

Bogotá 24 enero de 2020.

Doctor:
CARLOS ALBERTO CAMARGO CARTAGENA
Abogados en salud

Doctora:
RUTJOHANY SANCHEZ GOMEZ
JUEZ CINCUENTA Y UNO (51) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA D.C.

Referencia: 2012-00214 - ORDINARIO
Demandante: LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS
Demandado: CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y OTROS

Por la presente envío a usted el dictámen pericial en el caso de la señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS, dando las respuestas al cuestionario por usted eviado.

El cuestionario fue analizado y respondido por el médico Hernán Sepúlveda Martínez especialista en cirugía general de la Universidad Nacional de Colombia

Los conceptos se ajustan a la objetiva revisión de la historia clínica por usted enviada dentro de la lex artis y la experiencia profesinal acumulada durante los 30 años de ejercicio de la medicina y la cirugía.

En archivo adjunto se envían las referencias bibliográficas y artículos que sustentan las respuestas.

1. Señale si acorde a lo registrado en la historia clínica de la CRUZ ROJA COLOMBIANA, al momento de dar salida al paciente LUIS ALEJANDRO MORENO, (Salida o alta consecuencia de la consulta del día 14 de julio de 2002) existía certeza que el manejo del dolor abdominal del paciente era exclusivamente médico y no quirúrgico? Explique detalladamente su respuesta.

Según la historia de la Cruz Roja el paciente consulto por un cuadro de 4 horas de evolución de dolor en el epigastrio con vomito. Al examen físico está sin fiebre ni taquicardia, está hidratado y el abdomen es blando, depresible, con dolor localizado en el epigastrio y no tiene signos de irritación peritoneal. Tiene elevados los glóbulos blancos a 14.500 y los granulocitos están en 85% ambos datos elevados e indicativos de una infección en curso de origen a establecer. Esta evolución habla inicialmente de un dolor abdominal de manejo médico, no obstante por lo temprano del cuadro (4 horas de evolución) la elevación de los glóbulos blancos y de los granulocitos el paciente debió ser seguido en observación y se debió haber realizado controles del hemograma. Desde este punto de vista el paciente presentaba un cuadro infeccioso de manejo no quirúrgico en un inicio pero que eventualmente podía progresar a un cuadro quirúrgico teniendo en cuenta que los síntomas del paciente tenían muy pocas horas de evolución.

2. Señale si acorde a la historia clínica de la CRUZ ROJA COLOMBIANA, del señor LUIS ALEJANDRO MORENO, se registró respecto del dolor abdominal, sus características de: INICIO, TIPO DE DOLOR, INTENSIDAD (muy agudo, intenso, sordo vago y mal localizado, intermitente o de tipo cólico), IRRADIACION Y DROGAS TOMADAS PARA EL DOLOR? Explique

Respecto al dolor en la historia clínica se hace mención de su inicio, intensidad y de su no irradiación mas no se hace referencia al tipo de dolor como tampoco de si el paciente había tomado drogas previamente al momento de la consulta.

3. Cuanto tiempo tenia de evolución el dolor abdominal señalado?

El dolor tenía 4 horas de evolución.

4. Señale si dentro de la historia clínica se determinaron las características del dolor, como: dolor visceral, dolor visceroparietal, tipo cólico, continuo o variable, desgarrador? Explique.

En la historia clínica no se hace referencia específica a estas características.

5. Señale respecto del vomito y de las características del vomito, si se señala en la historia clínica realizada, que: si preceden al dolor, si son posteriores al dolor, si modifican la intensidad del dolor, si son repetitivos, si es de carácter bilioso, hemático, fecaloide? Explique y señale en donde se registran.

En la historia clínica se mencionan sus características (alimentario y luego gástrico, de donde se deduce que no fue bilioso, ni hemático ni fecaloide) y su número (número de 4 antes de la consulta registrado en la consulta de ingreso y uno más en la hospitalización en observación). No se hace referencia específica de si preceden o son posteriores al dolor ni su relación con la intensidad del dolor.

6. Señale acorde a la historia clínica de la CRUZ ROJA, del señor LUIS ALEJANDRO MORENO, si en el examen físico del abdomen se registra la inspección, la auscultación, la percusión, la palpación del abdomen y que señala cada una de ellas? Explique lo registrado y en donde está.

En el examen físico de ingreso realizado y consignado en la historia clínica se registran la inspección (globoso por abundante pániculo adiposo), la auscultación (peristaltismo disminuido), la percusión (timpanismo) y la palpación (describen que no hay signos de irritación peritoneal).

7. Señale si acorde a la historia clínica del señor LUIS ALEJANDRO MORENO realizada en la CRUZ ROJA, se registra en la exploración del abdomen todos o algunos de los siguientes signos: Signo de Murphy; Signo de Blumberg; Signo de Rovsing; Signo del obturador; Signo del Psoas; Signo de Courvoisier – Terrier.

En el examen físico no se describen en específico estos signos pero se anota que "No hay signos de irritación peritoneal". Esta anotación se hace en la práctica clínica en

forma habitual para englobar que no está presente ninguno de los signos de la pregunta.

8. Señale si acorde a la historia clínica del señor LUIS ALEJANDRO MORENO realizada en la CRUZ ROJA, se registra en la exploración física, la realización de la maniobra de San Martino?

En el examen físico no se describe la Maniobra de San Martino (La maniobra consiste en la realización simultánea de una palpación abdominal con una mano del examinador y un tacto rectal con la otra mano). Esta maniobra está casi abandonada en la práctica clínica en Colombia por ser poco sensible y por las incomodidades que ocasiona a un paciente la realización de un tacto rectal.

9. Señale acorde a la historia clínica de la CRUZ ROJA del señor LUIS ALEJANDRO MORENO, que arrojo el examen de cuadro hemático solicitado y este resultado con cuales patologías asociadas a dolor abdominal es compatible? Explique.

En el hemograma se evidenció una elevación de los glóbulos blancos de 14.500 (normal menor de 10.000) y una elevación de los granulocitos que están en 85% (normal menor de 65%) ambos datos elevados son indicativos de una posible infección. Este resultado se puede asociar con cualquier patología que cause dolor abdominal bien sea de manejo médico o quirúrgico e incluso por la misma deshidratación. Es un dato de alarma pero no es un dato que implique un diagnóstico o una conducta específicos.

- 10.Cuál es el estado clínico en que ingreso el señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS al HOSPITAL SAN IGNACIO y señale si el mismo es compatible con apendicitis aguda y/o con peritonitis? Explique.

La historia clínica del Hospital San Ignacio describe que el paciente llega con cuadro de 30 horas de dolor de inicio en epigastrio y luego del flanco derecho y mesogástrico, vomito y fiebre. A la palpación defensa muscular voluntaria y Blumberg positivo. El cuadro anterior es compatible con apendicitis aguda. (Puntuación de 9/10 en la escala de Alvarado es decir alta probabilidad de apendicitis aguda)

ESCALA DE ALVARADO PARA
APENDICITIS AGUDA

Una puntuación de 5 o 6 es compatible con el diagnóstico de apendicitis aguda. Una puntuación de 7 u 8 indica una apendicitis probable, y una puntuación de 9 o 10 indica una apendicitis aguda muy probable.

Dolor a fosa iliaca derecha	1
Anorexia	1
Náuseas/vómito	1
Signos	
Dolor en fosa iliaca derecha	2
Rebote en fosa iliaca derecha (Blumberg)	1
Fiebre $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$	1
Laboratorio	
Leucocitosis > 10.0000	2
Neutrofilia $> 70\%$	1

11. El paciente a su ingreso se encontraba con desequilibrio hemodinámico? Explique.

El paciente ingresa con tensión arterial de 148/82 (normal), frecuencia cardiaca de 110 (alta) y mucosa oral seca. Esto habla de una deshidratación grado 2 que implica un desequilibrio hemodinámico, es decir un déficit de líquidos moderado.

12. Ameritaba el paciente ser intervenido de manera inmediata a su ingreso a la institución HOSPITAL SAN IGNACIO? Explique y señale el porqué.

El cuadro de apendicitis aguda implica la necesidad de un tratamiento quirúrgico pronto. La operación por una apendicitis aguda debe ser practicada en el menor tiempo posible (se acepta que el tiempo de espera antes de la cirugía sea menor a 6 horas después de realizado el diagnóstico).

13. Acorde a la clasificación de la herida quirúrgica y a los hallazgos intraoperatorios, en la primera intervención en el HOSPITAL SAN IGNACIO, que medidas eran recomendables para garantizar el drenaje de la cavidad abdominal? Explique su respuesta y señale las conductas ante lo anterior.

La clasificación es de una herida sucia o infectada. La descripción habla de una infección localizada en la fosa ilíaca derecha con necrosis y perforación del apéndice. Lo recomendado es la realización de la extracción del apéndice, lavado con suero y preferentemente la colocación de un dren.

14. En relación con la pregunta anterior, era recomendable dejar al paciente con abdomen abierto para realizarle lavados peritoneales? Explique.

La perforación apendicular de por sí no es indicación absoluta para realizar lavados peritoneales posteriores. El lavado peritoneal se indica cuando en la primera cirugía se encuentra una peritonitis extensa o peritonitis fecal y este no es el caso. La otra indicación de realizar lavados es que después de una primera cirugía se sospeche o persistan los signos de infección intraabdominal por peritonitis o múltiples abscesos.

15. En relación con la pregunta anterior, era recomendable dejar al paciente con dren dentro de la cavidad abdominal hacia el exterior? Explique.

Una de las complicaciones de la necrosis y perforación del apéndice es la aparición de colecciones locales de sangre y/o pus e incluso la perforación post operatoria del muñón apendicular por lo que es recomendable en estos casos la colocación de drenes que van a evacuar hacia el exterior el líquido del espacio infectado, disminuyendo la posibilidad de formación de colecciones o abscesos.

16. Presento el paciente desde etapas tempranas de este posquirúrgico, síntomas y/o signos de cursar con abscesos intra abdominales y/o complicaciones posquirúrgicas relacionadas? Explique.

Desde el pos operatorio inmediato el paciente empezó a presentar deterioro progresivo de su estado de salud dados por taquicardia, taquipnea, ictericia, coloración rojiza del la herida quirúrgica, distensión abdominal, dificultad respiratoria y posteriormente

aparición de ictericia. Todos estos son hallazgos son compatibles con la complicación post quirúrgica de abscesos intra abdominales o de peritonitis residual.

17. Señale y explique si hubo tardanza en re operar al paciente LUIS ALEJANDRO MORENO en el HOSPITAL SAN IGNACIO.

El paciente se opero la primera vez el 16 de julio a las 02:00 y se reopera el 19 de julio a las 22:00 es decir 3 días 20 horas después de la primera cirugía. Durante este tiempo transcurrido el paciente se fue deteriorando progresivamente lo cual hablaba en favor de una complicación post operatoria de origen intraabdominal. Es importante resaltar que el 18 de julio a las 06:00 se evidenció una infección de la herida quirúrgica y se plantea el diagnóstico de fascitis (infección de la fascia o de los tejidos blandos de la pared abdominal). Este diagnóstico es grave ya que se trata de una infección que puede progresar en horas y llevar a la muerte al paciente en uno o dos días. Ante un paciente con una herida quirúrgica de apendicectomía infectada en quien se sospeche una fascitis la conducta adecuada es una exploración quirúrgica inmediata. Esto no se realizó de forma oportuna. Después el paciente se sigue deteriorando y es llevado a cirugía en la cual se evidencia que la herida quirúrgica tiene salida de material purulento proveniente de adentro de la cavidad abdominal por lo que se procede a realizar apertura de todo el abdomen (laparotomía) encontrando una peritonitis generalizada. Desde este punto de vista considero que la reoperación de un paciente con peritonitis de 4 días de evolución y en quien se sospechaba una fascitis, no es oportuna ya que una peritonitis de 4 días es una grave condición que pone en riesgo la vida del paciente. Pero también hay que mencionar algunas circunstancias como el hecho de que al paciente se le documentó una neumonía que indudablemente se debía tratar con antibióticos y ante la espera de la respuesta al antibiótico se pudo haber diferido la necesidad de una reoperación.

18. Explique que es la historia clínica, cuáles son sus partes (motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes, revisión por sistemas, examen físico, análisis, diagnóstico o impresión diagnóstica, plan o conducta) y cuál es la importancia de la historia clínica en el diagnóstico y toma de conductas consecuente? Explique.

La historia clínica es un documento mediante el cual el médico hace una descripción detallada de la enfermedad, antecedentes y condición física del paciente con el objetivo de realizar un diagnóstico y dar un tratamiento a la enfermedad del paciente. Sus partes son: 1 Motivo de consulta: Molestia o síntoma principal del paciente. 2 Enfermedad actual: descripción de los detalles del motivo de consulta y síntomas relacionados. 3 Antecedentes: datos sobre enfermedades y cirugías previas, ingesta actual o anterior de fármacos, enfermedades familiares, hábitos saludables o no saludables del paciente, alergias. 4 Revisión por sistemas: Recuento de los síntomas de cada uno de los sistemas (respiratorio, gastrointestinal etc.) estén o no relacionados con la enfermedad. 5 Examen físico. Se describe la inspección, auscultación, percusión y palpación de la cabeza, tronco y extremidades. 6 Análisis: Resumen de los hallazgos positivos y relevantes de los puntos anteriores analizando las posibles causas de la enfermedad y dando posibilidades diagnósticas. 7 Impresión diagnóstica: Se enumeran los posibles diagnósticos en orden de importancia. 8 Plan: Parte en la cual con base en el diagnóstico se formulan los medicamentos, conductas y recomendaciones tendientes a lograr la cura del paciente. La historia clínica es la base estructural del diagnóstico y de la toma de conducta en cualquier enfermedad.

19. Explique que es una evolución médica, cuáles son sus objetivos, que es la parte Subjetiva, la Objetiva, el Análisis y el Plan (SOAP)? Explique.

La evolución médica es la parte de la historia clínica en la cual se describe los cambios o variaciones de la enfermedad en el transcurso de la hospitalización. Tiene básicamente cuatro componentes. Subjetivo: Describe los síntomas que le paciente refiere tales como persistencia del dolor, vomito, etc. Objetivo: Describe los hallazgos que hace el médico con el examen físico, toma de signos vitales, estado general, estado de la conciencia y hallazgos de cabeza, tronco, extremidades y descripción de exámenes paraclínicos. Análisis: Se resumen los signos positivos y se hace una breve disquisición sobre la etiología de la enfermedad y sobre el curso de la evolución en cuanto a mejoría o empeoramiento del cuadro. Plan: Se mencionan las conductas específicas a seguir como orden de medicamentos, conductas quirúrgicas o egreso.

20. Señale para el momento de los hechos cuales eran los antecedentes patológicos, quirúrgicos y demás que presentaba el señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS.

Los antecedentes anotados en la historia clínica del Hospital San Ignacio fueron: Antecedentes médicos: Hipoglucemia. Quirúrgicos: Corrección de tabique nasal, Tóxicos: fumador de 10 cigarrillos al día. Alérgicos: Negativos. Familiares: Negativos. Farmacológicos refiere que su consulta anterior en la Cruz Roja se le administró omeprazol, metoclopramida y Busecapina.

21. Como se instaura en el tiempo, el cuadro clínico de apendicitis aguda? Explique.

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice cecal. El cuadro clásico inicia con un dolor en epigastrio o mesogastrio o difuso que luego se localiza en la fosa iliaca derecha. Se acompaña de vomito e inapetencia. Puede haber fiebre. El dolor progresa en intensidad siendo leve al inicio hasta hacerse incapacitante en caso de perforación del apéndice o peritonitis. Esta evolución del dolor habitualmente ocurre en el lapso de 24 a 48 horas pero puede haber variaciones del cuadro entre 12 horas y más de 72 horas.

