

Bogota, Cundinamarca, dieciocho (8) de noviembre de dos mil veintidós (2022)

Señores

JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO DE FLORENCIA CAQUETÁ

E. S. D.

ASUNTO: INFORME DICTAMEN PERICIAL

MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA

DEMANDANTE: ENITH MOTTA MURCIA Y OTROS

DEMANDADO: CLÍNICA MEDILASER Y OTROS

RADICADO: 18-001-33-33-003-2020-00401-00

El suscrito Médico internista y cardiólogo **PEDRO ROCHA CASTELBLANCO**, identificado civil y profesionalmente como aparece al final al pie de mi firma, mediante el presente informe me permito emitir Dictamen Pericial Médico con el fin de que obre dentro del proceso de la referencia, de conformidad con lo dispuesto sobre este tipo de pruebas en la Ley 1437 de 2011 por medio de la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, Ley 1564 de 2012 Por medio de la cual se expide el Código General del Proceso y Ley 1080 de 2021 Por medio de la cual se reforma el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y se dictan otras disposiciones en materia de descongestión en los procesos que se tramitan ante la jurisdicción, así:

1. OBJETO DEL DICTAMEN

Pronunciarse sobre los aspectos concretos requeridos por la parte demandada, quien solicita la práctica del presente dictamen, así como conceptuar si se incurrió en una negligencia médica y falta de atención integral, durante la atención médica brindada por la Clínica Medilaser de la ciudad de Florencia, Caquetá, al paciente MARTIN HERNANDEZ AVILA, durante los días 12 al 15 de junio del año 2018.

2. MANIFESTACIONES

Para efectos de rendir el presente dictamen y el cumplimiento de las funciones inherentes a la labor de perito, el suscrito profesional manifiesto:

ESTUDIOS

Pregrado:

Médico y Cirujano General
Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Posgrados:

Médico Internista

Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Hospital Universitario Clínica San Rafael
6 de marzo 2008

Médico Cardiólogo

Universidad del Bosque
Clínica Shaio
2 septiembre 2012

Formación complementaria:

Master en Ecocardiografía Transesofágica

Sociedad Española de Cardiología
Universidad Católica de España
2018

Master en cardiología

Sociedad Española de Cardiología
Universidad Católica de España
Marzo 2016

Curso:

Falla cardiaca

Sociedad Colombiana de Cardiología
2015

- Que el método empleado en desarrollo del presente dictamen no es diferente respecto del que utilizo en el ejercicio regular de mi profesión.
- Que en desarrollo de este informe he actuado leal y fielmente en el desempeño de mi labor, con objetividad e imparcialidad, tomando en consideración tanto lo que pueda favorecer como lo que sea susceptible de causar perjuicio a cualquiera de las partes.
- Que rindo el presente dictamen con base en la fotocopia de demanda y anexos; copia de las atenciones en salud recibidas por la paciente durante los días 12 al 15 de junio del año 2018 en la Clínica Medilaser de la mencionada ciudad; correspondientes al usuario MARTIN HERNANDEZ AVILA.

- Que todos los fundamentos del presente dictamen son ciertos y fueron verificados personalmente por el suscrito.

3. ALCANCE

El suscrito en calidad de Médico internista y cardiólogo, me obligo en el ejercicio de este dictamen a poner a disposición todo el cuidado, diligencia y prudencia en los términos de ley, así mismo, certifico que no he sido designado en procesos anteriores o en curso por la misma parte o por el mismo apoderado de la parte que solicitó el dictamen, que mi opinión es independiente y corresponde a mi real convicción profesional, que no me encuentro incurso en ninguna causal de impedimento o exclusión y que acepto el régimen jurídico de responsabilidad como auxiliar de la justicia.

4. ANALISIS Y OPINION PERICIAL

1. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Martin Hernández Ávila, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 12 al 15 de junio del año 2018; sírvase informar el perito ¿Cuál fue el motivo de consulta de la paciente?

