada.

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez frente a la pregunta 18.

18 SEÑALE EL ESTADO GENERAL, DE HIDRATACION, DE GASTO URINARIO, ABDOMINAL Y DE ESTABILIDAD HEMODINAMICA DEL PACIENTE PARA EL DÍA 19 DE DICIEMBRE DE 2008, A LAS 8 Y 30 HORAS Y A LAS 14 HORAS, SEÑALANDO SI LAS CONDUCTAS ASUMIDAS FUERON ADECUADAS Y CONSECUENTES CON DICHO ESTADO.

18 (57) El 18 dic 2008 El estado general no se anota en la evolución, como tampoco el gasto urinario ni la tensión arterial. Sí se anota taquicardia. Análisis: Cuadro de abdomen agudo y se pasa boleta de cirugía.

Aclaración: la respuesta anota que la evolución se hizo en efecto el 18 de diciembre de 2008.

Aclaración Pregunta No. 18. NO SOLICITADA. Pág. 5.

Se anotan en esta evolución los puntos de importancia clínica que le permiten al cirujano tomar una decisión, y la decisión tomada fue acorde e idónea basados en esos hallazgos.

Se reitera la objeción presentada frente a la pregunta No. 18 en cuanto a la respuesta del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez fue basada en la evolución del 18 de

diciembre de 2008 y no en la del 19 de diciembre de 2008, de conformidad a lo manifestado en el escrito anteriormente referenciado.

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez frente a la pregunta 19.

19 SEÑALE ACORDE A LA HISTORIA CLÍNICA, SI EN EVOLUCIÓN DE LAS 18 HORAS DEL DÍA 19 DICIEMBRE 2008, EL EQUIPO DE CIRUGÍA VALORA AL PACIENTE ROBERTO DURAN RODRIGUEZ (Q.E.P.D.) Y EL PACIENTE SE HALLA ALTAMENTE CRÍTICO, EN MAL ESTADO GENERAL, TAQUICARDICO Y FEBRIL, HIPOTENSO, DESHIDRATADO, CON ALTERACIÓN DE SU ESTADO DE CONCIENCIA, CON CLAROS SIGNOS DE UN ABDOMEN AGUDO. TAN CRÍTICO ES EL ESTADO DEL PACIENTE QUE SE PLANTEAN QUE SE HALLA EN UN SÍNDROME SEPSIS Y EN UN CHOQUE DE ORIGEN SÉPTICO. QUE SEÑALE SI ES ASÍ Y EXPLIQUE LA RAZÓN DE SU DICHO.

19 El 18 dic 2008 a las 18:00 si se encuentra en mal estado general con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, se anota tensión arterial 96/80 deshidratado, con signos de irritación peritoneal con choque séptico. Se hace diagnóstico de abdomen agudo. Los hallazgos anotados son compatibles con el diagnóstico.

Aclaración: la respuesta anota que la evolución se hizo en efecto el 18 de diciembre de 2008.

Aclaración Pregunta No. 19. NO SOLICITADA. Pág. 5.

Se reitera la objeción presentada frente a la pregunta No. 18 en cuanto a la respuesta del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez fue basada en la evolución del 18 de diciembre de 2008 y no en la del 19 de diciembre de 2008, de conformidad a lo manifestado en el escrito anteriormente referenciado.

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez frente a la pregunta 20:

20 ACORDE A LA HISTORIA CLINICA Y A LA HOJA DE RUTA QUIRURGICA, SEÑALE A QUE HORA SE VALORO Y SE DECIDIO PASAR A CIRUGIA AL PACIFNTE? PORQUE RAZONES? SEÑALE ACORDE A LAS MISMAS NOTAS SI A LAS 19 + 55 HORAS EL PACIFNTE HABIA SIDO PASADO A SALAS? SEÑALE SI ESTAS CONDUCTAS FUERON ADECUADAS, OPORTUNAS, PRUDENTES.

20. La hora de la nota en que se toma la conducta quirúrgica no aparece en la nota de evolución pero las notas de enfermería dicen que la valoración es a las 16:00. A las 18:00 se reconfirma dicha conducta. El record de anestesia anota que el paciente entró a quirófano a las 21:45 y la cirugía empezó a las 22:00 y terminó a las 24:00. El periodo de espera entre la decisión quirúrgica y el inicio de la cirugía fue de 6 horas tiempo que es prolongado para la gravedad del caso aunque se acepta que el tiempo máximo de espera para operar los pacientes con apendicitis es de 6 horas. No hay notas en la historia que expliquen los motivos de la demora.