22. El cuadro clínico por el cual el señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS consulto a la CRUZ ROJA, el día 14 de julio de 2002, es compatible con APENDICITIS AGUDA? Explique.

El cuadro del paciente era dolor abdominal difuso de 4 horas con vomito, no había diarrea y en el hemograma se encontró elevación de los glóbulos blancos y de los granulocitos que indicaban un cuadro infeccioso de origen a establecer. Estos hallazgos pueden ser compatibles con un cuadro inicial de apendicitis aguda pero estos deben ser corroborados dejando al paciente en observación y realizándose exámenes como hemogramas de control, ecografía o tomografía abdominal.

23. Que es la gastroenteritis aguda y como se manifiesta clínicamente? Explique.

La gastroenteritis aguda es una infección del estómago y de los intestinos causada por virus, bacterias o parásitos que se manifiesta con dolor abdominal, vomito, diarrea, ocasiones fiebre y malestar general.

24. Que es y cuál es el cuadro clínico de la colitis aguda? Explique.

La colitis aguda es una infección del colon que se caracteriza por diarrea, dolor abdominal, distensión abdominal. La diarrea puede tener moco o sangre o ser acuosa.

25. Que es y cuál es el cuadro de la Colelitiasis? Explique.

La Colelitiasis es la presencia de cálculos o piedras en la vesícula biliar. Esta puede ser asintomática o sintomática manifestándose con dolor del lado derecho del abdomen o en el epigastrio de forma aguda o episódica. Su diagnóstico se sospecha por clínica y se comprueba con ecografía del abdomen. En caso de presentarse dolor su tratamiento es quirúrgico.

26. El cuadro clínico por el cual el señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS consulto a la CRUZ ROJA, el día 14 de julio de 2002, es compatible con gastroenteritis aguda?; con colitis aguda?; con colelitiasis? Explique su respuesta.

En la historia clínica de la Cruz Roja el 14 de julio se anota que el dolor abdominal es referido como difuso y en la exploración física se anota que el dolor se localiza en el epigastrio. Describen vómito, no describen diarrea ni fiebre. El cuadro no es compatible con una gastroenteritis ya que no hubo diarrea, No es compatible con una colitis por ausencia de diarrea. Si es compatible con colelitiasis con colecistitis por la localización epigástrica del dolor.

27. Que resultado arrojaron los exámenes paraclínicos el día 14 de julio de 2002 y señale de los mismos si los resultados son compatibles con un cuadro de apendicitis aguda? Explique.

La historia clínica se encuentra un hemograma con

Glóbulos blancos 14.500 (indicativo de cuadro infeccioso)
Neutrófilos 85%, 82% en recuento manual (Variedad de glóbulos blancos que están en elevados en los procesos infecciosos)
Hemoglobina 17.9 (un poco alta posiblemente por estar el paciente deshidratado)
Amilasa 71 (Valor normal, casi descarta una pancreatitis o inflamación del páncreas)
La presencia de elevación de los glóbulos blancos es compatible con cualquier proceso infeccioso incluyendo la apendicitis.

28. Como evoluciona el cuadro clínico del señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS en cuanto a su dolor abdominal, vómito y demás relacionados el día 14 de julio de 2002? Explique.

Después de la consulta inicial la evolución se anota que presenta vómito.

A las 10:30 persiste el dolor y náuseas y se indica una ampolla de Buscapina C.

A las 10:35 persiste el dolor.

A las 12:45 se anota mejoría del dolor.

A las 15:00 mejoría del dolor con dolor residual 2/10 tolera la vía oral de manera adecuada. No hay mas notas posteriores. Al paciente se le da salida y al otro día reconsulta por persistencia del dolor al Hospital San Ignacio.

29. Que conductas medicas se tomaron respecto de la persistencia del dolor abdominal? Explique.

Ante la persistencia del dolor se indica la aplicación de una ampolla de Buscapina C (hioscina + dipirona).

30. Que son el bromuro de Hioscina y la dipirona, cuál es su farmacocinética y farmacodinamia, posología, acción y demás relacionados?.

El butil bromuro de hioscina es un medicamento con acción antiespasmódica (mejora los dolores tipo cólico) y la dipirona es un analgésico, antipirético y antiespasmódico. Se administra una ampolla cada hora ya que su efecto tiene una duración de 8 a 10 horas.

31. Señale si acorde a la lex artis medica, no se debe administrar analgésicos al paciente con dolor abdominal agudo, hasta tanto no se tenga un diagnóstico y conducta o hasta que se haya descartado el abdomen quirúrgico? Explique detalladamente.

Uno de los aspectos más importantes en la presencia de dolor abdominal agudo es determinar si este requiere o no la necesidad de una cirugía (manejo médico o manejo quirúrgico) Por lo anterior es muy importante observar e interpretar el comportamiento y la evolución del dolor ya que este es un mecanismo natural de defensa ante cualquier noxa. Si la noxa es temporal como en el caso de una gastroenteritis, el dolor disminuirá espontáneamente con el tiempo y la enfermedad se auto limita por si sola con el manejo médico. Si la noxa es persistente o progresiva como en la apendicitis el dolor permanecerá o se incrementará. Por lo anterior el dolor es un elemento indicativo de la gravedad y progresión de la enfermedad. El abolir el dolor indiscriminadamente puede ocultar el síntoma lo cual puede traer consecuencias graves como la progresión de un cuadro de apendicitis. Algunos protocolos de manejo incluyen la aplicación de analgésicos de corta duración como la morfina (su efecto dura 4 horas) mientras el paciente es observado o se le practican exámenes como una ecografía o una tomografía. La dipirona por tener una acción más prolongada (al doble) y por ser antipirética no es la mejor alternativa en el manejo del dolor abdominal agudo. Una vez se haya descartado o confirmado una patología de manejo quirúrgico se puede hacer uso de los analgésicos para el tratamiento definitivo de la enfermedad.

32. Cuál es el estado clínico en que ingreso el señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS al HOSPITAL SAN IGNACIO? Explique.

La historia clínica del Hospital San Ignacio describe que el paciente llega con una tensión arterial normal, un pulso elevado de 110 por minuto con un cuadro de 30 horas de dolor de inicio en epigastrio y luego del flanco derecho y mesogastrio, vomito y fiebre. Estaba deshidratado con la mucosa oral seca y a la palpación abdominal defensa muscular voluntaria y Blumberg positivo. Describen el hemograma del 14 de julio con 14 500 glóbulos blancos y 85% de neutrófilos.

33. Acorde a la historia clínica, en qué fecha y hora ingreso el señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS al HOSPITAL SAN IGNACIO?.

El paciente ingreso al Hospita San Ignacio el 15 de julio de 2002 a las 16:38.

34. Señale si la sintomatología referida y registrada en la historia clínica del HOSPITAL SAN IGNACIO, realizada al señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS, es compatible con apendicitis aguda? Explique.

El cuadro clínico es compatible con apendicitis aguda y de hecho en la nota de ingreso Se hace una impresión diagnóstica de apendicitis aguda.

35. Presentaba desde su ingreso signos de irritación peritoneal y que significan estos hallazgos?

El paciente presentaba signos de irritación peritoneal dados por dolor del flanco y fosa iliaca derecha con defensa muscular y signo de Blomberg positivo. Estos hallazgos significan que hay una inflamación aguda del peritoneo de una víscera localizada en el flanco o la fosa iliaca derecha que por probabilidad en la práctica clínica debe hacer pensar siempre en el diagnóstico de apendicitis aguda.

36. Que es la apendicitis aguda, como se manifiesta y como se hace su diagnóstico? Explique.

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice cecal como consecuencia de la obstrucción de su luz por variados factores. Después de la inflamación inicial ocurre un proceso de isquemia y necrosis de su pared con posterior perforación de la víscera ocasionando una peritonitis, un absceso del peritoneo o una inflamación del retroperitoneo. Los gérmenes de la apendicitis son los mismos de la materia fecal por lo que producen la necrosis de los tejidos con posterior septicemia y choque séptico. Finalmente ocurre un daño a los diferentes órganos como el riñón, el pulmón el corazón y en general en todos los órganos y sistemas del cuerpo (Falla orgánica multisistémica). Su manifestación puede ser típica o atípica. El cuadro típico se manifiesta con un dolor de inicio difuso o en el epigastrio que luego se localiza en la fosa iliaca derecha, hay vomito, fiebre y deshidratación y en caso de perforación aparecen signos de peritonitis. En caso de duda diagnóstica el paciente es dejado en observación y se puede solicitar una ecografía abdominal para estudio del diagnóstico.

37. Acorde a la historia natural de la enfermedad de la apendicitis aguda, señale como afecta el paso del tiempo el pronóstico del paciente? Explique.

En la evolución natural de la enfermedad en la apendicitis aguda el tiempo es crucial en su desenlace. Si bien es cierto que los cuadros pueden variar en los diferentes pacientes habitualmente la duración de un cuadro desde el inicio del dolor hasta la perforación del apéndice puede oscilar entre 12 a 72 horas. Después de que se perfora el apéndice cecal empiezan a surgir complicaciones graves como lo son la peritonitis, la sepsis severa o el choque séptico y finalmente la falla orgánica multisistémica y la muerte. En las primeras 12 horas el paciente se presenta con síntomas leves y a medida que pasan las horas su condición clínica va empeorando paulatinamente, el organismo empieza a perder líquidos por el vómito por la acumulación de líquido en las asas intestinales y en el peritoneo, y por ultimo hay una disfunción de todos los vasos sanguíneos lo que va llevar al paciente a un estado de falla de órganos y choque irreversible.

38. Qué importancia tiene en consecuencia, el diagnóstico y tratamiento temprano de la apendicitis aguda? Explique.

Por lo anteriormente mencionado, el diagnóstico y tratamiento temprano en la apendicitis aguda es de vital importancia debido a que a menor tiempo de espera entre el inicio de los síntomas y la operación, menor el porcentaje de complicaciones y viceversa. Idealmente un paciente con apendicitis debe ser operado en antes de las 24 horas del inicio de los síntomas. Según criterios de calidad en la atención se acepta que en un medio hospitalario una vez hecho el diagnóstico de una apendicitis aguda, un paciente debe ser operado dentro de las siguientes 6 horas. De existir demoras y fallas en el diagnóstico es obvio que las complicaciones se van a incrementar en número y en gravedad ya que una vez se presenta la perforación del apéndice, todas las bacterias del colon van a invadir los tejidos adyacentes y el torrente sanguíneo con la consecuente falla de uno o más órganos (corazón, pulmón, riñón, hígado, cerebro, sistema hematológico, etc.) ocasionando una FOMS (falla orgánica multisistémica) con el riesgo de mortalidad que esto conlleva.

39. Quien intervino al paciente y que calidad se señala en la historia clínica del señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS, tenía la persona que lo intervino? (era estudiante, interno residente, profesional?) explique.

La descripción quirúrgica está firmada por la "Dra. Lilian Torregrosa código 2031 Cirugía General Hospital San Ignacio" y por el "Dr. Carlos Leman Cirugía General". En los sellos y las firmas no aparece el rango o categoría de los profesionales, pero presumo según la información de la Historia que la Dra. Torregrosa es médico residente y el Dr. Lehman es el especialista.

40. Que es un residente de cirugía?

Un residente de cirugía es un médico general que está en un programa de especialización de la especialidad de Cirugía General. Son médicos graduados en medicina general y que están en entrenamiento formal de la especialización. Desempeñan labores médicas y quirúrgicas en Hospitales Universitarios como el San Ignacio, supervisados siempre por un médico con título de especialista en Cirugía General.

41. En caso de ser residente de cirugía señale si la historia clínica señala que en la intervención quirúrgica dicha persona estuvo vigilada por un profesor o semejante? Explique.

En la descripción quirúrgica de la "Apendicectomía x Rockey Davis" se anota como cirujanos "Dr. Torregrosa - Lehman". Por mi experiencia en mi residencia y en mi vida laboral como docente en hospitales universitarios deduzco que para esta operación el (la) residente Torregrosa operó al paciente con la supervisión y ayuda del especialista en cirugía Dr. Lehman.

42. Qué importancia tienen los exámenes paraclínicos en el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda? Explique.

El diagnóstico de apendicitis aguda se puede hacer solo por la evidencia clínica pero en casos de duda de cualquier dolor abdominal el médico se vale de exámenes de laboratorio como el hemograma y el uroanálisis e imágenes diagnósticas como lo son la ecografía y la tomografía. La ecografía es un examen económico, inocuo y de fácil realización que tiene una aceptable especificidad y sensibilidad para el diagnóstico de apendicitis aguda. La tomografía es más costosa, implica exposición a radiación y a medios de contraste y es más costosa pero es más específica y sensible en el diagnóstico de apendicitis aguda. Se acepta que la ecografía se realiza como estudio de primera línea y la tomografía como estudio de segunda línea y se indican en casos en los cuales se tienen dudas diagnósticas que no se han resuelto con el interrogatorio y la exploración clínica.

43. En qué fecha y hora fue intervenido el señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS?

El paciente fue intervenido el 16 de julio de 2002 a las 02:00 horas y su duración fue de 1 hora 15 minutos según el registro de anestesia.

44. Que etapas se surten dentro de la historia natural de la enfermedad de la apendicitis aguda, para llegar a presentarse una apendicitis gangrenosa perforada?

Las etapas de la apendicitis aguda son cuatro:

1 Edematosa. 2 Fibrinopurulenta. 3 Gangrenosa. 4 Perforada.

Esta última puede cursar con absceso local o peritonitis generalizada o retro peritonitis.

45. En qué tiempo promedio ocurre lo anterior? Explique.

Las cuatro fases de la apendicitis se suceden en una duración variable por lo que la cronología no siempre es la misma. En un cuadro típico de apendicitis aguda el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la perforación puede estar entre las 12 y las 72 horas pero hay cuadros atípicos que pueden durar más tiempo e incluso hay cuadros pueden formar abscesos de 5 a 14 días de evolución y raramente se puede no perforar y cursar como una apendicitis crónica cuadro en el que el paciente permanece sintomático por varias semanas.

46. Es la apendicitis gangrenosa perforada causa de peritonitis y/o retro peritonitis, absceso abdominal y demás relacionados? Explique.

En efecto la apendicitis gangrenosa perforada es causa de peritonitis, retro peritonitis y absceso abdominal. La gangrena es la necrosis de todo el espesor de la pared del apéndice cecal debido a la oclusión y sobrepresión de la luz del apéndice que lleva a la isquemia y posterior crecimiento de bacterias de la materia fecal. Al estar la pared del apéndice necrosada esta se perfora permitiendo que la flora bacteriana fecal pase a los tejidos que rodean al apéndice bien sea a la cavidad abdominal peritoneal en forma de líquido purulento libre (peritonitis) o a los tejidos blandos detrás del intestino (retroperitonitis). En ocasiones la infección forma una colección de pus localizada que se conoce como absceso. Estas tres condiciones en general son mortales en caso de no ser tratadas a tiempo ya que por el tipo de bacterias de la materia fecal se produce una severa infección con extensión de la necrosis y gangrena de las estructuras infiltradas por el proceso infeccioso.

