



Señor:

JUEZ SEGUNDO (2) TRANSITORIO DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C
E. S. D.

DEMANDANTES: Diana Maritza Perez y otros.

DEMANDADOS: Caja de compensación Familiar Cafam.

REF: 2012-0475

Asunto: TACHA POR ERROR GRAVE A LA ACLARACIÓN DEL DICTAMEN

CARLOS ALBERTO CAMARGO CARTAGENA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Bogotá, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79'318.915 de Bogotá, Abogado Titulado e inscrito, portador de la Tarjeta Profesional No. 168.358 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado judicial de la parte demandante dentro del proceso de la referencia por medio del presente escrito me permito , en los siguientes términos:

A LA PREGUNTA:

23. COMO SE LLEVA A CABO ESTA INTERVENCION EN EL RECIEN NACIDO O EN EL LACTANTE Y SEÑALE CUAL ES EL PAPEL QUE JUEGA EL CATETER DOBLE J EN LA MISMA:

RESPUESTA:

Para el momento de los hechos en nuestro medio no había experiencia en pieloplastia por laparoscopia por lo cual solo haré comentarios acerca de la pieloplastia por vía abierta. Este procedimiento requiere anestesia general y se puede realizar por varios abordajes: subcostal anterior, lumbotomía o lumbotomía posterior. El objetivo es alcanzar la unión pielouretral para realizar como se mencionó en la respuesta a la preguntas No 21 una pieloplastia desmembrada.

Como lo mencione de manera amplia en la respuesta a las preguntas No 1 y 7, la colocación del doble J no es inherente ni obligatoria cuando se realiza una pieloplastia. Es una alternativa que como cualquier otra cosa tiene unos riesgos y unos beneficios y cada cirujano sopesa los mismos para tomar la decisión de dejarlo o no. Como lo mencioné previamente la tendencia en muchos centros del mundo es la de evitar su colocación sobre todo considerando costos y la necesidad de una anestesia general adicional para su retiro por lo cual optan por catéteres externos tipo nefrectomía que se pueden retirar sin anestesia o la de dejar simplemente un dren en vecindad de la anastomosis que permite el drenaje de orina al exterior si hay escape de la misma en el sitio de la anastomosis. También mencioné que el porcentaje de pieloplastias fallidas no varía al comparar pacientes que fueron dejados con o sin doble J (aproximadamente 5% de falla)

LO ANTERIOR DICHO POR EL PERITO NO COINCIDE CON LO QUE SE HA DESARROLOGADO EN LAS GUIAS Y PROTOCOLOS DEL TEMA.

Descorre de Aclaración dictamen pericial

Camargo&Cartagena Abogados en Salud <camargocartagena@gmail.com>

Vie 6/11/2020 5:00 PM

Para: Juzgado 406 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C <j406cctobta@cendoj.ramajudicial.gov.co>; notificaciones judiciales <notificacionesjudiciales@cafam.com.co>

 1 archivos adjuntos (449 KB)

Señor.pdf;

Camargo&Cartagena abogados en Salud

Altos expertos en Negligencia y Responsabilidad Médica.

057 + 1 + 4639174

Movil: 350 6201754

Direccion: Calle 12B No. 8 - 23 Edif. Central Of. 215, Bogotá.

NOTA: POR FAVOR CONFIRMAR EL RECIBIDO DE ÉSTE CORREO

2 NOV

Re: Descorre de Aclaración dictamen pericial

Camargo&Cartagena Abogados en Salud <camargocartagena@gmail.com>

Vie 6/11/2020 5:01 PM

Para: Juzgado 406 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C <j406cctobta@cendoj.ramajudicial.gov.co>; notificaciones judiciales <notificacionesjudiciales@cafam.com.co>

 1 archivos adjuntos (2 MB)

Anexos.pdf;

Camargo&Cartagena abogados en Salud

Altos expertos en Negligencia y Responsabilidad Médica.

057 + 1 + 4639174

Movil: 350 6201754

Direccion: Calle 12B No. 8 - 23 Edif. Central Of. 215, Bogotá.

NOTA: POR FAVOR CONFIRMAR EL RECIBIDO DE ÉSTE CORREO

El vie., 6 nov. 2020 a las 17:00, Camargo&Cartagena Abogados en Salud (<camargocartagena@gmail.com>) escribió:

Camargo&Cartagena abogados en Salud

Altos expertos en Negligencia y Responsabilidad Médica.

057 + 1 + 4639174

Movil: 350 6201754

Direccion: Calle 12B No. 8 - 23 Edif. Central Of. 215, Bogotá.

NOTA: POR FAVOR CONFIRMAR EL RECIBIDO DE ÉSTE CORREO



INTERVENCIONISMO UROLÓGICO: NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA y CATÉTER/STENT URETERAL

Estándar del procedimiento

• INTRODUCCIÓN.

La nefrostomía percutánea (NPC) es un tratamiento ampliamente establecido para pacientes con obstrucción urológica supravesical, derivación urinaria, fístula urinaria así como otras indicaciones. El procedimiento se realiza tanto para conseguir un drenaje de la vía excretora como para servir de acceso a la colocación de catéteres y stents ureterales, tratamiento percutáneo de litiasis renales así como servir de guía para procedimientos endoscópicos.

La utilidad de los catéteres ureterales doble J (CDJ) en el caso de la obstrucción ureteral está completamente demostrada. Estos catéteres son preferibles a una NPC en muchos pacientes, y proporcionan considerables ventajas tales como ausencia de drenajes externos y de los cuidados que éstos conllevan, micción normal y eliminación de los riesgos inherentes a la extracción accidental, redundando todo ello en una mejor calidad de vida.

La colocación del CDJ vía retrógrada, es preferible a la técnica que describimos pero en ocasiones aquella es difícil o imposible por diversos motivos, como pueden ser: la ausencia de visualización del meato ureteral por la infiltración neoplásica o inflamatoria, un lóbulo medio prostático prominente o un uréter elongado y tortuoso (especialmente a su nivel terminal).

El stent ureteral metálico surge como alternativa terapéutica paliativa en la obstrucción ureteral de origen neoplásico, causada por compresión extrínseca de un tumor primario o un conglomerado adenopático retroperitoneal, en un intento de disminuir la morbilidad y mejorar la calidad de



- **Uropatía obstructiva (85-90%)**
 - I. De causa benigna:
 - Litiasis (más frecuente)
 - Coágulos de sangre
 - Fibrosis post-quirúrgica
 - Fibrosis retroperitoneal
 - II. Maligna: enfermedad tumoral pélvica extrínseca:
 - Cáncer cervicouterino
 - Masas adenopáticas
 - Cáncer de próstata
- **Para el manejo de la fístula urinaria**
- **Para realizar procedimientos terapéuticos sobre el uréter**
 - Colocación de stent ureteral
 - Dilatación ureteral
 - Extracción de cuerpos extraños
 - Extracción de litiasis
- **Otros:** pre-quimioterapia,...

La **NPC urgente** se colocará en pacientes con uropatía obstructiva y empeoramiento agudo de la función renal, o en pacientes con sepsis urinaria de origen obstructivo. Esta situación es más urgente en pacientes monorrenos.

La indicación de NPC en el trasplante renal incluye las mismas que en el riñón nativo. En estos pacientes, la realización de una NPC puede ayudar a diferenciar el fallo renal debido a obstrucción urinaria de la debida a rechazo del injerto.

3.1 Stent Ureteral Anterógrado

Obstrucción ureteral de origen neoplásico.



403

- Haber realizado al menos 6 meses de formación en Radiología Intervencionista, formación que debe incluir la realización de al menos 15 nefrostomías como primer operador.

El médico responsable del procedimiento deberá tener conocimientos suficientes sobre:

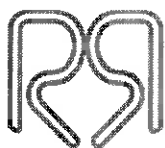
- Indicaciones y contraindicaciones del procedimiento.
- Valoración del paciente previa y posterior al procedimiento.
- Posibles complicaciones y su manejo.
- Técnica, interpretación y manejo de los medios de imagen que se van a usar para guiar los procedimientos.
- Radioprotección.
- Farmacología de los agentes de contraste, si se van a usar, y manejo de sus posibles complicaciones.
- Técnica del procedimiento y material que se va a utilizar.
- Anatomía y fisiología del órgano que se va a puncionar y de aquellos que se van a atravesar para su acceso.

El profesional que dirija este tipo de procedimientos deberá mantener su competencia en su realización, manteniendo los estándares y resultados descritos en este texto.

- **Otro personal médico**

En caso de requerirse sedación, la presencia de un anestesista o un médico con experiencia en la sedación es imprescindible.

En procedimientos de gran complejidad o riesgo, bien por la naturaleza del caso o situación del paciente, la colaboración de un segundo médico puede ser necesaria. Igualmente, es pertinente la presencia de otros médicos para cumplir con los requisitos de la formación de residentes o de otros especialistas.



50V

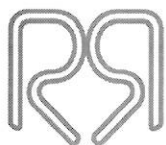
- Acceso inmediato a un equipo de resucitación de emergencia, incluyendo fármacos. Este equipamiento debe ser chequeado periódicamente para comprobar que está completo y actualizado.
- Medicamentos apropiados para tratar las posibles complicaciones agudas.
- Apoyo en un tiempo razonable por parte de un equipo quirúrgico y de UCI en caso de complicaciones agudas severas.

La administración de fármacos y la sedación precisan un equipo de monitorización de frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno y presión sanguínea. Debe contarse asimismo con suministro de gases médicos, equipo de intubación y de ventilación, desfibrilador y un equipo y fármacos de resucitación de emergencia. Si se usa RM para guiar el procedimiento, todo este equipo debe ser compatible para su utilización en el campo magnético del aparato.

○ **Material**

Se debe contar con el apropiado equipo de NPC y de material protésico (guías, balones, stents, etc), el cual incluye:

- Agujas, dilatadores, equipos de unipunción, guías de diferentes tipos, catéteres de diferentes modelos, catéteres balón, prótesis metálicas, manómetros, cepillos, lazos de cuerpo extraño, cestas de fragmentación mecánicas, etc.
- Fármacos. Anestesia local en aquellos procedimientos que la requieran. Fármacos para sedación si ésta es precisa. Fármacos para el manejo de las complicaciones y antibióticos i.v. de uso común, para uso profiláctico en caso de olvido de este requisito previo básico.
- Material de conservación de las muestras.



evitaremos manipulaciones, sobredilataciones e inyecciones de contraste innecesarias.

1. Paciente en decúbito lateral o decúbito prono.
2. Se realiza una asepsia rigurosa del área lumbar.
3. Anestesia dérmica e hipodérmica del punto de entrada y del trayecto que llevaremos, mediante 10 a 15 cc de lidocaína al 1% y guía ecográfica.
4. Punción bajo control fluoroscópico con una aguja de Chiba 22 G hasta llegar al cáliz correspondiente que nos permita una buena manipulación posterior hacia el uréter (preferible el sistema calicial medio).
5. Se extrae el fiador de la aguja de Chiba y se realiza una aspiración suave hasta obtener orina, tras lo cual se introduce contraste para dibujar el sistema pielocalicial.
6. Se introduce una guía de 0,018 pulgadas y a través de ésta y previa abertura de la piel con una lanceta se introduce un sistema coaxial de intercambio de guía para colocar una guía hidrofílica de 0.035" de punta angulada.
7. Mediante un catéter 4F con punta en palo de hockey (tipo Berenstein), manipularemos la guía hidrofílica hasta el uréter. Una vez allí realizaremos un intercambio de la guía hidrofílica por una rígida teflonada de 0.035" (tipo Amplatz) de punta blanda curva.
8. Se dilata el trayecto mediante dilatadores de 6 y 8F.
9. Se introduce el catéter de nefrostomía. Resulta recomendable avanzar el catéter únicamente con el fiador plástico ya que el fiador metálico, aun cuando ofrece mayor soporte, podría cizallar y dañar el entorchado de la guía rígida de trabajo. Se retira la guía rígida hasta dejar la parte blanda de la misma en el segmento multiperforado del catéter de nefrostomía, el cual deberá estar posicionado en la pelvis renal.



- Debe colocarse una NPC de seguridad tras el procedimiento, avanzándose para ello la guía rígida a pelvis renal y retirándose el introductor 8F.

6.3 Stent Ureteral

Para este procedimiento el abordaje y los pasos iniciales resultan idénticos al de la colocación del catéter ureteral.

Una vez cateterizado el uréter mediante introductor 8F de 23 cm y con guía rígida tipo Amplatz generosamente avanzada en vejiga, realizaremos una pieloureterografía anterógrada que delimite la extensión y localización precisa del uréter afecto para poder seleccionar las medidas de stent mas apropiadas y dirigir su correcta colocación.

Para facilitar la máxima expansión inmediata de la prótesis y/o facilitar el paso del sistema liberador de la prótesis se puede predilatar con catéter balón de alta presión, recomendable en casos que se sospechen estenosis muy resistentes y/o muy largas. Este paso no es imprescindible.

Se avanza el sistema liberador de la prótesis sobre guía de Amplatz hasta que el stent cubra el área afecta con las marcas proximal y distal del mismo superando en al menos 1-2 cm sus límites. En stents de localización transmeatal, la porción intravesical del stent no debe ser mayor de 0.5-1cm. Cuando la localización es la deseada se procede a su liberación prestando especial atención a posibles desplazamientos.

Una vez liberado el stent, se retira sobre guía el sistema liberador.

Realizamos pielografía de comprobación a través del introductor para valorar la expansión y permeabilidad de la prótesis. Si la expansión inicial es inferior al 50% del diámetro deseado, puede realizarse dilatación complementaria con balón.

Se retira el introductor y colocamos NPC de seguridad tras el procedimiento.



debe valorar posibles alternativas a la derivación renal que puedan ser de aplicación en ese caso. También debe comprobarse la identidad del paciente y que el procedimiento va a realizarse a la persona adecuada.

La posible existencia de antecedentes de reacciones adversas a los medios de contraste debe ser recogida específicamente en caso de que se planee su utilización y se pautará una desensibilización según protocolo de cada centro, idealmente 24 horas antes de la intervención.

d) Consentimiento informado.

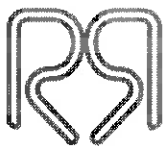
El paciente debe ser informado de en qué consiste el procedimiento, el motivo del mismo, los resultados esperados, las posibles alternativas y los riesgos. Se debe obtener su consentimiento escrito. Este consentimiento escrito y verbal debe recabarse en la visita diaria a planta previa al trabajo del día en cuestión y debe ser realizado por un médico de la plantilla de RI y, a ser posible, obtener dicho consentimiento también de los familiares del paciente.

e) Planificación del procedimiento.

El médico que realiza la intervención debe disponer de las pruebas de imagen que le hayan sido realizadas previamente al paciente. Con ellas y con la exploración realizada en el momento de la intervención deberá planificar antes del procedimiento el trayecto de acceso y la estrategia a seguir.

○ **Durante el Procedimiento**

El procedimiento debe hacerse siguiendo estrictas medidas de asepsia para la zona de entrada de la aguja y de los catéteres y otros materiales fungibles (balones, prótesis, etc.). El número de pases intrarenales con la aguja debe ser aquel que permita garantizar el resultado con el mínimo riesgo para el paciente. El estado y el bienestar del paciente deben ser controlados, especialmente en procedimientos realizados en pacientes vigiles y sin anestesista en sala. La comunicación entre los miembros del equipo sanitario debe ser activa durante todo el proceso.



guía hidrofílica de 0.035" y punta curva hasta pelvis renal y sobre ella se retirará la nefrostomía (previa liberación del sistema de preformación de asa del catéter).

b. El CDJ puede cambiarse, salvo complicaciones, cada 4 - 6 meses.