Aclaración: Ante una patología quirúrgica abdominal es muy importante priorizar al máximo la realización de una cirugía. Es prudente por ejemplo cancelar cirugías programadas que se van a realizar simultáneamente para dar prioridad a la urgencia quirúrgica abdominal. Si por motivos de fuerza mayor no es posible pasar el paciente a cirugía de inmediato, personalmente considero que es conveniente anotar en la historia clínica los motivos por los cuales no es factible pasar de inmediato el paciente a cirugía. La espera de 6 horas puede ser prolongada y riesgosa máxime cuando el paciente previamente llevaba varios días de enfermedad hospitalizado.

Aclaración Pregunta No. 20. NO SOLICITADA. Pág. 5.

Más importante aún, que el manejo quirúrgico inmediato del paciente, es la optimización preoperatoria del paciente, con el fin de prepararlo para tolerar de la mejor manera una intervención quirúrgica urgente y así aumenta las posibilidades de éxito de la misma. Dicha optimización requiere datos fisiológicos importantes para el anestesiólogo y el tratante, obtenidos de los paraclínicos solicitados inmediatamente, urgentes, previos a la cirugía, un acceso venoso central los cuales son ordenados y se inicia dicha preparación por parte de anestesiólogo y cirujano.

En notas de enfermería del 19 de diciembre de 2008, se aprecia que el paciente se le daña la venopunción elemento esencial para una adecuada reanimación preoperatoria, y que enfermería intenta durante este interregno, canalizar nuevamente al paciente, sin lograrlo, estas actividades demuestran lo realizado por este periodo de tiempo, en el que además se prepara al quirófano y el equipo quirúrgico para la atención del paciente.

Si bien, el tiempo es importante para llevar a un paciente a cirugía, en el contexto clínico diferente al trauma, es más importante aún optimizar las condiciones fisiológicas del paciente.

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez frente a la pregunta 21.

21 ACORDE A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE, SEÑALE EN QUE FECHA Y EN QUE HORA FUE INTERVENIDO, CUALES LOS HALLAZGOS INTRAQUIRURGICOS, LA GRAVEDAD DE LOS MISMOS Y SI ESTOS HALLAZGOS SE DEBEN A UNA ACTUACION QUIRURGICA TARDIA? EXPLIQUE.

21 (60) La cirugía inició el 19 dic 2008 a las 22:00 Los hallazgos fueron (81) Obstrucción intestinal por plastrón apendicular abscedado perforado, con absceso retro peritoneal, apéndice licuado, fecálitos en retro peritoneo, hay lesión de asa yeyunal con íaceración seromuscular. Se practica laparotomía, apendicetomía, drenaje de peritonitis generalizado, rafia de asa yeyunal. Los hallazgos revisten suma gravedad por ser un estado muy avanzado de un proceso inflamatorio del apéndice. La intervención es tardía en la evolución natural de una apendicitis aguda.

Aclaración: La apendicitis retrocecal es una enfermedad potencialmente mortal que debe ser sospechada diagnosticada y tratada a la mayor brevedad posible. Una operación realizada 8 días después del inicio de los síntomas es realmente tardía e inoportuna y por esta demora el paciente fallece.

22 EXPLIQUE Y SEÑALE DETALLADAMENTE COMO INICIO DE LA INSTALACIÓN DE LA PATOLOGÍA.

Aclaración Pregunta No. 21. NO SOLICITADA. Pág. 6.

Los hallazgos son compatibles con una apendicitis aguda retrocecal complicada; sin embargo, es importante aclarar que esos hallazgos son secundarios a su patología y que dicha patología tiene como característica principal la presentación de sintomatología bizarra que la convierte en un desafío diagnóstico ya que no presenta la sintomatología florida que se espera de una apendicitis convencional y que permite realizar diagnósticos rápidos, esto implica que una apendicitis retrocecal puede ser confundida con cuadros abdominales como la obstrucción abdominal parcial o completa e inclusive con gastroenteritis virales o bacterianas que no requieren manejo quirúrgico inicial. Por lo tanto, y como se demuestra en la literatura mundial, pueden presentar diagnósticos tardíos y hallazgos intraoperatorios como los descritos en la historia clínica del paciente.

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez frente a la pregunta 22.

22 EXPLIQUE Y SEÑALE DETALLADAMENTE COMO INCIDIO EL PASO DEL TIEMPO EN LA INSTAURACIÓN DE ESTAS PATOLOGÍAS Y DE ESTOS HALLAZGOS INTRAQUIRÚRGICOS? CUALES FUERON LOS DIAGNOSTICOS POSOPERATORIOS? EXPLIQUELOS.