47. Deben hacerse lavados peritoneales en estos pacientes? En qué consisten? Explique.

Cuando se presenta peritonitis, retro peritonitis o absceso abdominal existe la necesidad de drenar el líquido purulento acumulado o retirar el tejido necrosado. Esto se lleva a cabo según el tipo de afectación. Si hay una peritonitis localizada se dejan drenes hacia el exterior para que el pus sea evacuado en el post operatorio sin requerirse nuevas cirugías. Si hay peritonitis generalizada se debe realizar un lavado peritoneal que consiste en la aplicación varios litros de suero fisiológico (solución salina) dentro de la cavidad abdominal o cavidad peritoneal en los cuatro cuadrantes del abdomen esto mediante la ampliación de la incisión (laparotomía) o mediante una laparoscopia durante la misma cirugía. Puede ocurrir en ocasiones que después de realizada la apendicectomía inicial el paciente no tenga una evolución adecuada como ocurrió en este caso y entonces el cirujano tenga que realizar una segunda, tercera o más operaciones para realizar lavados peritoneales cada 24 a 72 horas hasta que la pus y la necrosis hayan desaparecido.

48. Señale si el día 16 de julio y acorde a la historia clínica, al paciente LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS le fue suministrada alimentación o vía oral? Explique.

El día 16 de julio en la evolución post operatoria de las 06:30 se inicia la vía oral por orden médica.

49. A qué hora se emitió esta orden y señale si acorde al cuadro, a los hallazgos, y demás si el señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS debía iniciar la vía oral? Explique.

La orden se da a las 06:30. En general se acepta que en un post operatorio de apendicectomía la vía oral se debe reiniciar de manera temprana siempre y cuando el paciente tenga flatos, no tenga vómito, tenga ruidos intestinales y se haya resuelto la distensión abdominal. En la evolución se anota que el paciente no tiene flatos ni deposiciones, tiene un abdomen distendido, doloroso en hemiabdomen inferior y los ruidos intestinales son escasos.

50. Como fue la evolución posterior a la intervención quirúrgica del día 16 de julio de 2002, del paciente LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS? Explique.

Desde el post operatorio inmediato el 16 de julio la evolución no fue buena ya en la primera evolución post operatoria se describe a un paciente taquicárdico (frecuencia cardíaca de 100) con retención de líquidos (se han administrado 7000 cc y solo ha eliminado por orina 400 cc) sin flatos ni deposición, con un abdomen doloroso, distendido, con ruidos intestinales escasos. Luego el 17 de julio persiste disneico sin tos ni expectoración, con un abdomen distendido y doloroso con drenaje seroso por la herida quirúrgica, ruidos respiratorios ausentes en la base pulmonar derecha y disminuidos en la base pulmonar izquierda con estertores finos que podrían significar una posible afectación pulmonar y/o abdominal.

51. Cuáles eran los hallazgos al examen físico del paciente LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS del día 18 de julio de 2002 y señale si los hallazgos clínicos señalaban la necesidad de re intervenir al paciente? Explique.

El día 18 de julio esta en regular estado general, con una respiración no adecuada (polipnea), dificultad para respirar (uso de músculos respiratorios accesorios) con un área de celulitis, orina escasa 450 cc. (Normal más de un litro al día) y en los laboratorios glóbulos blancos normales en número pero con un 90% de Neutrófilos (normal hasta 65%) bilirrubinas altas y radiografía de abdomen con íleo o parálisis intestinal. Se interroga el diagnóstico de una fascitis. Por presentar un síndrome de respuesta inflamatoria franco, ictericia y cambios de infección en la herida quirúrgica con sospecha de fascitis el paciente estaba cursando una grave infección local y sistémica que requería una reintervención quirúrgica urgente.

52. En qué fecha y hora, se declaró la sepsis y cuando el choque séptico en este paciente y cuál era el origen de las mismas.

Se hace el diagnóstico de sepsis (infección sistémica) el 18 de julio a las 16:00 y como causas de la misma una neumonía multilobar y celulitis de la pared abdominal vs fascitis interrogada (infección grave de los tejidos blandos de la pared del abdomen).

53. Que intervención se le realizó el día 19 de julio de 2002? Cuáles fueron los hallazgos y la conducta?

El 19 de julio se lleva a cirugía con hallazgos de herida quirúrgica con evidencia de infección, salida de pus proveniente de la cavidad peritoneal, líquido peritoneal purulento libre en cavidad, severo proceso inflamatorio con membranas purulentas comprometiendo el ciego, el íleon y el retroperitoneo. La cirugía realizada fue primero revisión de la herida inicial (incisión localizada en el flanco derecho) y por los hallazgos se decidió realizar una nueva incisión grande en la mitad del abdomen (laparotomía) realizando drenaje de peritonitis y retroperitonitis, lavado peritoneal y colocación de bolsa de laparostomía.

54. Que intervención se le realizó el día 20 de julio de 2002? Cuáles fueron los hallazgos y la conducta?

La tercera operación realizada en la noche del 20 al 21 de julio tuvo como hallazgos 2000 cc de líquido sero hemático ligeramente turbio, muñón apendicular sano y asas delgadas dilatadas y se describe como lavado quirúrgico de la cavidad abdominal.

55. Fue objeto el paciente de infección de carácter nosocomial? En que consistió esta infección? Explique.

El 21 de julio a las 17:00 la evolución que hace la UCI ante como diagnóstico una Neumonía multilobar nosocomial entre otros. Este diagnóstico hace referencia a afectación infecciosa en varios lóbulos pulmonares en un paciente que se contamina con bacterias hospitalarias o nosocomiales. Estas infecciones nosocomiales son relativamente frecuentes en pacientes gravemente enfermos internados en la UCI y revisten una mayor gravedad debido a que es ocasionada por gérmenes agresivos resistentes a muchos antibióticos.

56. Se le realizó al señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS traqueostomía, en que consiste y cuáles fueron las razones? Explique.

El día 31 de julio se realiza la cirugía traqueostomía. El procedimiento consiste en incidir el cuello y colocar un tubo o cánula directamente dentro de la tráquea. Se realizó debido a que el paciente llevaba 11 días intubado y con respirador artificial y con este procedimiento se trataba de mejorar la funcionalidad respiratoria con miras a destetar paulatinamente al paciente de respirador artificial y a que después de una semana de intubación orotraqueal, el tubo orotraqueal puede producir mediano o largo plazo, una estrechez de la tráquea conocida como estenosis subglótica y la traqueostomía temprana puede prevenir esta futura complicación.

57. Como fue la evolución del paciente a partir de las intervenciones quirúrgicas de los días 19 y 20 de julio de 2002?

Después de las operaciones realizadas el 19 y 20 de julio de 2002 el paciente permanece internado en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) del Hospital San Ignacio en grave estado de salud intubado con respirador artificial, y posterior aparición de un Síndrome de Dificultad respiratoria del Adulto (SDRA), requerimiento farmacológico inotrópico para poder mantener la circulación sanguínea, presenta una arritmia cardíaca denominada Fibrilación Auricular Paroxística (FA), cursa con disfunción de renal por lo que requiere la colocación de un hemofiltro (dispositivo empleado para eliminar los metabolitos de desecho que no pueden ser eliminados por los riñones afectados. Se hace el diagnóstico de Disfunción Múltiorgánica debido a que se había instaurado una falla progresiva de varios órganos y sistemas a saber: Cardíaco, circulatorio, pulmonar, renal e intestinal. Este estado de Disfunción múltiorgánica es secundario al proceso infeccioso o séptico originado en una apendicitis aguda perforada con las complicaciones subsecuentes.

58. Cuantas veces fue intervenido quirúrgicamente el paciente y por qué razones?

El paciente fue llevado a cirugía en 7 ocasiones. En la primera se realizó una apendicectomía por incisión localizada en la fosa iliaca derecha. La segunda se realizó laparotomía (incisión abdominal amplia por la línea media) para drenaje de peritonitis y retro peritonitis y se dejó el abdomen abierto solo cerrado con una bolsa. En la tercera, cuarta, quinta y sexta cirugías se realizaron lavados peritoneales con el fin de erradicar la infección peritoneal. En la séptima se realizó una traqueostomía.

59. El paciente presentó por estas circunstancias falla renal y falla multisistémica? Explique.

La falla multisistémica presentada por el paciente ocurre como consecuencia de una infección peritoneal grave secundaria a la apendicitis aguda perforada. Un paciente que tiene líquido purulento el abdomen (peritoneo) presenta cambios en su fisiología tales como deshidratación, bajo volumen circulatorio, cambios en la regulación de la presión sanguínea con una disminución de la irrigación sanguínea en todos los órganos, absorción de toxinas y bacterias de la flora fecal, depresión de la función cardíaca y respiratoria entre otros. Todos estos cambios llevan a un aporte defectuoso de oxígeno y nutrientes a todos los tejidos y a un daño de los mismos con la consecuente alteración en la función y posterior falla de los diferentes órganos, para este caso el corazón, el pulmón el riñón, el mismo intestino. Si bien las siete operaciones de por sí no son la causa de la falla multisistémica, las múltiples anestесias y cirugías son eventos que pueden en algún momento afectar

negativamente el ya delicado estado de un paciente crítico debido a que cada operación implica el uso de drogas y agentes anestésicos que pueden afectar el sistema cardiovascular o renal así como también el trauma quirúrgico inherente al procedimiento terapéutico puede ser deletéreo.

60. Que complicaciones otorrino laríngeas se presentaron como consecuencia de esta hospitalización? Explique.

El paciente tenía desde el 31 de julio 2002 una cánula de traqueostomía, dispositivo que al inicio impide la función del habla. Veinte días más tarde el paciente va mejorando progresivamente y el servicio de neumología el 20 de agosto le realiza un examen denominado fibrobroncoscopia por boca y "Se encuentra epiglottis, pliegues aritenoidales edematosos, cuerdas vocales de adecuada motilidad y aspecto normal. Vía aérea alta permeable. Se retira cánula de traqueostomía sin complicaciones". Este examen revela los hallazgos normales de una traqueostomía y no describe complicaciones. Los pacientes con traqueostomía presentan edema o inflamación de la laringe que va a resolver en algunos días, presentando al principio cierta dificultad para hablar y deglutir, pero estas funciones se van a ir recuperando progresivamente hasta la normalidad. El orificio que queda en la tráquea también va a ir cerrándose espontáneamente y por completo en el lapso de una o dos semanas. En el tomo I de la historia clínica del Hospital San Ignacio no describen otros hallazgos al respecto de la pregunta.

61. Que complicaciones por el síndrome de desuso o la estadía prolongada en cama se produjeron en el paciente LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS como consecuencia de esta hospitalización? Explique.

El paciente permaneció en la UCI del 20 de julio al 9 de agosto de 2002 (20 días) y durante este tiempo en que estaba inmóvil, acostado en una cama y con una máquina de respiración artificial, se presentó una pérdida de volumen muscular o atrofia muy importante, retracciones osteoarticulares. Concomitantemente el gasto energético y metabólico del paciente ante una grave infección como lo es la peritonitis, hace que las reservas fisiológicas nutricionales y funcionales del paciente disminuyan notablemente lo que trae como consecuencia el denominado Síndrome de descondicionamiento físico que se caracteriza por una pérdida importante del volumen y fuerza muscular, retracciones articulares, debilidad de los músculos respiratorios, dificultad para la deglución de alimentos y manejar secreciones de la vía aérea y secundariamente a esto el paciente cursa con una incapacidad para su auto cuidado y una inhabilidad para la marcha que va a durar varias semanas. También existe un considerable componente psicológico de depresión y minusvalía secundarias. Este síndrome se manejó con sesiones diarias de fisioterapia y valoraciones por psiquiatría. Al final de la hospitalización el 22 de agosto fisioterapia describe que el paciente realiza marcha con caminador, hecho indicativo de una mejoría lenta del síndrome.

62. Como se llevó a cabo el procedimiento de cicatrización de la pared abdominal en el señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS y que implicaciones estéticas tiene lo anterior?

El paciente desde la segunda cirugía debió ser manejado con un procedimiento denominado abdomen abierto o laparostomía con bolsa. Este consiste en que después de que el abdomen es abierto en la línea media (laparotomía), la gran inflamación y

distensión de asas intestinales hace difícil el cierre de la pared del abdomen (piel y músculo) quedando las asas intestinales expuestas pero protegidas con una bolsa de un plástico denominado Vialflex. Los sucesivos lavados peritoneales se pueden realizar más fácilmente a través de esta bolsa, pero después varios días de abdomen abierto los músculos se retraen y cicatrizan haciendo imposible el cierre primario del abdomen. El paciente con abdomen abierto queda con las asas intestinales expuestas pero protegidas con bolsas o apósitos especiales y lentamente el proceso de cicatrización y granulación va creando una capa de tejido que va cubriéndose de piel paulatinamente. Este proceso denominado epitelización es lento y puede tardar de varios meses a un año dependiendo del tamaño de la laparostomía. Las implicaciones de la laparostomía son varias: En los primeros meses el paciente queda incapacitado debido a la presencia de una gran superficie abdominal cruenta que le impide la realización de muchas labores; en el abdomen queda una hernia gigante que en general debe ser reparada posteriormente mediante una operación difícil y dispendiosa; el paciente queda con una cicatriz abdominal grande cuyo tamaño puede oscilar entre los 15 a 40 centímetros de alto por varios centímetros de ancho lo que estéticamente y emocionalmente produce un discomfort notable en el paciente. También el paciente queda expuesto al riesgo de que los intestinos que están cubiertos solo por piel en algún momento puedan perforarse dando lugar a un grave evento conocido como fistula intestinal que implica la salida de líquido intestinal hacia el exterior lo que nutricionalmente puede resultar catastrófico.

63. En que consistió la eventración abdominal presentada por el señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS, como fue manejada y cuando fue intervenido quirúrgicamente? Explique.

La operación de la eventración abdominal o hernia incisional gigante se denomina eventrografía con malla, y fue realizada en el Hospital Universitario de San Ignacio el día 20 de enero de 2004. Consiste en realizar el reparo de la hernia abdominal mediante la disección de los tejidos retraídos, cerrando los músculos y reforzando el cierre con la colocación de una malla de polipropileno y colocando un dren temporal. Esta se realizó con éxito.

64. Cuáles son los riesgos a mediano y largo plazo en pacientes que han sido sometidos a múltiples intervenciones con manipulación del contenido abdominal y del peritoneo, respecto de la población general, en cuanto a presentar bridas intestinales y obstrucción o pseudo obstrucción intestinal? Explique.

Los pacientes sometidos a múltiples intervenciones con manipulación del contenido abdominal y del peritoneo forman cicatrices o bridas en el peritoneo y el intestino. Dichas bridas en su mayoría no producen afectaciones importantes en la salud pero sí aumentan notablemente el riesgo de que una de las bridas formadas acode u obstruya el intestino delgado, impidiendo el paso del bolo alimenticio por el tracto gastrointestinal evento conocido como Obstrucción Intestinal por bridas. Este evento es potencialmente letal pero puede ser manejado médicamente y conservadoramente de forma exitosa en la mayoría de los casos, pero en ocasiones requiere de intervenciones quirúrgicas difíciles y riesgosas para la vida del paciente. El riesgo de que se presente una obstrucción intestinal por bridas puede empezar desde la primera semana de la operación, tiene un pico al mes pero permanece latente toda la vida el paciente. Otra consecuencia de las bridas peritoneales es la aparición de dolor abdominal crónico por

11
1212

el síndrome adherencial. Este dolor es difícil de tratar y en ocasiones requiere de una operación de liberación de adherencias para su manejo.

