

Medellín, febrero 06 de 2023

Señores

JUZGADO TERCERO (03) ADMINISTRATIVO DE FLORENCIA

E. S. D.

REFERENCIA: REPARACIÓN DIRECTA / RADICADO **2017-0786-00**
DEMANDANTE: SANDRA LILIANA GUARACA SALAZAR Y OTROS.
DEMANDADO: E.S.E. HOSPITAL MARÍA INMACULADA Y OTROS.
ASUNTO: ENTREGA DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Respetados señores,

De manera atenta hacemos entrega del dictamen médico pericial solicitado en el proceso de referencia. Dicha experticia es rendida por la Universidad CES a través del Doctor Jorge Mario Villa López, Médico, Especialista en Medicina Interna, egresado de la especialización en Derecho Médico y Perito CENDES.

Para el caso de la referencia, se encuentra pago el 50% de los gastos periciales (2,5 smlmv). Por ello, de requerirse la sustentación en audiencia virtual, se deberá cancelar un valor adicional de 2,5 S.M.L.M.V. En caso de programarse la contradicción de la prueba, se nos debe notificar por medios electrónicos (CGIRALDOR@CES.EDU.CO; SMARIN@CES.EDU.CO ; LTORO@CES.EDU.CO ; PCENDES@CES.EDU.CO ; GPELAEZ@CES.EDU.CO), mínimo con un mes de antelación a la diligencia. De requerirse asistencias adicionales del perito, por conductas no imputables a la Universidad, cada comparecencia tiene un costo adicional de tres (3) smlmv.

Se anexa certificaciones académicas y profesionales del especialista que rinde el dictamen pericial.

Con toda atención,



LEÓN MARIO TORO CORTÉS
Coordinador CENDES

Medellín, febrero 06 de 2023

Señores

JUZGADO TERCERO (03) ADMINISTRATIVO DE FLORENCIA

E. S. D.

REFERENCIA: REPARACIÓN DIRECTA / RADICADO 2017-0786-00

DEMANDANTE: SANDRA LILIANA GUARACA SALAZAR Y OTROS.

DEMANDADO: E.S.E. HOSPITAL MARÍA INMACULADA Y OTROS.

ASUNTO: DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Respetados señores,

De manera atenta rindo dictamen médico pericial solicitado por ustedes en días anteriores, en el proceso de la referencia.

PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO

Médico y Cirujano Universidad de Antioquia
Especialista en Medicina Interna Universidad de Antioquia
Especialista en Derecho Médico UPB
Perito CENDES

Dirección de contacto: cgiraldor@ces.edu.co – smarin@ces.edu.co

Calle 10 A # 22 – 04 U CES. Medellín – Antioquia

Teléfono: 604 444 05 55 ext. 1601 – 1106

De acuerdo al Código General del Proceso en su artículo 226:

- Expreso que cuento con los conocimientos necesarios, soy imparcial y no tengo impedimento alguno en la peritación que elaboro. No me encuentro incurso en causal de exclusión de la lista de auxiliares de la justicia por el Consejo Superior de la Judicatura.
- Declaro que para el interesado que requiere el peritaje no he rendido dictamen pericial en el pasado.
- Se anexa los certificados de formación académica que me acreditan como idóneo para la presente evaluación pericial.
- La lista de procesos en los que he participado como perito se anexan a este peritaje.
- Expreso que en los últimos diez (10) años no he realizado publicaciones relacionadas con la materia del peritaje.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos que he empleado para la rendición de dictámenes periciales a través de la Universidad CES.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos respecto de aquellos que utilizo en el ejercicio regular de mi profesión, indicando que una cosa es la prestación de los servicios de salud y otra, muy diferente, la elaboración de dictámenes periciales.

- Manifiesto que el dictamen fue elaborado con la historia clínica suministrada por la parte interesada correspondiente a la señora OFELIA GUARACA SALAZAR (Q.E.P.D.)

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Paciente Ofelia Guaraca Salazar, múltiples atenciones previas en la E.S.E Fabio Jaramillo desde el año 2005 con cuadros clínicos infecciosos, anémicos y virales, pero llama la atención el día 26 de septiembre de 2012 a la edad de 47 años que fue atendida por cuadro de vómito y la encuentran hipotensa (PA=87/63) y taquicárdica (FC=154), requiriendo líquidos venosos y ranitidina por epigastralgia dejándola en observación con líquidos. Ordenan omeprazol y metoclopramida, siendo dada de alta el mismo día a las 16:00 horas con estos medicamentos hasta que fue recuperándose.

Regresa el día 29 de septiembre de 2012 nuevamente con vómito y con diarrea amarilla, encontrándole $T^{\circ}=38^{\circ}\text{C}$, PA=110/70, FC=76x', FR=22x'. la manejan con dipirona, metoclopramida, ranitidina y líquidos endovenosos. Ese día a las 15:30 le dan de alta con fórmula.

El 4 de octubre de 2012 a las 14:00 horas, ingresa por urgencias de este centro de urgencias, nuevamente con cuadro de 5 días de vomito abundante y diarrea 10 deposiciones fétidas, asociado a cuadro febril y con signos vitales PA=100/60, FC=100x', $T^{\circ}=38.5^{\circ}\text{C}$, FR=21x'. reportan que estaba en regular estado general con astenia y adinamia, mucosas secas y dolor a la palpación en marco cólico izquierdo. Por lo que deciden hospitalizar con líquidos endovenosos (LEV), ampicilina 1gr cada 6 horas, metoclopramida y ranitidina. Reportan laboratorio con bicitopenia por tener Hb=11.7 y Leucocitos=4000 y blastocistis hominii en fecales y dan de alta con fórmula. Hacen epicrisis de esta atención como si hubiese sido ingresada el 12 de octubre y no el 4 de octubre como lo decía la nota de urgencias. Reingresa el 8 de octubre 2012 a las 10:15 a.m., con dolor pélvico, disuria y poliaquiuria encontrándose febril con $T^{\circ}=38.5^{\circ}\text{C}$, FC=68x', FR=20x', PA=110/70; también reportan deshidratación GII, le ordenan LEV, ampicilina, gentamicina y ranitidina. Ese día dan de alta a las 16:45 en compañía de la hija y con fórmula médica.

El 14 de febrero de 2013 ingresa siendo las 7:30 a.m. (aunque el medico dice que es un reingreso y no tengo nota previa del ingreso ese mes y año) por lipotimia, astenia y adinamia (reporta el medico que ha presentado este cuadro múltiples veces, aunque es la primera vez que reportan lipotimia), la manejan con bolo de 1000cc de LEV, ranitidina, metoclopramida y levotiroxina 50mcg pues la paciente no tiene adherencia al manejo de su hipotiroidismo.

La paciente sigue consultando en este centro asistencial (E.S.E Fabio Jaramillo Londoño) durante el 2014 con cuadros de dolor abdominal manejada sintomáticamente como crisis péptica y cuadros de infecciones urinarias, según la H.C.

El día 9 de septiembre de 2015 a las 13:00 horas, consulta nuevamente por epigastralgia; FR=22, FC=81, $T^{\circ}=36.5^{\circ}\text{C}$. la manejan con LEV, Buscapina compuesta y ranitidina, mejora según la historia y a las 17:00 horas es dada de alta con fórmula. Ese día siendo las 21:00 horas aparecen ordenes de hospitalizar sin nota de ingreso con líquidos, ampicilina/sulbactam, gentamicina, ranitidina, dipirona y ordenan paraclínicos; a las 22:00 horas ordenan metoclopramida. La nota de evolución aparece después como un reingreso hemodinámicamente estable con disuria y poliaquiuria

como también orina fétida pero afebril. El día 10 de septiembre de 2015 es reevaluada paciente con FC=81x', FR=22x', PA=110/20, con dolor en mesogastrio y epigastrio sin signos de irritación peritoneal, y concluyen que está en buenas condiciones y siguen con el manejo, pero sin embargo deciden remitir a tercer nivel. Piden evaluación por medicina interna. Sale la remisión, pero para un 2° nivel el Hospital María Inmaculada y la remite I.P.S Milán y la causa de remitir es que la paciente continua álgica, con vomito en 3 ocasiones, y no mejoró con el manejo.