22 La apendicitis aguda es una entidad quirúrgica frecuente, se estima que un 10% de la población presentará un episodio de apendicitis aguda en el transcurso de su vida. El diagnóstico es clínico en la mayoría de los casos y pero en un pequeño porcentaje el diagnóstico se debe hacer con la sospecha clínica y la ayuda de métodos diagnósticos como la ecografía y la tomografía. Su evolución es rápida pasando por las cuatro fases (edematosa, fibrinopurulenta, gangrenosa y perforada) en un transcurso aproximado de 12 horas hasta 72 horas si bien hay casos atípicos. A medida que pasan las horas el apéndice cecal sufre un proceso de inflamación, y luego necrosis que termina en la perforación del órgano con la consecuente contaminación de material fecal en los órganos vecinos y la afección de todo el organismo por la absorción linfática y sanguínea de bacterias y toxinas. En las primeras fases la cirugía puede tardar 20 a 60 minutos y la evolución post operatoria es en su mayoría es de unas 24 a 72 horas hasta la salida del paciente. A medida que transcurre el tiempo y progresa la infección las intervenciones son más demoradas y la evolución post operatoria se prolonga. Casos muy avanzados de peritonitis y abscesos pueden requerir cirugía mayores y producen complicaciones infecciosas, fistulas, peritonitis residuales, requerimiento de abdomen abierto con lavados quirúrgicos múltiples, complicaciones asociadas como neumonías, trombosis venosa de la porta o de los miembros inferiores, insuficiencia ventilatoria colapso circulatorio o muerte.

Los diagnósticos post operatorios consisten en perforación del apéndice cecal por infección y necrosis con lisis o disolución de la estructura del apéndice, salida de material fecal, formación de pus en el retro peritoneo y el peritoneo, lesión parcial del intestino adyacente. Todos estos hallazgos son secundario a un proceso inflamatorio apendicular tratado tardíamente debido que los síntomas iniciaron el 11 dic 2008 y progresaron durante 8 días hasta la operación descrita el 19 dic 2008.

Aclaración: La respuesta se da describiendo la historia natural de las diferentes presentaciones de una apendicitis aguda. El párrafo final solo describe las complicaciones de una apendicitis avanzada y no tiene ligereza en su definición.

Aclaración Pregunta No. 22. NO SOLICITADA. Pág. 6.

Estamos de acuerdo en que fue descrita la historia natural de las diferentes presentaciones de una apendicitis aguda.

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez frente a la pregunta 23.

23 ACORDE A LA HISTORIA CLINICA SEÑALE SI EL PACIENTE EVOLUCIONA TORPIDAMENTE EN SU POSOPERATORIO? A QUE SE DEBE ESTA EVOLUCION Y COMO INCIDE EN ESTA EVOLUCION LA MORA EN LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS?

23 En el post operatorio el paciente tiene insuficiencia ventilatoria que requirió ventilación mecánica, insuficiencia cardiovascular que requirió medicamentos inotrópicos para mejorar el rendimiento del corazón. Es llevado a nueva intervención para lavado peritoneal, posteriormente presenta evisceración y fistula yeyunal. Persisten signos de infección y fuga del muñón apendicular. Requiere nuevas operaciones y lavados abdominales. Cursa con tensiones arteriales bajas que luego mejoran. Empieza a modular la respuesta inflamatoria y hay mejoría paulatina hasta poderse desconectar del respirador pero horas después presenta vómito y dificultad respiratoria que

requiere re intubación. Presenta deterioro hemodinámico y nuevo choque séptico con bradicardia hipotensión, paro cardíaco el 30 dic 2008 a las 23:30. La tórpida evolución del paciente y su fallecimiento obedecen al avanzado estado de una apendicitis que fué operada tardíamente ya que el proceso infeccioso en una apendicitis perforada con peritonitis puede no controlarse adecuadamente con la consecuente aparición de complicaciones locales y sistémicas infecciosas y aparición de falla de otros sistemas como el respiratorio y cardiovascular.

Aclaración: La apendicitis no se operó con anterioridad a la fecha en que se realizó la cirugía ya que hubo demoras importantes en su enfoque diagnóstico. Un periodo de espera de 8 días es inaceptablemente largo para un diagnóstico de esta índole teniendo en cuenta que paciente presentó evidencia clínica de fiebre taquicardia y no mejoría con el manejo observacional dado.

Aclaración Pregunta No. 23. NO SOLICITADA. Pág. 7.

La conducta tomada por el equipo médico fue acorde y coherente con los signos y síntomas presentados por el paciente desde su ingreso y que reposan en la historia clínica, infortunadamente en este caso el paciente no presentó signos y síntomas típicos de un cuadro de abdomen agudo que permitieran al personal médico ordenar un procedimiento quirúrgico días antes, permitiendo la evolución de una patología infecciosa intraabdominal potencialmente mortal como lo es una apendicitis retrocecal, esta característica específica de esta patología es precisamente la que le confiere dicha mortalidad, según lo reportado en la literatura a nivel mundial, el diagnóstico tardío de la apendicitis aguda retrocecal hace parte de la evolución natural de la enfermedad y puede llegar a ser o presentarse en porcentajes tan altos como hasta el 10 o 20%.