65. Señale –acorde a la historia clínica- si hubo mora en el diagnóstico y en el tratamiento y en intervenir quirúrgicamente al paciente LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS? Explique su respuesta.

Analizando globalmente la apendicitis aguda, todos los eventos que desemboquen en la perforación del apéndice cecal pueden ser considerados como una demora en el tratamiento. Cabe entonces analizar en cada caso puntual cuales son las demoras que ocasionan esta demora. Existen factores del paciente y factores del sistema de salud.

FACTORES DEL PACIENTE: Pacientes que consultan tardíamente (más de 24 horas de iniciado el dolor) que se automedican con analgésicos o antibióticos que alteran el diagnóstico u omiten información al equipo médico pueden generar demoras y errores en el diagnóstico. En este caso el paciente consulta a las 4 horas de inicio del dolor en forma oportuna y en la historia clínica no hay información de ingesta de medicamentos que hayan podido alterar la evolución natural de la enfermedad.

FACTORES DEL SISTEMA DE SALUD. La consulta en la Cruz Roja se atendió de manera oportuna a las 05:55 y se ingresa a observación a las 06:45. A las 10:30 se le administra una ampolla de Buscapina C (dipirone + hioscina) medicamento no indicado en la observación de un dolor abdominal de etiología no aclarada. No se solicitan exámenes imagenológicos como ecografía o TAC y la última nota que aparece registrada en la historia clínica es a las 15:00 en que el paciente persistía con dolor a la palpación en epigastrio posterior a esto al paciente se le da salida. El paciente reconsulta al Hospital San Ignacio al día siguiente el 15 de julio a las 16:38 es atendido con oportunidad y se le hace una impresión diagnóstica de apendicitis aguda. La operación apendicectomía se practica a las 02:00 del 16 de julio. El tiempo transcurrido entre el diagnóstico inicial y la cirugía es de 9 horas y 22 minutos tiempo prolongado ya que ante un diagnóstico de apendicitis aguda la apendicectomía debe realizarse en el menor tiempo posible. Los estándares de calidad en salud en Colombia indican que el tiempo de espera para la realización de la cirugía ante el diagnóstico de una apendicitis aguda debe ser menor a 6 horas. El diagnóstico de apendicitis aguda se debe basar primeramente en los datos clínicos y el paciente tenía desde al ingreso signos muy probables de apendicitis aguda. Utilizando la escala clínica de Alvarado que va de 0 a 10 (en la que cero el diagnóstico es improbable y 10 el diagnóstico es altamente probable) el paciente tenía 9 puntos (no se le interrogó sobre anorexia que de estar presente daría una puntaje de 10/10) lo que significa que el diagnóstico de apendicitis aguda era muy probable. 2 El segundo momento para analizar es la reintervención del paciente después de realizada la apendicectomía inicial. Desde el post operatorio de la apendicectomía realizada el 16 de julio a las 02:00 el paciente persiste taquicárdico y deshidratado lo cual no es deseable pero puede ser normal en un post operatorio inmediato. Pero la valoración del 18 julio a las 06:30 es clara en describir un paciente taquicardico 120 de frecuencia cardíaca (normal hasta 90) icterico, con balance de líquidos francamente positivo de 3 litros (retención de líquidos), con abdomen distendido y en quien se sospecha una fascitis de la pared abdominal. Estos hallazgos son corroborados en evolución del mismo 18 de julio a las 16:00. Ante esta grave sospecha de una infección tipo fascitis (que es de manejo eminentemente quirúrgico) el deteriorado paciente solo es reoperado el 19 de julio a las 22:00 es decir casi 40 horas después de la grave sospecha clínica de fascitis, encontrándose en la cirugía un severo proceso infeccioso proveniente de una peritonitis generalizada. Según mi concepto esta fue la demora que

587

más influyó en el desenlace final del caso del paciente ya que una espera tan prolongada en un paciente que venía en franco deterioro va a ocasionar un deterioro franco en su estado de salud como en efecto sucedió.

66. Señale si la administración de los analgésicos intravenosos en la CRUZ ROJA velaron o pudieron haber velado el cuadro clínico del paciente, retardando el tratamiento.

Indudablemente la administración del medicamento Buscapina C que contiene dipirone mas hioscina disminuyó el dolor y enmascaró por varias horas el síntoma de dolor abdominal que como mecanismo natural de defensa da aviso al organismo de una noxa importante en el cuerpo. Al paciente se le da salida de la Cruz Roja con una notable disminución del dolor secundaria a la administración del analgético. Una vez pasado el efecto de la Buscapina, el dolor reinicia nuevamente por lo que el paciente reconsulta al Hospital San Ignacio.

67. Señale si la historia clínica inicial y las evoluciones médicas realizadas al paciente en la CRUZ ROJA fueron completas, idóneas, peritas y si las conductas asumidas fueron prudentes e idóneas.

Considero que los actos médicos realizados en la Cruz Roja no fueron idóneos por varias razones. 1 No se evaluó completamente el síntoma de dolor en el epigastrio ya que en ningún momento se solicitó una ecografía abdominal ni pruebas de función hepática al paciente. 2 No se ahondó en el estudio ni se hizo seguimiento de la elevación de los glóbulos blancos que presentaba el paciente. 3 Se hizo un diagnóstico de gastroenteritis cuando el paciente en ningún momento tuvo diarrea como tampoco tuvo sin síntomas sistémicos que sugirieran este diagnóstico. 3 Se hizo uso indebido de los medicamentos hioscina y dipirone, fármacos analgésicos y antipiréticos en un paciente con un dolor abdominal de etiología no aclarada, la aplicación de estos medicamentos hicieron disminuir el síntoma de dolor y probablemente enmascararon la fiebre con lo que las evaluaciones clínicas posteriores en el centro médico mostraron una disminución ficticia del dolor abdominal. 4 Se dio salida del centro médico a un paciente que persistía con dolor y tenía evidencia paraclínica de un proceso infeccioso en curso.

68. Señale si existió demora en intervenir al paciente en el HOSPITAL SAN IGNACIO? Explique.

Esta respuesta se da en la pregunta 65

Cordialmente

DR HERNAN SEPÚLVEDA M.

Especialista en Cirugía General

Universidad Nacional de Colombia

CC 79.445.401

Bogotá 24 enero de 2020.

Doctor:
CARLOS ALBERTO CAMARGO CARTAGENA
Abogados en salud

Doctora:
RUTJOHANY SANCHEZ GOMEZ
JUEZ CINCUENTA Y UNO (51) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA D.C.

Referencia: 2012-00214 - ORDINARIO
Demandante: LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS
Demandado: CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y OTROS

Por la presente envío a usted el dictámen pericial en el caso de la señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS, dando las respuestas al cuestionario por usted enviado.

El cuestionario fue analizado y respondido por el médico Hernán Sepúlveda Martínez especialista en cirugía general de la Universidad Nacional de Colombia

Los conceptos se ajustan a la objetiva revisión de la historia clínica por usted enviada dentro de la lex artis y la experiencia profesional acumulada durante los 30 años de ejercicio de la medicina y la cirugía.

En archivo adjunto se envían las referencias bibliográficas y artículos que sustentan las respuestas.

1. Señale si acorde a lo registrado en la historia clínica de la CRUZ ROJA COLOMBIANA, al momento de dar salida al paciente LUIS ALEJANDRO MORENO, (Salida o alta consecuencia de la consulta del día 14 de julio de 2002) existía certeza que el manejo del dolor abdominal del paciente era exclusivamente médico y no quirúrgico? Explique detalladamente su respuesta.

Según la historia de la Cruz Roja el paciente consultó por un cuadro de 4 horas de evolución de dolor en el epigastrio con vómito. Al examen físico está sin fiebre ni taquicardia, está hidratado y el abdomen es blando, depresible, con dolor localizado en el epigastrio y no tiene signos de irritación peritoneal. Tiene elevados los glóbulos blancos a 14.500 y los granulocitos están en 85% ambos datos elevados e indicativos de una infección en curso de origen a establecer. Esta evolución habla inicialmente de un dolor abdominal de manejo médico, no obstante por lo temprano del cuadro (4 horas de evolución) la elevación de los glóbulos blancos y de los granulocitos el paciente debió ser seguido en observación y se debió haber realizado controles del hemograma. Desde este punto de vista el paciente presentaba un cuadro infeccioso de manejo no quirúrgico en un inicio pero que eventualmente podía progresar a un cuadro quirúrgico teniendo en cuenta que los síntomas del paciente tenían muy pocas horas de evolución.

2. Señale si acorde a la historia clínica de la CRUZ ROJA COLOMBIANA, del señor LUIS ALEJANDRO MORENO, se registró respecto del dolor abdominal, sus características de: INICIO, TIPO DE DOLOR, INTENSIDAD (muy agudo, intenso, sordo vago y mal localizado, intermitente o de tipo cólico), IRRADIACION Y DROGAS TOMADAS PARA EL DOLOR? Explique

Respecto al dolor en la historia clínica se hace mención de su inicio, intensidad y de su no irradiación mas no se hace referencia al tipo de dolor como tampoco de si el paciente había tomado drogas previamente al momento de la consulta.

3. Cuanto tiempo tenía de evolución el dolor abdominal señalado?

El dolor tenía 4 horas de evolución.

4. Señale si dentro de la historia clínica se determinaron las características del dolor, como: dolor visceral, dolor visceroparietal, tipo cólico, continuo o variable, desgarrador? Explique.

En la historia clínica no se hace referencia específica a estas características.

5. Señale respecto del vomito y de las características del vomito, si se señala en la historia clínica realizada, que: si preceden al dolor, si son posteriores al dolor, si modifican la intensidad del dolor, si son repetitivos, si es de carácter bilioso, hemático, fecaloide? Explique y señale en donde se registran.

En la historia clínica se mencionan sus características (alimentario y luego gástrico, de donde se deduce que no fue bilioso, ni hemático ni fecaloide) y su número (número de 4 antes de la consulta registrado en la consulta de ingreso y uno más en la hospitalización en observación). No se hace referencia específica de si preceden o son posteriores al dolor ni su relación con la intensidad del dolor.

6. Señale acorde a la historia clínica de la CRUZ ROJA, del señor LUIS ALEJANDRO MORENO, si en el examen físico del abdomen se registra la inspección, la auscultación, la percusión, la palpación del abdomen y que señala cada una de ellas? Explique lo registrado y en donde está.

En el examen físico de ingreso realizado y consignado en la historia clínica se registran la inspección (globoso por abundante pániculo adiposo), la auscultación (peristaltismo disminuido), la percusión (timpanismo) y la palpación (describen que no hay signos de irritación peritoneal).

7. Señale si acorde a la historia clínica del señor LUIS ALEJANDRO MORENO realizada en la CRUZ ROJA, se registra en la exploración del abdomen todos o algunos de los siguientes signos: Signo de Murphy; Signo de Blumberg; Signo de Rovsing; Signo del obturador; Signo del Psoas; Signo de Courvoisier – Terrier.

En el examen físico no se describen en específico estos signos pero se anota que "No hay signos de irritación peritoneal". Esta anotación se hace en la práctica clínica en

forma habitual para englobar que no está presente ninguno de los signos de la pregunta.

8. Señale si acorde a la historia clínica del señor LUIS ALEJANDRO MORENO realizada en la CRUZ ROJA, se registra en la exploración física, la realización de la maniobra de San Martino?

En el examen físico no se describe la Maniobra de San Martino (La maniobra consiste en la realización simultánea de una palpación abdominal con una mano del examinador y un tacto rectal con la otra mano). Esta maniobra está casi abandonada en la práctica clínica en Colombia por ser poco sensible y por las incomodidades que ocasiona a un paciente la realización de un tacto rectal.

9. Señale acorde a la historia clínica de la CRUZ ROJA del señor LUIS ALEJANDRO MORENO, que arrojo el examen de cuadro hemático solicitado y este resultado con cuales patologías asociadas a dolor abdominal es compatible? Explique.

En el hemograma se evidenció una elevación de los glóbulos blancos de 14.500 (normal menor de 10.000) y una elevación de los granulocitos que están en 85% (normal menor de 65%) ambos datos elevados son indicativos de una posible infección. Este resultado se puede asociar con cualquier patología que cause dolor abdominal bien sea de manejo médico o quirúrgico e incluso por la misma deshidratación. Es un dato de alarma pero no es un dato que implique un diagnóstico o una conducta específicos.

- 10.Cuál es el estado clínico en que ingreso el señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS al HOSPITAL SAN IGNACIO y señale si el mismo es compatible con apendicitis aguda y/o con peritonitis? Explique.

La historia clínica del Hospital San Ignacio describe que el paciente llega con cuadro de 30 horas de dolor de inicio en epigastrio y luego del flanco derecho y mesogastrio, vomito y fiebre. A la palpación defensa muscular voluntaria y Blumberg positivo. El cuadro anterior es compatible con apendicitis aguda. (Puntuación de 9/10 en la escala de Alvarado es decir alta probabilidad de apendicitis aguda)

ESCALA DE ALVARADO PARA
APENDICITIS AGUDA

Una puntuación de 5 o 6 es compatible con el diagnóstico de apendicitis aguda. Una puntuación de 7 u 8 indica una apendicitis probable, y una puntuación de 9 o 10 indica una apendicitis aguda muy probable.

Dolor a fosa iliaca derecha	1
Anorexia	1
Náuseas/vómito	1
Signos	
Dolor en fosa iliaca derecha	2
Rebote en fosa iliaca derecha (Blumberg)	1
Fiebre $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$	1
Laboratorio	
Leucocitosis > 10.0000	2
Neutrofilia $> 70\%$	1

11. El paciente a su ingreso se encontraba con desequilibrio hemodinámico? Explique.

El paciente ingresa con tensión arterial de 148/82 (normal), frecuencia cardíaca de 110 (alta) y mucosa oral seca. Esto habla de una deshidratación grado 2 que implica un desequilibrio hemodinámico, es decir un déficit de líquidos moderado.

12. Ameritaba el paciente ser intervenido de manera inmediata a su ingreso a la institución HOSPITAL SAN IGNACIO? Explique y señale el porqué.

El cuadro de apendicitis aguda implica la necesidad de un tratamiento quirúrgico pronto. La operación por una apendicitis aguda debe ser practicada en el menor tiempo posible (se acepta que el tiempo de espera antes de la cirugía sea menor a 6 horas después de realizado el diagnóstico).

13. Acorde a la clasificación de la herida quirúrgica y a los hallazgos intraoperatorios, en la primera intervención en el HOSPITAL SAN IGNACIO, que medidas eran recomendables para garantizar el drenaje de la cavidad abdominal? Explique su respuesta y señale las conductas ante lo anterior.

La clasificación es de una herida sucia o infectada. La descripción habla de una infección localizada en la fosa iliaca derecha con necrosis y perforación del apéndice. Lo recomendado es la realización de la extracción del apéndice, lavado con suero y preferentemente la colocación de un dren.

14. En relación con la pregunta anterior, era recomendable dejar al paciente con abdomen abierto para realizarle lavados peritoneales? Explique.

La perforación apendicular de por sí no es indicación absoluta para realizar lavados peritoneales posteriores. El lavado peritoneal se indica cuando en la primera cirugía se encuentra una peritonitis extensa o peritonitis fecal y este no es el caso. La otra indicación de realizar lavados es que después de una primera cirugía se sospeche o persistan los signos de infección intraabdominal por peritonitis o múltiples abscesos.

15. En relación con la pregunta anterior, era recomendable dejar al paciente con dren dentro de la cavidad abdominal hacia el exterior? Explique.

