

Manizales, agosto 04 de 2024

SEÑORES

JUZGADO QUINTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE MANIZALES

E.S.M

PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA

RADICADO: 17001 33 39 005 2017 00252 00

ASUNTO: ENTREGA DE DICTAMEN MÉDICO PERICIAL/ CASO JULIAN ALBERTO VALENCIA LOAIZA

PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO

Abogada

Especialista en Desarrollo Gerencial

Especialista Gerencia de Calidad y Auditoria en salud

Diplomado en auditoria interna para la verificación de condiciones de habilitación en salud

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.
- Declaro que para el interesado que requiere el peritaje no he rendido dictamen pericial en el pasado.
- Se anexan certificados de formación académica, que me acreditan como idónea para la presente evaluación pericial.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son idóneos para la rendición de este dictamen pericial.
- Expreso que se realizó un estudio y análisis juicioso de todo el expediente para realizar adecuadamente el siguiente dictamen pericial.

- Manifiesto que el dictamen fue elaborado con la historia clínica entre otros documentos suministrados por la parte interesada, correspondiente al paciente **JULIAN ALBERTO VALENCIA LOAIZA**

RESUMEN Y ANALISIS DE LA HISTORIA CLINICA

- Paciente JAVL quién ingresa a la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE VITERBO el día 11 de abril de 2015 a las 20:18 al servicio de urgencias “MC: TENGO MUCHO DOLOR DE LA GASTRITIS”, paciente sin antecedentes de importancia, con cuadro clínico de una hora de evolución dolor tipo cólico en epigastrio de intensidad progresiva, niega vomito pera ha tenido nauseas, no diarrea, no fiebre, niega otros síntomas, manejo con líquidos endovenosos, analgesia y formula médica.
- Realizan manejo inicial en el servicio de urgencias con acetaminofén 1gr vía oral, solución salina 500cc y hioscina N- Butilbromuro + dipirona 1 amp vía intravenosa a las 20:19.
- A las 20:58 ordenaron aluminio hidroxido magnesio via oral, a las 21:22 ordenan tramadol clorhidrato 100mg/2ml ampolla intravenosa, metoclopramida clorhidrato amp 10mg/2ml 1 amp intravenosa.
- A las 22:18 dan egreso al paciente del servicio de urgencias con formula médica ambulatoria.
- El día 12/04/2015 paciente **reconsulta** al servicio de urgencias de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE VITERBO a las 17:49 “MC: TENGO DOLOR EN UN LADO DE ESTOMAGO” paciente con cuadro de evolución de un día de evolución de dolor en epigastrio, que se exagera con la ingesta de alimentos, refiere que el dolor se ubica en hemiabdomen derecho, no refiere nuevos episodios de vomito, no diarrea, sensación de pico febril, dolor se exagera con movimientos.
- A la revisión por sistemas presenta en Abdomen: blando y depresible, signo de MC BURNEY negativo, **BLUMBERG POSITIVO**, puño percusión negativo.
- Conducta: Paciente con cuadro clinico compatible con abdomen agudo, con evolución y signos clinicos compatibles con **apendicitis aguda**, se solicita hemograma, inicia manejo con liquidos parenterales, analgesico y antibiotico.
- A las 9:56pm, paciente refiere dolor más intenso en fosa iliaca derecha, fiebre y emesis, signos vitales TA:110/70, FR 19, T° 39, en abdomen dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, **MC BURNEY POSITIVO, BLUMBERG POSITIVO**, puño percusión negativo bilateral.
- Conducta: paciente con cuadro de dolor abdominal mayor de 24 horas de evolución, con Impresión diagnostica **APENDICITIS AGUDA**, con T°39, abdomen blando, dolor en fosa iliaca derecha, **MC BURNEY POSITIVO, BLUMBERG POSITIVO**, dado el estado clinico del paciente, tiempo de evolución y riesgo de peritonitis se envia como

URGENCIA VITAL A PEREIRA, EGRESA EN AMBULANCIA con medico disponible y auxiliar de enfermería.