El día 10 de septiembre de 2015 a las 11:06 a.m. fue atendida en el Hospital la Inmaculada E.S.E por el servicio de urgencias, en calidad de remitida, paciente de 51 años de edad por cuadro de dolor abdominal epigástrico de 4 días de evolución asociada a diarrea y vómito frecuentes, dicen que "coluria" y que ha tenido episodios previos de este cuadro.

Con antecedentes de hipotiroidismo manejada con levotiroxina y colecistectomía. Ingreso hemodinámicamente estable sin hipotensión ni alteración frecuencia cardiaca como tampoco con fiebre.

En el examen físico solo encuentran dolor al palpar epigastrio.

La manejan con ranitidina, Buscapina, y plasil venosos y le realizan exámenes. Ese día presentó, más tarde, alteración para orinar tipo dificultad por lo que le pasan sonda vesical permanente.

Llegan exámenes, los reportan: amilasas=50.99, Eco de abdomen normal, fosfatasas alcalinas=86.35, glucosa=63.28, bilirrubina total=0.31, bilirrubina directa=0.14, hemograma con Hb=10.9 Hto=33% VCM=88fl ADE=14.4% Plaquetas=329000 Leucocitos=8100 Neutrófilos=4370 Linfocitos=2550, TGO=32, TGP=14.25.

Ese día a las 5:58 el medico escribe que la paciente se pone en mal estado con palidez y sudoración y sospecha infarto de cara inferior del corazón; también dice que no le pueden tomar electrocardiograma por mal funcionamiento del equipo y le ordena enzimas cardiacas y analgesia. Entonces le inicia clopidrogel 75mg, ASA 100mg, isosorbide 10mg, atorvastatina 20mg, morfina 4mg cada 4 horas, tramadol 50mg cada 8 horas y oxígeno a 3lt/min. En la evaluación de la 7:10p.m reportan imagen en EKG de lesión septal y sodio de 114 con cloro de 74 por lo que inician corrección del sodio con Solución Salina al 3%.

Resultados en la madrugada cerca de las 3am troponina negativa, CPKT y MB normales, calcio=8.12 bajo, sodio=114.4 bajo, cloro=78.4. en Rx encuentran una imagen sugestiva de masa pulmonar y envían TAC.

El día 11 de septiembre de 2015 lo evalúa Medicina Interna quien opina que tiene una neoplasia (cáncer) pulmonar y lo remite a neumología. Sigue con la corrección del trastorno hidroelectrolítico (hiponatremia) y descarta IAM. Además, insiste en el TAC simple y contrastado de tórax. El TAC de tórax descarta la masa y encuentra dilatación aneurismática de la aorta ascendente y granulomas calcificados.

En los diagnósticos posibles de la paciente hasta el día 12 de septiembre de 2015 son: gastritis con crisis péptica, infarto agudo de miocardio, masa pulmonar maligna, aneurisma de la aorta ascendente e hiponatremia sin encontrarse causa.

El día 13 de septiembre la evalúan e insiste en la masa pulmonar cuando ya el tac de tórax la descartó y encontró una dilatación aneurismática de la aorta ascendente. Por esta razón siguen con remisión a neumología sin un cuadro que sea para manejo de

esta subespecialidad; además esta con goteo de dopamina por hipotensión, aunque la causa no es clara. Es llamativo que desde el ingreso la paciente no está recibiendo manejo para su hipotiroidismo. Posteriormente, el día 14 de septiembre, le hacen diagnóstico de coma mixedematoso por los edemas incluyendo en cara (sobrecarga hídrica), la hipotensión, y la somnolencia por lo que le inician altas dosis de levotiroxina y con hidrocortisona con el argumento de prevenir insuficiencia adrenal.

Ese día la ven en conjunto con Medicina Interna y describen un hallazgo en el TAC de enfisema centrolobulillar y aumento de las arterias pulmonares por lo que le hacen diagnóstico de tromboembolismo pulmonar. También ordenan noradrenalina y betametasona por riesgo de insuficiencia adrenal. El día 14 de septiembre dicen que lo que ven en la TAC son infiltrados alveolares universales que podrían estar en relación con bronconeumonía y le inician ampicilina sulbactam y siguen diciendo que ven paciente en mal estado. Ese mismo día en horas de la tarde la paciente no responde al llamado y es evaluada por médico general quien la ve en estado de shock descrito por él como mixto, desaturada hipotensa y con edemas e hipoventilación pulmonar e indica remisión urgente a UCI en institución de mayor nivel de complejidad, le optimiza manejo con O₂ ventury, inotrópicos y esteroides, añade furosemida, pero sigue antibioticoterapia igual. La paciente en la noche se sigue deteriorando al punto de reporta la respiración como una “respiración agónica” y le explican a la paciente que no han podido conseguir cama en UCI. ese día dice que a las 22:00 horas empeora la paciente pese a todos los inotrópicos, líquidos venosos esteroides, antibióticos y oxígeno que tiene la paciente. Entonces la intuban y la conectan a ventilación mecánica, en espera de una UCI. Llama la atención que al pasarle la sonda nasogástrica obtengan material en “cuncho de café o ripio de café”, esto sugiere hemorragia del tracto digestivo superior y retrocediendo en la historia no encontré descripción de heces y si defecó o no.

El 15 de septiembre de 2015 llegan gases arteriales con acidosis metabólica, paciente hipotensa PA=73/49, taquicardica FC=135, y reportan que está en muy mal estado y no la han aceptado en ninguna UCI. Ese día a la 17:53 llaman a medico de turno quien reporta que enfermería llama por hipotensión en paciente intubada (OIT). La encuentra en mal estado general, desnutrida, facies mixedematosa, PA=50/30 FC=122 con soporte ventilatorio... pulmones con crepitos gruesos, y persiste estuporosa. Por tal razón aumenta inotrópicos y la estabiliza y le informa a la familia la posibilidad de “muerte súbita”. Opina paciente en choque séptico con bronconeumonía por TAC y sigue ceftriaxona igual e insiste en remisión urgente a UCI. Llegan los gases arteriales que demuestran acidosis metabólica grave pues PH=7.25 HCO₃=12.5 PCO₂=30, pero no le reemplazan bicarbonato y solo bajan frecuencia respiratoria del ventilador de 20 por minuto a 18 por minuto. A las 23:09 aproximadamente la encuentran nuevamente con PA=50/30 pese al aumento de inotrópicos y sólo le aumenta FIO₂ a 90% cuando en gases previos la PO₂=103 y la deja sin cambios en el tratamiento. Reportan, el 16 de septiembre de 2015 que la paciente continua en malas condiciones con la misma hipotensión y taquicardia y solo es llamativo la hipoventilación hemitórax izquierdo, INR=2.08 (marcador de coagulación), creatinina=3.45 con diuresis de 300cc en 12 horas y la conducta fue aumentar dopamina. Ese día la evalúa medicina interna quien la encuentra en muy malas condiciones generales, con soporte de inotrópicos requiriendo aumento de los inotrópicos, con tiempos de coagulación prolongados, acidosis metabólicas por lo que le indica bicarbonato, y exámenes de gases, coagulación, función renal y electrolitos. El mismo día a la 13:06 con diuresis muy disminuida, inician solución salina bolo

200cc y dejan goteo a 100cc por hora. A las 15:37 la encuentran nuevamente en shock con PA=62/45 FC=80x', y con gases arteriales PH=7.2 PCO₂=38mmHg PO₂=279mmHg, HCO₃=14.3. interpretan estos gases como una acidosis metabólica hipoxemia cuando la PO₂ es de 279mmHg que es elevada y saturación de oxígeno de 96% que es normal y cambian los parámetros de ventilación mecánica. Aumentan goteo de dopamina y ordenan bolo SSN 200cc, siguen insistiendo en la remisión. Siendo las 18:00 horas aproximadamente, el medico evaluador ante los problemas médicos de la paciente antes planteados decide colocarle u ordenarle vitamina K por su coagulopatía, infusión de inotrópicos nuevamente y como enfermería le informa que su diuresis bajo a 25cc en la mañana (12h) y le colocaron bolo de SSN 500cc, decide ordenar furosemida 20mg IV cada 12 horas.