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez frente a la pregunta 28:

28 INDIQUE ACORDE A LO REGISTRADO EN LA HISTORIA CLINICA SI POSTERIOR A LA CIRUGÍA EL PACIENTE REQUIRIÓ TRANSFUSIÓN DE ELEMENTOS SANGUÍNEOS, INOTRÓPICOS, VASOPRESORES, DIURÉTICOS Y MANEJO ANTIBIÓTICO INTENSIVO, Y SEÑALE SI EL PACIENTE SE ENCONTRABA EN ESTADO CRÍTICO Y CON MAL PRONÓSTICO VITAL?

28 En el post operatorio cursa con hipotensión que requiere aumento de inotrópicos y vasopresores. Presenta anuria por lo que se ordena furoscimida. Estos hallazgos muestran que el paciente se encuentra en estado crítico (se le suma a su cuadro una disfunción renal) y su pronóstico vital encubreca.

Aclaración: La respuesta no entra en contradicción con la pregunta ni con el comentario realizado en la solicitud de aclaración

Aclaración Pregunta No. 28. NO SOLICITADA. Pág. 7.

Estamos de acuerdo, por tanto, fue lo que se solicito en la solicitud de objeción.

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez frente a la pregunta 30:

30 SEÑALE SI LA HISTORIA CLINICA DA FE QUE EL DÍA 24 DE DICIEMBRE DE 2008 EN VARIAS OPCRTUNIDADES SE REGISTRO, QUE EL PACIENTE REQUERIA DE REVISION DE LA CAVIDAD ABDOMINAL Y QUE LA MISMA NO SE REALIZO DE MANERA OPORTUNA, DILIGENTE Y PRUDENTE.

30 (125 127) Se pregunta si el 24 dic 2008 el paciente requería de revisión de la cavidad abdominal. La sucesión de las notas de los días 24 y 25 dic 2008 es así:

24 dic 2008 07:00 Cirugía general anota "Plan: Manejo instaurado por UCI" (126)

24 dic 2008 10:46 UCI "Plan. Hoy se pasará nuevamente a revisión".

24 dic 2008 19:40 UCI anota "Sigue pendiente revisión de cavidad"

25 dic 2008 08:20 Cirugía general anota "Plan: manejo por UCI"

25 dic 2008 15:30 Cirugía General elabora Boleta solicitando "Intervención lavado quirúrgico"

25 dic 2008 18:15 Paciente ingresa a quirófano y as 18:30 se inicia la cirugía

25 dic 2008 18:15 Paciente ingresa a quirófano y las 18:30 se inicia la cirugía. Hallazgos: Absceso de pared, evisceración conterida, colección intraabdominal, liquido intestinal en retroperitoneo, apéndice cecal incompleta sin serosa con fistula. Se realiza drenaje de absceso de pared, drenaje de colección intraabdominal, resección del apéndice en su base con ligadura con seda.

La nota del 24 dic 2008 hecha por cirugía general se anota paciente con soporte ventilatorio e inotrópico, regulares condiciones generales, frecuencia cardíaca de 104, herida en línea media con dehiscencia de punto. Teniendo en cuenta los hallazgos del lavado anterior realizado dos días antes (peritonitis con muñón apendicular filtrando con colección líquida intestinal) en un paciente con taquicardia y con dehiscencia de la herida, el paciente tenía plena indicación de nuevo lavado quirúrgico, conducta que no fue anotada por cirugía general en su evolución de las 07:00. El médico intensivista sí anota que el paciente requiere nueva revisión pero esta solo se realiza 32 horas después de la nota en que se indica la operación luego esta no fue realizada de manera oportuna.

Aclaración: Su anota el 24 dic 2008 10:46 UCI "Plan. Hoy se pasará nuevamente a revisión". Dicho lavado solo se realizar hasta el 25 dic 18:30. La demora de 32 horas para la realización de dicho lavado es inoportuna

Aclaración Pregunta No. 30. NO SOLICITADA. Pág. 7.

La conducta del servicio tratante que es cirugía general, de ese día no es llevar a cirugía; sino continuar soporte en la UCI, esto basado en la evolución clínica favorable ese día del paciente. La decisión de llevar a cirugía se toma el día 25 de diciembre, prueba de eso es la boleta quirúrgica que se pasa a las 3:40 de la tarde, llevando al paciente al procedimiento a las 6:30 del mismo días, con adecuada oportunidad.