- Paciente que ingresa a Clinica Comfamiliar Risaralda el 12/04/2015 a las 23:32 como urgencia vital, sin comentar por parte de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE VITERBO, paciente con cuadro clinico de dolor abdominal agudo, paciente algico, facies descompuesta por dolor, dolor intenso en fosa iliaca derecha, BLUMBERG POSITIVO, ROVSING POSITIVO, hemograma tomado en entidad remitente con leucocitosis de 18 mil, cuadro clinico: apendicitis aguda, Plan: se decide llevar a cirugía para apendicectomía, mamá (Zuleya Loaiza) firma consentimiento informado posterior a explicar riesgos y posibles complicaciones.
- El 13/04/2015 a las 02:20 ingresa al quirófano, bajo anestesia general realizan procedimiento quirurgico, apendicectomía, apendice llevado a laboratorio de patología de la clinica, se encontro liquido turbio en cavidad por lo que deciden realizar laparotomia exploratoria y extraen vesicula colecistectomía la cual es llevada a laboratorio de patología de la IPS, vesicula inflamada, paredes gruesas, calculos grandes, se realiza exploración de vias biliares con medio de contraste y con intensificador de imágenes sin ninguna complicación, paciente en manejo analgesico y antibiotico, en espera de habitación para traslado al servicio de hospitalización.
- Paciente en el servicio de hospitalización post quirurgico, en buen proceso de recuperación, paciente refiere “sentirse bien”, el 16/04/2015 deciden dar egreso con recomendaciones, manejo farmacologico e incapacidad, antes de realizar egreso paciente presenta picos febriles por lo que suspenden alta hospitalaria, ordenan paraclínicos, suspendieron dipirona por eritema, continua con manejo antibiotico, se ordenan hemocultivos, valoración por infectología, ecografia de abdomen total, el 22/04/2015 se da alta hospitalaria para continuar manejo en homecare para finalizar tratamiento antibiotico con Ceftriazona y Metronidazol intravenosa por 5 días en la ciudad de Pereira, termina tratamiento antibiotico en domicilio.
- 06/05/2015 control de cirugía, paciente en post operatorio de apendicectomía más colecistectomía abierta por colecistitis aguda, paciente refiere sentirse mejor, dolor post operatorio controlado, no emesis, al examen fisico las heridas se encuentran en buenas condiciones. Evolución post operatoria satisfactoria.

CORRELACIÓN CLINICA

Dolor Abdominal Agudo

El dolor abdominal es común y a menudo intrascendente. Sin embargo, si es agudo e intenso, casi siempre sugiere un síntoma de patología intra abdominal. Puede ser

el único indicador de la necesidad de cirugía y debe ser atendido con rapidez: en ciertos cuadros (p. ej., irrigación intestinal interrumpida debido a una obstrucción estrangulante o a una embolia arterial), pueden producirse una gangrena y una perforación intestinal en < 6 h desde el comienzo de los síntomas. El dolor abdominal preocupa particularmente en pacientes muy jóvenes o muy mayores, y en aquellos con infección por HIV o medicados con inmunosupresores (incluidos corticosteroides).

El término abdomen agudo hace referencia a signos y síntomas abdominales de tal intensidad o tan preocupantes que exigen considerar una cirugía.

El dolor visceral se origina en las vísceras abdominales, que están inervadas por fibras nerviosas autónomas y responden, principalmente, a sensaciones de distensión y contracción muscular, no a cortes, roturas ni irritación local. Por lo general, el dolor visceral es vago, sordo y provoca náuseas. Está mal localizado y tiende a percibirse en zonas correspondientes al origen embrionario de la estructura afectada. Las estructuras derivadas del intestino anterior (estómago, duodeno, hígado y páncreas) causan dolor abdominal superior. Las derivadas del intestino medio (intestino delgado, colon proximal y apéndice) causan dolor periumbilical. Las estructuras derivadas del intestino posterior (colon distal y aparato urogenital) causan dolor abdominal inferior.