El día 17 de septiembre de 2015 siendo las 5h la paciente empeora con hipotensión PA=50/26 a pesar de dosis alta de inotrópicos, saturación de oxígeno en descenso por lo que le ordena adrenalina a dosis de carga 1mg IV cada 3 minutos sin obtener respuesta deseada por lo que le aumenta líquidos con bolo de lactato de ringer 500cc y reporta que aún tiene reflejo corneal y nauseabundo. A las 6:57am reportan PA no audible, FC=95 por minuto y no marca saturación en monitor, dice que persiste su esfuerzo respiratorio cuando se retira el ventilador y concluye que la paciente tiene actividad cardiaca sin pulso y le informa a la familia el mal estado de la paciente.

Llama enfermería nuevamente y el medico encuentra paciente cianótica sin signos vitales pese al funcionamiento del ventilador y declara paciente fallece a las 9:00 horas y les informa a familiares, hace certificado de defunción y la trasladan a la morgue. Sin embargo, los familiares solicitan necropsia y anulan certificado de defunción # 71026367-9, por tanto, muerte en estudio.

Le realizan necropsia y el patólogo Ricardo Baquero Torres concluye, después de revisar los cortes histológicos que estos muestran en el pulmón focos neumónicos incipiente, en el estómago cambios por gastritis crónica moderada y en esófago gran congestión y hemorragia en la adventicia (capa externa), y en las otras vísceras no se encontraron otras alteraciones patológicas. La causa de muerte después de la necropsia y el estudio histopatológico con correlación clínica, sigue siendo en estudio.

RESPUESTAS AL CUESTIONARIO PROPUESTO

1. *El día 24 de mayo de 2015, la señora Ofelia Guaraca Salazar (q.e.p.d.) es atendida en la I.P.S. MILÁN de la E.S.E. Fabio Jaramillo Londoño, con un cuadro clínico de tos seca sin expectoración de dos (2) meses de evolución. Como diagnóstico se reseñó Asma Bronquial y se ordenó examen de Baciloscopia. Para el día nueve (9) de julio de 2015, la paciente asiste nuevamente a la mencionada institución médica, refiriendo un cuadro clínico de expectoración con sibilancias y dificultad respiratoria, diagnosticándose un Broncoespasmo, y se ordenó terbutalina, salbutamol, cefalexina, entre otros.*

1.1. De acuerdo con la historia clínica de la paciente en la I.P.S. de Milán, ¿fueron correctos los diagnósticos y tratamientos brindados para los días 24 de mayo y nueve (9) de julio de 2015?

RESPUESTA: Se debe diferenciar entre la atención del 24 de mayo de 2015 de nota prácticamente ilegible y en lo que se puede entender la paciente consulta por cuadro respiratorio consistente en tos seca sin expectoración de 2 meses de evolución y como diagnóstico principal puso asma bronquial y ordeno creatinina, Rx de tórax, Baciloscopia y otra orden que no se le entiende la letra. No encuentro terapia para el paciente este día. La otra atención es muy diferente, el día 9 de julio de 2015 lo único legible son los diagnósticos de hipotiroidismo, broncoespasmo, e infección respiratoria aguda del tracto respiratorio superior (sacado con el CIE-10 que puso el médico J069, pues letra ilegible). Manejada con terbutalina nebulizaciones con salbutamol inhalaciones, penicilina procainica con cefalexina cada 8 horas (según nota médica). En el contexto de ser notas tan ilegibles saber con certeza si los diagnósticos fueron acertados es muy difícil y el cuadro si podría tratarse de una crisis asmática que se manejaría solo con nebulizaciones e inhalaciones. Para la infección respiratoria de las vías altas (no es claro si fue viral o bacteriana) la cefalexina es una opción aceptable.

2. *El día nueve (9) de septiembre de 2015, siendo las 13:00 p.m., la paciente ingresa por el servicio de urgencias de la I.P.S. de Puerto Milán, con un cuadro clínico de dolor abdominal tipo ardor al nivel del epigastrio asociado a malestar general. Se reseñó: “abdomen blando dolor de palpación en epigastrio no masas”. Como diagnóstico se registró “Gastritis Crónica”. Luego por reingreso la paciente es hospitalizada nuevamente a las 09:00 p.m. del mismo día refiriendo dolor abdominal tipo cólico en epigastrio, poliaquiuria, disuria y orina turbia. Diagnosticándose dolor abdominal, gastritis crónica e infección de vías urinarias. La paciente es revalorada a las 08:00 a.m. del 10 de septiembre de 2015, bajo el diagnóstico de dolor abdominal en estudio, gastritis crónica e infección de vías urinarias, ordenándose abrir el trámite para Remisión a III Nivel.*

2.1. *¿Cuáles fueron las razones que motivaron a la remisión desde la I.P.S. de Puerto Milán a un Centro Hospitalario de III Nivel?*

RESPUESTA: El día 9 de septiembre de 2015 a las 13:00 horas, consulta nuevamente por epigastralgia, diagnosticada como gastritis crónica; FR=22, FC=81, T°=36.5°C. la manejan con LEV, Buscapina compuesta y ranitidina, mejora según la historia y a las 17:00 horas es dada de alta con fórmula. La paciente reingresa además del dolor abdominal, hemodinámicamente estable con disuria y poliaquiuria como también orina fétida pero afebril. Le dan manejo médico y le dan de alta, pero ese mismo día reingresa, la hospitalizan con antibióticos y manejo del dolor abdominal y en órdenes a las 9am piden remitirla a 3r nivel de **atención para valoración por medicina interna**.

2.2. *¿La remisión se concretó de forma oportuna?*

RESPUESTA: Se concretó de forma oportuna, pero fue remitida a un centro de 2° nivel y no de 3r nivel como se pidió inicialmente. Reportan que “sale la remisión, pero para un 2° nivel el Hospital María Inmaculada y la remite I.P.S Milán y la causa de remitir es que la paciente continua álgica, con vómito en 3 ocasiones, y no mejoró con el manejo.”.

3. *El día 10 de septiembre de 2015, siendo las 11:06:09 horas, la señora Ofelia Guaraca Salazar (q.e.p.d.) es recibida en el servicio de urgencias de la E.S.E.*

Hospital María Inmaculada de Florencia, con un cuadro clínico de dolor abdominal en parte superior, emesis, diarrea en múltiples ocasiones, diaforesis e hipotensión con trastorno de ansiedad y agitación. La paciente es dejada en observación y pendiente de valoración por Medicina General.

Para las 15:06:18 se reportan los resultados de la ecografía de abdomen total, arrojando resultados normales para hígado, bazo, vías biliares, páncreas, riñones, aorta y vejiga.

Los resultados de los paraclínicos son reportados siendo las 11:23:06 a.m., amilasa normal, bilirrubinas normales, fosfatasa alcalina baja, glucosa levemente baja, hemograma IV normal, transaminasas normales.

Los resultados del electrocardiograma de ritmo arrojaron bajo voltaje (05:58:58 p.m.), "ritmo sinusal trastorno de repolarización".

En la misma hora y fecha es valorada por la Especializada de Medicina Interna que ordena manejo como Trastorno Hidroelectrolítico e Hiponatremia.

3.1. ¿En ese momento los exámenes ordenados eran suficientes para emitir un diagnóstico?

RESPUESTA: Haciendo precisión a la pregunta redactada arriba cabe anotar que lo primero que reportan es que al ingreso estaba hemodinámicamente estable sin hipotensión, ni alteración frecuencia cardiaca, como tampoco con fiebre.

En el examen físico solo encuentran dolor al palpar epigastrio.