Una de las complicaciones de la necrosis y perforación del apéndice es la aparición de colecciones locales de sangre y/o pus o incluso la perforación post operatoria del muñón apendicular por lo que es recomendable en estos casos la colocación de drenes que van a evacuar hacia el exterior el líquido del espacio infectado, disminuyendo la posibilidad de formación de colecciones o abscesos.

16. Presento el paciente desde etapas tempranas de este posquirúrgico, síntomas y/o signos de cursar con abscesos intra abdominales y/o complicaciones posquirúrgicas relacionadas? Explique.

Desde el pos operatorio inmediato el paciente empezó a presentar deterioro progresivo de su estado de salud dados por taquicardia, taquipnea, ictericia, coloración rojiza del la herida quirúrgica, distensión abdominal, dificultad respiratoria y posteriormente

1A
1215

aparición de ictericia. Todos estos son hallazgos son compatibles con la complicación post quirúrgica de abscesos intra abdominales o de peritonitis residual.

17. Señale y explique si hubo tardanza en re operar al paciente LUIS ALEJANDRO MORENO en el HOSPITAL SAN IGNACIO.

El paciente se opero la primera vez el 16 de julio a las 02:00 y se reopera el 19 de julio a las 22:00 es decir 3 días 20 horas después de la primera cirugía. Durante este tiempo transcurrido el paciente se fue deteriorando progresivamente lo cual hablaba en favor de una complicación post operatoria de origen intraabdominal. Es importante resaltar que el 18 de julio a las 06:00 se evidenció una infección de la herida quirúrgica y se plantea el diagnóstico de fascitis (infección de la fascia o de los tejidos blandos de la pared abdominal). Este diagnóstico es grave ya que se trata de una infección que puede progresar en horas y llevar a la muerte al paciente en uno o dos días. Ante un paciente con una herida quirúrgica de apendicectomía infectada en quien se sospeche una fascitis la conducta adecuada es una exploración quirúrgica inmediata. Esto no se realizó de forma oportuna. Después el paciente se sigue deteriorando y es llevado a cirugía en la cual se evidencia que la herida quirúrgica tiene salida de material purulento proveniente de adentro de la cavidad abdominal por lo que se procede a realizar apertura de todo el abdomen (laparotomía) encontrando una peritonitis generalizada. Desde este punto de vista considero que la reoperación de un paciente con peritonitis de 4 días de evolución y en quien se sospechaba una fascitis, no es oportuna ya que una peritonitis de 4 días es una grave condición que pone en riesgo la vida del paciente. Pero también hay que mencionar algunas circunstancias como el hecho de que al paciente se le documentó una neumonía que indudablemente se debía tratar con antibióticos y ante la espera de la respuesta al antibiótico se pudo haber diferido la necesidad de una reoperación.

18. Explique que es la historia clínica, cuáles son sus partes (motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes, revisión por sistemas, examen físico, análisis, diagnóstico o impresión diagnóstica, plan o conducta) y cuál es la importancia de la historia clínica en el diagnóstico y toma de conductas consecuente? Explique.

La historia clínica es un documento mediante el cual el médico hace una descripción detallada de la enfermedad, antecedentes y condición física del paciente con el objetivo de realizar un diagnóstico y dar un tratamiento a la enfermedad del paciente. Sus partes son. 1 Motivo de consulta: Molestia o síntoma principal del paciente. 2 Enfermedad actual: descripción de los detalles del motivo de consulta y síntomas relacionados. 3 Antecedentes: datos sobre enfermedades y cirugías previas, ingesta actual o anterior de fármacos, enfermedades familiares, hábitos saludables o no saludables del paciente, alergias. 4 Revisión por sistemas: Recuento de los síntomas de cada uno de los sistemas (respiratorio, gastrointestinal etc.) estén o no relacionados con la enfermedad. 5 Examen físico. Se describe la inspección, auscultación, percusión y palpación de la cabeza, tronco y extremidades. 6 Análisis: Resumen de los hallazgos positivos y relevantes de los puntos anteriores analizando las posibles causas de la enfermedad y dando posibilidades diagnósticas. 7 Impresión diagnóstica: Se enumeran los posibles diagnósticos en orden de importancia. 8 Plan: Parte en la cual con base en el diagnóstico se formulan los medicamentos, conductas y recomendaciones tendientes a lograr la cura del paciente. La historia clínica es la base estructural del diagnóstico y de la toma de conducta en cualquier enfermedad.

19. Explique que es una evolución médica, cuáles son sus objetivos, que es la parte Subjetiva, la Objetiva, el Análisis y el Plan (SOAP)? Explique.

La evolución médica es la parte de la historia clínica en la cual se describe los cambios o variaciones de la enfermedad en el transcurso de la hospitalización. Tiene básicamente cuatro componentes. Subjetivo: Describe los síntomas que le paciente refiere tales como persistencia del dolor, vomito, etc. Objetivo; Describe los hallazgos que hace el médico con el examen físico, toma de signos vitales, estado general, estado de la conciencia y hallazgos de cabeza, tronco, extremidades y descripción de exámenes paraclínicos. Análisis: Se resumen los signos positivos y se hace una breve disquisición sobre la etiología de la enfermedad y sobre el curso de la evolución en cuanto a mejoría o empeoramiento del cuadro. Plan: Se mencionan las conductas específicas a seguir como orden de medicamentos; conductas quirúrgicas o egreso.

20. Señale para el momento de los hechos cuales eran los antecedentes patológicos, quirúrgicos y demás que presentaba el señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS.

Los antecedentes anotados en la historia clínica del Hospital San Ignacio fueron: Antecedentes médicos: Hipoglucemia. Quirúrgicos: Corrección de tabique nasal, Tóxicos; fumador de 10 cigarrillos al día. Alérgicos: Negativos. Familiares: Negativos. Farmacológicos refiere que su consulta anterior en la Cruz Roja se le administró omeprazol, metoclopramida y Buscapina.

21. Como se instaura en el tiempo, el cuadro clínico de apendicitis aguda? Explique.

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice cecal. El cuadro clásico inicia con un dolor en epigastrio o mesogastrio o difuso que luego se localiza en la fosa iliaca derecha. Se acompaña de vomito e inapetencia. Puede haber fiebre. El dolor progresa en intensidad siendo leve al inicio hasta hacerse incapacitante en caso de perforación del apéndice o peritonitis. Esta evolución del dolor habitualmente ocurre en el lapso de 24 a 48 horas pero puede haber variaciones del cuadro entre 12 horas y más de 72 horas.

22. El cuadro clínico por el cual el señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS consulto a la CRUZ ROJA, el día 14 de julio de 2002, es compatible con APENDICITIS AGUDA? Explique.

El cuadro del paciente era dolor abdominal difuso de 4 horas con vómito, no había diarrea y en el hemograma se encontró elevación de los glóbulos blancos y de los granulocitos que indicaban un cuadro infeccioso de origen a establecer. Estos hallazgos pueden ser compatibles con un cuadro inicial de apendicitis aguda pero estos deben ser corroborados dejando al paciente en observación y realizándose exámenes como hemogramas de control, ecografía o tomografía abdominal.

23. Que es la gastroenteritis aguda y como se manifiesta clínicamente? Explique.

La gastroenteritis aguda es una infección del estómago y de los intestinos causada por virus, bacterias o parásitos que se manifiesta con dolor abdominal, vómito, diarrea, ocasiones fiebre y malestar general.

24. Que es y cuál es el cuadro clínico de la colitis aguda? Explique.

La colitis aguda es una infección del colon que se caracteriza por diarrea, dolor abdominal, distensión abdominal. La diarrea puede tener moco o sangre o ser acuosa.

25. Que es y cuál es el cuadro de la Colelitiasis? Explique.

La Colelitiasis es la presencia de cálculos o piedras en la vesícula biliar. Esta puede ser asintomática o sintomática manifestándose con dolor del lado derecho del abdomen o en el epigastrio de forma aguda o episódica. Su diagnóstico se sospecha por clínica y se comprueba con ecografía del abdomen. En caso de presentarse dolor su tratamiento es quirúrgico.

26. El cuadro clínico por el cual el señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS consulto a la CRUZ ROJA, el día 14 de julio de 2002, es compatible con gastroenteritis aguda?; con colitis aguda?; con colelitiasis? Explique su respuesta.

En la historia clínica de la Cruz Roja el 14 de julio se anota que el dolor abdominal es referido como difuso y en la exploración física se anota que el dolor se localiza en el epigastrio. Describen vómito, no describen diarrea ni fiebre. El cuadro no es compatible con una gastroenteritis ya que no hubo diarrea, No es compatible con una colitis por ausencia de diarrea. Si es compatible con colelitiasis con colecistitis por la localización epigástrica del dolor.

27. Que resultado arrojaron los exámenes paraclínicos el día 14 de julio de 2002 y señale de los mismos si los resultados son compatibles con un cuadro de apendicitis aguda? Explique.

La historia clínica se encuentra un hemograma con

Glóbulos blancos 14.500 (indicativo de cuadro infeccioso)
Neutrófilos 85%, 82% en recuento manual (Variedad de glóbulos blancos que están en elevados en los procesos infecciosos)
Hemoglobina 17.9 (un poco alta posiblemente por estar el paciente deshidratado)
Amilasa 71 (Valor normal, casi descarta una pancreatitis o inflamación del páncreas)
La presencia de elevación de los glóbulos blancos es compatible con cualquier proceso infeccioso incluyendo la apendicitis.

28. Como evoluciono el cuadro clínico del señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS en cuanto a su dolor abdominal, vómito y demás relacionados el día 14 de julio de 2002? Explique.

Después de la consulta inicial la evolución se anota que presenta vómito.

A las 10:30 persiste el dolor y nauseas y se indica una ampolla de Buscapina C.

A las 10:35 persiste el dolor.

A las 12:45 se anota mejoría del dolor.

A las 15:00 mejoría del dolor con dolor residual 2/10 tolera la vía oral de manera adecuada. No hay mas notas posteriores. Al paciente se le da salida y al otro día reconsulta por persistencia del dolor al Hospital San Ignacio.

29. Que conductas medicas se tomaron respecto de la persistencia del dolor abdominal? Explique.

Ante la persistencia del dolor se indica la aplicación de una ampolla de Buscapina C (hioscina + dipirona).

30. Que son el bromuro de Hioscina y la dipirona, cuál es su farmacocinética y farmacodinamia, posología, acción y demás relacionados?.

El butil bromuro de hioscina es un medicamento con acción antiespasmódica (mejora los dolores tipo cólico) y la dipirona es un analgésico, antipirético y antiespasmódico. Se administra una ampolla cada horas ya que su efecto tiene una duración de 8 a 10 horas.

31. Señale si acorde a la lex artis medica, no se debe administrar analgésicos al paciente con dolor abdominal agudo, hasta tanto no se tenga un diagnóstico y conducta o hasta que se haya descartado el abdomen quirúrgico? Explique detalladamente.

Uno de los aspectos más importantes en la presencia de dolor abdominal agudo es determinar si este requiere o no la necesidad de una cirugía (manejo médico o manejo quirúrgico) Por lo anterior es muy importante observar e interpretar el comportamiento y la evolución del dolor ya que este es un mecanismo natural de defensa ante cualquier noxa. Si la noxa es temporal como en el caso de una gastroenteritis, el dolor disminuirá espontáneamente con el tiempo y la enfermedad se auto limita por si sola con el manejo médico. Si la noxa es persistente o progresiva como en la apendicitis el dolor permanecerá o se incrementará. Por lo anterior el dolor es un elemento indicativo de la gravedad y progresión de la enfermedad. El abolir el dolor indiscriminadamente puede ocultar el síntoma lo cual puede traer consecuencias graves como la progresión de un cuadro de apendicitis. Algunos protocolos de manejo incluyen la aplicación de analgésicos de corta duración como la morfina (su efecto dura 4 horas) mientras el paciente es observado o se le practican exámenes como una ecografía o una tomografía. La dipirona por tener una acción más prolongada (al doble) y por ser antipirética no es la mejor alternativa en el manejo del dolor abdominal agudo. Una vez se haya descartado o confirmado una patología de manejo quirúrgico se puede hacer uso de los analgésicos para el tratamiento definitivo de la enfermedad.

32. Cuál es el estado clínico en que ingreso el señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS al HOSPITAL SAN IGNACIO? Explique.

La historia clínica del Hospital San Ignacio describe que el paciente llega con una tensión arterial normal, un pulso elevado de 110 por minuto con un cuadro de 30 horas de dolor de inicio en epigastrio y luego del flanco derecho y mesogastrio, vomito y fiebre. Estaba deshidratado con la mucosa oral seca y a la palpación abdominal defensa muscular voluntaria y Blumberg positivo. Describen el hemograma del 14 de julio con 14.500 glóbulos blancos y 85% de neutrófilos.

33. Acorde a la historia clínica, en qué fecha y hora ingreso el señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS al HOSPITAL SAN IGNACIO?.

16
1217

El paciente ingreso al Hospita San Ignacio el 15 de julio de 2002 a las 16:38.

34. Señale si la sintomatología referida y registrada en la historia clínica del HOSPITAL SAN IGNACIO, realizada al señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS, es compatible con apendicitis aguda? Explique.

El cuadro clínico es compatible con apendicitis aguda y de hecho en la nota de ingreso Se hace una impresión diagnostica de apendicitis aguda.

35. Presentaba desde su ingreso signos de irritación peritoneal y que significan estos hallazgos?

El paciente presentaba signos de irritación peritoneal dados por dolor del flanco y fosa iliaca derecha con defensa muscular y signo de Blomberg positivo. Estos hallazgos significan que hay una inflamación aguda del peritoneo de una víscera localizada en el flanco o la fosa iliaca derecha que por probabilidad en la práctica clinica debe hacer pensar siempre en el diagnóstico de apendicitis aguda.

36. Que es la apendicitis aguda, como se manifiesta y como se hace su diagnóstico? Explique.

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice cecal como consecuencia de la obstrucción de su luz por variados factores. Después de la inflamación inicial ocurre un proceso de isquemia y necrosis de su pared con posterior perforación de la víscera ocasionando una peritonitis, un absceso del peritoneo o una inflamación del retroperitoneo. Los gérmenes de la apendicitis son los mismos de la materia fecal por lo que producen la necrosis de los tejidos con posterior septicemia y choque séptico. Finalmente ocurre un daño a los diferentes órganos como el riñón, el pulmón el corazón y en general en todos los órganos y sistemas del cuerpo (Falla orgánica multisistémica). Su manifestación puede ser típica o atípica. El cuadro típico se manifiesta con un dolor de inicio difuso o en el epigastrio que luego se localiza en la fosa iliaca derecha, hay vomito, fiebre y deshidratación y en caso de perforación aparecen signos de peritonitis. En caso de duda diagnóstica el paciente es dejado en observación y se puede solicitar una ecografía abdominal para estudio del diagnóstico.

37. Acorde a la historia natural de la enfermedad de la apendicitis aguda, señale como afecta el paso del tiempo el pronóstico del paciente? Explique.

En la evolución natural de la enfermedad en la apendicitis aguda el tiempo es crucial en su desenlace. Si bien es cierto que los cuadros pueden variar en los diferentes pacientes habitualmente la duración de un cuadro desde el inicio del dolor hasta la perforación del apéndice puede oscilar entre 12 a 72 horas. Después de que se perfora el apéndice cecal empiezan a surgir complicaciones graves como lo son la peritonitis, la sepsis severa o el choque séptico y finalmente la falla orgánica multisistémica y la muerte. En las primeras 12 horas el paciente se presenta con síntomas leves y a medida que pasan las horas su condición clínica va empeorando paulatinamente, el organismo empieza a perder líquidos por el vómito por la acumulación de liquido en las asas intestinales y en el peritoneo, y por ultimo hay una disfunción de todos los vasos sanguíneos lo que va llevar al paciente a un estado de falla de órganos y choque irreversible.