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez frente a la pregunta 32:

32 SEÑALE SI LA HISTORIA CLINICA DA FE QUE LA JUNTA QUIRURGICA SE REUNIO Y SI FUE DE MANERA TARDIA Y DETERMINO QUE EL PACIENTE DEBIA SER INTERVENIDO DE MANERA INMEDIATA Y SIN EMBARGO Y A PESAR DE ESTO, EL SEÑOR DURAN NO LO FUE. DEBIAN HABERLO INTERVENIDO DE MANERA INMEDIATA Y URGENTE Y PORQUE?

32 El 25 dic 2008 18:15 Paciente ingresa a quirófano y las 18:30 se inicia la cirugía. Hallazgos. Absceso de pared, evisceración contenida, colección intraabdominal, líquido intestinal en retroperitoneo, apéndice cecal incompleta sin serosa con fistula. La intervención consistió en drenaje de absceso de la pared del abdomen, drenaje de colección intraabdominal, resección del apéndice en su base con ligadura con seda. La razón por la cual tenía salida de material fecal fue que el apéndice no había sido resecado en su totalidad y por ende no se había ligado en su base en las dos operaciones previas.

Aclaración: En la respuesta no se hace referencia a ninguna junta quirúrgica ni de decisiones

32 SEÑALE SI LA HISTORIA CLINICA DA FE QUE LA JUNTA QUIRURGICA SE REUNIO Y SI FUE DE MANERA TARDIA Y DETERMINO QUE EL PACIENTE DEBIA SER INTERVENIDO DE MANERA INMEDIATA Y SIN EMBARGO Y A PESAR DE ESTO, EL SEÑOR DURAN NO LO FUE. DEBIAN HABERLO INTERVENIDO DE MANERA INMEDIATA Y URGENTE Y PORQUE?

Aclaración Pregunta No. 32. NO SOLICITADA. Pág. 7-8.

No se evidencia en la historia clínica solicitud de junta quirúrgica ni razones médicas para solicitarla. El paciente requería nuevas revisiones quirúrgicas luego de la primera intervención y no era una conducta sujeta a junta de decisiones.

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez frente a la pregunta 33:

33 SENALE SI LA HISTORIA CLINICA DA FE QUE LA JUNTA QUIRURGICA SE REUNIO Y SI FUE DE MANERA TARDIA Y DETERMINO QUE EL PACIENTE DEBIA SER INTERVENIDO DE MANERA INMEDIATA Y SIN EMBARGO Y A PESAR DE ESTO, EL SEÑOR DURAN NO LO FUE. DEBIAN HABERLO INTERVENIDO DE MANERA INMEDIATA Y URGENTE Y PORQUE?

33 En las descripciones quirúrgicas de los días 19, 22, 25 dic 2008 reportan el procedimiento apendicetomía. Esto tiene explicación debido al hecho de que por llevar la apendicitis una evolución de varios días el apéndice cecal sufre un proceso de necrosis y posteriormente licuefacción lo que muchas veces hace irreconocible la estructura misma del órgano. Es así como en ocasiones el apéndice no es reconocible o se reconoce parcialmente por segmentos. La explicación de porque se encontraron segmentos del apéndice en tres cirugías diferentes se puede explicar por el hecho de que una vez drenada la peritonitis inicial los tejidos experimentan un proceso progresivo de desinflamación que permite reconocer algunas estructuras que en la primera cirugía eran reconocibles. Si bien no es deseable que el apéndice cecal necrótico no se extraiga en la primera cirugía en este caso en particular no se podría denominar impericia técnica.

Aclaración: En la respuesta no se hace referencia a ninguna junta quirúrgica ni de decisiones.

Aclaración Pregunta No. 33. NO SOLICITADA. Pág. 8.

No se evidencia en la historia clínica solicitud de junta quirúrgica ni razones médicas para solicitarla. El paciente requería nuevas revisiones quirúrgicas luego de la primera intervención y no era una conducta sujeta a junta de decisiones.

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez frente a la pregunta 36:

36 QUE LLEVO A LA MUERTE AL SEÑOR ROBERTO DURAN? CUALES FUERON LAS CAUSAS DE SU MUERTE? COMO INFLUYO LA INTERVENCION TARDIA QUIRURGICA? EXPLIQUE DE MANERA DETALLADA.