8. CONTROL DE CALIDAD

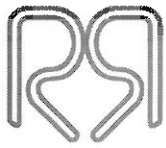
Establecer un umbral universal de complicaciones es difícil debido a las diversas particularidades de la Centro y de cada Servicio. Existen igualmente escasos trabajos donde se establezcan tasas de éxito y complicaciones en pacientes pediátricos. Los datos aportados corresponden a pacientes adultos.

8.1 NPC. Resultados

INDICACION NPC	TASAS DE ÉXITO	UMBRAL
Vía urinaria excretora obstruida y dilatada	98%	95%
Sistema excretor no dilatado	85%	80%
Vía excretora obstruida trasplante renal	98%	95%

8.2 NPC. COMPLICACIONES

Cuando consideramos complicaciones mayores y menores en conjunto éstas aparecen en aproximadamente un 10% de los pacientes. Las complicaciones específicas y sus umbrales se detallan abajo.



- Dagli M, Ramchandani P. Percutaneous nephrostomy: technical aspects and indications. Semin Intervent Radiol. 2011; 28: 424-37.
- Ramchandani P, Cardella JF, Grassi CJ, Roberts AC, Sacks D, Schwartzberg MS. Quality improvement guidelines for percutaneous nephrostomy. J Vasc Interv Radiol. 2003 ;14: 277-81.
- Lewis CA; Society of Interventional Radiology Standards of Practice Committee.
- Liatsikos EN, Karnabatidis D, Katsanos K et al. Ureteral metal stents: 10-year experience with malignant ureteral obstruction treatment. J Urol. 2009; 182: 2613-7.
- Sountoulides P, Kaplan A, Kaufmann OG, Sofikitis N. Current status of metal stents for managing malignant ureteric obstruction. BJU Int. 2010; 105: 1066-72.

Autores: Manuel Cabrera González y Alberto Alonso-Burgos. RVI

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz – IDC. Madrid

Revisión: Marte Burrell, Luisa Castellote, Rocío González, Milagros Marini, Teresa Moreno y Jose Urbano

Complicaciones y seguimiento

La pieloplastia laparoscópica tiene un muy bajo índice de complicaciones. No obstante, pueden ocurrir sangrados intraoperatorios que requieran la transfusión de unidades de sangre y prolonguen la internación. Por otro lado, en toda cirugía de la vía urinaria existe la posibilidad de infección. De suceder esto, usted requerirá de antibioticoterapia durante el postoperatorio.

Al ser retirado el catéter ureteral doble J la vía urinaria comenzará a funcionar normalmente. Durante el primer y segundo año los controles serán frecuentes ya que siempre existe la posibilidad (3 a 5% de los casos) que la cicatriz entre la pelvis renal y el uréter se cierre (estenosis cicatrizal) evitando nuevamente el pasaje de orina. De presentarse esta eventualidad usted requerirá de una reintervención. Esta generalmente se efectúa por vía endoscópica (ingresando por la uretra) y tiene como fin dilatar la unión estrecha.

KEYWORDS

Ureteropelvic
junction obstruction;
Pyeloplasty;
Laparoscopy;
Anderson-Hynes;
Robotic surgery

Laparoscopic Pyeloplasty: Technique and Results in 80 Consecutive Patients**Abstract**

Objective: To present our long-term results with the Anderson-Hynes laparoscopic pyeloplasty, performed by a single surgeon.

Material and methods: Between August 1999 and December 2009, 79 patients (80 procedures) were operated for primary ureteropelvic junction obstruction. We use the Anderson-Hynes technique by a transperitoneal approach. Patients were evaluated with Ultrasound, Excretory urography and dynamic renal scintigraphy (Mag-3). The perioperative characteristics, complications and results were reviewed.

Results: We performed 80 laparoscopic pyeloplasties in 79 patients. Mean operative time was 93.2 minutes (60-180). Crossing vessels were found in 38 of 82 (46.3%) renal units. Kidney abnormalities occurred in 4 patients (1 double ureteropelvic system, one associated retrocaval ureter, 1 horseshoe kidney and one pelvic kidney). Complications occurred in 5 procedures (6.5%): an immediately postoperative bleeding (Clavien 3b), 1 cecal volvulus (Clavien 3b), 1 urosepsis (Clavien 4th) and 1 urinary fistula (Clavien 3a). In this series there was neither mortality nor conversion to open surgery. There was recurrence in 3 out of 80 patients (3.7%). They were resolved as follows: 1 percutaneous antegrade endopyelotomy, 1 secondary laparoscopic pyeloplasty and 1 robotic pyeloplasty. There was a 96.3% of primary overall success rate.

Conclusions: Our results show that laparoscopic pyeloplasty compares favorably with the result achieved by open surgery. We believe that laparoscopic pyeloplasty is a good surgical alternative for the management of primary ureteropelvic junction obstruction.

© 2013 AEU. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La estenosis pieloureteral con hidronefrosis secundaria puede llevar a daño renal asintomático tanto en niños como en pacientes adultos. La técnica quirúrgica clásica es la pieloplastia desmembrada de Anderson-Hynes, de elección en el manejo de la estenosis pieloureteral primaria o secundaria. Tradicionalmente hecha por acceso a través de una lumbotomía lateral o posterior, sus resultados a largo plazo superan el 90% de éxito, siguiendo los pasos clásicamente descritos^{1,2}.

Con el propósito de disminuir la morbilidad de la incisión de lumbotomía se han descrito técnicas de mínima invasión, siendo las más utilizadas la incisión anterógrada por acceso renal percutáneo, la vía endoscópica retrógrada con el uso de ureteroscopia rígida o flexible e incisión de la estenosis con bisturí endoscópico frío, corte con calor o láser y balón y corte con asa eléctrica con la sonda retrógrada llamada Acucise. Sin embargo, los resultados a largo plazo con estas diferentes alternativas de tratamiento no superan una tasa de éxito del 61 a 89%, con los riesgos de hemorragia secundaria^{3,4}.

Todas estas técnicas comparten el problema de la necesidad de conocer la presencia o no de vasos polares renales, asociadas con una estenosis pieloureteral en cifras variables, dependiendo del estudio radiológico utilizado. La introducción de la angiografía selectiva con tomografía axial computarizada o resonancia magnética ha permitido diagnosticar con mayor seguridad la presencia de vasos polares, pero con un aumento de los costes.

La pieloplastia laparoscópica fue descrita por primera vez en el año 1993, logrando tasas de éxito a largo plazo comparables a la cirugía abierta^{5,6}, por lo que ha reemplazado definitivamente a la cirugía abierta en centros con experiencia laparoscópica⁷.

Presentamos una serie personal de 79 pacientes operados consecutivamente, la técnica quirúrgica utilizada, las complicaciones y los resultados a largo plazo.

Material y métodos

Nuestra serie está constituida por 79 pacientes en quienes se realizó 80 pieloplastias laparoscópicas (un caso fue bilateral), que fueron operados de forma consecutiva con la misma técnica quirúrgica y por el mismo cirujano (OAC).

Se excluyen de este análisis un grupo de pacientes pediátricos en quienes se realizó una técnica vídeo-asistida y que fueron objeto de una comunicación anterior⁸.

Su edad promedio fue de 33,4 años, con un rango de 3 a 75 años, 38 mujeres (%) y 41 hombres. En 31 pacientes (38,5%) la estenosis pieloureteral se localizó en el lado izquierdo y en 48 pacientes en el lado derecho. Un caso presentaba estenosis pieloureteral bilateral y fue operado en un tiempo.

Técnica quirúrgica

La preparación preoperatoria solo consiste en ayuno de 8 h. El paciente se coloca en flanco lateral, con la misma posición utilizada para toda cirugía laparoscópica retroperitoneal. Después de la inducción anestésica se coloca una sonda nasogástrica y una sonda vesical.

Se realiza neumoperitoneo con aguja de Veress a 15 mm Hg y una técnica de 3 trocates: un trocar de 12 mm para la óptica de 30° pararectal y paraumbilical y 2 trocates en la región subcostal y la fosa iliaca de 12 y 5 mm. La posición del trocar de 12 mm corresponde a la mano dominante del cirujano (figs. 1 y 2).

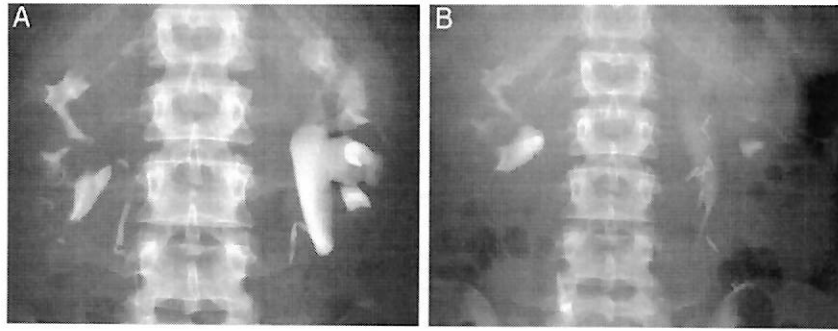


Figura 3 Urografía intravenosa de una pieloplastia laparoscópica izquierda en una paciente con el hallazgo de vasos polares. A. Imagen preoperatoria. B. Imagen postoperatoria.

éxito varía entre las series, la tasa de fracasos comunicados oscilan entre un 2 y un 14%, resultados en todo similares a la técnica tradicional¹⁸.

La literatura de habla hispana muestra pocas publicaciones, con escaso número de casos, pero con resultados comparables a las series con mayor número publicadas en la literatura (tabla 1).

La pieloplastia laparoscópica ha sido descrita tanto por la vía transperitoneal como retroperitoneal. Existe un estudio reciente que compara 22 pacientes operados por vía transperitoneal con 28 pacientes por vía retroperitoneal. Existieron diferencias significativas en favor de la vía transperitoneal en relación con el tiempo de acceso al campo operatorio, tiempo de sutura y tiempo operatorio total. Sin embargo, los abordajes fueron realizados por 2 cirujanos diferentes²⁶. Un metaanálisis que incluyó un análisis de 776 pacientes posee conclusiones similares demostrando un mejor tiempo operatorio y una menor tasa de conversiones para la vía transperitoneal²⁷. En nuestra experiencia, debido a que la mayor parte de la curva de aprendizaje de la cirugía renal fue hecha por vía transperitoneal, preferimos esta vía abordaje, la cual además aporta un mejor espacio quirúrgico.

Respecto al uso catéter doble J —cuando se compara con la instalación retrógrada antes de la cirugía— la instalación percutánea anterógrada intraoperatoria disminuye

el tiempo operatorio. Esto fue demostrado por El-Feel et al. al comparar 15 pacientes por vía retrógrada con 32 pacientes por vía anterógrada. Los autores concluyen que la instalación anterógrada es técnicamente factible y permite una mejor disección, especialmente en pacientes con inserción ureteral alta y obstrucción ureteropélvica secundaria. Sin embargo, los resultados a largo plazo fueron comparables en ambos grupos²⁸. Gamarra Quintanilla et al. proponen una interesante variación de la posición para pieloplastia laparoscópica que permite la colocación del catéter también por vía retrógrada, derivada de la posición de Galdakao-Valdivia para cirugía percutánea en decúbito supino²³. En nuestra experiencia creemos que la técnica anterógrada permite una mejor disección de la pelvis renal y una visualización del sitio de obstrucción más fácil debido a que la pelvis permanece distendida, sobre todo para su localización en la pieloplastia izquierda transmesocólica.

Un punto importante a destacar en cirugía laparoscópica reconstructiva es el entrenamiento necesario para desarrollarla. La pieloplastia laparoscópica es una técnica que requiere el manejo avanzado de nudos y suturas intracorpóreas. En el año 2008 Ramachandran et al. describieron un modelo animal utilizando esófago y estómago de pollo, simulando el uréter y la pelvis renal, respectivamente²⁹. El tiempo operatorio mostró una marcada reducción desde el segundo al cuarto intento. Además hubo una mejoría

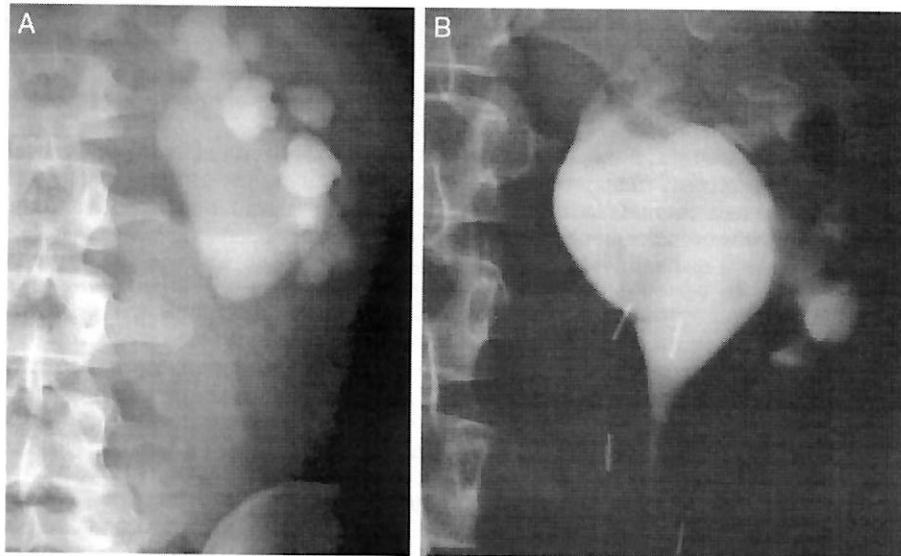


Figura 4 Urografía intravenosa en una pieloplastia laparoscópica izquierda. A. Imagen preoperatoria. B. Imagen postoperatoria.