38. Qué importancia tiene en consecuencia, el diagnóstico y tratamiento temprano de la apendicitis aguda? Explique.

Por lo anteriormente mencionado, el diagnóstico y tratamiento temprano en la apendicitis aguda es de vital importancia debido a que a menor tiempo de espera entre el inicio de los síntomas y la operación, menor el porcentaje de complicaciones y viceversa. Idealmente un paciente con apendicitis debe ser operado en antes de las 24 horas del inicio de los síntomas. Según criterios de calidad en la atención se acepta que en un medio hospitalario una vez hecho el diagnóstico de una apendicitis aguda, un paciente debe ser operado dentro de las siguientes 6 horas. De existir demoras y fallas en el diagnóstico es obvio que las complicaciones se van a incrementar en número y en gravedad ya que una vez se presenta la perforación del apéndice, todas las bacterias del colon van a invadir los tejidos adyacentes y el torrente sanguíneo con la consecuente falla de uno o más órganos (corazón, pulmón, riñón, hígado, cerebro, sistema hematológico, etc.) ocasionando una FOMS (falla orgánica multisistémica) con el riesgo de mortalidad que esto conlleva.

39. Quien intervino al paciente y que calidad se señala en la historia clínica del señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS, tenía la persona que lo intervino? (era estudiante, interno residente, profesional?) explique.

La descripción quirúrgica está firmada por la "Dra. Lilian Torregrosa código 2031 Cirugía General Hospital San Ignacio" y por el "Dr. Carlos Leman Cirugía General". En los sellos y las firmas no aparece el rango o categoría de los profesionales, pero presumo según la información de la Historia que la Dra. Torregrosa es médico residente y el Dr. Lehman es el especialista.

40. Que es un residente de cirugía?

Un residente de cirugía es un médico general que está en un programa de especialización de la especialidad de Cirugía General. Son médicos graduados en medicina general y que están en entrenamiento formal de la especialización. Desempeñan labores médicas y quirúrgicas en Hospitales Universitarios como el San Ignacio, supervisados siempre por un médico con título de especialista en Cirugía General.

41. En caso de ser residente de cirugía señale si la historia clínica señala que en la intervención quirúrgica dicha persona estuvo vigilada por un profesor o semejante? Explique.

En la descripción quirúrgica de la "Apendicectomía x Rockey Davis" se anota como cirujanos "Dr. Torregrosa - Lehman". Por mi experiencia en mi residencia y en mi vida laboral como docente en hospitales universitarios deduzco que para esta operación el (la) residente Torregrosa operó al paciente con la supervisión y ayudantía del especialista en cirugía Dr. Lehman.

42. Qué importancia tienen los exámenes paraclínicos en el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda? Explique.

El diagnóstico de apendicitis aguda se puede hacer solo por la evidencia clínica pero en casos de duda de cualquier dolor abdominal el médico se vale de exámenes de laboratorio como el hemograma y el uroanálisis e imágenes diagnósticas como lo son la ecografía y la tomografía. La ecografía es un examen económico, inocuo y de fácil realización que tiene una aceptable especificidad y sensibilidad para el diagnóstico de apendicitis aguda. La tomografía es más costosa, implica exposición a radiación y a medios de contraste y es más costosa pero es más específica y sensible en el diagnóstico de de apendicitis aguda. Se acepta que la ecografía se realiza como estudio de primera línea y la tomografía como estudio de segunda línea y se indican en casos en los cuales se tienen dudas diagnósticos que no se han resuelto con el interrogatorio y la exploración clínica.

43. En qué fecha y hora fue intervenido el señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS?

El paciente fue intervenido el 16 de julio de 2002 a las 02:00 horas y su duración fue de 1 hora 15 minutos según el registro de anestesia.

44. Que etapas se surten dentro de la historia natural de la enfermedad de la apendicitis aguda, para llegar a presentarse una apendicitis gangrenosa perforada?

Las etapas de la apendicitis aguda son cuatro:

1 Edematosa. 2 Fibrinopurulenta. 3 Gangrenosa. 4 Perforada.

Esta última puede cursar con absceso local o peritonitis generalizada o retro peritonitis.

45. En qué tiempo promedio ocurre lo anterior? Explique.

Las cuatro fases de la apendicitis se suceden en una duración variable por lo que la cronología no siempre es la misma, En un cuadro típico de apendicitis aguda el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la perforación puede estar entre las 12 y las 72 horas pero hay cuadros atípicos que pueden durar más tiempo e incluso hay cuadros pueden formar abscesos de 5 a 14 días de evolución y raramente se puede no perforar y cursar como una apendicitis crónica cuadro en el que el paciente permanece sintomático por varias semanas.

46. Es la apendicitis gangrenosa perforada causa de peritonitis y/o retro peritonitis, absceso abdominal y demás relacionados? Explique.

En efecto la apendicitis gangrenosa perforada es causa de peritonitis, retro peritonitis y absceso abdominal. La gangrena es la necrosis de todo el espesor de la pared del apéndice cecal debido a la oclusión y sobrepresión de la luz del apéndice que lleva a la isquemia y posterior crecimiento de bacterias de la materia fecal. Al estar la pared del apéndice necrosada esta se perfora permitiendo que la flora bacteriana fecal pase a los tejidos que rodean al apéndice bien sea a la cavidad abdominal peritoneal en forma de liquido purulento libre (peritonitis) o a los tejidos blandos detrás del intestino (retroperitonitis). En ocasiones la infección forma una colección de pus localizada que se conoce como absceso. Estas tres condiciones en general son mortales en caso de no ser tratadas a tiempo ya que por el tipo de bacterias de la materia fecal se produce una severa infección con extensión de la necrosis y gangrena de las estructuras infiltradas por el proceso infeccioso.

47. Deben hacerse lavados peritoneales en estos pacientes? En qué consisten? Explique.

Cuando se presenta peritonitis, retro peritonitis o absceso abdominal existe la necesidad de drenar el líquido purulento acumulado o retirar el tejido necrosado. Esto se lleva a cabo según el tipo de afectación. Si hay una peritonitis localizada se dejan drenes hacia el exterior para que el pus sea evacuado en el post operatorio sin requerirse nuevas cirugías. Si hay peritonitis generalizada se debe realizar un lavado peritoneal que consiste en la aplicación varios litros de suero fisiológico (solución salina) dentro de la cavidad abdominal o cavidad peritoneal en los cuatro cuadrantes del abdomen esto mediante la ampliación de la incisión (laparotomía) o mediante una laparoscopia durante la misma cirugía. Puede ocurrir en ocasiones que después de realizada la apendicectomía inicial el paciente no tenga una evolución adecuada como ocurrió en este caso y entonces el cirujano tenga que realizar una segunda, tercera o más operaciones para realizar lavados peritoneales cada 24 a 72 horas hasta que la pus y la necrosis hayan desaparecido.

48. Señale si el día 16 de julio y acorde a la historia clínica, al paciente LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS le fue suministrada alimentación o vía oral? Explique.

El día 16 de julio en la evolución post operatoria de las 06:30 se inicia la vía oral por orden médica

49. A qué hora se emitió esta orden y señale si acorde al cuadro, a los hallazgos, y demás si el señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS debía iniciar la vía oral? Explique.

La orden se da a las 06:30. En general se acepta que en un post operatorio de apendicectomía la vía oral se debe reiniciar de manera temprana siempre y cuando el paciente tenga flatos, no tenga vómito, tenga ruidos intestinales y se haya resuelto la distensión abdominal. En la evolución se anota que el paciente no tiene flatos ni deposiciones, tiene un abdomen distendido, doloroso en hemiabdomen inferior y los ruidos intestinales son escasos.

50. Como fue la evolución posterior a la intervención quirúrgica del día 16 de julio de 2002, del paciente LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS? Explique.

Desde el post operatorio inmediato el 16 de julio la evolución no fue buena ya en la primera evolución post operatoria se describe a un paciente taquicárdico (frecuencia cardiaca de 100) con retención de líquidos (se han administrado 7000 cc y solo ha eliminado por orina 400 cc) sin flatos ni deposición, con un abdomen doloroso, distendido, con ruidos intestinales escasos. Luego el 17 de julio persiste disneico sin tos ni expectoración, con un abdomen distendido y doloroso con drenaje seroso por la herida quirúrgica, ruidos respiratorios ausentes en la base pulmonar derecha y disminuidos en la base pulmonar izquierda con estertores finos que podrían significar una posible afectación pulmonar y/o abdominal.

51. Cuáles eran los hallazgos al examen físico del paciente LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS del día 18 de julio de 2002 y señale si los hallazgos clínicos señalaban la necesidad de re intervenir al paciente? Explique.

El día 18 de julio está en regular estado general, con una respiración no adecuada (polipnea), dificultad para respirar (uso de músculos respiratorios accesorios) con un área de celulitis, orina escasa 450 cc. (Normal más de un litro al día) y en los laboratorios glóbulos blancos normales en número pero con un 90% de Neutrófilos (normal hasta 65%) bilirrubinas altas y radiografía de abdomen con íleo o parálisis intestinal. Se interroga el diagnóstico de una fascitis. Por presentar un síndrome de respuesta inflamatoria franco, ictericia y cambios de infección en la herida quirúrgica con sospecha de fascitis el paciente estaba cursando una grave infección local y sistémica que requería una reintervención quirúrgica urgente.

52. En qué fecha y hora, se declaró la sepsis y cuando el choque séptico en este paciente y cuál era el origen de las mismas.

Se hace el diagnóstico de sepsis (infección sistémica) el 18 de julio a las 16:00 y como causas de la misma una neumonía multilobar y celulitis de la pared abdominal vs fascitis interrogada (infección grave de los tejidos blandos de la pared del abdomen).

53. Que intervención se le realizó el día 19 de julio de 2002? Cuáles fueron los hallazgos y la conducta?

El 19 de julio se lleva a cirugía con hallazgos de herida quirúrgica con evidencia de infección, salida de pus proveniente de la cavidad peritoneal, líquido peritoneal purulento libre en cavidad, severo proceso inflamatorio con membranas purulentas comprometiendo el ciego, el íleon y el retroperitoneo. La cirugía realizada fue primero revisión de la herida inicial (incisión localizada en el flanco derecho) y por los hallazgos se decidió realizar una nueva incisión grande en la mitad del abdomen (laparotomía) realizando drenaje de peritonitis y retroperitonitis, lavado peritoneal y colocación de bolsa de laparostomía.

54. Que intervención se le realizó el día 20 de julio de 2002? Cuáles fueron los hallazgos y la conducta?

La tercera operación realizada en la noche del 20 al 21 de julio tuvo como hallazgos 2000 cc de líquido sero hemático ligeramente turbio, muñón apendicular sano y asas delgadas dilatadas y se describe como lavado quirúrgico de la cavidad abdominal.

55. Fue objeto el paciente de infección de carácter nosocomial? En que consistió esta infección? Explique.

El 21 de julio a las 17:00 la evolución que hace la UCI anota como diagnóstico una Neumonía multilobar nosocomial entre otros. Este diagnóstico hace referencia a afectación infecciosa en varios lóbulos pulmonares en un paciente que se contamina con bacterias hospitalarias o nosocomiales. Estas infecciones nosocomiales son relativamente frecuentes en pacientes gravemente enfermos internados en la UCI y revisten una mayor gravedad debido a que es ocasionada por gérmenes agresivos resistentes a muchos antibióticos.

56. Se le realizó al señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS traqueostomía, en que consiste y cuáles fueron las razones? Explique.

El día 31 de julio se realiza la cirugía traqueostomía. El procedimiento consiste en incidir el cuilo y colocar un tubo o cánula directamente dentro de la tráquea. Se realizó debido a que el paciente llevaba 11 días intubado y con respirador artificial y con este procedimiento se trataba de mejorar la funcionalidad respiratoria con miras a destetar paulatinamente al paciente de respirador artificial y a que después de una semana de intubación orotraqueal, el tubo orotraqueal puede producir mediano o largo plazo, una estrechez de la tráquea conocida como estenosis subglótica y la traqueostomía temprana puede prevenir esta futura complicación.

57. Como fue la evolución del paciente a partir de las intervenciones quirúrgicas de los días 19 y 20 de julio de 2002?

Después de las operaciones realizadas el 19 y 20 de julio de 2002 el paciente permanece internado en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) del Hospital San Ignacio en grave estado de salud intubado con respirador artificial, y posterior aparición de un Síndrome de Dificultad respiratoria del Adulto (SDRA), requerimiento farmacológico inotrópico para poder mantener la circulación sanguínea, presenta una arritmia cardíaca denominada Fibrilación Auricular Paroxística (FA), cursa con disfunción de renal por lo que requiere la colocación de un hemofiltro (dispositivo empleado para eliminar los metabolitos de desecho que no pueden ser eliminados por los riñones afectados. Se hace el diagnóstico de Disfunción Múltiorgánica debido a que se había instaurado una falla progresiva de varios órganos y sistemas a saber: Cardíaco, circulatorio, pulmonar, renal e intestinal. Este estado de Disfunción múltiorgánica es secundario al proceso infeccioso o séptico originado en una apendicitis aguda perforada con las complicaciones subsecuentes.

58. Cuantas veces fue intervenido quirúrgicamente el paciente y por qué razones?

El paciente fue llevado a cirugía en 7 ocasiones. En la primera se realizó una apendicectomía por incisión localizada en la fosa iliaca derecha. La segunda se realizó laparotomía (incisión abdominal amplia por la línea media) para drenaje de peritonitis y retro peritonitis y se dejó el abdomen abierto solo cerrado con una bolsa. En la tercera, cuarta, quinta y sexta cirugías se realizaron lavados peritoneales con el fin de erradicar la infección peritoneal. En la séptima se realizó una traqueostomía.

59. El paciente presentó por estas circunstancias falla renal y falla multisistémica? Explique.

La falla multisistémica presentada por el paciente ocurre como consecuencia de una infección peritoneal grave secundaria a la apendicitis aguda perforada. Un paciente que tiene líquido purulento el abdomen (peritoneo) presenta cambios en su fisiología tales como deshidratación, bajo volumen circulatorio, cambios en la regulación de la presión sanguínea con una disminución de la irrigación sanguínea en todos los órganos, absorción de toxinas y bacterias de la flora fecal, depresión de la función cardíaca y respiratoria entre otros. Todos estos cambios llevan a un aporte defectuoso de oxígeno y nutrientes a todos los tejidos y a un daño de los mismos con la consiguiente alteración en la función y posterior falla de los diferentes órganos, para este caso el corazón, el pulmón, el riñón, el mismo intestino. Si bien las siete operaciones de por sí no son la causa de la falla multisistémica, las múltiples anestesiás y cirugías son eventos que pueden en algún momento afectar

negativamente el ya delicado estado de un paciente crítico debido a que cada operación implica el uso de drogas y agentes anestésicos que pueden afectar el sistema cardiovascular o renal así como también el trauma quirúrgico inherente al procedimiento terapéutico puede ser deletéreo.