36 La causa de muerte del señor Duran es multifactorial pero la circunstancia inicial es una demora importante en el tratamiento de una apendicitis aguda. La sépsis o proceso infeccioso ocasionado por una apendicitis aguda produce una serie de eventos patológicos debido al crecimiento bacteriano en la cavidad peritoneal. Estas bacterias destruyen los tejidos y producen toxinas que son absorbidas al torrente sanguíneo produciendo una disfunción y luego una falla en todos los órganos y sistemas del cuerpo (pulmonar, cardiovascular, hematológico, intestinal, renal, etc.) De no ser corregido adecuadamente el foco infeccioso, estos órganos se van deteriorando paulatinamente hasta un punto tal en el que la reserva de los diferentes sistemas se agota y ante cualquier nueva noxa o complicación se desencadena una falla irreversible del sistema hasta llevar al paciente a una falla orgánica multisistémica o fracaso del funcionamiento de tres o más órganos. También es importante mencionar el deterioro nutricional e inmunológico progresivo del enfermo que hace que la cicatrización y el control de la misma infección no ocurran, agravando así el problema. El paciente tuvo un cuadro de sépsis persistente no controlada desde el 11 hasta el 29 de diciembre, fecha en que fue extubado pero por la presencia de un íleo o parálisis intestinal post operatoria, presenta un episodio de vómito con bronco aspiración (paso de líquido gástrico e intestinal hacia la vía aérea y pulmón) evidenciada en la obtención de contenido gástrico de la luz del tubo endotraqueal durante la reintubación se presenta contenido gástrico. Este evento desencadena una súbita recaída que en pocas horas lleva a un deterioro muy rápido y finalmente la muerte del paciente.

Aclaración: La apendicitis retrocecal es una enfermedad potencialmente mortal que debe ser sospechada, diagnosticada y tratada a la mayor brevedad posible. Una operación realizada 8 días después del inicio de los síntomas es realmente tardía e inoportuna y por esta demora el paciente fallece.

Aclaración Pregunta No. 36. NO SOLICITADA. Pág. 8.

Se trata de un paciente, que presenta un cuadro de una infección intrabdominal grave, asociada a una sepsis de origen abdominal secundaria a una apendicitis retrocecal complicada, patología que como ya fue explicado anteriormente presenta un desafío diagnóstico ya que por su ubicación anatómica no presenta la patología típica de un apendicitis. Por lo cual el paciente fue enfocado como una obstrucción intestinal parcial, basada en los signos y síntomas del paciente en el momento de la consulta.

Gracias al seguimiento clínico realizado y los síntomas presentados, se identifico que la causa de su patología fue una apendicitis aguda retrocecal y una vez identificada se le prestó el manejo multidisciplinario requerido para una patología grave como la presentada por el paciente, prestándole todos los recursos disponibles en la institución con el fin de llevarlo a superar las complicaciones derivadas de dicha patología; sin embargo, dichas manifestaciones graves de la enfermedad favorecieron su deterioro clínico progresivo, llevándolo

desafortunadamente a la muerte, a pesar de todas las medidas médicas y paramédicas instauradas.

Si bien el paciente presentó un deterioro respiratorio, posterior a un episodio de vomito no se encuentra dentro de la historia clínica, anotaciones o confirmaciones de un evento de bronco aspiración.

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez frente a la pregunta 37:

¿7 QUE LLEVO A LA MUERTE AL SEÑOR ROBERTO DURAN? CUALES FUERON LAS CAUSAS DE SU MUERTE? COMO INFLUYO LA INTERVENCION TAPDA QUIRURGICA? EXPLIQUE DE MANERA DETALLADA.

La apendicitis aguda constituye la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente en el varón y representa hasta un 50% de todos los casos de abdomen agudo, su diagnóstico es principalmente clínico y por su gran frecuencia es aconsejable pensar en la apendicitis aguda en todos los pacientes que ingresa con dolor abdomen al servicio de urgencias. También hay que anotar que existen presentaciones atípicas en que el cuadro clínico no es fiado, de ahí la importancia de la historia clínica. Su pronóstico es más favorable cuanto más precoz la intervención. Es importante tener en cuenta que la literatura médica habla de que la mortalidad de la apendicitis aguda operada de manera temprana es del 0,1 al 0,2%, y de la apendicitis perforada del 0,6 a 5%. Los pacientes de más de 60 años presentan tasas de mortalidad más elevadas. Hoy en día se acepta que la apendicetomía temprana es un procedimiento bastante seguro y por esto se aconseja que ante una duda diagnóstica el paciente con sospecha de apendicitis sea operado prontamente. Si no se opera expone al enfermo al riesgo de las complicaciones sépticas que ya se comentaron arriba. No hay duda que una sospecha diagnóstica y un tratamiento oportuno disminuye notablemente el riesgo de mortalidad. En el caso de paciente Roberto Duran no hubo sospecha clínica desde el ingreso, no se hizo el diagnóstico pese a valoraciones sucesivas por diferentes médicos y para el momento del diagnóstico el caso estaba muy avanzado con consecuencias fatales.

Aclaración: La apendicitis retrocecal es una enfermedad potencialmente mortal que debe ser sospechada diagnósticamente y tratada a la mayor brevedad posible. Una operación realizada 8 días después del inicio de los síntomas es realmente tardía e inoportuna y por esta causa el paciente fallece.

Aclaración Pregunta No. 37. NO SOLICITADA. Pág. 9.