16. Weikert S, Christoph F, Muller M. Acucise endopyelotomy: A technique with limited efficacy for primary ureteropelvic junction obstruction in adults. *Int J Urol*. 2005;12:864-8.
17. Szydelko T, Kópéc R, Kasprzak J. Antegrade endopyelotomy versus laparoscopic pyeloplasty for primary ureteropelvic junction obstruction. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2009;19:45-51.
18. Wolf JS. Laparoscopic transperitoneal pyeloplasty. *J Endourol*. 2011;25:173-8.
19. Lucas S, Leveillee RJ, Sundaram CP. Laparoscopic and robotic pyeloplasty collaborative group: Analysis of factors influencing success in 800 patients. *J Endourol*. 2010;24S1:A31-2.
20. Bestard Vallejo JE, Cecchini Rosell L, Raventos Busquets CX, Trilla Herrera E, Tremps Velasquez E, Morote Robles J. Pieloplastia abierta frente a laparoscópica: revisión de nuestra serie y descripción de nuestra técnica de pieloplastia laparoscópica. *Actas Urol Esp*. 2009;33:994-9.
21. García Galisteo E, Emmanuel Tejero E, Navarro Vilchez P, García Galisteo J, Baena Gonzalez V. Comparación del tiempo operatorio y complicaciones entre la pieloplastia laparoscópica convencional y robótica. *Actas Urol Esp*. 2011;35:523-8.
22. García Aparicio L, Tarrado X, Rodo J, Krauel L, Olivares M, Rovira J, et al. Pieloplastia laparoscópica en pacientes pediátricos. Nuestros primeros casos y lecciones aprendidas. *Actas Urol Esp*. 2010;34:473-6.
23. Gamarra Quintanilla M, Ibarluzea Gonzalez G, Gallego Sanchez JA, Camargo Ibargaray I, Pereira Arias JG, Astobieta Odriozola A, et al. Nuevo procedimiento para realizar la pieloplastia laparoscópica. Nuestra experiencia. *Arch Esp Urol*. 2007;60:565-8.
24. Del Valle Gonzalez N, Estebanez ZJ, Conde Redondo C, Amón Sesmero JH, Robles Samaniego A, Castroviejo Royo F, et al. Pieloplastia laparoscópica. Nuestra experiencia. *Arch Esp Urol*. 2004;57:1099-106.
25. Valdivia Uriá JG, Sanchez Elípe A, Sanchez Zalabardo M. Pieloplastia laparoscópica. *Arch Esp Urol*. 2002;55:679-86.
26. Zhu H, Shen C, Li X, Xiao X, Chen X, Zhang Q, et al. Laparoscopic pyeloplasty: A comparison between the transperitoneal and retroperitoneal approach during the learning curve. *Urol Int*. 2013;90:130-5.
27. Wu Y, Dong Q, Han P, Liu L, Wang L, Wei Q. Meta-analysis of transperitoneal versus retroperitoneal approaches of laparoscopic pyeloplasty for ureteropelvic junction obstruction. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2012;22:658-62.
28. El-Feel AS, Abdel-Hakim MA, Abouel-Fettouh HI, Abdel-Hakim AM. Antegrade ureteral stenting during laparoscopic dismembered pyeloplasty: Intraoperative findings and long-term outcome. *J Endourol*. 2010;24:551-5.
29. Ramachandran A, Kurien A, Patil P, Symons S, Ganpule A, Muthu V, et al. A novel training model for laparoscopic pyeloplasty using chicken crop. *J Endourol*. 2008;22:725-8.
30. Valero RJ, Moanack J, Cruz G, Sánchez-Ismayel A, Sanchez-Salas R, García-Seguí A. Animal model for training in laparoscopic pyeloplasty. *Actas Urol Esp*. 2012;36:54-9.

¿POR QUÉ ESTA INTERVENCIÓN?

Usted presenta un estrechamiento de la unión entre las cavidades del riñón y el uréter, este diagnóstico se hizo basado en exámenes radiológicos. Este estrechamiento puede ser de origen congénito (conducto demasiado estrecho, o compresión por un vaso sanguíneo) o consecuencia de una enfermedad que haya causado una inflamación de la región. La orina queda retenida a nivel de la cavidad renal y su desagüe hacia el uréter resulta difícil. Esta retención genera una dilatación de la cavidad. La falta de tratamiento le expone a los riesgos de dolores, infecciones y/o destrucción progresiva del riñón.

¿EXISTEN OTRAS FORMAS DE TRATAMIENTO?

En ciertos casos especiales un estrechamiento de la unión puede ser tratado a través de las vías naturales, mediante endoscopia, por dilatación o incisión.

Su urólogo le ha explicado porqué le ha propuesto este tipo de intervención.

PREPARACIÓN DE ESTA INTERVENCIÓN

Como para todas las intervenciones quirúrgicas, es necesario efectuar una evaluación pre anestésica, algunos días antes de la operación.

La orina debe ser estéril para la operación. Se efectúa un análisis antes de la intervención, para verificar que la orina sea estéril o tratar una infección eventual. Esto podría retrasar la fecha de la operación.

La operación se desarrolla con anestesia general.

TÉCNICA OPERATORIA

Varias vías de abordaje permiten efectuar una pieloplastia por vía quirúrgica o laparoscópica. La elección se hará en función del tipo de estrechamiento, de su morfología personal y de las preferencias de su cirujano.

La técnica consiste en practicar una intervención a nivel de la unión pieloureteral para suprimir el trozo estrecho y restablecer un paso normal entre la cavidad y el uréter. Al final de la intervención, el urólogo coloca una sonda tutora, que permite el drenaje de la orina durante el período de cicatrización. Puede tratarse de una sonda interna, cono-

cida como sonda doble J o pigtail, que será retirada por las vías naturales algunas semanas más tarde, o una sonda que salga a través de la piel y que será retirada después de algunos días, según las indicaciones del cirujano. Uno o varios drenajes externos pueden ser colocados temporalmente y permiten observar las eventuales descargas post operatorias.

POSOPERATORIO USUAL

Se coloca una sonda urinaria durante la anestesia, para no ejercer presión sobre la zona de reparación y evitarle dificultades para orinar al despertar. Esta sonda rara vez causa incomodidad. El dolor post operatorio se trata con medicamentos analgésicos que le serán administrados con regularidad. Usualmente, le será permitido levantarse al día siguiente de la operación y realimentarse desde que se reanude el tránsito intestinal.

El momento del retiro de la sonda urinaria y del o los drenajes es variable y será definido por el cirujano.

La hospitalización dura algunos días y le será precisada por su cirujano en función del tipo de intervención y de las dificultades operatorias.

Usted discutirá con su cirujano la duración de la convalecencia y el retorno a sus actividades.

Se prevé efectuar una radiografía de control, para verificar el buen funcionamiento del riñón y el resultado de la reparación quirúrgica, además de una consulta post operatoria algunas semanas después de la operación.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Toda intervención quirúrgica supone cierto porcentaje de complicaciones y de riesgos, incluso vitales, que dependen no sólo de la enfermedad que usted padece, sino que también de variaciones individuales, no siempre previsibles. Algunas de estas complicaciones son de ocurrencia excepcional y pueden a veces no ser sanables. En el curso de esta intervención el cirujano puede verse enfrentado con descubrimientos o acontecimientos imprevistos que hagan necesario procedimientos complementarios o diferentes de aquellos inicialmente previstos y que pueden incluso interrumpir el protocolo programado.

Algunas complicaciones dicen relación con su estado de salud y la anestesia; ellas le serán explicadas durante la consulta previa a la operación con el médico que lo evalúe y son posibles en toda intervención quirúrgica.



826

Bogotá, D.C., 11 de febrero de 2020

B.VDIEFM-52-19

Señores

JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CRICUITO TRNASITORIO DE BOGOTÁ

Calle 12 No. 9-23 Torre norte, piso 3

Edificio Virrey

Bogotá, D.C.

Asunto: Respuesta a oficio No. 0128 del 28-11-2019

JDO 2 CV.CTO.TR.BTA

Proceso: Ordinario de Responsabilidad Médica

Dte: Daniel Eduardo Castro

Ddo: Caja de Compensación Cafam

Radicado: 1100-31-030-35-2012-00475-00

19 FEB'20 2:40 PM

Respetados señores:

En respuesta al oficio relacionado en el asunto, de manera atenta nos permitimos remitir respuesta del profesor Dr. Camilo Alberto Orjuela perteneciente al Departamento de Cirugía, complementando el dictamen emitido en 2014 que ha contado con diversas aclaraciones entregadas en 2015, 2017 y 2018, lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

Junto con el dictamen aclaratorio, esta Vicedecanatura hace devolución de los documentos allegados por la instancia judicial. Copia de esta respuesta se remitirá a Carlos Alberto Camargo Cartagena, representante de la firma Camargo & Cartagena Abogados en Salud.

Cordialmente,

JAVIER HERNANDO ESLAVA SCHMALBACH
Vicedecano de Investigación y Extensión
Facultad de Medicina

Anexos: 10 Folios

AÑOS Bicentenario
0

457

Bogotá, 3 de febrero de 2020

Doctor:

RODRIGO PARDO TURRIAGO

Vicedecano de Investigación y Extensión (E)

Facultad de Medicina

Universidad Nacional de Colombia

Respetado Dr. Pardo

Me permito enviarle la aclaración y complementación del dictamen pericial que previamente rendí en el marco del proceso No 2012-00475-00 en el que funge como demandante Daniel Eduardo Castro y como demandada la Caja de Compensación Familiar CAFAM (Codificación interna No. VIEFMFM-277-23-12-2019)

Dejo constancia que he respondido a través de la Universidad Nacional de Colombia al cuestionario inicial de 51 preguntas del Dr. Carlos Alberto Camargo Cartagena en 2 oportunidades (Oficio Número 14-520), la primera el 2 de junio de 2014 y la segunda el 4 de septiembre de 2017.

En la primera oportunidad en 2014 dejé constancia en mi respuesta que solo tuve acceso a la historia clínica del Hospital de la Misericordia y a la historia de mi base de datos personal, dado que estuve vinculado al manejo del caso, pero que en lo referente al manejo realizado en CAFAM no tenía ninguna información. En la segunda oportunidad en el 2017 recibo la historia clínica de CAFAM y al dar respuesta aclaro que "múltiples preguntas tiene una respuesta más amplia o diferente a la inicial.

Por el tipo de preguntas que hace y las aclaraciones que solicita el Dr. Camargo en esta nueva "SOLICITUD DE ACLARACIÓN Y COMPLEMENTACION" es evidente que no tiene claridad del contexto del segundo documento basado en el hecho que tuve acceso a la historia clínica de CAFAM. Haciendo estas observaciones me permito dar respuesta a su nuevo y extenso cuestionario.

1. "ACLARE Y COMPLEMENTE SU INFORME, SEÑALANDO EN QUE CASOS (EN QUE POCAS VECES) SE AMERITA TRATAMIENTO INMEDIATO DE LA HIDRONEFROSIS. LO ANTERIOR ACORDE A LOS SEÑALADO EN EL FOLIO 372 REVERSO"

Como lo mencioné en los documentos previos la hidronefrosis por estrechez de la unión pieloureteral en general no requiere tratamiento inmediato salvo en circunstancias no frecuentes como la de hidronefrosis severa bilateral con masa palpable asociada a deterioro de la función renal o con evidencia de sobreinfección con orina turbia y espesa (pus) en el sistema colector o dolor intratable, casos en los que el manejo no es realizar una pieloplastia para resolver el problema anatómico

sino inicialmente realizar una derivación urinaria percutánea (nefrostomía) o abierta (pielostomía) que permita resolver el proceso infeccioso y recuperar la función renal y posteriormente y de manera diferida realizar el procedimiento definitivo de pieloplastia para resolver el problema anatómico si la función del riñón lo justifica. Cuando la hidronefrosis es importante y hay compromiso funcional el paciente se programa de manera electiva y nunca como un procedimiento de urgencia, por supuesto dándole prioridad, pero recalco nunca como una cirugía de urgencia.

2. "ACORDE A SU RESPUESTA DEL NUMERAL 2, ACLARE Y COMPLEMENTE AL DESPACHO, CON BASE EN LOS REGISTROS OBRANTES EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL MENOR EN CAFAM, SI LOS CONTROLES DE FUNCIÓN RENAL PREVIOS A LA PRIMERA PIELOPLASTIA, FUERON COMPLETOS, ADECUADOS Y OPORTUNOS"

Reviso la historia clínica de mi base de datos personal y la información disponible en los archivos entregados y evidentemente el paciente fue estudiado de manera adecuada y oportuna. A su ingreso a la unidad de neonatos de la clínica CAFAM y por el antecedente de hidronefrosis antenatal se realizó ecografía de vías urinarias el 19 de septiembre de 2002 posterior a la que se le colocó una sonda uretral a permanencia y luego se realizó nuevo control ecográfico el 23 de septiembre. Adicionalmente se realizó uroanálisis y urocultivo que descartaron infección urinaria y se controló la función renal con medición de creatinina y electrolitos con resultados normales en al menos 2 oportunidades antes de su egreso el 24 de septiembre. Posteriormente se completó su evaluación realizándose ecografía de vías urinarias (6 de noviembre de 2002), Cistografía radiológica (19 de noviembre de 2002), urografía excretora (3 de diciembre de 2002), renograma DTPA (4 de diciembre de 2002).

3. "ACLARE Y COMPLEMENTE AL DESPACHO CON BASE EN LOS REGISTROS OBRANTES EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL MENOR EN CAFAM Y DEL HOMI, SI DANIEL EDUARDO CASTRO TENIA DISPLASIA RENAL? HTA? LITIASIS RENAL? PIELONEFRITIS? EXPLIQUE EN QUE MOMENTO Y DEBIDOS A QUE."

Refiriéndome al periodo de tiempo antes de su procedimiento quirúrgico de pieloplastia izquierda realizado el 27 de febrero de 2003, en primera instancia debo aclarar que el diagnóstico de displasia renal es un diagnóstico histopatológico (requiere biopsia renal o el espécimen quirúrgico) que en ese momento no era posible establecerlo y al respecto de los diagnósticos de hipertensión, litiasis renal y pielonefritis no hay ningún dato en la historia clínica que los sustente.

4. "ACLARE Y COMPLEMENTE AL DESPACHO, SI PRESENTO DANIEL EDUARDO CASTRO REFLUJO VESICO URETERAL? REQUERIA DE TRATAMIENTO? EXPLIQUE."

Al paciente se le realizó el 19 de noviembre de 2002 cistografía radiológica, que es el patrón de oro para el diagnóstico de reflujo vésico ureteral, y este estudio descartó la presencia de reflujo vésico ureteral.

5. "ACLARE Y COMPLEMENTE AL DESPACHO, SI PRESENTO DANIEL EDUARDO CASTRO VALVULAS URETERALES? REQUERIA DE TRATAMIENTO? EXPLIQUE"

Asumo que la pregunta hace referencia a una de las causas de obstrucción urinaria baja más frecuente que son las válvulas de la uretra posterior y al paciente se le realizó el 19 de noviembre de 2002 cistografía radiológica, que es el patrón de oro para su diagnóstico y este estudio no demostró alteración de la uretra posterior lo que hacía muy poco probable el diagnóstico de esta patología. Si la pregunta hace referencia a la presencia de valva ureteral (diagnóstico muy poco frecuente en la obstrucción del tracto urinario superior), este diagnóstico no se puede sustentar con la información disponible.

6. "RESPECTO A LA RESPUESTA 7, ACLARE Y COMPLEMENTE SEÑALANDO PORQUE SE DEBE EVITAR LA COLOCACION DE DRENES PERCUTANEOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS OBJETOS DE PIELOPLASTIA? QUE IMPLICA EL RIESGO DE DRENAJE Y SALIDA DE ORINA POR LA ANASTOMOSIS PIELO URETERAL? EXPLIQUE"

Para dar respuesta a esta pregunta debo referirme a la respuesta de la pregunta 1 en la que dejo claridad que hay muchos grupos en el mundo (cada vez más) que dejan un drenaje percutáneo (dren de Penrose u otro tipo de drenes) y no recurren al uso del doble J o de catéteres o sonda de nefrostomía lo que deja claro que son una opción. Desde el punto de vista personal y así lo deje claro en las respuestas de la pregunta 1 y 7, por preferencia personal dejo catéter doble J pero esto no es mandatorio y es el cirujano quien decide como protege su cirugía. Cuando por alguna razón se produce fuga a través de la anastomosis pielo ureteral existe el riesgo que se establezca una fístula o se presente un proceso de fibrosis del sitio de la anastomosis sobre todo si se presenta una colección alrededor del riñón (circunstancia que el dren evita), pero está descrito que el drenaje persistente de orina por el dren finalmente resuelve al pasar el edema de la anastomosis y la evolución clínica generalmente es satisfactoria por lo cual reitero muchos grupos en el mundo optan por esta opción. No me queda claro el fundamento para que el Dr. Camargo afirme que este tipo de drenajes se deben evitar, porque en ningún momento yo lo expresé en mis respuestas previas. Insisto que esa es una decisión resorte del médico tratante.