Rta/ El motivo de consulta por el cual ingresa a la clínica Medilaser referido de sitio de remisión por episodio sincopal, asociado a diaforesis y taquicardia

2. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Martin Hernández Ávila, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 12 al 15 de junio del año 2018; sírvase informar el perito ¿Cuáles fueron las intervenciones médicas realizadas al paciente, conforme al motivo de consulta?

Rta/ las intervenciones médicas realizadas inicialmente y teniendo en cuenta antecedente de trauma se solicito toma de TAC de tórax para descartar posibilidades de TEP, paraclínicos de ingreso. (Bilirrubinas total, directa e indirecta. Calcio. Cloro. Ck.cpk. Creatinina en suero. Gases arteriales. Hemograma IV. Bun. Potasio. Sodio. Pt Ptt. Aspartato amino tranferasa. Alanino amino tranferasa. Troponina t. Uroanálisis. Rx de cadera comparativa. - Dímero D. Hba1c

3. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Martin Hernández Ávila, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 12 al 15 de junio del año 2018; sírvase informar el perito ¿cuáles fueron los criterios clínicos que tuvo el médico tratante, para ordenar la interconsulta por la especialidad de cardiología? Justifique su respuesta.

Rta/ Teniendo en cuenta la sintomatología presentada por el paciente y lo descrito en la historia clínica de ingreso solicitan valoración por cardiología por la complejidad e inestabilidad de paciente en que llega para ir descartando los posibles diagnósticos (Tep, Síndrome coronaria, Sincope, Síndrome Aortico, etc)

4. Teniendo en cuenta sus conocimientos técnicos en la especialidad de cardiología, y basado en la literatura médica aplicable; sírvase informar el perito ¿En qué consiste el derrame pericárdico, ¿cuáles son los signos y síntomas típicos que se presentan para este tipo de diagnósticos, y cuál es el tratamiento que requiere esta patología? Justifique su respuesta.

Rta/

Función del pericardio

Aunque no sea esencial para la vida, el pericardio realiza importantes funciones anatómicas y fisiológicas. El líquido pericárdico ejerce la función de lubricante, facilitando el deslizamiento entre ambas capas durante los movimientos cardíacos.

Tabla 7.1-1. Funciones del pericardio
Efectos sobre las cavidades cardíacas
• Limita la distensión cardíaca a corto plazo • Facilita el acoplamiento y la interacción entre las cavidades cardíacas • Mantiene la relación presión/volumen y el gasto cardíaco de las cavidades cardíacas • Preserva la geometría ventricular izquierda
Efectos sobre todo el corazón
• Función de amarre del corazón al mediastino • Lubricante, minimiza la fricción • Equilibra las fuerzas gravitacional e hidrostática • Inmunológico • Vasomotor • Fibrinolítico • Aísla al corazón de la extensión de enfermedades intratorácicas* • Vehículo para la administración de medicamentos y terapia génica

Derrame pericardio

Se define el derrame pericárdico como el aumento de la cantidad normal de líquido pericárdico. El sacopericárdico normal contiene 10-50 mL de líquido pericárdico resultante de un ultrafiltrado plasmático que actúa como lubricante entre las hojas pericárdicas. Cualquier proceso patológico suele causar inflamación, con la posibilidad de que se produzca un aumento de la producción de líquido pericárdico (exudado). Un mecanismo alternativo de acumulación de

líquido pericárdico puede ser la disminución de la reabsorción por un aumento general de la presión venosa sistémica como consecuencia de insuficiencia cardíaca congestiva o hipertensión pulmonar (trasudado).