Ese día presentó, más tarde, alteración para orinar tipo dificultad por lo que le pasan sonda vesical permanente.

Llegan exámenes los reportan: amilasas=50.99, Eco de abdomen normal, fosfatasas alcalinas=86.35, glucosa=63.28, bilirrubina total=0.31, bilirrubina directa=0.14, hemograma con Hb=10.9 Hto=33% VCM=88fl ADE=14.4% Plaquetas=329000 Leucocitos=8100 Neutrófilos=4370 Linfocitos=2550, TGO=32, TGP=14.25. Es importante anotar que la glicemia esta normal-baja y es porque la paciente no recibió vía oral por el vómito. Estos exámenes fueron los iniciales con la sospecha diagnóstica que tenían y faltó realizarle una endoscopia oportuna pues desde la atención inicial que llevó a la remisión le diagnostican gastritis.

Ese mismo día a las 5:58 el médico escribe que la paciente se pone en mal estado con palidez y sudoración y sospecha infarto de cara inferior del corazón; también dice que no le pueden tomar electrocardiograma por mal funcionamiento del equipo y le ordena enzimas cardiacas y analgesia.

3.2. ¿El bajo voltaje arrojado por el electrocardiograma y el Trastorno Hidroelectrolítico e Hiponatremia indicaban cuál enfermedad causaba el cuadro clínico de la paciente?

RESPUESTA: La paciente tuvo en total aproximadamente 14 diagnósticos muy diferentes desde tromboembolismo pulmonar, coma mixedematoso, insuficiencia suprarrenal, infarto agudo de miocardio, etc. mostrando que no tenían claro el enfoque de la paciente y no desarrollaron bien muchas de las sospechas diagnósticas quedando dudas sobre la causa de sus síntomas. Por

tanto, la respuesta a la pregunta es no indicaban cual enfermedad causaba el cuadro clínico de la paciente.

4. *El día 11 de septiembre de 2015, siendo las 02:47:29 a.m., la Dra. Eliana Andrea Cuellar Quintero -Medicina General-, reporta los campos pulmonares con murmullo vesicular disminuido.*

Igualmente, refiere los resultados de la Radiografía de Tórax: “aumento de la trama parahiliar, imagen sugestiva de masa pulmonar izquierda con desviación a la tráquea”. Como plan ordenó tomar un TAC de Tórax Simple. La Radiografía de Tórax arrojó imagen Radiopaca en campo pulmonar izquierdo, descartar patología neoplásica. Aumento de la trama parahiliar, imagen sugestiva de masa pulmonar izquierda con desviación a la tráquea. Gran opacidad en pulmón izquierdo (masa).

- 4.1. *¿Qué es el murmullo vesicular disminuido de los campos pulmonares? ¿Qué lo causaba? ¿Qué indicaba este hallazgo?*

RESPUESTA: El murmullo vesicular es el sonido que se percibe cuando se auscultan los pulmones y si esta disminuido indica que no hay buena ventilación o ingreso del aire disminuido a los pulmones.

- 4.2. *¿Qué es el aumento de la trama parahiliar?*

RESPUESTA: La trama parahiliar es la imagen que dan arterias y bronquios en contraste con el color de los pulmones, como los Rx de tórax es en escala desde el negro hasta el blanco pasando por todos los grises, la trama parahiliar se ve blanca por la densidad mayor que el aire de los pulmones que es de color negro por ser poco denso. El aumento significaría una congestión bronquial o un aumento de la presión capilar.

- 4.3. *¿Por qué razón la Médica General diagnosticó que la imagen radiopaca u opacidad en campo pulmonar izquierdo era sugestiva de una masa pulmonar?*

RESPUESTA: Sin ver la imagen el saber porque lo diagnostico así es entrar en el campo de la especulación, lo que sí es claro es que la tomografía posterior descarta completamente ese diagnóstico lo que demuestra que la interpretación previa fue errónea.

- 4.4. *¿Cuál fue el tratamiento o manejo ordenado de acuerdo al diagnóstico de masa pulmonar izquierda?*

RESPUESTA: Ningún tratamiento o manejo y se explica por qué se debe hacer el diagnóstico primero por tomografía de alta resolución y luego biopsia para iniciar un tratamiento.

- 4.5. *¿La radiografía de tórax fue leída oficialmente por un Médico Radiólogo? ¿Cuánto tiempo tardó el reporte oficial?*

RESPUESTA: no tuve acceso a la lectura del radiólogo ni a las imágenes, sólo a las lecturas de los médicos evaluadores de la paciente.

5. *A las 01:57:55 p.m. de la misma fecha, la paciente es valorada por el Dr. Juan de Jesús Larios Fontalvo -Medicina Interna-, quien señaló que en la Radiografía de Tórax se observa imagen en pulmón izquierdo radiopaca que es necesario descartar neoplasia, solicitando TAC de TORAX y remisión a la especialidad de Neumología. También reseñó: “cardiopulmonar ruidos respiratorios con murmullo vesicular disminuido de predominio en campo pulmonar izquierdo”.*

5.1. *¿El tratamiento y manejo brindado a la paciente el día 11 de septiembre de 2015 fue adecuado y oportuno?*

RESPUESTA: Lo relevante en medicina es hacer el diagnóstico para indicar el tratamiento adecuado y acertado. Dicho esto, una imagen en Rx de tórax radiopaca no sólo es neoplasia, neumonía, sino también problemas en la técnica a la hora de tomar la imagen pues si queda espirada puede dar imágenes de este tipo. La decisión acertada del internista fue pedirle el TAC de TORAX. Sin embargo, iniciarle antibióticos por la imagen es cuestionable.

5.2. *¿Por qué los médicos tratantes insistían en descartar neoplasia por imagen en pulmón izquierdo radiopaca?*

RESPUESTA: Porque parte de las lesiones radiopacas corresponden a neoplasias y por eso se le pidió la tomografía.

5.3. *¿Cuáles fueron las razones para ordenar la remisión a la especialidad de neumología?*

RESPUESTA: En mi concepto los médicos, principalmente internistas, deben realizar los diagnósticos y sólo remitir a un subespecialista, como el neumólogo en este caso, al paciente ya con un diagnóstico muy bien establecido y no para que el neumólogo hiciera el diagnóstico. Todo es porque primero el internista debe tener la experticia y segundo es para no retardar el manejo esperando que el subespecialista determine que hacerle al paciente.

6. *El día 12 de septiembre de 2015, siendo las 07:38:03 a.m., la Dra. Lucía Paola Ochoa López -Medicina General- consignó el diagnóstico de “Tumor de Comportamiento Incierto o Desconocido de la Tráquea, de los Bronquios y del Pulmón”, y resaltó la disminución del murmullo vesicular del pulmón izquierdo, ordenando igual manejo y electrolitos de control.*

A las 09:31:11 a.m., el Dr. Luis Gonzalo Plata Serrano -Medicina Interna- reseñó Distres Respiratorio, y la presencia de masa según radiografía de tórax y pérdida de volumen pulmonar severo del pulmón izquierdo, y como hallazgo incidental se registró que la Aorta Ascendente mide más de 4 cm de diámetro transversal y longitudinal sugiriendo dilatación aneurismática. Ordenó continuar con el manejo y la remisión a la especialidad de neumología, inicio de tratamiento con Natrol en 400 CC, Hiponatremia moderada a tratar con catéter venoso central para suministro de Natrol en 380 cc paso a 15 cc por hora.

6.1. *¿Cuáles enfermedades podían ser las causantes del aumento de la trama parahiliar, la disminución del murmullo vesicular y la pérdida de volumen severo del pulmón izquierdo más el distres respiratorio?*

RESPUESTA: El distres respiratorio agudo o SDRA, tanto si se debe a una lesión directa de los pulmones como si está causado de manera indirecta por una enfermedad grave, el SDRA se caracteriza por hipoxemia aguda, taquipnea, disminución de la distensibilidad pulmonar y colapso de los alveolos.