7. "RESPECTO A LA RESPUESTA 7, ACLARE Y COMPLEMENTE SEÑALANDO CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA DE CAFAM Y DEL HOMI, SI A DANIEL EDUARDO CASTRO EN LA INTERVENCION EN CAFAM DE PIELOPLASTIA, SE LE COLOCO DREN PERCUTANEO? Y SEÑALE SI EL MENOR TUVO FUGA DE ORINA POR LA ANASTOMOSIS PIELOURETERAL?"

La descripción quirúrgica del Dr. Amador es clara en que se dejó un dren de Penrose durante en procedimiento de pieloplastia el 27 de febrero de 2003. En la nota de ingreso por el servicio de urgencias del día 27 de marzo de 2003 se consigna que había drenaje persistente de orina por el dren hasta el día anterior (200 cc) pero no se describe el tiempo de evolución de dicho drenaje. Evidentemente se presentó fuga de orina por la anastomosis pielo ureteral. Aunque no aparece consignado en una nota de evolución la nota fechada el 9 de junio de 2003 deja constancia que el paciente fue visto en el posoperatorio y que por el drenaje persistente por el dren

este fue cambiado por una sonda y que al momento del ingreso el 27 de Marzo de 2003 esta sonda se había desalojado de su posición

8. "RESPECTO DE LA RESPUESTA 7, ACLARE Y COMPLEMENTE SEÑALANDO RESPECTO DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA, CUALES SON LOS PARAMETROS PARA DAR SALIDA A UN PACIENTE LACTANTE DESPUES DE UNA PIELOPLASTIA? EXPLIQUE Y ACORDE A LAS HISTORIAS SEÑALE SI ESTOS PARAMETROS SE VIGILARON EN EL CASO DEL MENOR CASTRO."

En general para dar alta a un paciente lactante después de una pieloplastia se debe considerar que tenga una evolución clínica favorable lo que incluye que para su egreso el paciente esté estable, con signos vitales normales, hidratado, tolerando, la vía oral y con adecuado control del dolor. En general a los pacientes que se les deja dren se vigila que la producción por el mismo sea escasa, pero se envían a casa con el dren y este se retira ambulatoriamente cuando sea evidente que no haya drenaje activo y en lo posible con una ecografía que demuestre el estado de la unidad renal intervenida. En el caso del paciente la estancia fue corta (24 horas), pero para el momento de su egreso todos los parámetros mencionados eran adecuados: sin fiebre, con dolor controlado y con producción escasa por el dren.

9. "RESPECTO DE LA RESPUESTA 10, ACLARE Y COMPLEMENTE AL DESPACHO SEÑALANDO COMO SE EVITA QUE UN PACIENTE CON UROPATIA OBSTRUCTIVA ALTA TERMINE NEFRECTOMIZADO Y CON NEFRITIS INTERSTICIAL CRONICA? EXPLIQUE"

El objetivo básico cuando se evalúan pacientes con hidronefrosis es definir la pertinencia del manejo quirúrgico o la posibilidad de manejo expectante. La decisión se debe tomar fundamentados en la historia antenatal, el estado funcional de la unidad renal afectada, la evolución del grado de dilatación y la clínica del paciente lo que deja claro que de entrada no todas las hidronefrosis tienen indicación de manejo quirúrgico. Evidentemente si el paciente tiene una hidronefrosis severa antenatal que persiste y aumenta en las evaluaciones posnatales, que tiene compromiso funcional significativo en los estudios de medicina nuclear y está hipertenso por ejemplo ameritará manejo quirúrgico. Si la decisión del manejo quirúrgico es acertada y el procedimiento quirúrgico tiene una buena evolución se esperaría que la unidad renal no termine en nefrectomía y con los cambios descritos de nefritis intersticial crónica y con atrofia. Cuando las unidades renales con compromiso funcional importante se operan, algunas recuperan algo de función pero otras mantienen el aporte funcional previo al procedimiento lo que implica que tienen un daño establecido por el fenómeno obstructivo que se instaura desde la vida intrauterina y que afecta al riñón en formación. Adicionalmente cuando se realiza una pieloplastia es importante tener claro que no es una cirugía infalible y que la tasa de persistencia o recurrencia de la obstrucción puede alcanzar un 3-5%. Dicho esto es evidente que en algunas oportunidades a pesar del esfuerzo no se logra cambiar la historia natural de la enfermedad y el paciente puede terminar con nefrectomía de manera temprana o tardía.

459

10. RESPECTO A LA RESPUESTA 10 ACLARE SI LA NEFRITIS INTERSTICIAL CRONICA TAMBIEN PUEDE SER PRODUCTO, O SI SE PUEDE VER FAVORECIDA POR INFECCIONES URINARIAS NO CONTROLADAS? EXPLIQUE

El concepto de nefritis intersticial crónica es muy amplio y sugiero si se requiere más amplitud al respecto tener el concepto de un patólogo. Claramente el riñón afectado por un proceso obstructivo genera inicialmente una alteración de los túbulo pero también un infiltrado inflamatorio intersticial y crónicamente se produce una atrofia de la corteza, el abombamiento de los cálices y una fibrosis del intersticio todas estas circunstancias que se pueden enmarcar en una nefritis túbulo intersticial crónica. Evidentemente los procesos infecciosos han sido involucrados con cambios similares de nefritis intersticial aguda, pero en el escenario del paciente en cuestión sin un proceso infeccioso crónico los hallazgos están más en relación a la uropatía obstructiva por la estenosis de la unión pieloureteral. Si fuese necesario y relevante la histopatología podría ser revisada por un patólogo.

11. "RESPECTO DE SU RESPUESTA 12, SEÑALA USTED QUE SE TRATABA DE UNA HIDRONEFROSIS UNILATERAL NO SEVERA, ACLARE SI AL ESTAR DESHIDRATADO EL PACIENTE - COMO USTED LO SEÑALA - LA AFECTACION RENAL DE DANIEL EDUARDO PODIA SER SEVERA? EXPLIQUE"

El hallazgo de "hidronefrosis unilateral no severa" no es referido por mi sino que está en el cuerpo del texto de la pregunta del Dr. Camargo Cartagena. Evidentemente la ecografía prenatal disponible fechada el 23 de agosto de 2002 reporta una hidronefrosis derecha calificada por la radióloga Gloria Hurtado como moderada sin que se describa el diámetro antero - posterior de la pelvis renal. El comentario que se hace en esa respuesta sobre la deshidratación fisiológica no aplica al feto sino al recién nacido por lo que evidentemente no se hace una interpretación adecuada. Los hallazgos de la ecografía posnatal son los que son dependientes del estado de hidratación del recién nacido por lo cual en un caso como este, con hidronefrosis solo unilateral y moderada, la recomendación es no realizar la ecografía posnatal de manera inmediata sino diferirla al menos 72 horas, para evitar que la deshidratación fisiológica del recién nacido ocasione falsos negativos del estudio con pelvis que lucen poco dilatadas, no porque no haya obstrucción, sino porque hay muy poca orina que las distienda. En este caso la ecografía se realizó a los 7 días de nacido (19 de septiembre de 2002) que se ajusta a las recomendaciones de la Asociación para la Urología Fetal (SFU por sus iniciales en el idioma inglés)

12. "RESPECTO A LA PREGUNTA 13 SEÑALE ACORDE A LAS HISTORIA CLINICAS DEL MENOR SI SE CUMPLIO CON ESTE DERROTERO CLINICO"

En general considero como lo consigné en la respuesta 2 de este mismo cuestionario que la evaluación fue adecuada. Se hicieron ecografías iniciales en los momentos adecuado y ante la evidencia de los hallazgos se amplió el estudio y para diciembre de 2002 ya se había realizado cistografía radiológica, renograma diurético DTPA y urografía excretora y se había aclarado la anatomía del tracto urinario del paciente

siendo evidente que el problema a resolver inicialmente era la obstrucción de la unión pieloureteral izquierda.

13. "ACLARE Y COMPLEMENTE LA RESPUESTA 12. SEÑALANDO, QUE TENIENDO EN CUENTA QUE LA ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN DONDE SE EVIDENCIO LA HIDRONEFROSIS FUE DE 23 DE AGOSTO DE 2002, SEÑALE AL DESPACHO SI SE DEBIO HACER OTRO CONTRO ECOGRAFICO PREPARTO, PARA DETERMINAR EL ESTADO O PROGRESION DE LOS HALLAZGOS? EXPLIQUE"

Con una ecografía de tercer trimestre con hidronefrosis unilateral moderada, realmente no había una indicación expresa para realizarla. La alarma en la ecografía antenatal se debe activar en hidronefrosis bilateral severa, evidencia de dilatación ureteral, engrosamiento de la vejiga, falta de ciclado de la vejiga fetal (distensión persistente) o en presencia de disminución del líquido amniótico y ninguno de estos hallazgos fue documentado en dicha ecografía.

14. "ACLARE Y COMPLEMENTE LA RESPUESTA 12. SEÑALA USTED EN ESTA RESPUESTA QUE LOS HALLAZGOS ECOGRAFICO DE HIDRONEFROSIS BILATERAL SEVERA OBLIGA A UN SEGUIMIENTO MAS CERCANO. ACLARE ESPECÍFICAMENTE A QUE SE REFIERE? Y SEÑALE ACORDE A LAS HISTORIA CLINICAS DE CAFAM , SI ESTO SE LLEVO A ACABO EN EL MENOR?"

En general si la hidronefrosis detectada es leve o moderada el control ecográfico se puede diferir a las 4 -6 semanas pero en los casos de hidronefrosis bilateral se recomienda un seguimiento más cercano como el que se realizó en este paciente que como lo mencioné en la respuesta 2 se realizaron al menos 3 ecografía en el lapso de los 2 primeros meses de vida y ante la evidencia de dilatación significativa se realizo cistografía radiológica que descartó reflujo y válvulas de la uretra posterior y renograma diurético que valoró funcionalmente las unidades renales como era mandatorio y todo antes que el paciente cumpliera los tres meses de edad.

15. "RESPECTO A SU RESPUESTA 14, ACLARE SI ACORDE A LA HISTORIA CLINICA DE CAFAM SE REVISARON LAS IMÁGENES ECOGRAFICAS PARA ACLARAR LO POR USTED SEÑALADO Y SI ANTE LA DUDA SE HIZO UNA CISTOGRAFÍA RADIOLOGICA?

Las imágenes ecográficas iniciales fueron revisadas (19 y 23 de septiembre de 2002) y se anota en la historia que se sospecha la posibilidad de reflujo vésico ureteral por lo cual el paciente es dado de alta en profilaxis antibiótica. Se realiza nueva ecografía el 6 de noviembre de 2002 y por la persistencia de la dilatación se realiza cistografía radiológica el 19 de noviembre de 2002 descartándose la presencia de reflujo vésico ureteral y válvulas de la uretra posterior.

16. "RESPECTO A SU RESPUESTA 14, ACLARE SI ACORDE A LA HISTORIA CLINICA DE CAFAM SI CON EL MENOR SE INSTAURO PROFILAXIS ANTIBIOTICA Y SI SE REALIZO NUEVA ECOGRAFIA A LAS 2 A 4 SEMANAS?

En la historia al momento del egreso el 24 de septiembre de 2002 queda el concepto del Dr. Amador de la pertinencia que el paciente reciba profilaxis antibiótica con

860

cefalexina. En algún momento la profilaxis fue cambiada a ácido nalidíxico. La nueva ecografía de control fue realizada a las 6 semanas (6 de noviembre de 2002).

17. "RESPECTO A SU RESPUESTA 14, ACLARE SI ACORDE A LA HISTORIA CLINICA DE CAFAM CUANDO SE HIZO EL CONTROL ECOGRÁFICO POSNATAL, QUE ARROJO? Y SI SE GARANTIZO EL EXAMEN DE MEDICINA NUCLEAR POR USTED SEÑALADO Y EL RENOGRAMA DE MANERA OPORTUNA?

Las tres ecografías realizadas en el periodo posnatal demostraron hidronefrosis severa bilateral sin aparente alteración de la vejiga o los uréteres. La evaluación de la función fue realizada con renograma diurético DTPA el 4 de diciembre de 2002 y considero que fue realizado de manera oportuna ante la evidencia de persistencia de la hidronefrosis que hacía pensar en la posibilidad de requerir manejo quirúrgico.

18. "RESPECTO A SU RESPUESTA 15, ACLARE SI ACORDE A LA HISTORIA CLÍNICA DE CAFAM, EL MENOR FUE CONTROLADO TANTO POR UROLOGO COMO POR NEFROLOGO? ADEMAS COMPLEMENTE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA SEÑALANDO SI EL MENOR PRESENTO – ACORDE A SU RESPUESTA 15 – ALGUNA CIRCUNSTANCIA PARA HOSPITALIZARLO Y SI ESTO SE HIZO?"

En la historia clínica hay controles ambulatorios de Urología y hay notas firmadas por el Dr. Guillermo Landínez, pediatra con dedicación a la nefrología pediátrica durante su hospitalización en septiembre de 2002. Desafortunadamente y remontados a ese año, la nefrología pediátrica no era una especialidad con tanta fortaleza como la tiene ahora y por ello la gran mayoría de centros de la ciudad no contaba con esa subespecialidad de la pediatría.

Al respecto de hospitalizaciones a mi juicio nunca tuvo indicación de manejo hospitalario por su patología de base ya que nunca se infectó, las pruebas de función renal eran normales y nunca se demostró masa palpable. Estuvo hospitalizado en una oportunidad entre el 19 y el 23 de septiembre por ictericia, momento en el que se evaluó como lo cito en la respuesta a la pregunta No 2. Nuevamente entre el 24 y el 25 de noviembre de 2002 estuvo en observación en urgencias por estreñimiento y nuevamente con muestra de orina que descartó infección urinaria.

19. "ACLARE Y COMPLETE SU RESPUESTA 16 SEÑALANDO CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA DE CAFAM, SI EL MENOR PRESENTO HIDRONEFROSIS IMPORTANTE; ADELGAZAMIENTO DEL PARENQUIMA RENAL; PROGRESION DE LA DILATACION; COMPROMISO DE LA UNIDAD RENAL AFECTADA; PATRÓN OBSTRUCTIVO EN EL RENOGRAMA? EXPLIQUE EN QUE MOMENTOS Y SEÑALE SI FUE INTERVENIDO Y CUANDO ?"