Apendicitis

Se considera que la apendicitis se debe a la obstrucción de la luz apendicular, en general por hiperplasia linfóide pero, en ocasiones, por un fecalito, un cuerpo extraño, un tumor o incluso helmintos. La obstrucción causa distensión, proliferación bacteriana, isquemia e inflamación. De no ser tratada, sobrevienen necrosis, gangrena y perforación. Si la perforación es contenida por el epiplón, se forma un absceso apendicular.

Signos y Síntomas

Los síntomas clásicos de la apendicitis aguda son

- Dolor epigástrico o periumbilical, seguido de náuseas, vómitos y anorexia breves
- Después de unas pocas horas, el dolor se desplaza hacia el cuadrante inferior derecho. El dolor se exacerba con la tos y el movimiento.

Los signos clásicos de apendicitis son

- Dolor a la palpación y a la descompresión en el cuadrante inferior derecho localizado en el punto de McBurney (unión de los tercios medio y externo de la línea que une el ombligo con la espina ilíaca anterosuperior)
- Otros signos de apendicitis son dolor que se percibe en el cuadrante inferior derecho al palpar el cuadrante inferior izquierdo (signos de Rovsing), exacerbación del dolor causada por extensión pasiva de la cadera derecha que elonga el músculo iliopsoas (signos del psoas) o dolor causado por rotación interna pasiva del muslo flexionado (signo del obturador).
- La hipertermia leve (temperatura rectal de 37,7 a 38,3° C) es común.

Hay numerosas variaciones de los signos y síntomas de apendicitis en > 50% de los pacientes. El dolor puede no ser localizado, sobre todo en lactantes y niños. El dolor a la palpación puede ser difuso o, en casos raros, estar ausente. Por lo general, las deposiciones son menos frecuentes o no hay evacuación; si la diarrea es un signo, debe sospecharse un apéndice retrocecal. Puede haber eritrocitos o leucocitos en orina.

Los síntomas atípicos son comunes en adultos mayores y embarazadas; en particular, el dolor es menos intenso, y el dolor a la palpación local, menos pronunciado.

Diagnóstico de apendicitis:

- Evaluación clínica
- TC abdominal si es necesario
- Ecografía, una alternativa a la TC

En presencia de los signos y síntomas clásicos de apendicitis, el diagnóstico es clínico. En estos pacientes, diferir el tratamiento quirúrgico de la apendicitis para realizar estudios por la imagen sólo aumenta la probabilidad de perforación y las consiguientes complicaciones.

En pacientes con hallazgos atípicos o equívocos, deben efectuarse sin demora estudios por la imagen. La TC intensificada por contraste tiene una precisión razonable para diagnosticar apendicitis y también puede revelar otras causas de abdomen agudo. Por lo general, se puede realizar rápidamente una ecografía con compresión graduada, que no emplea radiación (de particular interés en los niños); sin embargo, en ocasiones, esta se ve limitada por la presencia de gas intestinal y es menos útil para reconocer causas no apendiculares de dolor.

La apendicitis sigue siendo, fundamentalmente, un diagnóstico clínico. El uso selectivo y juicioso de los estudios por imágenes puede reducir la tasa de laparotomías negativas.

Colecistitis Agudas

Es la hinchazón e irritación repentina de la vesícula biliar. Este fenómeno causa dolor abdominal intenso.

Causas

La vesícula biliar es un órgano que se encuentra por debajo del hígado. Almacena la bilis, que se produce en el hígado. Su cuerpo la utiliza para digerir las grasas en el intestino delgado.

La colecistitis aguda se produce cuando la bilis queda atrapada en la vesícula biliar. A menudo esto sucede porque un cálculo biliar bloquea el conducto cístico, el conducto a través del cual la bilis viaja dentro y fuera de la vesícula biliar. Cuando un cálculo bloquea este conducto, la bilis se acumula, causando irritación y presión en la vesícula biliar. Esto puede conducir a hinchazón e infección.