Los trastornos que pueden inducir el síndrome de la respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) también pueden dar lugar al SDRA. Estos trastornos se pueden clasificar en función de si la lesión pulmonar a que dan lugar se produce de manera directa o indirecta. Los mecanismos directos que inducen inflamación y lesión alveolares son los siguientes: aspiración del contenido gástrico, neumonía, Inhalación de sustancias tóxicas como el humo, contusión o embolia pulmonares, toxicidad por oxígeno, cuadros próximos a la asfixia, radiación, lesión por reperfusión tras el trasplante pulmonar, los mecanismos indirectos desencadenan el SDRA desde el exterior del pulmón y mediante la liberación de citosinas inflamatorias que causan lesión tisular y que alcanzan los pulmones. Entre las causas indirectas están las siguientes: sepsis, traumatismo, transfusiones masivas, pancreatitis, sobredosis de fármacos o drogas, quemaduras, coagulación intravascular diseminada y shock.

Son tantas las enfermedades que las agruparé así para este caso en especial: enfermedades infecciosas, enfermedades neoplásicas incluyendo metástasis, enfermedades autoinmunes, edema pulmonar, tromboembolismo pulmonar, enfermedades pulmonares como bronquitis crónica en crisis, crisis asmática y enfisema pulmonar en crisis por mencionar algunas pues la lista es inmensa. la radiografía de tórax revela el hallazgo clave de los infiltrados pulmonares bilaterales de carácter «algodonoso». Lo que no fue descrito en los Rx de la paciente.

6.2. *¿Fue correcto el manejo y tratamiento dado a la paciente el día 12 de septiembre de 2015 de acuerdo al anterior cuadro clínico?*

RESPUESTA: Considerando que los intentos de encontrar un tratamiento específico frente al SDRA se han enfocado en la interrupción de la respuesta inflamatoria responsable de la lesión pulmonar, pero no se ha demostrado que ninguno de estos tratamientos mejore realmente la evolución de los pacientes.

La estrategia actual es encontrar la causa del distres respiratorio y manejar al paciente de una forma más específica al diagnóstico realizado de esa causa.

Pero ante la ausencia en este caso, de un diagnóstico claro de la patología o enfermedad que aquejaba el paciente adoptaron medidas de soporte al paciente a través de la mejora del aporte de oxígeno a los tejidos y de la prevención del fracaso multiorgánico.

La ventilación mecánica es el elemento esencial en el mantenimiento de los pacientes con SDRA.

6.3. *¿Estaba siendo confirmada adecuadamente la lectura de masa en pulmón izquierdo arrojada en la radiografía de tórax?*

RESPUESTA: La estrategia de realizarle una tomografía de tórax fue la adecuada ya que ésta, de hecho, descarto la sospecha y demostró que la lectura de los evaluadores no fue acertada y que se requería una lectura de un experto inicialmente, como de un radiólogo.

7. *Para el día 13 de septiembre de 2015, 10:39:02 a.m., el Dr. Luis Gonzalo Plata Serrano –Medicina Interna- ordenó continuar con el mismo manejo hasta la aprobación de la remisión a la especialidad de neumología para estudio de la masa en el tórax de la paciente.*

7.1. *¿Fue correcto el manejo y tratamiento dado a la paciente el día 13 de septiembre de 2015 de acuerdo al cuadro clínico aumento de la trama parahiliar, la disminución del murmullo vesicular y la pérdida de volumen severo del pulmón izquierdo más el distres respiratorio?*

RESPUESTA: Como lo contesté en el numeral 6.2, no hay un manejo específico del distres respiratorio, por lo que se debe realizar el diagnóstico de la enfermedad que lo está causando, lo cual hasta el momento de la evaluación por este especialista no se le había realizado y sólo tenían diagnósticos de trabajo sin ninguna confirmación esperando una remisión a neumología por una sospecha de un tumor maligno de pulmón sólo con una imagen de radiografía de tórax sin nada más que apoyara este diagnóstico.

8. *El día 14 de septiembre de 2015, siendo las 12:03:37 a.m., el Dr. Luis Felipe Gaviria López -Medicina General- reporta la revisión de RX PORTATIL sin cambios en relación con los anteriores resultados, opacidad e imagen sugestiva de masa en hemitórax izquierdo.*

A las 08:25:42 a.m., la Dra. María Elena Gaviria Silva -Medicina General- reseña la mala condición de la paciente que presenta desequilibrio hidroelectrolítico, hipoglicemia, edematizada a nivel de cara y abdomen, sin manejo de hipotiroidismo, hipoventilación con posible masa a nivel de hemitórax izquierdo y retención de líquidos, se ordena aumento de dopamina e inicio de levotiroxina.

Siendo las 09:15:48 a.m., la Dra. María Elena Gaviria Silva -Medicina General determina probable coma mixedematoso con antecedente de hipotiroidismo no manejado, ordenando levotiroxina e hidrocortisona.

8.1. *¿Fue correcta la lectura del RX Portátil efectuada por el Médico General Luis Felipe Gaviria López? ¿Hubo lectura o reporte oficial por parte un Médico Radiólogo?*

RESPUESTA: Yo no tuve acceso a la lectura del radiólogo ni encontré esta lectura en ningún folio, ni tuve acceso a las imágenes. Sólo puedo decir que siguieron viendo masa pulmonar.

8.2. *¿Influyó en el deterioro de la paciente que no se hubiera tratado oportunamente el hipotiroidismo? ¿Hubiera mejorado su condición de haber sido manejado adecuadamente?*

RESPUESTA: Primero como por definición “El coma mixedematoso constituye la máxima expresión del hipotiroidismo no tratado y resulta de una depleción grave y prolongada de hormonas tiroideas” y en la historia clínica no habían pruebas que apoyaran esta definición, pues no se le había realizado TSH previa y en las historias antes de esta hospitalización, la paciente venía tomándose el tratamiento, aunque en ocasiones de forma irregular, pero nunca abandonado completamente en forma prolongada. Además, los síntomas de la paciente no eran consistentes con este diagnóstico, salvo su estado hemodinámico y gravedad de la paciente, que puede estar en relación con cientos sino miles de patologías porque, además, es una entidad muy poco frecuente, cerca de con una incidencia estimada en 0.22/millón/año.

Los más relevantes de los signos y síntomas sería piel gruesa, seca y descamativa; alopecia con pérdida de cejas, macroglosia o lengua grande que no cabe en la boca, hipotermia o temperaturas menores a 36°C, hiporreflexia, íleo paralítico con signos de seudobstrucción intestinal, distensión vesical con retención de orina y globo vesical, entre otro. Esto no lo cumplía la paciente.

8.3. *¿En qué consistía el coma mixedematoso padecido por la paciente? ¿De haber sido tratado oportunamente el hipotiroidismo se hubiera podido evitar?*

RESPUESTA: Como lo contesté en la pregunta anterior, los más relevantes de los signos y síntomas sería piel gruesa, seca y descamativa; alopecia con pérdida de cejas, macroglosia o lengua grande que no cabe en la boca, hipotermia o temperaturas menores a 36°C, hiporreflexia, íleo paralítico con signos de seudobstrucción intestinal, distensión vesical con retención de orina y globo vesical, entre otro. Esto no lo cumplía la paciente.

9. *Para las 11:03:29 a.m., la Dra. María Elena Gaviria Silva -Medicina General- en conjunto con la especialidad de Medicina Interna valoran a la paciente, según los resultados del TAC DE TÓRAX se evidencia fibrosis pulmonar, fibrotorax, enfisema centrolobulillar, opacidad mediastinal, aumento del diámetro de arteria pulmonar. Razones por las que sospechan tromboembolismo pulmonar. Por lo anterior, ordenan remisión a UCI ADULTOS en ambulancia medicalizada.*

Siendo las 11:25:01 a.m., el Dr. Jorge Enrique Cubillos Mariño –Medicina Interna reiteró los diagnósticos de fibrosis pulmonar con cicatrices pleurales antiguas, enfisema centrolobulillar, aumento de diámetro del tronco pulmonar, opacidad de aspecto líquido periaortico. Se ordena nuevamente remisión inmediata a UCI.