Evidentemente las ecografías disponibles antes de la pieloplastia reportaron hidronefrosis bilateral reportada como severa o como grado 4/4 de la clasificación de la Sociedad para la Urología Fetal (SFU), el parénquima fue medido en una de ellas (23 de septiembre de 2002) siendo de 6 mm en ambos riñones (adelgazamiento leve) y es difícil establecer la presencia de progresión porque los diámetros de la pelvis en anteroposterior solo fueron medidos en una ecografía. El renograma del 4

de diciembre demostró la presencia de retención piélica importante bilateral de predominio izquierdo con patrón obstructivo bilateral y con aporte funcional de la unidad renal izquierda del 43.2% (compromiso funcional leve moderado). Por estos hallazgos y el de la urografía excretora del 3 de diciembre de 2002 que demostró hidronefrosis bilateral de predominio izquierdo con pelvis izquierda que alcanzaba 5 cm el paciente fue llevado a pieloplastia izquierda el 27 de febrero de 2003. En la nota del 6 de febrero de 2003 se consigna que fue presentado en junta de urología y desde el 23 de enero se inicia el proceso administrativo de programación.

20. "ACLARE SU RESPUESTA 18 SEÑALANDO SI USTED CONSIGNO EN LA HISTORIA CLINICA LITERALMENTE LO QUE USTED DICE CONSIGNO, ES DECIR CONSIGNO USTED QUE "CON MUY BUEN CRITERIO FUE LLEVADO A....?"

En la historia de mi base de datos no quedó consignado literalmente y a la historia de la Misericordia no tuve acceso para constatarlo, pero puedo afirmar al revisar el caso nuevamente que con muy buen criterio fue llevado al procedimiento quirúrgico de pieloplastia izquierda el 27 de febrero de 2003.

21. "COMPLEMENTE SU RESPUESTA 18, SEÑALANDO, CUANDO? EN QUE FECHA SE DETERMINO QUE EL PACIENTE EDUARDO CASTRO TENÍA UNA HIDRONEFROSIS OBSTRUCTIVA?"

Los estudios que permiten establecer que hay un fenómeno obstructivo activo de predominio izquierdo son el renograma diurético del 4 de diciembre de 2002 y la urografía excretora del 3 de diciembre del mismo año.

22. "COMPLEMENTE SU RESPUESTA 19, SEÑALANDO SI ESTA EXPLICACION REFERIDA POR USTED ES PARTE DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO? Y SEÑALE AL DESPACHO SI SE EVIDENCIA EXPLICACION SEMEJANTE EN LA HISTORIA CLINICA DE CAFAM?"

En la historia clínica disponible no encuentro disponible el consentimiento informado del procedimiento y en la historia no hay notas específicas al respecto de la naturaleza del procedimiento

23. "COMPLEMENTE SU RESPUESTA 21, SEÑALANDO SI OBRA REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA DE CAFAM QUE AL MENOR SE LE HAYA HECHO ECOGRAFÍA DE CONTROL POS QUIRURGICO, MOSTRO ESTA MEJORIA EN EL ESPESOR DEL PARENQUIMA RENAL? EXPLIQUE"

La única ecografía que aparece reportada en la historia clínica de CAFAM está fechada 28 de marzo de 2003, un mes después del procedimiento, y reporta hidronefrosis derecha $\frac{3}{4}$ con pelvis de 17 mm y el riñón izquierdo "reemplazado casi en su totalidad por bolsa hidronefrótica de 108 x 77 mm, no colecciones perirrenales". Este control ecográfico no demuestra mejoría con respecto al estudio pre quirúrgico.

24. "COMPLEMENTE SU RESPUESTA 21, SEÑALANDO SI OBRA REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA DE CAFAM QUE AL MENOR SE LE HAYAN HECHO ESTUDIOS DE MEDICINA

NUCLEAR Y SI LOS MISMOS FUERON OPORTUNOS Y SI DEMUESTRAN MEJORA FUNCIONAL? EXPLIQUE"

Debo asumir que esta pregunta hace referencia a la evaluación después de la pieloplastia del 27 de febrero de 2003 y antes del segundo procedimiento de nefrectomía izquierda. Si es así, no aparece registro de ningún estudio de medicina nuclear en ese periodo de tiempo.

25. COMPLEMENTE SU RESPUESTA 22 SEÑALANDO COMO SE DEMUESTRA LA EXPERIENCIA DE UN UROLOGO O CIRUJANO PEDIATRICO EN CIRUGIA PEDIATRICA UROLOGICA? EXPLIQUE

Como lo señale en el cuestionario previo la respuesta es muy compleja. Definitivamente la Urología Pediátrica es un terreno compartido entre el Cirujano Peditra y el Urólogo y como lo dejé claro no hay programas de a formación en Urología Pediátrica en nuestro medio excepto en Antioquia. Los médicos con título de sub especialista en urología pediátrica en nuestro medio los han obtenido en el exterior. Dejando claro esto evidentemente ni el estado ni las mismas sociedades científicas pueden avalar a los especialistas para que demuestren sus competencias en el área de la Urología Pediátrica. Desde hace unos pocos años la Sociedad Colombia de Urología propuso unos requisitos para calificar las competencias de los urólogos dedicados a la urología pediátrica, pero esto no existía para la época de los hechos. Desconozco si la Sociedad de Cirugía Pediátrica ha avanzado en un proceso similar. Un especialista tanto de Urología como de Cirugía Pediátrica podría demostrar su experiencia en urología pediátrica con su casuística, con la evidencia de asistencia a congresos, publicación de trabajos etc., pero esto tiene un alto componente subjetivo.

26. "ACLARE Y COMPLEMENTE SU RESPUESTA 28, SEÑALANDO, SI TAL Y COMO SE EVIDENCIA EN LA HISTORIA CLINICA, LA CONDICION RENAL DE DANIEL EDUARDO CAMBIO ECOGRAFICAMENTE DEL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2002, CUANDO PRESENTABA HIDRONEFROSIS BILATERAL GRADO II A PRESENTAR HIDRONEFROSIS BILATERAL EL DIA 6 DE NOVIEMBRE DE 2002, ES DECIR CAMBIO EN MENOS DE DOS MESES, ASI MISMO PUDO SU CONDICION CAMBIAR ENTRE EL 4 DE DICIEMBRE DE 2002 (FECHA DEL RENOGRAMA DIURETICO Y FEBRERO 27 DE 2003, FECHA DE LA PIELOPLASTIA? EXPLIQUE

En primera instancia debo anotar que la pregunta ignora los hallazgos de la ecografía realizada inicialmente el día 19 de septiembre en la que se refiere específicamente que hay hidronefrosis severa bilateral. La ecografía inicial a la que hace referencia esta pregunta se realizó el día 23 de septiembre y este estudio fue realizado con sonda lo que puede minimizar la severidad de la dilatación por estar la vejiga completamente vacía. Dejo entonces claro que no se trata de un paciente con hidronefrosis leve que empeoró sino de un paciente que desde el inicio presentaba una hidronefrosis severa bilateral. Es difícil establecer si para el 6 de noviembre había empeorado la situación dado que no se tiene un referente de diámetros de la pelvis renal en la ecografía (no fueron medidos) que permita demostrarlo al analizar

1030
el caso evolutivamente, así que lo que se puede afirmar es que persistía una dilatación severa bilateral de predominio izquierdo.

Establecer si habían cambios entre el 4 de Noviembre y la fecha de la pieloplastia solo es demostrable si se hubiesen hecho estudios de control previos al procedimiento. Nuevamente me ratifico en que por preferencia personal hubiese hecho una ecografía muy cercana a la fecha del procedimiento y teniendo en cuenta que había un renograma realizado menos de 3 meses antes del procedimiento no creo que lo hubiese repetido salvo que la nueva ecografía me hiciese pensar por la severidad de la hidronefrosis en el riesgo de mayor deterioro funcional de la unidad renal izquierda.

27. "ACLARE LAS RAZONES DE SU RESPUESTA DE "CON LA INFORMACION DISPONIBLE NO CREO QUE LA SITUACION PUDIES CAMBIAR..." CUAL ES ESA INFORMACION Y PORQUE CON BASE EN ELLA "CREE" QUE NO PUDIESE CAMBIAR? EXPLIQUE"

La información disponible demostraba la presencia de hidronefrosis bilateral de predominio izquierdo con hallazgos compatibles con estrechez de la unión pieloureteral y con un renograma diurético (4 de diciembre de 2002) y una urografía excretora (3 de diciembre de 2002) que demostraban la mayor severidad de la dilatación izquierda y compromiso funcional moderado de la unidad renal izquierda con aporte del 43% (normal del 50%). Afirmando que creo la situación no iba a cambiar porque la hidronefrosis que pudiese haber mejorado no la había hecho y ya había un compromiso funcional por lo cual era inevitable que el paciente terminase en cirugía del lado izquierdo y que según su evolución ameritara manejo del lado derecho como finalmente sucedió. Reitero nuevamente que personalmente hubiese hecho una ecografía muy cercana al procedimiento quirúrgico y que el criterio para hacer estudios adicionales hubiese estado basado en su resultado. En general también debo afirmar que no hacemos estudios gammagráficos de seguimiento en periodos cortos por los riesgos de la exposición a la radiación ionizante y se llevó el paciente a cirugía con un estudio que tenía menos de 3 meses de realizado.

28. "COMPLEMENTE SU RESPUESTA 29 SEÑALANDO ACORDE A LA HISTORIA CLINICA DE CAFAM SI EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAPIELOPLASTIA, OBRA LA ADVERTENCIA DE LOS RIESGOS?"

En los documentos enviados no tengo disponible el consentimiento informado por lo cual no puedo dar respuesta a esta pregunta.

29. COMPLEMENTE LA RESPUESTA 31 SEÑALANDO SI:

A. LA ANAMNESIS, EL EXAMEN FISICO Y EL SEGUIMIENTO IMAGENOLOGICO FUERON ADECUADOS, COMPLETOS Y OPORTUNOS, ACORDE A LO POR USTED SEÑALADO. EXPLIQUE LA RAZON DE SU DICHO
Como claramente lo explique en el cuestionario previo la evolución del paciente se alteró por la presencia de drenaje persistente por el dren de Penrose dejado durante el procedimiento. Aunque no se encuentra la nota de una atención adicional el paciente fue visto antes de su consulta del 26 de

862

manejo advirtiéndole que con esa evolución tórpida era una unidad renal en peligro y en el caso de una exploración abierta con un posoperatorio tan reciente la alta posibilidad de requerir nefrectomía.

30. ACLARE Y COMPLEMENTE LA RESPUESTA 38 SEÑALANDO SI LO POR USTED INDICADO SE HIZO EN EL PACIENTE EDUARDO CASTRO?

Ante la situación clínica la opción planteada por el Dr. Amador, según se desprende de su solicitud quirúrgica era la de realizar una nefrostomía abierta del riñón izquierdo. Desconozco las circunstancias de la institución en la que el paciente fue atendido hace 17 años pero si optó por esa decisión evidentemente no tenía en ese momento los recursos de radiología intervencionista para realizar la nefrostomía percutánea o de un cistoscopio pediátrico para intentar colocar un catéter doble J. Como lo dejé claro en la respuesta de la pregunta 35 del cuestionario previo probablemente por los hallazgos intraoperatorios anotados en la descripción quirúrgica del 28-III-2003 "pelvis renal severamente dilatada y riñón con escaso parénquima ..., se observa severa fibrosis por cirugía previa. Unión pieloureteral obstruida y adherida en forma importante a la pared muscular del retroperitoneo" en relación a la cirugía previa y por la extravasación activa de orina fue necesaria para el Dr. Amador la extirpación quirúrgica de esa unidad renal. Esta valoración intraoperatoria es subjetiva pero si el cirujano considera que por los hallazgos el riñón no es subsidiario de un procedimiento reconstructivo o derivativo la nefrectomía es una opción válida.

31. "ACLARE Y COMPLEMENTE LA RESPUESTA 39, SEÑALANDO: SI ACORDE A LO POR USTED REFERIDO LO DEBIDO ANTES DE REALIZAR UNA NEFRECTOMÍA ERA: PRIMERO REALIZAR UNA NEFROSTOMÍA DEL RIÑÓN COMPROMETIDO, SEGUNDO 4 SEMANAS DESPUÉS REEVALUAR LA FUNCIÓN RENAL, TERCERO SI LAS PRUEBAS DE FUNCIÓN RENAL ERAN POBRES SE JUSTIFICA LA NEFRECTOMIA, CUARTO SI LA FUNCIÓN RENAL ENCONTRADA A LAS 4 SEMANAS, HUBIESE SIDO ACEPTABLE, LA CONDUCTA ERA CONSERVAR EL RIÑÓN Y A LOS 3 MESES REINTERVENIR RECONSTRUCTIVAMENTE?"

Dejo claridad que en ese escenario sería lo que yo hubiese planteado y creo que es suficientemente claro por lo cual no hago ninguna aclaración.

32. ACORDE A LO ANTERIOR SEÑALE SI ESTO SE CUMPLIO EN EL CASO DEL MENOR EDUARDO CASTRO? EXPLIQUE

En el contexto del caso la respuesta a esta pregunta es la misma de la pregunta 30 por lo cual lo remito a esa respuesta.

33. ACLARE Y COMPLEMENTE SU RESPUESTA 40 SEÑALANDO SI ACORDE A LA HISTORIA CLÍNICA DEL MENOR EN CAFAM, SI AL MENOR CASTRO, LO VALORO UN NEFROLOGO PEDIATRICO?

No hay en la historia de CAFAM notas de valoración por nefrología pediátrica excepto las iniciales del Dr. Guillermo Landínez (Pediatra con dedicación a la Nefrología Pediátrica) pero en su manejo en el Hospital de la Misericordia si fue

marzo de 2003 y ante la evidencia de drenaje persistente por el dren, este le fue cambiado por una sonda (Folio 000106 deja constancia Dr. Amador de cambio de dren por sonda)). Cuando ingresa el 26 de marzo de 2003 se anota la salida de dicha sonda y la presencia de fiebre intermitente. En ese momento en la valoración se anota que el paciente no luce séptico y que está en buenas condiciones y que su abdomen es blando. En la nueva valoración el 28 de marzo se realiza la ecografía de control ya mencionada en la respuesta a la pregunta 23 que demostró la ausencia de colecciones pero con una hidronefrosis severa izquierda (bolsa hidronefrótica)

B. SEÑALE SI ACORDE A LAS EVOLUCIONES Y CONTROLES EL DRENAJE ERA SIGNIFICATIVO Y SI SE REALIZO LA ECOGRAFIA POR USTED MENCIONADA
Como se desprende de mi respuesta anterior si hubo drenaje significativo y la ecografía fue realizada como también lo mencioné previamente el 28 de marzo con los hallazgos descritos.

C. SE REALIZARON LOS CONTROLES ECOGRAFICOS PARA DESCARTAR COLECCIONES PERIRENALES?

La ecografía fue realizada el 28 de marzo (1 mes después del procedimiento) y descartó colecciones perirrenales.

D. SE HIZO CONTROL ECOGRAFICO A LAS 4 SEMANAS?

La ecografía realizada es la ya mencionada del 28 de marzo

E. EL PACIENTE FUE OBJETO DE VALORACION Y SEGUIMIENTO POR NEFROLOGIA PEDIATRICA?

No hay notas de seguimiento por dicha especialidad.

F. LOS CONTROLES A LOS 3 Y 6 MESES FUERON COMPLETOS Y ADECUADOS?

Si hace referencia al control pos pieloplastia dicho controles no fueron posibles por el desenlace del procedimiento que terminó en nefrectomía. Si hace referencia al seguimiento del riñón único derecho el 29 de abril de 2003 se le realizó un renograma diurético con T1/2 indeterminado (normal menor de 10 minutos, indeterminado entre 10 y 20 minutos y obstructivo mayor de 20 minutos) y en noviembre de 2003 otro estudio similar que reportó un T1/2 de 23 minutos por lo cual le fue solicitada urografía excretora que se realizó el 2 de febrero de 2004 en la que se reporta una dilatación del riñón único derecho con pelvis de 28 mm con uréter proximal disminuido de calibre razón por la cual el Dr. Amador remite al paciente siendo atendido finalmente en el Hospital de la Misericordia.