60. Que complicaciones otorrino laríngeas se presentaron como consecuencia de esta hospitalización? Explique.

El paciente tenía desde el 31 de julio 2002 una cánula de traqueostomía, dispositivo que al inicio impide la función del habla. Veinte días más tarde el paciente va mejorando progresivamente y el servicio de neumología el 20 de agosto le realiza un examen denominado fibrobroncoscopia por boca y "Se encuentra epiglottis, pliegues aritenoidales edematosos, cuerdas vocales de adecuada motilidad y aspecto normal. Vía aérea alta permeable. Se retira cánula de traqueostomía sin complicaciones". Este examen revela los hallazgos normales de una traqueostomía y no describe complicaciones. Los pacientes con traqueostomía presentan edema o inflamación de la laringe que va a resolver en algunos días, presentando al principio cierta dificultad para hablar y deglutir, pero estas funciones se van a ir recuperando progresivamente hasta la normalidad. El orificio que queda en la tráquea también va a ir cerrándose espontáneamente y por completo en el lapso de una o dos semanas. En el tomo I de la historia clínica del Hospital San Ignacio no describen otros hallazgos al respecto de la pregunta.

61. Que complicaciones por el síndrome de desuso o la estadía prolongada en cama se produjeron en el paciente LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS como consecuencia de esta hospitalización? Explique.

El paciente permaneció en la UCI del 20 de julio al 9 de agosto de 2002 (20 días) y durante este tiempo en que estaba inmóvil, acostado en una cama y con una máquina de respiración artificial, se presentó una pérdida de volumen muscular o atrofia muy importante, retracciones osteoarticulares. Concomitantemente el gasto energético y metabólico del paciente ante una grave infección como lo es la peritonitis, hace que las reservas fisiológicas nutricionales y funcionales del paciente disminuyan notablemente lo que trae como consecuencia el denominado Síndrome de desacondicionamiento físico que se caracteriza por una pérdida importante del volumen y fuerza muscular, retracciones articulares, debilidad de los músculos respiratorios, dificultad para la deglutir alimentos y manejar secreciones de la vía aérea y secundariamente a esto el paciente cursa con una incapacidad para su auto cuidado y una inhabilidad para la marcha que va a durar varias semanas. También existe un considerable componente psicológico de depresión y minusvalía secundarias. Este síndrome se manejó con sesiones diarias de fisioterapia y valoraciones por psiquiatría. Al final de la hospitalización el 22 de agosto fisioterapia describe que el paciente realiza marcha con caminador, hecho indicativo de una mejoría lenta del síndrome.

62. Como se llevó a cabo el procedimiento de cicatrización de la pared abdominal en el señor LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS y que implicaciones estéticas tiene lo anterior?

El paciente desde la segunda cirugía debió ser manejado con un procedimiento denominado abdomen abierto o laparostomía con bolsa. Este consiste en que después de que el abdomen es abierto en la línea media (laparotomía), la gran inflamación y

distensión de asas intestinales hace difícil el cierre de la pared del abdomen (piel y músculo) quedando las asas intestinales expuestas pero protegidas con una bolsa de un plástico denominado Viallex. Los sucesivos lavados peritoneales se pueden realizar más fácilmente a través de esta bolsa, pero después varios días de abdomen abierto los músculos se retraen y cicatrizan haciendo imposible el cierre primario del abdomen. El paciente con abdomen abierto queda con las asas intestinales expuestas pero protegidas con bolsas o apósitos especiales y lentamente el proceso de cicatrización y granulación va creando una capa de tejido que va cubriéndose de piel paulatinamente. Este proceso denominado epitelización es lento y puede tardar de varios meses a un año dependiendo del tamaño de la laparostomía. Las implicaciones de la laparostomía son varias: En los primeros meses el paciente queda incapacitado debido a la presencia de una gran superficie abdominal cruenta que le impide la realización de muchas labores; en el abdomen queda una hernia gigante que en general debe ser reparada posteriormente mediante una operación difícil y dispendiosa; el paciente queda con una cicatriz abdominal grande cuyo tamaño puede oscilar entre los 15 a 40 centímetros de alto por varios centímetros de ancho lo que estéticamente y emocionalmente produce un discomfort notable en el paciente. También el paciente queda expuesto al riesgo de que los intestinos que están cubiertos solo por piel en algún momento puedan perforarse dando lugar a un grave evento conocido como fistula intestinal que implica la salida de líquido intestinal hacia el exterior lo que nutricionalmente puede resultar catastrófico.

63. En que consistió la eventración abdominal presentada por el señor Luis ALEJANDRO MORENO RIVAS, como fue manejada y cuando fue intervenido quirúrgicamente? Explique.

La operación de la eventración abdominal o hernia incisional gigante se denomina eventrografía con malla, y fue realizada en el Hospital Universitario de San Ignacio el día 20 de enero de 2004. Consiste en realizar el reparo de la hernia abdominal mediante la disección de los tejidos retraídos, cerrando los músculos y reforzando el cierre con la colocación de una malla de polipropileno y colocando un dren temporal. Esta se realizó con éxito.

64. Cuáles son los riesgos a mediano y largo plazo en pacientes que han sido sometidos a múltiples intervenciones con manipulación del contenido abdominal y del peritoneo, respecto de la población general, en cuanto a presentar bridas intestinales y obstrucción o pseudo obstrucción intestinal? Explique.

Los pacientes sometidos a múltiples intervenciones con manipulación del contenido abdominal y del peritoneo forman cicatrices o bridas en el peritoneo y el intestino. Dichas bridas en su mayoría no producen afectaciones importantes en la salud pero sí aumentan notablemente el riesgo de que una de las bridas formadas acode u obstruya el intestino delgado, impidiendo el paso del bolo alimenticio por el tracto gastrointestinal evento conocido como Obstrucción Intestinal por bridas. Este evento es potencialmente letal pero puede ser manejado médicamente y conservadoramente de forma exitosa en la mayoría de los casos, pero en ocasiones requiere de intervenciones quirúrgicas difíciles y riesgosas para la vida del paciente. El riesgo de que se presente una obstrucción intestinal por bridas puede empezar desde la primera semana de la operación, tiene un pico al mes pero permanece latente toda la vida el paciente. Otra consecuencia de las bridas peritoneales es la aparición de dolor abdominal crónico por

1221 70

el síndrome adherencial. Este dolor es difícil de tratar y en ocasiones requiere de una operación de liberación de adherencias para su manejo.

65. Señale -acorde a la historia clínica- si hubo mora en el diagnóstico y en el tratamiento y en intervenir quirúrgicamente al paciente LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS? Explique su respuesta.

Analizando globalmente la apendicitis aguda, todos los eventos que desemboquen en la perforación del apéndice cecal pueden ser considerados como una demora en el tratamiento. Cabe entonces analizar en cada caso puntual cuales son las demoras que ocasionan esta demora. Existen factores del paciente y factores del sistema de salud.

FACTORES DEL PACIENTE: Pacientes que consultan tardíamente (más de 24 horas de iniciado el dolor) que se automedican con analgésicos o antibióticos que alteran el diagnóstico u omiten información al equipo médico pueden generar demoras y errores en el diagnóstico. En este caso el paciente consulta a las 4 horas de inicio del dolor en forma oportuna y en la historia clínica no hay información de ingesta de medicamentos que hayan podido alterar la evolución natural de la enfermedad.

FACTORES DEL SISTEMA DE SALUD. La consulta en la Cruz Roja se atendió de manera oportuna a las 05:55 y se ingresa a observación a las 06:45. A las 10:30 se le administra una ampolla de Buscapina C (dipirona + hioscina) medicamento no indicado en la observación de un dolor abdominal de etiología no aclarada. No se solicitan exámenes imagenológicos como ecografía o TAC y la última nota que aparece registrada en la historia clínica es a las 15:00 en que el paciente persistía con dolor a la palpación en epigastrio posterior a esto al paciente se le da salida. El paciente reconsulta al Hospital San Ignacio al día siguiente el 15 de julio a las 16:38 es atendido con oportunidad y se le hace una impresión diagnóstica de apendicitis aguda. La operación apendicectomía se practica a las 02:00 del 16 de julio. El tiempo transcurrido entre el diagnóstico inicial y la cirugía es de 9 horas y 22 minutos tiempo prolongado ya que ante un diagnóstico de apendicitis aguda la apendicectomía debe realizarse en el menor tiempo posible. Los estándares de calidad en salud en Colombia indican que el tiempo de espera para la realización de la cirugía ante el diagnóstico de una apendicitis aguda debe ser menor a 6 horas. El diagnóstico de apendicitis aguda se debe basar primeramente en los datos clínicos y el paciente tenía desde al ingreso signos muy probables de apendicitis aguda. Utilizando la escala clínica de Alvarado que va de 0 a 10 (en la que cero el diagnóstico es improbable y 10 el diagnóstico es altamente probable) el paciente tenía 9 puntos (no se le interrogó sobre anorexia que de estar presente daría una puntaje de 10/10) lo que significa que el diagnóstico de apendicitis aguda era muy probable.

2 El segundo momento para analizar es la reintervención del paciente después de realizada la apendicectomía inicial. Desde el post operatorio de la apendicectomía realizada el 16 de julio a las 02:00 el paciente persiste taquicárdico y deshidratado lo cual no es deseable pero puede ser normal en un post operatorio inmediato. Pero la valoración del 18 julio a las 06:30 es clara en describir un paciente taquicárdico 120 de frecuencia cardíaca (normal hasta 90) icterico, con balance de líquidos francamente positivo de 3 litros (retención de líquidos), con abdomen distendido y en quien se sospecha una fascitis de la pared abdominal. Estos hallazgos son corroborados en evolución del mismo 18 de julio a las 16:00. Ante esta grave sospecha de una infección tipo fascitis (que es de manejo eminentemente quirúrgico) el deteriorado paciente solo es reoperado el 19 de julio a las 22:00 es decir casi 40 horas después de la grave sospecha clínica de fascitis, encontrándose en la cirugía un severo proceso infeccioso proveniente de una peritonitis generalizada. Según mi concepto esta fue la demora que

más, influyó en el desenlace final del caso del paciente ya que una espera tan prolongada en un paciente que venía en franco deterioro va a ocasionar un deterioro franco en su estado de salud como en efecto sucedió.

66. Señale si la administración de los analgésicos intravenosos en la CRUZ ROJA velaron o pudieron haber velado el cuadro clínico del paciente, retardando el tratamiento.

Indudablemente la administración del medicamento Buscapina C que contiene dipirona mas hioscina disminuyó el dolor y enmascaró por varias horas el síntoma de dolor abdominal que como mecanismo natural de defensa da aviso al organismo de una noxa importante en el cuerpo. Al paciente se le da salida de la Cruz Roja con una notable disminución del dolor secundario a la administración del analgésico. Una vez pasado el efecto de la Buscapina, el dolor reinicia nuevamente por lo que el paciente reconsulta al Hospital San Ignacio.

67. Señale si la historia clínica inicial y las evoluciones médicas realizadas al paciente en la CRUZ ROJA fueron completas, idóneas, peritas y si las conductas asumidas fueron prudentes e idóneas.

Considero que los actos médicos realizados en la Cruz Roja no fueron idóneos por varias razones. 1 No se evaluó completamente el sintoma de dolor en el epigastrio ya que en ningún momento se solicitó una ecografía abdominal ni pruebas de función hepática al paciente. 2 No se ahondó en el estudio ni se hizo seguimiento de la elevación de los glóbulos blancos que presentaba el paciente. 3 Se hizo un diagnóstico de gastroenteritis cuando el paciente en ningún momento tuvo diarrea como tampoco tuvo sin síntomas sistémicos que sugirieran este diagnóstico. 3 Se hizo uso indebido de los medicamentos hioscina y dipirona, fármacos analgésicos y antipiréticos en un paciente con un dolor abdominal de etiología no aclarada, la aplicación de estos medicamentos hicieron disminuir el síntoma de dolor y probablemente enmascararon la fiebre con lo que las evaluaciones clínicas posteriores en el centro médico mostraron una disminución ficticia del dolor abdominal. 4 Se dio salida del centro médico a un paciente que persistía con dolor y tenía evidencia paraclínica de un proceso infeccioso en curso.

68. Señale si existió demora en intervenir al paciente en el HOSPITAL SAN IGNACIO?
Explique

Esta respuesta se da en la pregunta 66

Cordialmente

DR HERNAN SEPÚLVEDA M.

Especialista en Cirugía General

Universidad Nacional de Colombia

CC 79.445.101

Doctora:

RUTH JOHANY SANCHEZ GOMEZ

JUEZ CINCUENTA Y UNO (51) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA.

E.

S.

D.

Proceso: 2012-00214

Demandante: LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS.

Demandado: CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y OTROS

DECLARACION DE PERITO, LEY 1564 CODIGO GENERAL DEL PROCESO, ARTICULO 226.

Yo HERNAN SEPULVEDA MARTINEZ, mayor de edad, identificado con C.C N°. 79.445.101.10 de Bogotá, médico cirujano de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, especialista en Cirugía General de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, con registro medico 79.445.101 de la Secretaría Distrital de salud de Bogotá, actuando en calidad de perito, dentro del proceso de la referencia, declaro lo siguiente:

1. Mi dirección de notificación en la CL 95 71 31 TO 1 AP 1702, de Bogotá.
2. Mis números telefónicos de contacto son 6943378, 310 6660767
3. Mi correo electrónico es hernansepulveda@hotmail.com.
4. Mi profesión es médico cirujano de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, especialista en Cirugía General de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, con registro medico 79.445.101 de la Secretaría Distrital de salud de Bogotá, Especialista en Administración Hospitalaria, anexo a este informe los títulos académicos de médico de la Universidad Nacional de Colombia, especialista en cirugía general de la Universidad Nacional de Colombia y Hospital San Juan De Dios, Especialista en Administración Hospitalaria de la Escuela de Administración de Negocios EAN de Bogotá.
5. Declaro por el presente que no he rendido experticia o pericia alguna en otro proceso, para la misma parte.
6. Declaro que no he realizado publicación científica alguna en relación con el tema de este dictamen.
7. Que no me encuentro incurso en alguna de las causales de exclusión de la lista de Auxiliares de justicia de que trata el artículo 50 del código General del Proceso.
8. Declaro por el presente que los exámenes métodos y experimentos e investigaciones aplicados a esta pericia, no son diferentes a los que tiene establecida la lex artis médica, o a los que se aplican en el diario transcurrir

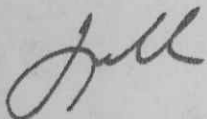
profesional y a los que tiene determinada el ejercicio de la profesión médica y la especialidad de Cirugía General.

9. Declaro que para la realización de esta pericial me fue entregado los documentos necesarios en un CD

10.A si mismo anexo soportes que señalan mi idoneidad profesional y referencias técnico científicas utilizados en el dictamen pericial.

Lo anterior para dar cumplimiento a lo estipulado en la ley 1564 de 2012- código general del proceso artículo 226 relacionado con el capítulo VI Procedencia de la Prueba pericial.

Atentamente,



HERNAN SEPULVEDA MARTINEZ
C.C N°. 79.445.101.10 de Bogotá

LA UNIVERSIDAD NACIONAL
DE COLOMBIA



FACULTAD DE

Medicina

TENIENDO EN CUENTA QUE

Hernán Sepúlveda Martínez

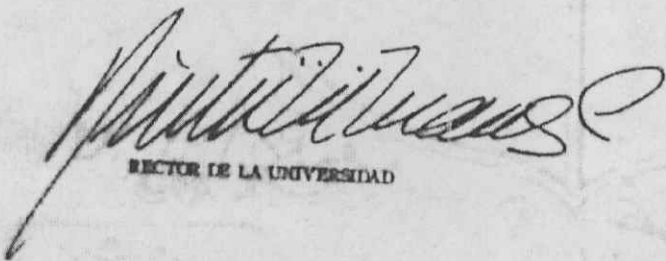
C.C. 79.445.101 de Bogotá D.C.