9.1. *¿La lectura del TAC de TORAX realizada por Medicina General y Medicina Interna confirmaban o desvirtuaban la presencia de un tumor o masa en el pulmón izquierdo?*

RESPUESTA: El día 12 de septiembre de 2015 a las 9:31 hay nota en la historia clínica realizada por el Dr. Luis Gonzalo Plata Serrano donde hay lectura de TAC de tórax que dice: “cicatrices pulmonares secuelas probablemente tuberculosis pasada, con pérdida de volumen en ambos pulmones con nódulos y extensa cicatrización pleural particularmente en hemitórax derecho. Como hallazgo incidental la aorta ascendente mide más de 4 cm de diámetro transversal y longitudinal sugiriendo dilatación aneurismática de la misma.” Luego aparece una lectura el día 14 de septiembre de 2015 a las

11:03 de la Dra. María Elena Gaviria Silva que dice: “TAC de tórax evidencia fibrosis pulmonar, fibrotorax, enfisema centrolobulillar, opacidad mediastinal, aumento del diámetro de la arteria pulmonar que podría corresponder sospecha de tromboembolismo pulmonar.” Ambas lecturas desvirtuaban la presencia de tumor pulmonar, es más lo descartaron. Pero las lecturas son completamente opuestas.

9.2. *¿La opacidad de aspecto líquido periaortico reflejaba alguna enfermedad no diagnosticada hasta el momento?*

RESPUESTA: No ninguna, empezando que dice “de aspecto” y no confirma la existencia del líquido.

9.3. *¿Hubo lectura oficial por Médico Radiólogo del TAC DE TÓRAX?*

RESPUESTA: no tuve acceso a la lectura del radiólogo ni a las imágenes, sólo a las lecturas de los médicos evaluadores de la paciente.

9.4. *¿Fue correcto el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar?*

RESPUESTA: No es correcto hacer un diagnóstico por la sola descripción de dilatación de arteria pulmonar pues hay múltiples entidades que la dan, la más común es hipertensión pulmonar primaria y sólo es el concepto de una lectura y no de una visualización del trombo que requeriría un cateterismo. Además, se pudo realizar un estudio para poder confirmar este diagnóstico.

9.5. *¿Por qué era necesaria la remisión de la paciente a una Unidad de Cuidados Intensivos? ¿Cuáles eran las consecuencias de no concretar la remisión a la UCI?*

RESPUESTA: Porque la paciente estaba hemodinámicamente inestable con una hipotensión severa y deterioro progresivo de su condición clínica. Las consecuencias de no vigilar una paciente en estas condiciones pueden llevarla a la muerte por lo que no se concretara la remisión ponía en el riesgo de alta mortalidad a la paciente.

10. *Para las 03:27:45 p.m. la Dra. María Elena Gaviria Silva -Medicina General- registra tensión arterial 107/40 y saturación del 94% de la paciente. De acuerdo con el TAC DE TÓRAX reporta infiltrado alveolar de distribución universal posiblemente relacionado con bronconeumonía, razón por la que se anexa ampicilina y sulbactam, se hace constar que el proceso de remisión a UCI no ha sido aceptado hasta el momento.*

10.1. *¿Por qué con anterioridad no se había detectado el proceso bronconeumónico padecido por la paciente?*

RESPUESTA: Ya la doctora dice: TAC de tórax “que reporta”, indicando que ya vio lectura por radiología. Sin embargo, también la lectura utiliza el “que podría” estar en relación con bronconeumonía, lo que no es confirmatorio de ese diagnóstico.

10.2. *¿Con anterioridad a este momento se había tratado adecuada y oportunamente la neumonía padecida por la paciente?*

RESPUESTA: El diagnóstico de neumonía era clínico, sin una imagen que ayudara y los hemogramas de la paciente a los que tuvo acceso no demostraban aumento de leucocitos ni neutrófilos que se esperarían en una infección, como tampoco conocí la PCR que se aumenta significativamente en las neumonías. También el tratamiento de las neumonías es empírico pues aislar el germen es muy difícil ya que tanto los hemocultivos como las muestras obtenidas de secreción bronquial por broncoscopia son mínimamente efectivos. Por lo que puedo decir que el tratamiento sería adecuado si clínicamente tuviese criterios.

10.3. *¿De haberse realizado y leído oportuna y adecuadamente el TAC DE TORAX se habría podido tratar la bronconeumonía?*

RESPUESTA: Si se hubiese realizado oportunamente la TAC de tórax se hubiese descartado el diagnóstico de tumor pulmonar evitando que se centrara el manejo en remitirla a Neumología que retrasó la toma de decisiones, y con la lectura de la tomografía se inició el manejo de la bronconeumonía que sugirió el radiólogo y si se pudo iniciar antes este manejo.

10.4. *¿De haberse tratado oportunamente la bronconeumonía se habría podido salvar la vida de la paciente?*

RESPUESTA: No se puede afirmar pues la causa de la muerte es desconocida inclusive la necropsia con estudio histológica reporta en su conclusión: “después de revisar los cortes histológicos que estos muestran en el pulmón focos neumónicos incipiente, en el estómago cambios por gastritis crónica moderada y en esófago gran coestión y hemorragia en la adventicia (capa externa), y en las otras vísceras no se encontraron otras alteraciones patológicas. La causa de muerte después de la necropsia y el estudio histopatológico con correlación clínica, la causa sigue siendo en estudio.”

10.5. *¿La tardanza en la toma y lectura del TAC DE TORAX impidió llegar al diagnóstico de la bronconeumonía y tratarla oportunamente?*

RESPUESTA: Los exámenes son ayudas diagnosticas pues en diagnóstico es clínico y así se inicia el manejo. La demora del TAC impidió la confirmación y adecuación de un tratamiento más específico.

10.6. *¿Influyó en el deceso de la paciente la tardanza en el diagnóstico de la bronconeumonía?*

RESPUESTA: Es clara que desde el 9 de septiembre de 2015 la ingresaron con antibióticos de amplio espectro como la ampicilina/sulbactam mas gentamicina. Sin embargo, la paciente hace un cuadro que lo reportan como “distres respiratorio” que complicó el cuadro clínico. En conclusión, no se puede decir que la tardanza influyó.

11. El día 15 de septiembre de 2015, siendo las 12:30:29 horas, se reportan los resultados del TAC de Tórax, leídos por el Dr. Jorge Enrique Cubillos Mariño – Medicina Interna:

- Infiltrado alveolar de distribución universal en relación con bronconeumonía.
- Discreto engrosamiento del intersticio pulmonar predominantemente apical izquierdo que condiciona cambios fibroticos con retracción parcial del cardiomediastino.
- Derrame Pleural Pequeño Izquierdo.

Según la lectura del Médico Internista el reporte oficial del TAC de Tórax refleja un proceso Bronconeumónico, iniciándose manejo con ceftriaxona, pendiente remisión a UCI urgente. El plan ordenado fue el siguiente: 1) Remisión a UCI urgente, 2) Soporte Ventilatorio, 3) Enoxaparina, 4) Betametasona, 5) Noradrenalina, 6) Dopamina, 7) Ceftriaxona, 8) Levotiroxina, 9) Ranitidina, 10) Omeprazol, 11) Fentanil y 12) Midazolam.

11.1. ¿En qué consiste el derrame pleural izquierdo diagnosticado a la paciente?

RESPUESTA: Es la acumulación anormal del líquido entre las capas delgadas del tejido (pleura) que recubre el pulmón y la pared de la cavidad torácica. También se llama efusión pleural.

11.2. ¿El derrame pleural izquierdo era consecuencia de la bronconeumonía padecida por la paciente?

RESPUESTA: Una de las causas del derrame pleural es la neumonía.

11.3. ¿Los resultados del TAC DE TORAX desvirtuaban la presencia de una masa en el pulmón izquierdo de la paciente?

RESPUESTA: Sí de forma categórica descartó la masa pulmonar.