G. ANTE EL HALLAZGO DE BOLSA HIDRONEFROTICA CUAL ERA LA CONDUCTA? QUE SE LE DEBIO EXPLICAR A LOS PADRES?

Como respondí a las preguntas 34 y 35 del cuestionario previo, ante la evidencia de drenaje persistente y dilatación importante de la unidad renal izquierda después de una pieloplastia las conductas podrían ir desde la colocación de un catéter doble J, la realización de una nefrostomía percutánea y sino se tiene ninguno de esos recursos (se requiere cistoscopia pediátrica o radiología intervencionista) intentar una nefrostomía abierta. A los padres se le ha debido explicar la situación y las diferentes opciones de

863

valorado por dicha especialidad (Dra. Natalia Mejía) cuya primera valoración se hizo en esa institución en junio de 2003 y encuentro resúmenes de atención de la misma especialidad hasta el 2007.

34. ACLARE Y COMPLEMENTE SU RESPUESTA 40 SEÑALANDO SI ACORDE A LA HISTORIA CLINICA DEL MENOR EN CAFAM, SI AL MENOR CASTRO SE LE HIZO SEGUIMIENTO ECOGRAFICO Y GAMAGRAFICO CERCANO?

Como respondí a la pregunta 29 F al paciente se le realizaron los siguientes estudios antes de ser enviado al Hospital de la Misericordia

- Renograma diurético DTPA 29 de abril de 2003
- Renograma diurético DTPA 12 de noviembre de 2003
- Urografía excretora 2 de febrero de 2004

No encuentro en los registros disponibles de CAFAM reportes de ecografías adicionales.

35. ACLARE Y COMPLEMENTE SU RESPUESTA 40 SEÑALANDO SI ACORDE A LA HISTORIA CLINICA DEL MENOR EN CAFAM, SI AL MENOR CASTRO SE LE PUDIERON HABER REALIZADO ESTOS ESTUDIOS DE MANERA CONCOMITANTE Y MÁS OPORTUNA PARA ESTABLECER EL ESTADO ANATÓMICO Y FUNCIONAL RENAL DE MANERA MAS OPORTUNA? EXPLIQUE

Creo que los estudios fueron oportunos y la evolución clínica del paciente permitió el seguimiento sin que se hubiese demostrado deterioro de la función renal (nitrogenados disponibles siempre fueron normales) o hubiese cursado con clínica de infección urinaria, de tal manera que cuando se tomo la decisión quirúrgica de intervenir el riñón derecho el paciente se encontraba en buenas condiciones. Evidentemente en el lapso transcurrido entre los dos renogramas un control ecográfico hubiese sido pertinente y no encuentro registro al respecto.

Como lo he mencionado previamente la decisión de operar las hidronefrosis depende de la evolución clínica, de los hallazgos en los estudios de imágenes y en el estado clínico del paciente y en general la oportunidad del procedimiento no se cualifica por tiempos sino por circunstancias clínicas que inclinan la balanza al manejo quirúrgico. En este caso en particular la balanza se inclina por los hallazgos imagenológicos en el seguimiento con persistencia de la dilatación e imagen de anomalía de la unión pieloureteral y del uréter proximal en la urografía excretora del 2 de febrero de 2004 en particular tratándose de un riñón único.

36. ACLARE Y COMPLEMENTE SU RESPUESTA 40 SEÑALANDO CON BASE EN QUE REGISTROS SEÑALA USTED LO QUE SEÑALA EN EL ULTIMO PARRAFO EN ESTA RESPUESTA, YA QUE USTED HA SEÑALADO QUE NO CUENTA CON LA HISTORIA DE CAFAM?

Cuando el paciente consultó por primera vez al Hospital de la Misericordia, si bien no contaba probablemente con el registro de atención de CAFAM, mi deber como médico era el de revisar todos los estudios que el paciente tenía disponibles y que evidentemente como se constata posteriormente fueron ordenados por el Dr.

Amador en su seguimiento en CAFAM razón por la cual tenía conocimiento y acceso a ellos.

37. ACLARE Y COMPLEMENTE SU RESPUESTA 41 SEÑALANDO QUE SE DEBIO HACER PARA CONFIRMAR O DESCARTAR EL FENOMENO OBSTRUCTIVO, ANTE LA DUDA ENCONTRADA EN EL RENOGRAMA DE ABRIL DE 2003 Y DADO EL RIÑON UNICO DEL PACIENTE?

Como respondí previamente el renograma de abril de 2003 no era conclusivo de un fenómeno obstructivo sino que se debía interpretar como indeterminado. Por lo cual el seguimiento en ese momento era válido. Probablemente como lo expresé en la respuesta 35 de este cuestionario en el seguimiento hubiese hecho ecografía pero evidentemente la urografía realizada en febrero de 2004 demostró que si bien no había una franca progresión había una anomalía anatómica que justificaba su manejo quirúrgico insistiendo que este periodo de observación el paciente no presento síntomas ni deterioro funcional.

38. ACLARE Y COMPLEMENTE SU RESPUESTA 45 EXPLIQUE A QUE SE REFIERE CON QUE LA UNIDAD RENAL DERECHA FUE OPERADA DE MANERA TARDÍA?

Acorde a lo respondido en dicha pregunta debo aclarar que el término tardío no hace referencia a retrasado y/o inoportuno sino que hace referencia a la línea del tiempo de los hechos en la que el procedimiento realizado en el Hospital de la Misericordia fue hecho ya en un paciente de 1 año y 11 meses y el procedimiento de pieloplastia inicial fue realizado a la edad de 5 meses dejando claridad que para nada eso afecto la evolución y el estado funcional de su riñón único como lo demuestran sus estudios de seguimiento. Quizá la expresión más adecuada hubiese sido que se opero más tarde en su vida y no de manera tardía. Lamento mi mal uso del idioma.

39. SOLICITO ACLARE, COMPLEMENTE Y CONTESTE LAS PREGUNTAS 17, 24, 25, 27, 30, 32, 39, 48, 49, 50 Y 51 CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA DE CAFAM.

Me permito adjuntar las respuestas dadas la segunda vez que respondí el cuestionario y en la que tuve acceso a la historia clínica de CAFAM. Algunas tiene aclaraciones mínimas

PREGUNTA 17Cuál era el estado anatómico y funcional de los riñones y vías urinarias en el menor DANIEL EDUARDO CASTRO para Septiembre de 2002? Explique
De Septiembre de 2002 dispongo de la siguiente información:

- Ecografía de vías urinarias 19-IX-2002 Reporta hidronefrosis bilateral severa pero no miden los diámetros de las pelvis renales. Vejiga sin distensión.
- Ecografía de vías urinarias 23-IX-2002 Dilatación de ambos riñones de predominio izquierdo con pelvis renal derecha de 14 mm e izquierda de 27 mm con vejiga normal. Evidentemente presentaba hidronefrosis bilateral severa que ameritaba su evaluación, la cual para XII-2002 se había realizado en su totalidad (Uretrocistografía miccional - Urografía Excretora - renograma diurético)

864

PREGUNTA 24 Señale si el menor DANIEL EDUARDO CASTRO fue sometido a esta intervención quirúrgica, en qué fecha, cuál fue el tipo de intervención o modalidad y cuáles fueron las razones aducidas en la historia clínica para la misma? Explique.
Fecha el 27-II-2003 hay una nota operatoria donde se consigna que se realizó pieloplastia izquierda por vía abierta con técnica desmembrada de Anderson Hynes y que se dejó un dren de Penrose. Se describe como hallazgo "Gran dilatación de la pelvis renal secundaria a estrechez de la unión ureteropielica". Por el análisis de la historia es evidente que se toma la decisión de operar el riñón con mayor dilatación y se anota con claridad en la historia.

PREGUNTA 25 Señale si la intervención se llevó a cabo de manera técnicamente adecuada, idónea y perita. Explique.

Lo que se describe es la técnica convencional de pieloplastia por la técnica de Anderson Hynes sin que se hayan omitido pasos en el procedimiento. Dejo claridad que el hecho que un procedimiento quirúrgico falle no es sinónimo que el cirujano haya actuado con impericia o imprudencia y que de entrada se pueda poner en tela de juicio su idoneidad. Por esta razón diligenciamos el consentimiento informado en el que advertimos ampliamente a los padres de los riesgos y complicaciones de los procedimientos que realizamos. Adiciono a esta respuesta que la colocación de un doble J no es inherente a una pieloplastia y es decisión del cirujano la manera como protege su cirugía.

PREGUNTA 27Cuál era el estado anatómico y funcional de los riñones y vías urinarias en el menor DANIEL EDUARDO CASTRO para el momento previo a la intervención quirúrgica en febrero de 2003? Explique.

En los documentos aportados no encuentro estudios adicionales a los mencionados previos al procedimiento, pero fue llevado a cirugía con estudios realizados en el mes de diciembre de 2002 (corrijo lo mencionado en la respuesta previa que de manera errónea mencioné el mes anterior). En mi práctica procuro realizar una ecografía muy cercana al procedimiento, pero la información disponible era suficiente para llevar a cabo la intervención quirúrgica.

PREGUNTA 30 Cuáles fueron los hallazgos intra operatorios, y señale si lo descrito en el acto quirúrgico se considera adecuado con este estado y si la técnica es adecuada e idónea.

Como lo menciones en la respuesta a la pregunta 24 los hallazgos descritos fueron: "Gran dilatación de la pelvis renal secundaria a estrechez de la unión ureteropielica". Me reitero en mi respuesta que lo descrito en la nota operatoria corresponde a la pieloplastia por técnica desmembrada de Anderson Hynes y que lo descrito corresponde a los pasos usuales para la realización de dicho procedimiento.

PREGUNTA 32 Cómo se debe proteger al menor de la presencia de infecciones del riñón y/o de las vías urinarias en el pre, intra y posoperatorio de pieloplastia abierta? Explique. Se hizo lo anterior con el caso del menor DANIEL EDUARDO CASTRO?

En general se considera la pieloplastia como una cirugía limpia contaminada. Lo ideal de estos pacientes es llevarlos a cirugía teniendo un cultivo negativo cercano al procedimiento, se debe colocar una dosis de antibiótico parenteral (usualmente cefalosporinas de primera generación tipo CEFAZOLINA 50 mg/kg) al menos 30 minutos antes de realizar incisión y se

deja cobertura con antibiótico parenteral al menos 48 - 72 horas y posteriormente se deja en profilaxis antibiótica.

Según las notas disponibles en su seguimiento se realizaron cultivos de orina de control y se prescribieron medicamentos cuando los resultados fueron anormales. En nota de consulta del 6-II-2003 se anota que el cultivo era positivo y se prescribió tratamiento con ácido nalidíxico. En el trans operatorio y posoperatorio recibió manejo con cefalotina y fue dado de alta con antibiótico.

PREGUNTA 39 Estaba plenamente indicada la nefrectomía en el paciente DANIEL EDUARDO CASTRO? Explique.

Como lo dije previamente el paciente fue llevado con intención de una nefrostomía abierta izquierda para intentar resolver la situación clínica y ante la evidencia de severa fibrosis como lo expongo claramente en la respuesta a la pregunta No 35 el cirujano toma la opción de extirpar el riñón. Esta valoración intra operatoria es subjetiva pero ante la evidencia de imposibilidad de realizar un procedimiento reconstructivo la opción de la nefrectomía es razonable. Insisto como lo mencioné previamente que reintervenciones abiertas en caso de procedimientos reconstructivos fallidos, como en este caso de pieloplastia, el riesgo de terminar en nefrectomía es bastante alto sobre todo si la reintervención se realiza muy cerca a la cirugía reconstructiva fallida.

La única opción para poder afirmar si la nefrectomía izquierda estaba plenamente indicada era que se hubiese derivado con nefrostomía y un tiempo después de al menos 4 semanas se hubiese reevaluado la función de esa unidad renal demostrándose que tenía muy pobre función que ameritaría la nefrectomía, o que al reevaluar la función y encontrándose esta aceptable se hubiese re explorado quirúrgicamente al menos 3 meses después y se hubiese considerado imposible la realización de un procedimiento quirúrgico reconstructivo que hubiese indicado la extirpación quirúrgica del riñón.

PREGUNTA 48 Señale si al paciente se le dio manejo adecuado, para el diagnóstico, tratamiento y prevención y tratamiento de las infecciones de vías urinarias? Explique
Como lo respondí en la pregunta 32 creo que el paciente fue evaluado y manejado correctamente desde ese punto de vista

PREGUNTA 49 Señale si la intervención del día 27 de febrero de 2003, fue oportuna, perita e idónea.

Me reitero en que la intervención fue oportuna y lo anotado en la descripción quirúrgica corresponde a las características usuales de una pieloplastia desmembrada de Anderson Hynes

PREGUNTA 50 Señale si el seguimiento posquirúrgico a esta intervención fue adecuado y suficiente?. Explique.

En la historia clínica disponible solo aparecen notas del día del procedimiento 27-II-2003 y de su alta el 28-II-2003 y de su reingreso el día 26-III-2003 con alta voluntaria solicitada por la madre y su nuevo ingreso el 28-III-2017 día en que se realizó la nefrectomía izquierda. No es posible establecer por la historia que el paciente haya sido valorado entre el 28-II-2003

965
y el 28-III-2003 pero adiciono a esta respuesta que el paciente fue valorado sin que quedara registro en la historia clínica y se le cambió su dren de Penrose por una sonda labor que solo pudo hacer el servicio de urología.

PREGUNTA 51 Señale si obra consentimiento informado para nefrostomía abierta del día 27 de febrero de 2003, en donde se advierte la posibilidad de nefrectomía? Explique
En los documentos disponibles no se aporta copia de dicho consentimiento para poder emitir un concepto al respecto.

Adjunto las respuestas de los 2 cuestionarios previos

De antemano agradezco su atención

Camilo Orjuela Rodríguez
Urólogo
Urología Pediátrica
Profesor Asociado Universidad Nacional de Colombia
Miembro de Número Sociedad Colombiana de Urología
Cel 3153509906



Expertos en negligencia médica,
responsabilidad civil y del estado

01EF11-277-23-12-2019

Expertos en negligencia médica,
responsabilidad civil y del estado

866

FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

AD: 2012-475
DEMANDANTE: MARITZA PEREZ AVILA Y OTROS.
DEMANDADO: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM.

SUNTO: COMPROBANTE DE ENTREGA MAGNETICA, EXPEDIENTE DANIEL EDUARDO CASTRO PEREZ

CARLOS ALBERTO CAMARGO CARTAGENA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Bogotá D.C., identificado con C.C N°. 79.318.915 de la ciudad de Bogotá, Abogado Titulado e inscrito, portador de la T.P. N°. 168.358 del C.S.J; en calidad de apoderado judicial de la parte demandante, por medio del presente escrito, me permito relacionar comprobante de entrega magnética, del expediente completo, anexo al oficio Nro. 0128 emitido por el Juzgado 02 Civil del Circuito Transitorio de Bogotá D.C.