Tabla 7.1-3. Clasificación del derrame pericárdico

Inicio	Agudo Subagudo Crónico (> 3 meses)
Tamaño	Leve (< 10 mm) Moderado (10-20 mm) Grave (> 20 mm) Muy grave (> 25 mm)
Distribución	Circunferencial Localizado
Composición	Exudado Trasudado Hidropéricardio Hemopéricardio Quilopéricardio Piopéricardio Neumopéricardio

El derrame pericárdico puede clasificarse según su comienzo (agudo o subagudo frente a crónico cuando dura más de 3 meses), distribución (circunferencial o localizado), impacto hemodinámico (ninguno, taponamiento cardíaco, efusivo-constrictivo), composición (exudado, trasudado, sangre, aire o gas procedente de las infecciones bacterianas) y, en particular, su tamaño. Según diferentes series, en los países desarrollados muchos casos son idiopáticos (hasta un 50 %), otras causas comunes son el cáncer (10-25 %), las infecciones (15-30 %), las causas iatrogénicas (15-20%) y las enfermedades del tejido conectivo (5-15 %), mientras que la tuberculosis es la causa dominante en los países en desarrollo (> 60 %).

Diagnóstico y Manifestaciones clínicas del derrame pericárdico

La presentación clínica del derrame pericárdico varía de acuerdo con la velocidad de la acumulación del líquido pericárdico. Si este se acumula rápidamente, como ocurre después de una lesión o perforación iatrogénica, la evolución es dramática e incluso pequeñas cantidades de sangre pueden causar un aumento de la presión intrapericárdica en pocos minutos y un taponamiento cardíaco franco. Por el contrario, una acumulación lenta de líquido pericárdico permite almacenar gran cantidad de líquido durante días o semanas antes de que se produzcan síntomas o signos derivados del aumento de la presión pericárdica.

Pronóstico

El pronóstico del derrame pericárdico está relacionado con la etiología. El tamaño del derrame se relaciona con el pronóstico, pero porque estos derrames mayores se asocian con etiologías de peor pronóstico como las causas neoplásicas o bacterianas. Los derrames crónicos (> 3 meses) idiopáticos de gran volumen tienen un riesgo de progresión a taponamiento cardíaco de un 30-35 %. De manera similar, los derrames subagudos (4-6 semanas) de gran volumen que no responden al tratamiento convencional y presentan signos ecocardiográficos de colapso de las cavidades derechas pueden tener un riesgo aumentado de progresión a taponamiento.

Tratamiento

En cuanto al tratamiento, se debe seguir la misma pauta que en la pericarditis aguda no complicada, intentando dirigirse a la etiología tanto como sea posible. Se debe vigilar clínicamente la aparición de posibles signos de compromiso hemodinámico. Se indicará ingreso en los casos de derrame moderado o severo. En el derrame ligero no es preciso ningún seguimiento especial.

5. Teniendo en cuenta su respuesta anterior, y basado en sus conocimientos técnicos en la especialidad de cardiología; sírvase informar el perito ¿Si los signos y síntomas que presentó el paciente puede sugerir un diagnóstico diferencial? Justifique su respuesta.

Rta/ Lo relatado en el motivo de consulta describen un paciente quien sufre trauma 10 días antes de hospitalización consistente en caída de caballo con limitación funcional sin consultar y realizando medidas en domicilio con sobandero, una caída o golpe puede llevar a la formación de coágulos que con el pasar de los días estos pueden migrar a pulmón produciendo disnea súbita, sudoración, frialdad, palidez generalizada, mareo y hasta pérdida de la conciencia

6. Teniendo en cuenta sus conocimientos técnicos en la especialidad de cardiología, y basado en la literatura médica aplicable; sírvase informar el perito ¿La Subespecialidad de cardiología es una interconsulta con la que las IPS cuentan de forma permanente?

Rta/ En el servicio de urgencias las especialidades que deben estar de forma permanente son especialistas en emergencias, cirugía general, medicina interna, pediatría y obstetricia según sea el servicio y las subespecialidades en la gran mayoría de IPS por no decir todas no se encuentran de manera permanente ya que están para el apoyo médico y diagnóstico una vez el paciente tiene una impresión diagnóstica y estudios de ingreso

7. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Martin Hernández Ávila, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 12 al 15 de junio del año 2018; sírvase informar el perito ¿EL tratamiento generado al paciente estuvo acorde al motivo de consulta?