Reiteramos lo manifestado en el punto anterior; además, reiteramos que los síntomas no eran sugestivos de una apendicitis aguda y se basaron en los síntomas de una obstrucción intestinal parcial, lo cual, no es infrecuente con apendicitis aguda retrocecal.

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez frente a la pregunta 38:

38 Según consta en la historia clínica entregada para mi revisión las notas de las últimas 48 horas del paciente fueron las siguientes:

28 01:25 UCI
 28 07:20 Cx Gral
 28 11:32 UCI
 28 17:54 UCI
 29 07:00 Cx Gral
 29 10:28 UCI
 29 15:30 UCI
 29 21:44 UCI
 30 07:00 Cx Gral
 30 09:05 UCI
 30 16:21 UCI
 30 23:30 Fallece
 31 05:47 UCI

Puedo concluir que: El paciente fue visto por los médicos de la Cirugía General (Cx Gral) y de la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) 4 veces el día 28, 4 veces el día 29, 3 veces el día 30. Por este motivo no considero que se pueda calificar como abandono de los médicos tratantes pero debo realizar las siguientes observaciones:

Si el paciente tuvo un deterioro progresivo en sus últimas horas de vida, se debieron hacer muchas más valoraciones y notas ya que desde las 16:21 a las 23:30 un paciente gravemente enfermo no tiene notas médicas durante más de 7 horas, con el agravante de que el turno de UCI de la noche que supuestamente debe empezar a las 19:00 no realiza ninguna nota antes del fallecimiento del paciente. Queda un vacío del registro de la historia que me parece grave.

Si el paciente fallece a las 23:30 no hay explicación de por qué la nota de la muerte se realiza solo 7 horas después. Es decir que durante un periodo de más de 14 horas no hay ninguna nota que yo pueda evidenciar. Este periodo de tiempo es demasiado largo en un paciente tan grave.

Aclaración: En efecto en la respuesta se anota que el paciente no fue abandonado por el servicio de cirugía general tratante. Si recalco el hecho de que si el paciente tuvo un deterioro progresivo en sus últimas horas de vida, se debieron hacer muchas más valoraciones y notas ya que desde las 16:21 a las 23:30 el paciente, gravemente enfermo no tiene notas médicas durante más de 7 horas. Además no realiza ninguna nota durante el turno de UC de la noche del fallecimiento del paciente.

39 SEÑALE SI EL MANEJO MEDICO, QUIRURGICO, INSTITUCIONAL DEL EQUIPO...

Aclaración Pregunta No. 38. NO SOLICITADA. Pág. 9-10.

El paciente estuvo debidamente monitorizado por el personal médico muestra de ello es que estuvo hospitalizado en la UCI con monitoria continua y la vigilancia de el especialista de cuidado intensivo y el personal de enfermería encargado de la unidad en cada turno, las notas en la historia clínica se realizan cuando hay algún cambio en la conducta a seguir en cada paciente y estas se realizan después de haber realizado las conductas médicas pertinentes y no antes, toda vez que, sentarse a hacer notas en la historia clínica de los pacientes pueden llegar a generar retrasos en la atención de los mismos.

Respecto de la Aclaración del Dr. Hernán Sepúlveda Martínez frente a la pregunta 39:

39 SEÑALE SI EL MANEJO MEDICO, QUIRURGICO, INSTITUCIONAL, DEL EQUIPO DE SALUD Y DEMAS FUE NO : ADECUADO, OPORTUNO, IDONEO, PERITO, PRUDENTE Y SEÑALE SI EL PACIENTE FUE EXPUESTO A RIESGOS NO JUSTIFICADOS?.

39 Considero que el manejo quirúrgico del paciente evidentemente no fue oportuno ya que se operó 8 días después del inicio de los síntomas y no en las primeras horas como es el deber ser. La idoneidad la pongo en tela de juicio ya que pasaron 4 días desde su hospitalización hasta la cirugía en que nunca se sospechó el diagnóstico y fue manejado como una obstrucción intestinal sin antecedente quirúrgico durante 4 días tiempo extremadamente prolongado en una patología sin como ya mencioné en su mayoría de los casos es de manejo quirúrgico. Tampoco nunca se pensó en solicitar una tomografía abdominal ni menos en una exploración quirúrgica que hubiera hecho el diagnóstico o tratamiento a tiempo se pasó a cirugía con la sospecha clínica. No se hizo buen manejo del soporte nutricional ya que este se inició tardíamente.