Unidad de E-GRATOS (13 de dic. 2019)

Unidad de E-GRATOS (13 de dic. 2019)

ramagocartagana@gmail.com

EXPEDIENTE: GUARDIA DANIEL CASIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA
VICEDECANATURA DE
INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN

12 DIC 2019

CD.

RECIBIDO POR
Piliana

HORA
230

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA
VICEDECANATO DE
INVESTIGACION Y EXTENSION

12 DIC 2019

CD.

RECIBIDO POR *Biliana*

HORA 1230

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Por favor al contestar cite este N° 1-2019-20440

Fecha: 12/12/2019 11:19:07

Folios: 1 Anexos: SIETE (7 FOLIOS) Y UN

Entidad Origen CAMARGO CARTAGENA CARLOS ALBERTO

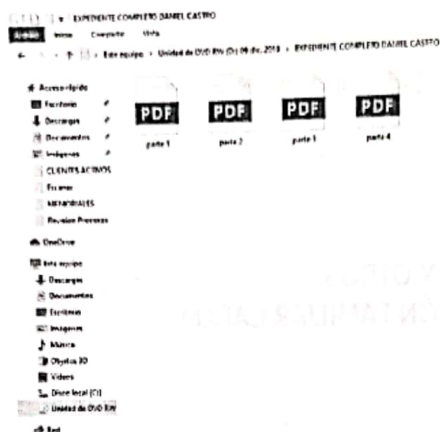
Destino: B VDEFM- MCEDECANATURA DE





Camargo & Cartagena
abogados en salud

Expertos en negligencia médica,
responsabilidad civil y del estado



Atentamente,

CARLOS ALBERTO CAMARGO CARTAGENA
C.C. No 79.318.915 de Bogotá, D.C.
T. P. No. 168358 del C. S. de la J.

Camargo & Cartagena Abogados en Salud – Grupo Jurídico Multidisciplinario. Altos Expertos en Negligencia Médica,
Derecho de daños y Responsabilidad del estado. DIRECCIÓN: Calle 12B # 8-23 Oficina 215 Bogotá D.C.
TELÉFONOS: (+57) 1 283 70 99 – 350 620 1754
www.camargocartagenaabogados.com

467

República de Colombia
Rama judicial del poder público
JUZGADO 2º CIVIL DEL CIRCUITO TRANSITORIO DE BOGOTÁ D.C.
Calle 12 No.9-23 Torre Norte Piso 3, Edificio Virrey



Bogotá D.C. 28 de noviembre de 2019

Oficio No. 0128

Señores
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
CIUDAD

Ref.: Proceso Ordinario de Responsabilidad Médica NO. 1100-31-030-35-2012-00475-00 (Proveniente del Juzgado 51 Civil Circuito de esta ciudad)
De: DANIEL EDUARDO CASTRO PÉREZ
Contra: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM

(Al contestar cite la anterior referencia)

Comunico a usted que mediante auto de fecha 8 de noviembre de 2019, proferido dentro del proceso de la referencia, ordenó REQUERIRLO para que, en el término de diez (10) días contados a partir del recibo de la comunicación respectiva, proceda a dar cumplimiento a lo mandado en el oficio No. 17-1874 de 23 de noviembre de 2017.

Se adjunta copia de los folios 785 y de los demás folios relacionados en la citada misiva.

Cordialmente,


LUISA FERNANDA VELASCO ZULUAGA
Secretaria



REPÚBLICA DE COLOMBIA



JUZGADO 2º CIVIL DEL CIRCUITO TRANSITORIO DE BOGOTÁ

Bogotá D.C., ocho (08) de noviembre de dos mil diecinueve (2019)

Proceso 2012-00475-00. Origen: Juzgado 49 Civil del Circuito de Bogotá.

1. En acatamiento de lo ordenado en Acuerdo N° PCSJA19-11335 del 12 de julio de 2019, proferido por el Consejo Superior de la Judicatura, se AVOCA el conocimiento del asunto de la referencia.

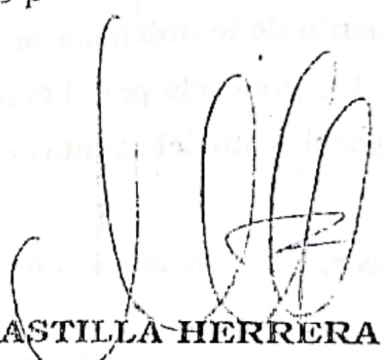
2. Para resolver, en atención a lo manifestado por el apoderado judicial del accionante, por Secretaría requiérase a: (i) La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia para que, en el término de diez (10) días contados a partir del recibo de la comunicación respectiva, proceda a dar cumplimiento a lo mandado en el oficio No. 17-1874 de 23 de noviembre de 2017. Adjúntese copia del folio 785 de este cuaderno y de los demás folios allí relacionados.

(ii) Por otro lado, remítase oficio al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses para que, en el término de diez (10) días contados a partir del recibo de la comunicación respectiva, agende una cita para la realización de la valoración psiquiátrica del menor Daniel Eduardo Castro Pérez, que fuera ordenada por primera vez mediante oficio No. 14-776 de 21 de abril de 2004 (Fl.346, C.1). Adjúntese copia del citado folio y de la(s) historia(s) médica(s) obrante(s) en el plenario e indíquese que, con antelación razonable, deberá informarse a esta Sede Judicial la calenda y horario que se asigne.

3. Se pone de presente al interesado que el diligenciamiento de las misivas y las erogaciones que por concepto de copias u otros que resulten necesarios para la realización de los conceptos técnicos, son carga suya.

Por tal razón, deberá efectuar la tramitación de las mismas -arribando soporte correspondiente-, en el plazo de diez (10) días, so pena de tener por desistidas las pruebas que pretenden recaudarse.

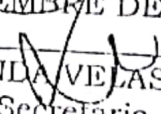
NOTIFÍQUESE,


MAYRA CASTILLA HERRERA

Juez

shsr

JUZGADO SEGUNDO CIVIL CIRCUITO
TRANSITORIO DE
ESTA PROVIDENCIA FUE NOTIFICADA POR
ANOTACIÓN EN ESTADO -NO.009 DE 12 DE
NOVIEMBRE DE 2019

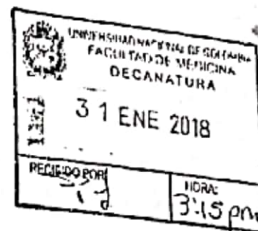

LUISA FERNANDA VELASCO ZULUAGA
Secretaria



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO CINCUENTA Y UNO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.
Calle 19 No. 6 - 48, piso 4 Edificio San Remo
Bogotá, D. C. Noviembre 23 de 2017

OFICIO N° 17 - 1874

Doctor:
ESPECIALISTA EN UROLOGÍA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
Ciudad.-



REF: PROCESO ORDINARIO No. 11001-31-03-035-2012-00475-00 de DANIEL EDUARDO CASTRO PEREZ menor de edad representado por sus padres EDUARDO CASTRO MENDEZ y DIANA MARITZA PEREZA VILA contra CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM.

En cumplimiento a lo dispuesto en auto de fecha catorce (14) de Noviembre de dos mil diecisiete (2017), dictado dentro del proceso citado en la referencia, solicito a Ustedes, se sirvan dar respuesta al oficio No.15-1825 de Agosto 21 de 2015, mediante el cual se les solicita, en el término de diez (10) días, aclarar y complementar el dictamen rendido, en los términos solicitados por el extremo actor en el memorial que se resuelve.

Se adjunta copia del citado oficio No.15-1825 de fecha 21 de Agosto de 2015, del cuestionario de solicitud de aclaración y complementación y de la historia clínica.

Sirvanse proceder de conformidad.-

Cabe anotar que el proceso de la referencia fue recibido por este Juzgado en cumplimiento del Acuerdo No. PSAA15-10402 del 29 de octubre de 2015 y modificado por el Acuerdo No. PSAA15 - 10412 del 26 de noviembre de 2015, ambos del Consejo Superior de la Judicatura.

Respectivamente,

ANDRÉS VALERO PÉREZ
Secretario



JUZGADO TREINTA Y CINCO CIVIL DEL CIRCUITO
CARRERA 10ª. No.14-33.PISO 11
BOGOTÁ D. C.

Camargo & Cartagena
abogados en salud
COPIA OFICINA

OFICIO NÚMERO 15-1825
Bogotá D.C., Agosto 21 de 2015

Doctor

ESPECIALISTA DE UROLOGIA DEL DEPARTAMENTO
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
CIUDAD



"SOLICITUD URGENTE"

REF.: **ORDINARIO No. 2012-475**
DE: **DANIEL EDUARDO CASTRO PEREZ** menor de edad
representado por sus padres **EDUARDO CASTRO MENDEZ Y DIANA**
MARITZA PEREZ AVILA
CONTRA: **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM**

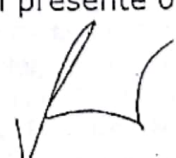
Comedidamente y en cumplimiento a lo ordenado en auto de fecha 19 de Junio de 2015, me permito oficiarles para que dentro del término de diez (10) días, contados a partir del recibo de esta comunicación, se sirva aclarar y complementar el dictamen rendido, en los términos solicitados por el extremo actor en el memorial que se resuelve.

Anexo 2 folios, con el cuestionario de aclaración, copia de la historia clínica.

Sírvase proceder de conformidad.

Al responder favor citar la referencia del presente oficio.

Cordialmente,


DIANA MABEL FLOREZ GONZALEZ
SECRETARIA

PACIENTE -COMO USTED LO SEÑALA- LA AFECTACIÓN RENAL DE DANIEL EDUARDO PODÍA SER SEVERA? EXPLIQUE.

RESPECTO DE LA PREGUNTA 13 SEÑALE ACORDE A LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL MENOR, SI SE CUMPLIÓ CON ESTE DERROTERO CLÍNICO.

ACLARE Y COMPLEMENTE LA RESPUESTA 12, SEÑALANDO, QUE TENIENDO EN CUENTA QUE LA ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN DONDE SE EVIDENCIO LA HIDRONEFROSIS FUE DE 23 DE AGOSTO DE 2002, SEÑALE AL DESPACHO SI SE DEBIÓ HACER OTRO CONTROL ECOGRÁFICO PREPARTO, PARA DETERMINAR EL ESTADO O PROGRESIÓN DE LOS HALLAZGOS? EXPLIQUE.

ACLARE Y COMPLEMENTE LA RESPUESTA 14 SEÑALA USTED EN ESTA RESPUESTA QUE LOS HALLAZGOS ECOGRÁFICOS DE HIDRONEFROSIS BILATERAL SEVERA OBLIGA A UN SEGUIMIENTO MAS CERCANO, ACLARE ESPECÍFICAMENTE A QUE SE REFIERE? Y SEÑALE ACORDE A LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE CAFAM, SI ESTO SE LLEVO A CABO EN EL MENOR?

RESPECTO DE SU RESPUESTA 14, ACLARE SI ACORDE A LA HISTORIA CLÍNICA DE CAFAM SE REVISARON LAS IMÁGENES ECOGRÁFICAS PARA ACLARAR LO POR USTED SEÑALADO Y SI ANTE LA DUDA SE HIZO UNA CISTOGRAFÍA RADIOLÓGICA.

RESPECTO DE SU RESPUESTA 14, ACLARE SI ACORDE A LA HISTORIA CLÍNICA DE CAFAM SI CON EL MENOR SE INSTAURO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA Y SI SE REALIZO NUEVA ECOGRAFÍA A LAS 2 A 4 SEMANAS?

RESPECTO DE SU RESPUESTA 14, ACLARE SI ACORDE A LA HISTORIA CLÍNICA DE CAFAM CUANDO SE HIZO EL CONTROL ECOGRÁFICO POSNATAL, QUE ARROJO? Y SI SE GARANTIZO EL EXAMEN DE MEDICINA NUCLEAR POR USTED SEÑALADO Y EL RENOGRAMA, DE MANERA OPORTUNA? EXPLIQUE.

RESPECTO DE SU RESPUESTA 15, ACLARE SI ACORDE A LA HISTORIA CLÍNICA DE CAFAM, EL MENOR FUE CONTROLADO TANTO POR URÓLOGO COMO POR NEFRÓLOGO? ADEMÁS COMPLEMENTE CON BASE EN LA HISTORIA CLÍNICA SEÑALANDO SI EL MENOR PRESENTO -ACORDE A SU RESPUESTA 15- ALGUNA CIRCUNSTANCIA PARA HOSPITALIZARLO Y SI ESTO SE HIZO?

ACLARE Y COMPLEMENTE SU RESPUESTA 16 SEÑALANDO CON BASE EN LA HISTORIA CLÍNICA DE CAFAM, SI EL MENOR PRESENTO: HIDRONEFROSIS IMPORTANTE; ADELGAZAMIENTO DEL PARÉNQUIMA RENAL; PROGRESIÓN DE LA DILATACIÓN; COMPROMISO DE LA UNIDAD RENAL AFECTADA; PATRÓN OBSTRUCTIVO EN EL RENOGRAMA? EXPLIQUE EN QUÉ MOMENTOS Y SEÑALE SI FUE INTERVENIDO Y CUÁNDO?

ACLARE SU RESPUESTA 18 SEÑALANDO SI USTED CONSIGNO EN LA HISTORIA CLÍNICA LITERALMENTE LO QUE USTED DICE CONSIGNO, ES DECIR CONSIGNO USTED QUE "CON MUY BUEN CRITERIO FUE LLEVADO A...?"

COMPLEMENTE SU RESPUESTA 18, SEÑALANDO, CUANDO? EN QUE FECHA SE DETERMINÓ QUE EL PACIENTE EDUARDO CASTRO TENIA UNA HIDRONEFROSIS OBSTRUCTIVA?

COMPLEMENTE SU RESPUESTA 19, SEÑALANDO SI ESTA EXPLICACIÓN REFERIDA POR USTED ES PARTE DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO? Y SEÑALE AL DESPACHO SI SE EVIDENCIA EXPLICACIÓN SEMEJANTE EN LA HISTORIA CLÍNICA DE CAFAM?

COMPLEMENTE SU RESPUESTA 21, SEÑALANDO SI OBRA REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA DE CAFAM DE QUE AL MENOR SE LE HAYA HECHO ECOGRAFÍA DE CONTROL POS QUIRÚRGICO, MOSTRO ESTA MEJORÍA EN EL ESPESOR DEL PARÉNQUIMA RENAL? EXPLIQUE.

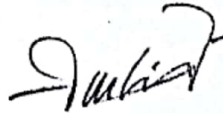
COMPLEMENTE SU RESPUESTA 21, SEÑALANDO SI OBRA REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA DE CAFAM DE QUE AL MENOR SE LE HAYAN HECHO ESTUDIOS DE MEDICINA NUCLEAR Y SI LOS MISMOS FUERON OPORTUNOS Y SI DEMUESTRAN MEJORÍA FUNCIONAL? EXPLIQUE.

COMPLEMENTE SU RESPUESTA 22 SEÑALANDO COMO SE DEMUESTRA LA EXPERIENCIA DE UN URÓLOGO O CIRUJANO PEDIÁTRICO EN CIRUGIA PEDIÁTRICA UROLÓGICA? EXPLIQUE.