Rta/ el enfoque del paciente realizado desde el momento de su ingreso a la institución (Clínica Medilaser) es acorde a la sintomatología descrita y presentada, ya que aborda estudios paraclínicos como química sanguínea, imagenológica y formulación médica para tratar de lograr estabilización en el paciente

8. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Martin Hernández Ávila, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 12 al 15 de junio del año 2018; sírvase informar el perito ¿existió alguna inoportunidad en el manejo medico generado al paciente? Justifique su respuesta

Rta/ La historia clínica y los procedimientos realizados al paciente en cada uno de los momentos en que se va desarrollando la evolución del paciente y la obtención de resultados clínicos, paraclínicos e imagenológicos se fueron resolviendo dentro del momento en que se presentaron tales como a su ingreso solicitud de tac de tórax por características de la sintomatología pensando en un diagnóstico de TEP, solicitud de estudios de química sanguínea, inicio de reanimación hídrica y formulación posterior paciente con deterioro clínico acidosis metabólica severa con hiperkalemia; progresivamente empeora la disnea la cual no responde adecuadamente a oxigenación. Por tal motivo se IOT y presenta Paro Cardiorespiratorio; RCP exitoso a los 30 minutos. Se procede a informar a la familia, la necesidad imperante de pasar Mahurkar y realizar procedimiento dialítico el cual también se inicia, con el reporte de tac de tórax evidenciando derrame pericárdico se informa a cirugía general quienes realizan ventana pericárdica. Así se puede continuar dando resolución a cada situación buscando estabilización y mejoría en pro del paciente. Por lo anterior no considero que hay inoportunidad en el manejo médico.

9. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Martin Hernández Ávila, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 12 al 15 de junio del año 2018; sírvase informar el perito ¿El drenaje del líquido pericárdico que tuvo el paciente fue masivo? Justifique su respuesta

Rta/ El drenaje que se le realizo al paciente está cuantificado en la nota quirúrgica 450cc de líquido hemático de aspecto “vinoso” el cual es considerado como moderado por tanto se trae a colación la siguiente tabla para saber los grados del derrame pericárdico

Tabla 7.1-4. Gravedad del derrame. Separación modo M

Leve (< 100 mL)	< 1 cm restringido a localizaciones posteriores. El despegamiento anterior está ausente o muy reducido
Moderado (100-500 mL)	> 1 cm en saco posterior y presencia de líquido en localización anterior
Grave (> 500 mL)	> 2 cm, la suma de la separación anterior y posterior

10. Teniendo en cuenta sus conocimientos técnicos en la especialidad de cardiología, y basado en la literatura médica aplicable; sírvase informar el perito ¿Cuál era el pronóstico e índice de mortalidad del paciente con los diagnósticos que padeció?

Rta/ Gracias a los estudios realizados a lo largo del tiempo tenemos varias tablas por decirlo de alguna manera para poder medir la morbilidad y mortalidad del paciente que ingresa a urgencias y UCI. Entre ellas existe la escala SOFA, APACHE II. etc., sin embargo, aplicadas en el contexto del paciente al momento de ingreso todas dan un riesgo muy alto de mortalidad y morbilidad desde el ingreso las cuales aumentan con su evolución a lo largo del tiempo

Escala SOFA (Sepsis related Organ Failure Assessment)					
CRITERIOS	0	1	2	3	4
SNC Escala de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	< 6
Renal Creatinina (mg/dl) Diuresis (ml/día)	< 1,2	1,2-1,9	2-3,4	3,5-4,9 ou < 500	> 5 ou < 200
Hepático Bilirrubina (mg/dl)	< 1,2	1,2-1,9	2-5,9	6-11,9	> 12
Coagulación Plaquetas 10 ³ /mm ³	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Respiratorio PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	≥ 400	< 400	< 300	< 200 y soporte ventilatorio	< 100 y soporte ventilatorio
Cardiovascular TAM (mmHg) Drogas vasoactivas (µg/kg/min)	≥ 70	< 70	Dopamina a < 5 o dobutamina a cualquier dosis	Dopamina 5-15 Noradrenalina o adrenalina ≤ 0,1	Dopamina > 15 Noradrenalina o adrenalina > 0,1

SNC: sistema nervioso central; PaO₂: presión arterial de oxígeno; FiO₂: fracción de oxígeno inspirado; TAM: tensión arterial media.