El síntoma principal es dolor en la parte superior derecha o media del abdomen que por lo regular dura al menos 30 minutos.

Dolor agudo, de tipo cólico o sordo

Dolor continuo

Dolor que se irradia a la espalda o por debajo del omóplato derecho

Otros síntomas que pueden ocurrir incluyen:

Heces de color arcilla

Fiebre

Náuseas y vómitos

Coloración amarillenta de la piel y de la esclerótica de los ojos (ictericia)

Los tratamientos no quirúrgicos incluyen:

Antibióticos que debe tomar en casa para combatir la infección

Dieta baja en grasa (si puede comer)

Analgésicos

Se puede necesitar una cirugía de emergencia si tiene complicaciones como:

Muerte del tejido (gangrena) en la vesícula

Un orificio que se forma en la pared de la vesícula (perforación)

Inflamación del páncreas (pancreatitis)

Bloqueo persistente de las vías biliares
Inflamación del conducto colédoco

ANALISIS

Es importante dentro del análisis de los documentos aportados resaltar que se evidencian fallas en la atención inicial del usuario en el servicio de urgencias de la ESE Hospital San José de Viterbo ya que no se evidencia en la historia clínica una mayor indagación a los signos y síntomas referidos por el paciente, además el no ordenamiento de exámenes de laboratorio que podrían ayudar en el proceso diagnóstico y ayudar a definir un plan de manejo adecuado a las necesidades del usuario, se da egreso con manejo analgésico, antiinflamatorio el cual no era el indicado para su patología, sin el ordenamiento de manera ambulatoria de pruebas diagnósticas.

El paciente reconsulta al día siguiente ya con exacerbación de los síntomas y empeoramiento de su estado de salud general, con aumento del dolor, por lo que requiere un traslado como **urgencia vital** (donde es importante tener en cuenta que este tipo de urgencias son aquellas donde la vida del paciente corre un riesgo inminente o una secuela grave en su condición de salud) por un Abdomen Agudo a una institución de mayor complejidad en la ciudad de Pereira donde fue intervenido quirúrgicamente por apendicitis y además sometido a una colescistectomía por laparotomía debido a fluidos encontrados en la cavidad abdominal.

Es evidente que el manejo en la primera consulta del 15/04/2024 no fue el adecuado, ya que no se evidencia una indagación mayor a los signos y síntomas del paciente, no se realizaron ayudas diagnósticas con el fin de realizar un mejor diagnóstico y por ende un tratamiento idóneo y pertinente, que evitaran el riesgo mortal al que fue expuesto el paciente, el cual desencadenó un procedimiento quirúrgico mayor con una estancia prolongada hospitalaria, además que requirió una hospitalización domiciliaria en una ciudad diferente a la de residencia del mismo.

Igualmente no es posible evidenciar los protocolos institucionales ya que no fueron aportados dentro del expediente, además no se cuenta con análisis de la situación presentada en la atención del usuario en el servicio de urgencias y posterior complicación del usuario.

Es importante aclarar que la custodia del paciente es de la Institución de salud que presta los servicios requeridos por el usuario desde el ingreso hasta el alta de la misma.

En cuanto a barreras administrativas no se observan fallas dentro del proceso de atención ya que fue atendido en ambas IPS sin problemas, con acceso a todos los servicios, la EPS Coomeva garantizó el proceso con la generación de las autorizaciones.

BIBLIOGRAFÍA

<https://www.msmanuals.com/esco/professional/trastornosgastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterolog%C3%ADa-quir%C3%BArgica/dolor-abdominal-agudo>

<https://www.msmanuals.com/esco/professional/trastornosgastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterolog%C3%ADa-quir%C3%BArgica/apendicitis>

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000264.htm>

ATENTAMENTE,



ALEJANDRA MARCELA PATIÑO RESTREPO

CC 30359303

Abogada TP 226748

Especialista en Desarrollo Gerencial

Especialista Gerencia de Calidad y Auditoria en salud

Diplomado en auditoria interna para la verificación de condiciones de habilitación en salud