Aclaración: En resumen el paciente estuvo enfermo y en deterioro lento pero progresivo durante el lapso de 8 días desde el inicio de los síntomas hasta su operación, tiempo extremadamente largo para sospechar diagnosticar y tratar una apendicitis retrocecal o cualquier otra patología de manejo quirúrgico, Una tomografía ordenada de manera oportuna o una sospecha clínica de un proceso infeccioso abdominal (el paciente tenía fiebre, taquicardia y cifras de tensión arterial baja) hubieran podido cambiar el resultado final de los hechos. En un paciente con dolor abdominal cada hora y día que pasa es crítico y siempre se deben dar al paciente las conductas más seguras en el menor tiempo posible.

Aclaración Pregunta No. 39. NO SOLICITADA. Pág. 10.

El manejo brindado al paciente fue acorde a la sospecha diagnóstica realizada por el personal médico tratante en cada uno de los momentos de su evolución clínica. Cualquier especialista en la cirugía general que haya tratado pacientes con dolor abdominal secundarios a apendicitis retrocecal sería incapaz de poner en tela de juicio la idoneidad de un equipo médico que basado en los hallazgos clínicos de un paciente con dolor abdominal procede de manera acorde de sus sospecha diagnóstica.

Teniendo en cuenta que el paciente no presentó durante los primeros 4 días, signos clínicos de abdomen quirúrgico y que la sospecha diagnóstica era una obstrucción intestinal parcial consideramos que el manejo inicial fue adecuado oportuno e idóneo y este respondió en todo momento a los cambios clínicos presentados y a las necesidades del paciente, una vez el paciente requirió estudio imagenológicos adicionales, los mismos fueron solicitados, siempre pensando en el adecuado diagnóstico y tratamiento del paciente, a pesar del cual, el paciente fallece por una

patología potencialmente mortal y no desprovista de complicaciones entre las cuales se encuentra la muerte.

PRUEBAS

Como medios de prueba me permito adjuntar:

1. Documental:

- Oficio de radicación de la solicitud de amplitud del término para aportar aclaración del Dictamen Pericial solicitado por la parte demandante de fecha 07 de noviembre de 2019.
- Oficio de la aclaración del peritazgo presentado por el apoderado de la parte demandante de fecha 12 de noviembre de 2019

2. Testimonial:

Teniendo en cuenta que lo pedido por la Dra. Tatiana Lucia Sánchez Prieto el 10 de abril de 2018 fue la solicitud de decretar la objeción al dictamen pericial, asunto que no fue resuelto de acuerdo con lo solicitado, con el objeto de procederse a resolver lo solucionado se sirva decretar las siguientes pruebas:

2.1. Se solicita de manera respetuosa al Despacho que se decrete como prueba la recepción del testimonio de la Dra. Alexandra Cruz, médica especialista en Urología quien puede aclarar y precisar lo relacionado con la equivocación del grave del perito en las respuestas emitidas a las preguntas 1 y 2.

2.2 Se solicita de manera respetuosa al Despacho que se decrete como prueba la recepción del testimonio del Dr. Jorge Navarro, médico especialista en Cirugía General quien puede aclarar y precisar las equivocaciones del perito en las demás respuestas relacionadas en el presente oficio, conforme a los fundamentos anotados.

Testigos que se pueden citar en la calle 24 N° 29 -45 de la Ciudad de Bogotá.

PETICIÓN.

1. No tener en cuenta la aclaración presentada por el Dr. Perito por estar fuera del término otorgado por el despacho en su momento.

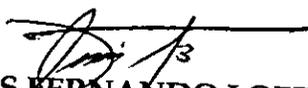
2. tener en cuenta las pruebas solicitadas.
3. subsidiariamente tener en cuenta las observaciones efectuadas a las aclaraciones presentadas por fuera de término.
4. Se sirva reconocermene nuevamente personería jurídica para actuar, es decir se me conceda el reasumir el poder para actuar, teniendo en cuenta que soy el apoderado principal de la demandada Corporación Hospitalaria Juan Ciudad, quien sustituyo el poder a mi otorgado a la Dra. Lucia Sánchez Prieto.

ANEXOS.

1. Los documentos enunciados en el acápite de pruebas en 2 Folios.
2. Poder General a mi otorgado mediante escritura pública No. 1722 del 26 de agosto del 2008 otorgada por la notaria 69 de Bogotá D.C junto con vigencia del mismo.
3. Representación legal Corporación Hospitalaria Juan Ciudad, donde funjo como representante legal ara asuntos judiciales y administrativo.

Del señor Juez,

Atentamente,


JESÚS FERNANDO LOPEZ BRAVO.
C.C. 79.117.355 de Fontibón
T.P. 38.402 del C. S de la J.

(Total Folios Anexos: 11)

República de Colombia	
Departamento de Policía Pública	
Comandancia del Cuadrante Cirolo	
De Bogotá	
AÑO 2022	
Fecha	21 JUL 2022
Acto	Art. 108 CPC
Inicio	22 JUL 2022
Vencimiento	26 JUL 2022
El Encargado	