ESCALA APACHE II

es un sistema de clasificación de severidad o gravedad de enfermedades, uno de varios sistemas de puntuación usado en las unidades de cuidados intensivos.

Puntuación APACHE II									
APS	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Temperatura rectal (°C)	>40,9	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	<30
Pres. art. media (mmHg)	>159	130-159	110-129		70-109		50-69		<50
Frec. cardíaca (lpm)	>179	140-179	110-129		70-109		55-69	40-54	<40
Frec. respiratoria (rpm)	>49	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		<6
Oxigenación									
Si FIO2 ≥ 0.5 (AaDO2)	499	350-499	200-349		>200				
Si FIO2 ≤ 0.5 (PaO2)					<70	61-70		56-70	<56
pH arterial	>7,9	7,60-7,69		7,50-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	<7,1
Na plasmático (mmol/L)	>179	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	<111
K plasmático (mmol/L)	>6,9	6,0-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3,0-3,4	2,5-2,9		<2,5
Creatinina ^a (mg/dL)	>3,4	2,0-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		<0,6		
Hematocrito (%)	>59,9		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		<20
Leucocitos (x1000)	>39,9		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		<1
Suma de puntos									
Total APS									
15- GSC									
Enfermedad crónica	Edad								
	≤ 44	0							
	45-64	2							
	55-64	3							
	65-74	5							
	≥ 75	6							
Preoperatorio programado		2	Puntos APS (A)		Puntos GCS (B)	Puntos edad (C)	Puntos enf. previa (D)		
Preoperatorio urgente o médico		5							
Total de puntos APACHE II A+B+C+D =									

11. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Martin Hernández Ávila, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 12 al 15 de junio del año 2018; sírvase informar el perito ¿Cuál fue la Causa del Derrame pericárdico que llevo al paciente a su fallecimiento?

Rta/ La causa es desconocida ya que no se le practico autopsia al paciente

12. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Martin Hernández Ávila, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 12 al 15 de junio del año 2018; sírvase informar el perito ¿se puede establecer con certeza que la causa del derrame pericárdico sea atribuible a un indebido proceder médico o manejo integral por parte de los galenos tratantes?

Rta/ No se puede atribuir a un proceder médico o manejo por parte del personal de salud la causa del derrame pericárdico ya que se debe a cualquier proceso patológico que cause inflamación tiene la posibilidad de generar un incremento en la producción de líquido pericárdico (exudado). Un mecanismo alternativo de acúmulo de líquido pericárdico es la disminución en la absorción, debido a una

presión sistémica venosa aumentada, resultado de insuficiencia cardíaca congestiva o hipertensión pulmonar (trasudado). En la siguiente tabla se muestra las causas potenciales para derrame pericárdico

Tabla 7.1-2. Causas de derrame pericárdico	
Exudados	• Inflamación: – Virus – Fármacos – Enfermedades sistémicas: lupus, AR • Infección: pericarditis purulenta
Trasudados	• Insuficiencia cardíaca • Embarazo • Hipoproteinemia (cirrosis, desnutrición) • Hipotiroidismo (mixedema) • Elevación de las presiones de llenado lado derecho del corazón • Obstrucción del sistema venoso: VCS, sistema ácigos-hemiácigos • Obstrucción del conducto torácico: DP quíloso
Hemático	• Sangrado posquirúrgico • Perinfarto de miocardio: – Rotura cardíaca – Pericarditis epistenocárdica – Síndrome de Dressler – Disección de aorta • Causa traumática: – Laceración traumática – Traumatismo torácico cerrado – Yatrogenia: implante electrodos, intervencionismo coronario y no coronario, procedimientos intervencionistas electrofisiológicos, accesos vasculares centrales
Otros	– Tumores

DP: derrame pericárdico ; VCS: vena cava superior

Según diferentes series, en los países desarrollados muchos casos son idiopáticos (hasta un 50%), otras causas comunes son el cáncer (10-25%), las infecciones (15-30%), las causas yatrogénicas (15-20%) y las enfermedades del tejido conectivo (5-15%). Sin embargo, la tuberculosis es la causa más frecuente en los países subdesarrollados (>60%).

13. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Martin Hernández Ávila, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 12 al 15 de junio del año 2018; sírvase informar el perito ¿existe algún enlace causal entre el fallecimiento del usuario y la atención medica generada en Clínica Medilaser S.A.S.?

Rta/ Entre el fallecimiento del paciente y la atención medica prestada en la Clínica Medilaser no existe un enlace ya que desafortunadamente el paciente desde su traslado del sitio de remisión ya se encontraba con variables las cuales fueron contribuyendo a la inestabilidad y pese a los grandes esfuerzos realizados por todo el personal de salud y la realización de diversos procedimientos para tratar de disminuir la mortalidad del paciente no fue posible

14. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Martin Hernández Ávila, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 12 al 15 de junio del año 2018; sírvase informar el perito ¿Fue adecuada la atención médica integral dada a este paciente por los galenos de Clínica Medilaser S.A.S?

Rta/ Como se ha descrito en preguntas anteriores la atención considero fue oportuna ya que desde el ingreso del paciente a la Clínica Medilaser se prestó una atención de calidad, oportuna teniendo en cuenta la sintomatología y la evolución del paciente tratando de resolver la inestabilidad presentada desde el sitio de remisión apoyándose en medidas diagnósticas, quirúrgicas, clínicas y paraclínicas quien a pesar de todo lo realizado se lleva a un desenlace fatal

15. —Las demás que interesen al proceso—

5. DOCUMENTACION BASE DEL ESTUDIO

- Fotocopia Historia Clínica de los días los días 12 al 15 de junio del año 2018 en la Clínica Medilaser de la ciudad de Florencia, Caquetá, correspondiente al usuario MARTIN HERNANDEZ AVILA.
- Fotocopia de la demanda y anexos.

6. PRUEBAS DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

- Diploma Médico General
- Diploma Especialista en medicina interna
- Diploma Especialista en cardiología
- Tarjeta profesional
- Cedula de ciudadanía

7. BIBLIOGRAFIA

Adler Y, Charron P, Imazio M, Badano L, Barón-Esquivias G, Bogaert J, et al; ESC Scientific Document Group. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the EuroCONCLUSIONES • Las guías sobre enfermedades del pericardio recomiendan el estudio ecocardiográfico de la pericarditis aguda por su capacidad para identificar complicaciones y sus aportaciones al diagnóstico diferencial y etiológico. • Tanto en el diagnóstico como en el seguimiento del derrame pericárdico, el ecocardiograma es la principal técnica de imagen, siendo fundamental para la valoración de su repercusión hemodinámica, y la evaluación de causas graves asociadas a derrame, como el infarto de miocardio