ACLARE Y COMPLEMENTE SU RESPUESTA 28, SEÑALANDO, SI TAL Y COMO SE EVIDENCIA EN LA HISTORIA CLÍNICA, LA CONDICIÓN RENAL DE DANIEL EDUARDO CAMBIO ECOGRÁFICAMENTE DEL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2002, CUANDO PRESENTABA HIDRONEFROSIS BILATERAL GRADO II A PRESENTAR HIDRONEFROSIS SEVERA BILATERAL EL DÍA 6 DE NOVIEMBRE DE 2002, ES DECIR CAMBIO EN MENOS DE DOS MESES, ASIMISMO PUDO SU CONDICIÓN CAMBIAR ENTRE EL 4 DE DICIEMBRE DE 2002 (FECHA DEL RENOGRAMA DIURÉTICO Y FEBRERO 27 DE 2003, FECHA DE LA PIELOPLASTIA? EXPLIQUE.

27. ACLARE LAS RAZONES DE SU RESPUESTA DE "CON LA INFORMACIÓN DISPONIBLE NO CREO QUE LA SITUACIÓN PUDIESE CAMBIAR..." CUAL ES ESA INFORMACIÓN Y POR QUÉ CON BASE EN ELLA "CREE" QUE NO PUDIERA CAMBIAR? EXPLIQUE.
28. COMPLEMENTE SU RESPUESTA 29 SEÑALANDO ACORDE A LA HISTORIA CLÍNICA DE CAFAM SI EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PIELOPLASTIA, OBRA LA ADVERTENCIA DE ESTOS RIESGOS?
29. COMPLEMENTE LA RESPUESTA 31 SEÑALANDO SI:
- A. LA ANAMNESIS, EL EXAMEN FÍSICO Y EL SEGUIMIENTO IMAGENOLÓGICO FUERON ADECUADOS, COMPLETOS Y OPORTUNOS, ACORDE A LO POR USTED SEÑALADO. EXPLIQUE LA RAZÓN DE SU DICHO.
 - B. SEÑALE SI ACORDE A LAS EVOLUCIONES Y CONTROLES EL DRENAJE ERA SIGNIFICATIVO Y SI SE REALIZO LA ECOGRAFÍA POR USTED MENCIONADA.
 - C. SE REALIZARON LOS CONTROLES ECOGRÁFICOS PARA DESCARTAR COLECCIONES PERIRENALES?
 - D. SE HIZO CONTROL ECOGRÁFICO A LAS 4 SEMANAS?
 - E. EL PACIENTE FUE OBJETO DE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA?
 - F. LOS CONTROLES A LOS 3 Y SEIS MESES FUERON COMPLETOS Y ADECUADOS? EXPLIQUE.
 - G. ANTE EL HALLAZGO DE BOLSA HIDRONEFRÓTICA CUAL ERA LA CONDUCTA? QUE SE LE DEBIO EXPLICAR A LOS PADRES?
30. ACLARE Y COMPLEMENTE LA RESPUESTA 38 SEÑALANDO SI LO POR USTED INDICADO SE HIZO EN EL PACIENTE EDUARDO CASTRO?
31. ACLARE Y COMPLEMENTE LA RESPUESTA 39, SEÑALANDO:
- SI ACORDE A LO POR USTED REFERIDO LO DEBIDO ANTES DE REALIZAR UNA NEFRECTOMÍA ERA: PRIMERO REALIZAR UNA NEFROSTOMIA DEL RIÑÓN COMPROMETIDO. SEGUNDO 4 SEMANAS DESPUÉS REEVALUAR LA FUNCIÓN RENAL. TERCERO SI LAS PRUEBAS DE FUNCIÓN RENAL ERAN POBRES SE JUSTIFICA LA NEFRECTOMIA. CUARTO QUE SI LA FUNCIÓN RENAL ENCONTRADA A LAS 4 SEMANAS, HUBIESE SIDO ACEPTABLE, LA CONDUCTA ERA CONSERVAR EL RIÑÓN Y A LOS TRES MESES REINTERVENIR RECONSTRUCTIVAMENTE?
32. ACORDE A LO ANTERIOR SEÑALE SI ESTO SE CUMPLIÓ EN EL CASO DEL MENOR EDUARDO CASTRO? EXPLIQUE.
33. ACLARE Y COMPLEMENTE SU RESPUESTA 40 SEÑALANDO: SI ACORDE A LA HISTORIA CLÍNICA DEL MENOR EN CAFAM, SI AL MENOR CASTRO, LO VALORO UN NEFROLOGO PEDIÁTRICO?
34. ACLARE Y COMPLEMENTE SU RESPUESTA 40 SEÑALANDO: SI ACORDE A LA HISTORIA CLÍNICA DEL MENOR EN CAFAM, SI AL MENOR CASTRO SE LE HIZO EL SEGUIMIENTO ECOGRÁFICO Y GAMAGRÁFICO CERCANO?
35. ACLARE Y COMPLEMENTE SU RESPUESTA 40 SEÑALANDO: SI ACORDE A LA HISTORIA CLÍNICA DEL MENOR EN CAFAM, SI AL MENOR CASTRO SE LE PUDIERON HABER REALIZADO ESTOS ESTUDIOS DE MANERA CONCOMITANTE Y MÁS OPORTUNA PARA ESTABLECER EL ESTADO ANATÓMICO Y FUNCIONAL RENAL DE MANERA MÁS OPORTUNA? EXPLIQUE.
36. ACLARE Y COMPLEMENTE SU RESPUESTA 40 SEÑALANDO CON BASE EN QUE REGISTROS SEÑALA USTED LO QUE SEÑALA EN EL ÚLTIMO PÁRRAFO DE ESTA RESPUESTA, YA QUE USÉ HA SEÑALADO QUE NO CUENTA CON LA HISTORIA DE CAFAM?
37. ACLARE Y COMPLEMENTE SU RESPUESTA 41 SEÑALANDO QUE SE DEBIO HACER PARA CONFIRMAR O DESCARTAR EL FENÓMENO OBSTRUCTIVO, ANTE LA DUDA ENCONTRADA EN EL RENOGRAMA DE ABRIL DE 2003 Y DADO EL RIÑÓN ÚNICO DEL PACIENTE?
38. ACLARE Y COMPLEMENTE SU RESPUESTA 45 EXPLIQUE A QUE SE REFIERE CON QUE LA UNIDAD RENAL DERECHA FUE OPERADA DE MANERA TARDIA?
39. SOLICITO ACLARE, COMPLEMENTE Y CONTESTE LAS PREGUNTAS 17, 24, 25, 27, 30, 32, 39, 48, 49, 50 Y 51 CON BASE EN LA HISTORIA CLÍNICA DE CAFAM.

Atentamente,


CARLOS ALBERTO CAMARGO CARTAGENA
C.C. No 79.318.915 de Bogotá.
P. No. 168358 del C. S. de la J.



Bogotá, 08 de enero de 2020

B.VDIEFM-02-20

Para: CAMILO ALBERTO ORJUELA

Docente adscrito al Departamento de Cirugía

Referencia: Entrega de Oficio No. 0128 y de expediente para aclaración y complementación del dictamen pericial rendido en el proceso Ordinario que cursa ante el Juzgado 2 Civil del Circuito Transitorio de Bogotá

Cordial saludo respetado profesor Orjuela.

En atención a lo estipulado en el artículo 1 del Acuerdo 627 de 2019, se solicita comedidamente, que se acerqué en la mayor brevedad posible, a la Vicedecanatura de Investigación y Extensión de la Facultad de Medicina; con la finalidad de recoger el oficio referenciado junto con el expediente; para que realice la aclaración y complementación del dictamen pericial que usted rindió, en el marco del proceso No. 2012-00475-00 en donde funge como demandante Daniel Eduardo Castro y como demandada la Caja de Compensación Familiar CAFAM. Se aclara que dicho caso se encuentra identificado con la codificación interna No. VIEFM-277-23-12-2019

Agradezco su amable atención, quedo atento a sus observaciones.

Cordialmente,

RODRIGO PARDO TURRIAGO

Vicedecano de Investigación y Extensión (E)
Facultad de Medicina

Anexos: 8 folios y 1 CD

20
AÑOS Bicentenario



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
UNIDAD DE UROLOGÍA

UROL-001-14

Bogotá D.C., 2 de junio de 2014

Doctor
RUBÉN E. CAYCEDO BELTRAN
Director
Departamento de Cirugía
Ciudad

Oficio: N° 14-520
Rad: 2012-475
De: Daniel Eduardo Castro Pérez menor y sus padres

Respetado doctor Caycedo:

De acuerdo a su solicitud DC-176-14, me permito dar respuesta al "CUESTIONARIO A UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, UROLOGIA PEDIÁTRICA" en referencia al Juzgado Treinta y Cinco Civil del Circuito.

Dejo constancia que para dar respuesta a este cuestionario y sobre todo en referencia a las preguntas específicas sobre el caso solo dispongo de la historia clínica del paciente DANIEL EDUARDO CASTRO PEREZ No 692469 del HOSPITAL DE LA MISERICORDIA. No dispongo de ninguna información sobre los manejos realizados fuera de la institución salvo la consignada en la historia clínica mencionada al momento de su primera consulta.

1. Qué es la hidronefrosis? Cuáles son sus causas en el feto y en el recién nacido? Cómo se debe tratar la hidronefrosis de origen obstructivo? En qué momento es oportuno tratarla? Explique

Hidronefrosis hace referencia a la presencia de la dilatación de las estructuras colectoras del riñón (pelvis y cálices renales). Este es un hallazgo frecuente en el feto y se describe la presencia de hidronefrosis en 1 de cada 100 gestaciones pero solo en 1 de cada 500 casos realmente corresponde a un problema anatómico que requiere manejo. La gran mayoría de hidronefrosis evidenciadas en los estudios ecográficos de las madres gestantes corresponde a hidronefrosis transitorias, es decir que al momento del nacimiento no son evidentes. Aunque las causas de hidronefrosis antenatal son múltiples, para claridad en relación al caso, me circunscribiré al escenario de la patología del paciente que motiva este cuestionario que es la hidronefrosis por obstrucción de la unión

Carrera 30 No. 45-03, FACULTAD DE MEDICINA, Edificio 471, 1er. piso Oficina 177
Fundación Hospital de la Misericordia Avenida Caracas No. 1-13, Consulta externa 2° piso
Conmutador: 3811970 ext 212 • Correo electrónico: espeqx_fmboq@unal.edu.co
Bogotá, Colombia, Suramérica

425 876

Bogotá D.C., Septiembre 4 de 2017

Doctor
RUBÉN CAYCEDO BELTRAN
Director Departamento de Cirugía

Por medio de la presente me permito dar respuesta al "CUESTIONARIO A UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, UROLOGIA PEDIÁTRICA" en referencia al Oficio Número 14-520.

Dejo constancia que a título personal ya había dado respuesta a este cuestionario el 2-VI-2014, pero en ese entonces no tenía disponibles los documentos a los que hoy tengo acceso, por lo cual múltiples preguntas tienen una respuesta más amplia o diferente a la inicial.

1. Qué es la hidronefrosis? Cuáles son sus causas en el feto y en el recién nacido? Cómo se debe tratar la hidronefrosis de origen obstructivo? En qué momento es oportuno tratarla? Explique
Hidronefrosis hace referencia a la presencia de la dilatación de las estructuras colectoras del riñón (pelvis y cálices renales). Este es un hallazgo frecuente en el feto y se describe la presencia de hidronefrosis en 1 de cada 100 gestaciones pero solo en 1 de cada 500 casos realmente corresponde a un problema anatómico que requiere manejo. La gran mayoría de hidronefrosis evidenciadas en los estudios ecográficos de las madres gestantes corresponde a hidronefrosis transitorias, es decir que al momento del nacimiento no son evidentes. Aunque las causas de hidronefrosis antenatal son múltiples, para claridad en relación al caso, me circunscribiré al escenario de la patología del paciente que motiva este cuestionario que es la hidronefrosis por obstrucción de la unión pieloureteral. Se considera que 10 al 30% de los pacientes con historia de hidronefrosis antenatal y con evidente patología en la evaluación post natal presentan hidronefrosis secundaria a una obstrucción de la unión pieloureteral. Esta es una patología en relación a un fenómeno de alteración intrínseca de dicha unión en la vida antenatal que lleva a la presencia de un segmento ureteral anormal que no permite el correcto paso de la orina desde la pelvis renal hacia la vejiga lo que lleva a la acumulación de la orina en la pelvis renal y en sus cálices y que dependiendo de la severidad puede alterar el grosor del parénquima renal. La acumulación de la orina en la pelvis y en los cálices se hace evidente en la ecografía y es lo que se puede denominar ectasia, hidronefrosis o dilatación.

Al respecto del tratamiento se debe mencionar que pocas veces el recién nacido amerita tratamiento inmediato por este problema. Si la hidronefrosis es importante se recomienda el inicio de antibiótico a dosis nocturna vía oral (profilaxis antibiótica) y se inicia un seguimiento que va a permitir establecer la pertinencia de un procedimiento quirúrgico. Ese seguimiento se fundamenta en la realización de controles ecográficos periódicos con intervalos de acuerdo a la severidad de la dilatación y con la evaluación de la función renal y de la evacuación de las estructuras colectoras realizando estudios de medicina nuclear tales como el renograma con MAG 3 o la gammagrafía renal con DMSA. De acuerdo a este seguimiento se puede plantear cirugía cuando hay evidencia de progresión de la dilatación que conlleve a la disminución del espesor del parénquima renal, compromiso funcional de la unidad renal afectada en los estudios de medicina nuclear, presencia de masa palpable o evidencia de infección urinaria a pesar de la profilaxis. Este proceso de seguimiento puede ser largo tomando meses y en ocasiones puede llevar a la decisión de no realizar manejo quirúrgico (no progresión, no compromiso funcional, no infección urinaria).

BOGOTA - FC,

www.prontoenvios.com.co

7350983

Nit.900.310.856-2



Guia: 273225200930

FECHA DE DESPACHO	HORA	ORIGEN	DESTINO
2019-12-11	16:18:55	BOGOTA-BOGOTA	BOGOTA-BOGOTA

REMITENTE: CARLOS CAMARGO CARTAGENA		NOMBRE: UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA - FACULTAD DE MEDICINA				
CONTACTO:		CONTACTO:				
DIRECCION: CALLE 12 B No. 8-23 OFC. 215 110321		DIRECCION: CARRERA 45 No. 26-85 111321 [CP: 111321]				
TELEFONO:		TELEFONO:				
Envio: SOBRE[] CAJA[] PAQUETE[] OTRO[]		RECIBIDO POR: Universidad Nacional de Colombia Sede Bogota CORRESPONDENCIA División de Gestión Documental No. Radicación 12 DIC 2019				
OBSERVACIONES:						
DECLARADO:	% DE SEGURO	OTROS VALORES	FLETE	VALOR TOTAL	CEDULA	TELEFONO
	\$0.00	\$0.00	\$8,500.00	\$8,500.00		
☐ Rehusado ☐ Otro 					Fecha de Entrega	
					Entregado a Hemeroteca: Manbell	
					1 Entrega	2 Entrega
					3 Entrega	

FivePostal (www.fivesoftcolombia.com) [CT - Contado] Usuario: diana.pv

Peso 0 Kg

Unidades 1

Guia: 273225200930

843

CD
Expediente Completo
Proc. 2012-475
Daniel Castro Perez