11.4. ¿Si el tratamiento ordenado por el Médico Internista para tratar la bronconeumonía se hubiera suministrado a tiempo habría posibilidades de salvar la vida de la paciente?

RESPUESTA: Esta afirmación no puede hacerse, pero sí puedo decir que hubiera cambiado el pronóstico de la paciente.

12. Para las 05:53:45 p.m., el Dr. Jader Mauricio Perdomo Muñoz -Medicina General reporta que la paciente se encuentra en malas condiciones generales con choque mixto con soporte ventilatorio e intrópico, reporte oficial del TAC de Tórax muestra proceso bronconeumónico, pendiente remisión a UCI urgente, riesgo de muerte súbita.

12.1. ¿El tratamiento y la atención brindada el día 15 de septiembre de 2015, fue oportuno y adecuado al proceso bronconeumónico?

RESPUESTA: La oportunidad fue alterada por la demora de la realización de la TAC; el tratamiento fue adecuado.

13. *¿Cuáles fueron los tratamientos brindados el día 16 de septiembre de 2015, fueron oportunos y adecuados a la enfermedad padecida por la paciente?*

RESPUESTA: De los medicamentos recibidos ese día sólo podemos resaltar la Ceftriaxona para la bronconeumonía, que es otro antibiótico semejante en potencia y espectro a la ampicilina/sulbactam que recibió previamente. En lo demás no hubo cambios significativos.

14. *El día 17 de septiembre de 2015, en reporte de las 10:34:21 a.m., el Dr. Arturo Cassiani Casseres -Medicina General-, consignó que la paciente presentó cianosis peri bucal, pupilas sin reflejo, frecuencia cardíaca cero, frecuencia respiratoria cero, pulso carotideo cero, pulso radial cero, pulso femoral, es declarada fallecida a las 09+00 a.m.*

14.1. *¿Qué no se hubiera concretado la remisión de la paciente a la especialidad de neumología y posteriormente a una Unidad de Cuidados Intensivos influyó en la recuperación de la paciente?*

RESPUESTA: La evaluación por neumología pudo ser pertinente si la paciente hubiese tenido tumor maligno, pero como se descartó no necesitaba esta especialidad.

La UCI si era muy necesaria por el estado hemodinámico de la paciente y el trastorno ventilatorio.

14.2. *¿Existió una incorrecta lectura e interpretación de la radiografía de tórax según la cual la paciente tenía una masa en el pulmón izquierdo?*

RESPUESTA: La tomografía demostró que si hubo una interpretación no adecuada de la radiografía.

14.3. *¿Existió lectura oficial por parte de un Médico Radiólogo de la radiografía de tórax? ¿la ausencia o tardanza de reporte oficial influyó en la incorrecta interpretación de la radiografía de tórax?*

RESPUESTA: no encontré ninguna lectura del radiólogo de la radiografía. Sin embargo, se espera que los médicos sepan interpretar las radiografías de tórax y principalmente los Internistas.

14.4. *¿La incorrecta interpretación de la radiografía de tórax impidió diagnosticar la bronconeumonía padecida por la paciente?*

RESPUESTA: No se puede concluir pues el motivo de consulta y el ingreso fue por dolor abdominal, vómito y orinas pigmentadas y no por síntomas respiratorios. La semiología o en cuadro clínico al inicio no era de bronconeumonía. Ese cuadro respiratorio se presentó.

14.5. *¿La tardanza en la toma y lectura del TAC DE TORÁX impidió diagnosticar oportunamente el derrame pleural izquierdo y el proceso bronconeumónico?*

RESPUESTA: Sí impidió el diagnóstico oportuno de ambas patologías.

14.6. *¿De haberse diagnosticado y tratado oportunamente la bronconeumonía se hubiera evitado el deceso de la paciente o hubiera tenido posibilidades de recuperar la salud?*

RESPUESTA: Como lo dije en numeral 11.4, esta afirmación no puede hacerse, pero sí puedo decir que hubiera cambiado el pronóstico de la paciente.

14.7. *¿El coma mixedematoso pudo haber sido consecuencia de la bronconeumonía diagnosticada tardíamente?*

RESPUESTA: No, el coma mixedematoso constituye la máxima expresión del hipotiroidismo no tratado y resulta de una depleción grave y prolongada de hormonas tiroideas.

15. *En el Informe Pericial de Necropsia N° 2015010118001000178 de fecha 18 de septiembre de 2015, la Médico Forense Angélica María Losada Suárez describió el Sistema Respiratorio de la paciente:*

- *“Pleuras y espacios pleurales: Sin lesiones, con líquido cetrino en cavidad izquierda de aproximadamente 400 centímetros cúbicos y derecho en escasa cantidad.*
- *Laringe: Sin lesiones, mucosa de aspecto congestiva.*
- *Tráquea: Sin lesiones, mucosa de aspecto congestiva.*
- *Bronquios: Sin lesiones, mucosa de aspecto congestiva, con moderada salida de espuma rosada.*
- *Pulmones: Peso de pulmón derecho: 800 gramos e izquierdo: 725 gramos. Pleuras de color violáceo, superficie de aspecto levemente irregular y apariencia levemente opaca, al tacto hipocrepitantes, aumentados de consistencia. En el corte el parénquima es congestivo, en el corte con abundante salida de líquido espumoso rosado que resume al corte, **NO SE PALPAN MASAS.**” (resaltado fuera de texto)*

En los Resultados de Estudios Histopatológicos al respecto se registró:

“PULMÓN: Los cortes muestran congestión septal. En varias de las luces alveolares hay macrófagos, infiltrado inflamatorio neutrófilo, así como células del epitelio respiratorio descamadas; había pigmento de color negro (antracosis) y los vasos están permeables.”

15.1. *¿El informe pericial de necropsia y su ampliación confirman que la paciente no tenía una masa en el pulmón izquierdo?*

RESPUESTA: Sí absolutamente descartan la masa pulmonar.

15.2. *¿El informe pericial de necropsia y su ampliación confirman la incorrecta lectura de la radiografía de tórax?*

RESPUESTA: Sí confirman la lectura incorrecta, pues no encontraron una masa.

15.3. *¿Según el informe pericial de necropsia y su ampliación el fallecimiento de la paciente pudo ser causado por enfermedades de las vías biliares no detectadas en la atención recibida por la paciente en la E.S.E. Hospital María Inmaculada de Florencia?*

RESPUESTA: No, al examen macro y microscópico no encontraron patología de las vías biliares.

16. *Con base en las Historias Clínicas de la señora Ofelia Guaraca Salazar (q.e.p.d.) y las respuestas anteriores, se emita una conclusión sobre la oportunidad e idoneidad de acuerdo a los protocolos médicos de las atenciones tratamientos brindados por la E.S.E. Hospital María Inmaculada de Florencia y los trámites administrativos a cargo de la E.P.S. CAPRECOM.*

RESPUESTA: Lo más llamativo es la cantidad de diagnósticos que le hacen a la paciente, un total aproximado de 21, y no encuentro que le hubiesen hecho estudios completos hasta confirmarlos o descartarlos o darles explicación del por qué pasaban o por qué tenía la paciente esas patologías. Cabe anotar que algunos se fueron descartando por la evolución de la paciente, pero otros llevaron a sobremedicarla o a desorientar de tal forma a los médicos tratantes que no le trabajaron a uno de estos diagnósticos hasta el final, hasta decir que la paciente tiene con certeza esta patología. Sólo que la masa pulmonar la descarta la TAC y por ejemplo no vi por qué la paciente hacía hiponatremia tan severa, por nombrar algunas. Además, la tardanza de la remisión de la paciente para estudiarla y hacerle el diagnóstico, y el manejo de una paciente en estado crítico.