complicado, la disección aórtica o el cor pulmonale agudo. • En el taponamiento cardíaco se objetiva derrame, responsable del aumento de la presión intrapericárdica y causante de los colapsos de las paredes libres que dificultan progresivamente el llenado diastólico. La gravedad y la rapidez de instauración del cuadro dependerán del volumen de reserva pericárdico, del ritmo de acumulación del derrame y de las presiones intracavitarias. pean Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: The European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2015 Nov 7;36(42):2921-64. Appleton CP, Hatle LK, Popp RL. Cardiac tamponade and pericardial effusion: respiratory variation in transvalvular flow velocities studied by Doppler echocardiography. J Am Coll Cardiol. 1988;11(5):1020-30. Módulo 7: Ecocardiografía en enfermedades del pericardio, tumores y otras masas Tema 1: Ecocardiografía en pericarditis, derrame pericárdico y taponamiento cardíaco © EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA Máster en Ecocardiografía | 15 Klein A, Abbara S, Agler D, Appleton C, Asher C, Hoit B, et al. American Society of Echocardiography Clinical Recommendations for Multimodality Cardiovascular Imaging of Patients with Pericardial Disease. J Am Soc Echocardiogr. 2013; 26(9):965-1012. Ling LH, Oh JK, Tei C, Click RL, Breen JF, Seward JB, et al. Pericardial thickness measured with transesophageal echocardiography: feasibility and potential clinical usefulness. J Am Coll Cardiol. 1997;29(6):1317-23. Oh JK, Seward JB, Tajik AJ. Pericardial diseases. The Echo Manual. 3ª ed. Lippincott Williams and Wilkins; 2007; p. 289-309. Restrepo JA, Martinis G, Diego G, Lorenzo N, Rivero F, Aguilar R. Low-pressure cardiac tamponade: a case report. J Cardiol Cases. 2016;14(1):8-10. Sagristá Sauleda J. Diagnóstico y guía terapéutica del paciente con taponamiento cardíaco o constricción pericárdica. Rev Esp Cardiol. 2003;56(2):195-205. Sagristá-Sauleda J, Mercé AS, Soler-Soler J. Diagnosis and management of pericardial effusion. World J Cardiol. 2011;3(5):135-43. Shabetai R. Diseases of pericardium. En: Lorell BH (ed.). The Heart. Hurst. 8ª ed. New York: 2007; p. 1467-67. Spodick DH. Acute cardiac tamponade. N Engl J Med. 2003;349(7):684-90. Tsang T, Sarano ME, Freeman W, Barnes ME, Sinak LJ, Gersh BJ, et al. Consecutive 1127 therapeutic echocardiographically guided pericardiocenteses: clinical profile, practice patterns, and outcomes spanning 21 years. Mayo Clin Proc. 2002;77(5):429-36. Verhaert D, Gabriel RS, Johnston D, Lytle BW, Desai MY, Klein AL, et al. The role of multimodality imaging in the management of pericardial disease. Circ Cardiovasc Imaging. 2010;3(3):333-43. Armstrong W, Schilt B, Helper D, Dillon J, Feigenbaum H. Diastolic collapse of the right ventricle with cardiac tamponade: an echocardiographic study. Circulation. 1982;65(7):1491-6. Cabrera F. Ecocardiografía. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2019. Candell Riera J. Taponamiento y constricción. Utilidad y limitaciones diagnósticas de los registros externos y del ecocardiograma. En: Soler Soler J, Permanyer Miralda G, Sagristá Sauleda J (eds.). Enfermedades del pericardio: nuevos aspectos y viejos dilemas. Barcelona: Ediciones Doyma; 1988. p. 33-50. Evangelista A, Flachskampf F, Lancellotti P, Badano L, Aguilar R, Monaghan M, et al. European Association of Echocardiography recommendations for standardization of performance, digital storage and reporting of echocardiographic studies. Eur J Echocardiogr.

2008;9(4):438-48. Feigenbaum H, Waldhausen JA, Hyde LP. Ultrasound diagnosis of pericardial effusion. JAMA. 1965;191:711-4. García del Castillo H. Diagnóstico ecocardiográfico del derrame pericárdico. Valoración crítica. En: Soler Soler J, Permanyer Miralda G, Sagristá Sauleda J (eds.). Enfermedades del pericardio: nuevos aspectos y viejos dilemas. Barcelona: Ediciones Doyma; 1988. p. 23-32. Gillam LD, Guyer DE, Gibson TC, King ME, Marshall JE, Weyman AE. Hydrodynamic compression of the right atrium: a new echocardiographic sign of cardiac tamponade. Circulation. 1983;68(2):294-301. Hutchison SJ. Pericardial diseases. Clinical diagnostic imaging atlas. Philadelphia: Saunders-Elsevier, 2009

Atentamente,



PEDRO ROCHA CASTELBLANCO
Médico internista y cardiólogo
CC. No. 79.785.058 de Bogotá D.C.
Registro Médico 79785058

Dirección: Carrera 16 # 4 600, conjunto valkina, Torre 1 apto 203
Teléfono: 3217993181
Correo electrónico: rochap@hotmail.com