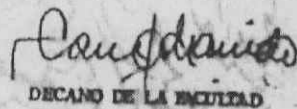
CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE

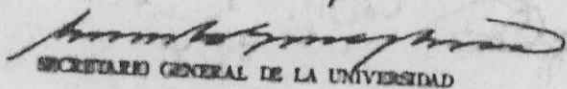
TODOS LOS REQUISITOS REGLAMENTARIOS DEL PROGRAMA
DE ESTUDIOS PARA GRADUADOS LE CONFIERE EL TÍTULO DE

Especialista en Cirugía General

EN LA CIUDAD DE Bogotá 12 de Marzo DE 1998


RECTOR DE LA UNIVERSIDAD


DECANO DE LA FACULTAD


SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD


SECRETARIO DE LA FACULTAD

1557

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



CONFIERE EL TITULO DE
Médico Cirujano

A

Hernán Sepúlveda Martínez

C.C. No 79.445.101 EXPEDIDA EN Bogotá

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá a 20 de Diciembre DE 1990

Secretaría de Bogotá
SECRETARIA
Fecha de expedición 20/12/90
Código M.D. 15387

DECANO DE LA FACULTAD

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

MINISTRO DE EDUCACION

SECRETARIO DE LA CIUDAD

SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIO DEL MINISTERIO

0029157

REGISTRADO AL PORS 57-5 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 72
Bogotá de Bogotá D.C. de 20 de Diciembre 1990

2A
5221



EAM
ESCUELA
DE ADMINISTRACION
DE NEGOCIOS

Institución Universitaria

Personería Jurídica Resolución No. 2898 del 16 de Mayo de 1969 del Ministerio de Justicia

Teniendo en cuenta que

Hernán Sepúlveda Martínez

Documento de Identidad, C.C. No. 79,445,101

Expedido en Bogotá, D.E.

Ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos exigidos por el programa académico
y demás normas reglamentarias, en nombre de la República de Colombia le otorga el título de

Especialista en Administración Hospitalaria

En testimonio firmamos y sellamos, en la ciudad de Bogotá, D.C.

el día 18 del mes de diciembre de 2003

Ricardo Acuña
Rector

Guilherme
Decano

Alfonso
Secretario Académico

Anotado en el Libro de Registro de
Títulos de la E.A.N. No. 1
Registro No. 422 y folio No. 029
Diploma No. 422
Acta de Grado No. 422
Fecha 18 de diciembre de 2003



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

Documental caso Luis Alejandro Moreno

3 mensajes

Camargo&Cartagena Abogados en Salud <camargocartagena@gmail.com>
Para: Hernán Sepúlveda Martínez <hernansepulveda@hotmail.com>

19 de diciembre de 2019, 15:20

Buen día doctor Hernán,

Me permito enviarle el acceso a la carpeta de drive del expediente completo del señor Luis Alejandro Moreno y el cuestionario correspondiente.

Coordialmente,

Nicole Silva Velasco

EXPEDIENTE COMPLETO LUIS ALEJANDRO MORENO*Camargo&Cartagena abogados en Salud*

Altos expertos en Negligencia y Responsabilidad Médica.

057 + 1 + 4639174

Movil: 3506201754

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

NOTA: POR FAVOR CONFIRMAR EL RECIBIDO DE ÉSTE CORREO **CUESTIONARIO LEX ARTIS.doc**
343K**Camargo&Cartagena Abogados en Salud** <camargocartagena@gmail.com>
Para: Hernán Sepúlveda <hernansepulvedamartinez@gmail.com>

15 de enero de 2020, 9:33

Doctor Sepulveda, esta es la historia clinica y el cuestionario
Cordialmente Marcia Castañeda*Camargo&Cartagena abogados en Salud*

Altos expertos en Negligencia y Responsabilidad Médica.

057 + 1 + 4639174

Movil: 3506201754

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

NOTA: POR FAVOR CONFIRMAR EL RECIBIDO DE ÉSTE CORREO

[El texto citado está oculto]

CUESTIONARIO LEX ARTIS.doc
343K**Hernán Sepúlveda** <hernansepulvedamartinez@gmail.com>
Para: Camargo&Cartagena Abogados en Salud <camargocartagena@gmail.com>

24 de enero de 2020, 15:36

Buenas tardes.

Envío las respuestas y bibliografía del caso de LUIS ALEJANDRO MORENO

[El texto citado está oculto]

11 archivos adjuntos **RESPUESTAS LUIS ALEJANDRO MORENO.docx**
61K **Bibliografía Apendicitis.docx**
12K

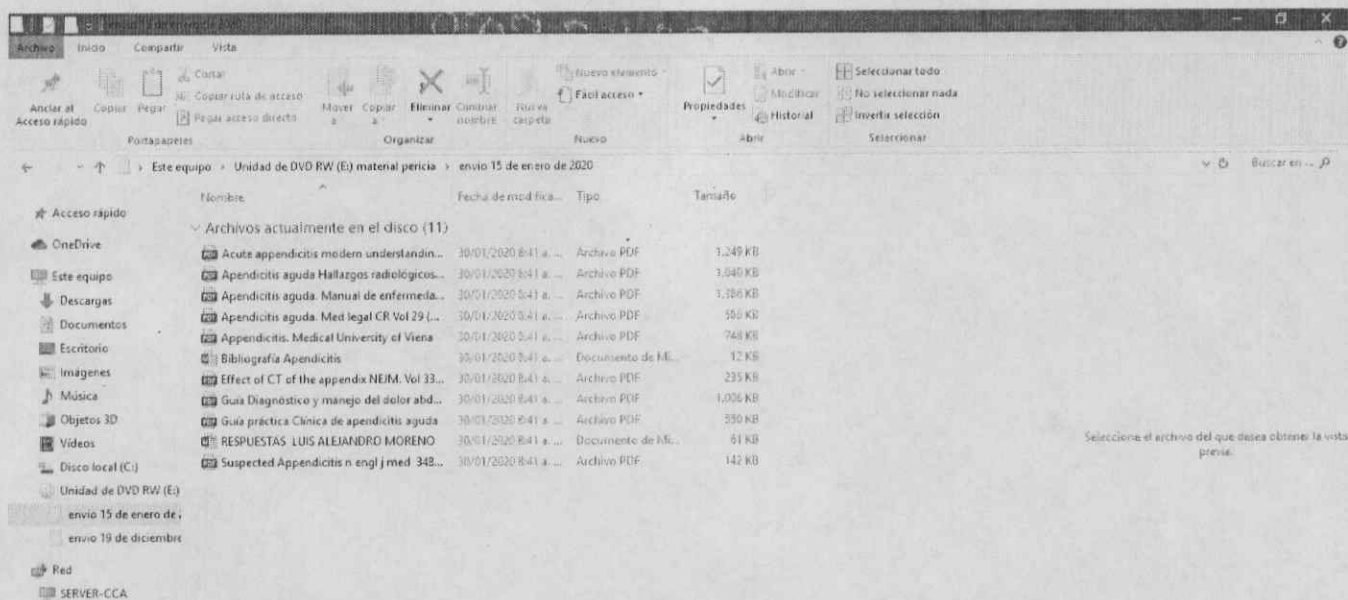
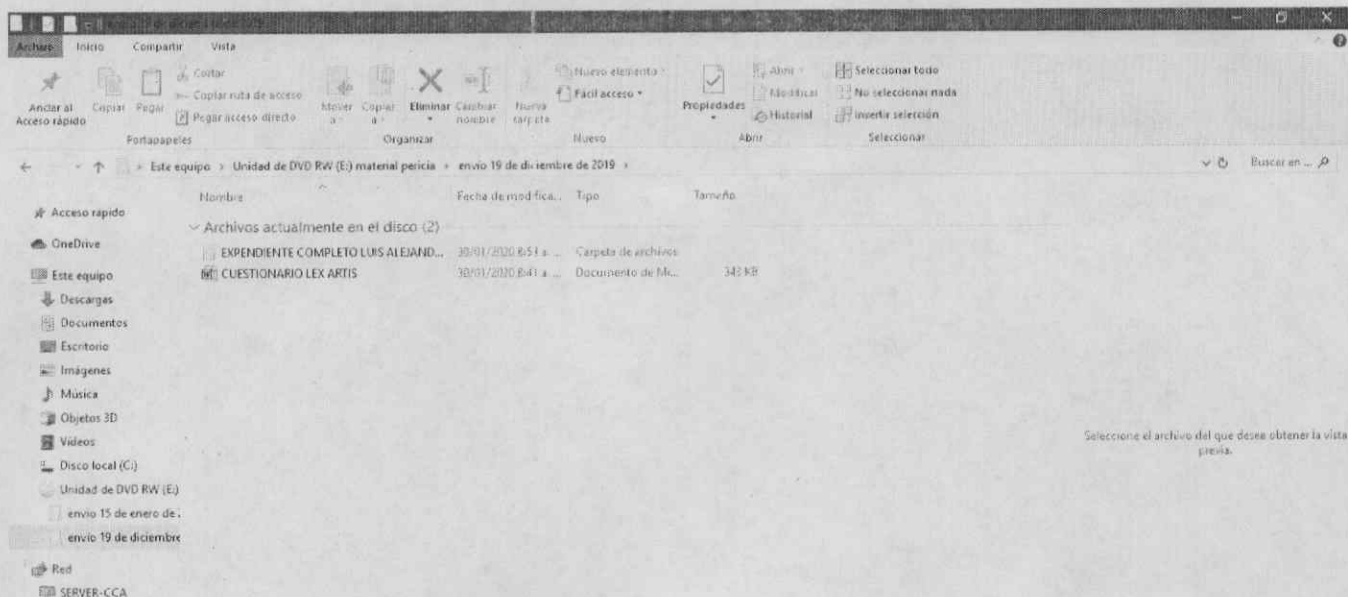
-  **Acute appendicitis modern understanding of pathogenesis,.pdf**
1249K
-  **Apendicitis aguda. Med legal CR Vol 29 (1) marzo 2012.pdf**
589K
-  **Appendicitis. Medical University of Viena.pdf**
748K
-  **Apendicitis aguda Hallazgos radiológicos y enfoque actual de las imágenes diagnósticas. O. Arevalo.pdf**
1040K
-  **Apendicitis aguda. Manual de enfermedades digestivas quirúrgicas..pdf**
1386K
-  **Effect of CT of the appendix NEJM. Vol 338 Jan 1998.pdf**
235K
-  **Guía Diagnóstico y manejo del dolor abdominal agudo.pdf**
1006K
-  **Suspected Appendicitis n engl j med 348;3 nejm.org january 16, 2003.pdf**
142K
-  **Guía práctica Clínica de apendicitis aguda.pdf**
550K



Camargo & Cartagena
abogados en salud

Expertos en negligencia médica,
Responsabilidad civil y del estado

2
1726



Atentamente,

CARLOS ALBERTO CAMARGO CARTAGENA
C.C. No 79'318.915 de Bogotá.
T. P. No. 168.358 del C. S. de la J

1771

Doctor:

RUTH JOHANY SANCHEZ GOMEZ

JUEZ CINCUENTA Y UNO (51) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ.

E.

S.

D.

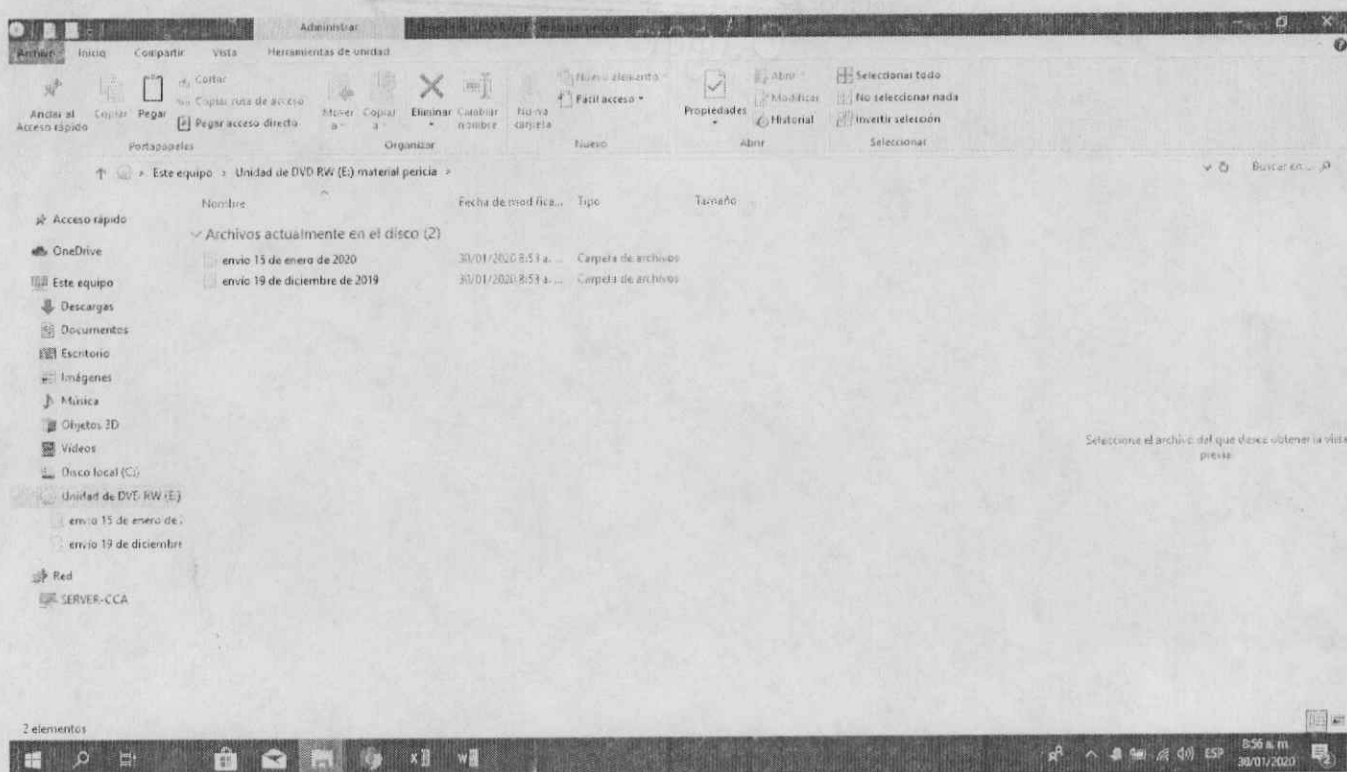
REFERENCIA: 2012-00214

DEMANDANTE: LUIS ALEJANDRO MORENO RIVAS

DEMANDADO: CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y OTROS

ASUNTO: Aporto Dictamen Pericial

CARLOS ALBERTO CAMARGO CARTAGENA, mayor de edad, residente en la ciudad de Bogotá D.C., e identificado con la C.C. No. 79.318.915 de Bogotá, titulado e inscrito portador de la T.P. No. 168358 del C.S. de la J., en mi condición de apoderado judicial de la parte demandante, por medio del presente escrito me permito aportar a su despacho, Dictamen Médico Pericial elaborado por el Doctor Hernán Sepúlveda M.



República de Colombia
Rama Judicial del Poder Público
JUZGADO TERCERO CIVIL
DEL CIRCUITO TRANSITORIO
DE BOGOTÁ, D.C.

Al despacho hoy 21/02/2020
Secretario donde se enavian la
Diligere