CONCLUSIÓN PERICIAL

Paciente de 50 años atendida por urgencias en repetidas ocasiones por dolor abdominal interpretado como crisis de gastritis, pero la paciente consultaba cada vez más en peor estado hasta que uno de los médicos decide hospitalizar e iniciar estudios que llevaron a remitir la paciente a un mayor nivel de atención, pero no el que la paciente necesitaba. Durante todo el periodo antes del deceso le realizan un total de 21 diagnósticos diferente lo que denota que no pudieron saber que tenía la paciente en el estado crítico que fue evolucionando demostrando esa evolución que ciertos diagnósticos eran equivocados y que no le encontraban la causa de su deterioro. Luego inicia el cuadro respiratorio que diagnostican con neumonía recibiendo múltiples antibióticos de amplio espectro, pero nada le sirve y después de varios días y semanas de intentarla remitir a un tercer nivel la paciente fallece. Es muy llamativa la necropsia que no da un diagnóstico de la causa de la muerte y la deja “causa de la muerte: en estudio.”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goce Spasovski, Raymond Vanholder, Bruno Allolio, Djillali Annane, Steve Ball, Hyponatraemia Guideline Development Group, et al. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hyponatremia. *Revista española de nefrología. Nefrología* 2017;37(4):370–380.
2. Paz de Miguel Novoa, Elena Torres Vela, Nuria Palacios García, Manuela Moreira Rodríguez, Iciar Solache Guerras, María de los Ángeles Martínez de Salinas Santamaría, Anna Aulinas Masó; en representación del Área de Conocimiento del Grupo de Neuroendocrino de la SEEN (Grupo Insuficiencia Adrenal). Guía para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia suprarrenal en el adulto. *Endocrinol Nutr.* 2014;61(Supl. 1):1-35, Elsevier.
3. MacMahon H, Naidich DP, Goo JM, et al. Guidelines for Management of Incidental Pulmonary Nodules Detected on CT Images: From the Fleischner Society 2017. *Radiology* 2017; 284:228.
4. Mazzone PJ, Lam L. Evaluating the Patient with a Pulmonary Nodule: A Review. *JAMA* 2022; 327:264.
5. Ono Y, Ono S, Yasunaga H, et al. Clinical characteristics and outcomes of myxedema coma: Analysis of national inpatient database in Japan. *J Epidemiol* 2017; 27:117.
6. Lee CH, Wira CR. Severe angioedema in myxedema coma: a difficult airway in a rare endocrine emergency. *Am J Emerg Med* 2009; 27:1021.e1.
7. Wiener RS, Schwartz LM, Woloshin S. Time trends in pulmonary embolism in the United States: evidence of overdiagnosis. *Arch Intern Med* 2011; 171:831.
8. Chiumello D, Umbrello M, Sferrazza Papa GF, et al. Global and Regional Diagnostic Accuracy of Lung Ultrasound Compared to CT in Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome. *Crit Care Med* 2019; 47:1599.
9. ARDS Definition Task Force, Ranieri VM, Rubenfeld GD, et al. Acute respiratory distress syndrome: the Berlin Definition. *JAMA* 2012; 307:2526.
10. Bornstein SR, Allolio B, Arlt W, et al. Diagnosis and Treatment of Primary Adrenal Insufficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2016; 101:364.



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

Con toda atención,

JORGE MARIO VILLA LÓPEZ

CC. 71.645.822

Médico y Cirujano U de A

Especialista en Medicina Interna U de A

Egresado (Esp.) Derecho Médico UPB

Perito CENDES

CENDES
Centro de Estudios en Derecho y Salud



**LISTADO DE CASOS EN LOS QUE SE HAN RENDIDO DICTÁMENES PERICIALES A TRAVÉS DE
LA UNIVERSIDAD CES**

	AÑO	PERITO	RADICADO / CASO	OBJETO DE DICTAMEN
1	2020	JORGE MARIO VILLA LÓPEZ	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2019-0265/ Solicitado por Gloria Lucía Rueda Cárdenas	Medicina interna
2	2021	JORGE MARIO VILLA LÓPEZ	Dictamen Médico Pericial / Caso Orlando Lozano Bolaños / Solicitado por Jessica Pamela Perea // Allianz Seguros S.A.	Medicina interna
3	2021	JORGE MARIO VILLA LÓPEZ	Dictamen Médico Pericial / Caso John Walter Amaya Betancur/ Solicitado por Carlos Andres Ríos	Medicina interna
4	2022	JORGE MARIO VILLA LÓPEZ	Dictamen Médico Pericial/Caso Daniela Patricia González Coa/ Solicitado por Rafaela Coa Blanquicet.	Medicina interna
5	2022	JORGE MARIO VILLA LÓPEZ	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2016 00267 00/ Solicitado por Juzgado 17 Administrativo Oral del Circuito de Cali	Medicina interna
6	2022	JORGE MARIO VILLA LÓPEZ	Dictamen Médico Pericial / Caso Maria Rosalba Lopez Lopez / Solicitado por Jorge Fernández	Medicina interna
7	2022	JORGE MARIO VILLA LÓPEZ	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2009 – 00257 00/ Solicitado por Tribunal Contencioso Administrativo del Valle del Cauca	Medicina interna
8	2023	JORGE MARIO VILLA LÓPEZ	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2017-00786 00/ Solicitado por Juzgado Tercero (03) Administrativo de Florencia.	Medicina interna

CENDES
Centro de Estudios en Derecho y Salud



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

EN NOMBRE DE
LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACION
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL



LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

EN ATENCION A QUE

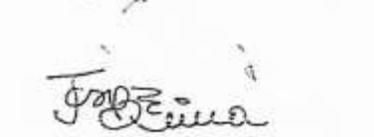
Jorge Mario Villa López

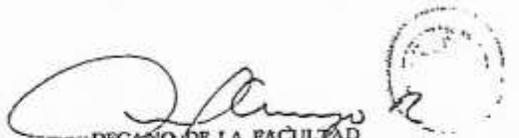
HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS
UNIVERSITARIOS EXIGEN PARA OPTAR AL TITULO DE

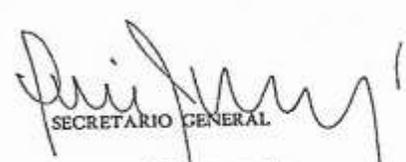
MEDICO Y CIRUJANO

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA. EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA Y
REFRENDA CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLIN, EL DIA 24 DEL
MES DE FEBRERO DE 1995


RECTOR DE LA UNIVERSIDAD


TITULAR
C.C. N° 71.645.822 DE Medellín (Ant.)


DECANO DE LA FACULTAD


SECRETARIO GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO N° DEL LIBRO DE REGISTROS DE DIPLOMAS N°
GOBERNACION DE ANTIOQUIA - SECRETARIA DE EDUCACION

17899

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION SECCIONAL DE SALUD
Se otorga este título por la
Resolución N° 5-071574
Fecha



23/ene/2010 11:46:51



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
1803

PERSONERÍA JURÍDICA LEY 71 DE 1878 DEL ESTADO SOBERANO DE ANTIOQUIA Y LEY 153 DE 1887

Acta de Graduación 52606

DEPENDENCIA: Facultad de Medicina
APROBACION DEL PROGRAMA: Acuerdo Académico 0148 de Ago 04 de 1999
PROGRAMA: Especialización en Medicina Interna

El 15 de Diciembre de 2005, se reunieron las Directivas de la Universidad de Antioquia, con el propósito de conferir el título de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

a:

Jorge Mario Villa López

Identificado con cédula de ciudadanía 71645822

El secretario de la ceremonia leyó la providencia por la cual el Sr. Vicerrector de Docencia autorizó esta graduación. A continuación el presidente de la ceremonia tomó al graduando el juramento correspondiente y procedió a la entrega del Diploma y el Acta de Grado.

En constancia se firma esta acta en la ciudad de Medellín, República de Colombia.

Alberto Uribe
ALBERTO URIBE CORREA
RECTOR

Ana Lucía Herrera
ANA LUCÍA HERRERA GÓMEZ
SECRETARIA GENERAL

Elmer Gaviria

ELMER GAVIRIA RIVERA
DECANO

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
SECRETARIA GENERAL
DATOS REGISTRO DEL DIPLOMA

LIBRO No. 012 FOLIO No. 135-1611
FECHA: 15 DIC. 2005

23297

