

De: Yolanda María López Muñoz <ymlopez@gha.com.co>

Enviado: viernes, 9 de febrero de 2024 17:31

Para: Informes GHA <informes@gha.com.co>

Cc: Kelly Alejandra Paz Chamorro <kpaz@gha.com.co>; Javier Andrés Acosta Ceballos <jacosta@gha.com.co>;
María Fernanda López Donoso <mflopez@gha.com.co>

Asunto: INFORME AUDIENCIA PRUEBAS//CÓDIGO:JUDICIAL-2091//RAD: 2020-00191//DEMANDANTE: LUZ
ENEIDA AGUIRRE GÓMEZ //DEMANDADO: ESE SALUD PEREIRA

Cordial saludo informes,

Me permito informar que asistí el día 8 de febrero audiencia de pruebas dentro del proceso de la referencia en el Juzgado Segundo Administrativo de Pereira.

DEMANDANTE: LUZ ENEIDA AGUIRRE GÓMEZ

DEMANDADO: ESE SALUD PEREIRA

RAD: 2020-00191

COMPAÑÍA: ALLIANZ

CÓDIGO: JUDICIAL-2091

Del lunes 18 de marzo al 22 de marzo de 2024, se llevaran a cabo audiencias diarias dese las 7 am hasta las 5 o 6 pm , en samai se colgará el cronograma de los horarios en los que deben asistir quienes rendirán testimonio.

Tiempo: 8 horas

Pendiente acta.

Dictamen pericial: Linibeth Cruz

Me base en la historia clínica, posterior a ello con literatura científica y con mi experticia de más de 20 años. Hizo un breve recuento de los hechos

En el primer ingreso tiene latidos de 118 latidos por minuto, eso quería decir que había algo mal con el niño.

EN la nota del 13 de agosto se da a entender que había un proceso infeccioso agudo, o sea apendicitis da a entender, en el examen físico se encontró blumberg insinuado lo cual da a entender que hay una apendicitis

EN el hospital San Rafael es evaluado, le hacen una ecografía, no arroja datos conclusivos, le tomaron PCR, dio 166,, cuando sube el valor de esa prueba es que hay una infección activa. Le dieron salida el 15 de agosto.

El 20 de agosto ingreso a la ese salud de Pereira, el medico describe que tiene dolor en donde queda el apéndice y dice que tiene aspecto toxico, eso significa que esta eb sepsis, está demasiado grave por un proceso infeccioso, tiene un cuadro de apendicitis, hay dolor intenso y con el solo examen medico se sabe. Que necesita una remisión urgente a cirugía pediátrica, el medico lo vio tan mal que lo mandaron al hospital san Rafael de emergencia, de una vez lo pasaron a cirugía encontraron una apendicitis perforara. Lo remiten a una unidad pediátrica donde llega con urgencia vital, tenia peritonitis,

Notal del 22 de agosto, describen niño con choque séptimo, el niño venia con apendicitis, perforo el apéndice y las bacterias se fueron por toda su sangre generaron sepsis, estaba en un estado grave de no reversión, el niño no evolucionó bien y el 28 de agosto falleció

El tejido del apéndice se inflama, si esto ocurre se llama apendicitis, si se perfora,

Cuanto un niño lleva mas de 5 días y que no mejora y tiene algunos síntomas como dolor abdominal y vomito se debe pensar que tiene dolor apendicular, De acuerdo con sus síntomas y demás, se debió haber descartado.

La ecografía no es el mejor método diagnostico para descartar una apendicitis el mejor método es la tomografía, eso le hace confirmar a uno con toda certeza que hay apendicitis.

Las opciones terapéuticas son, aplicar antibióticos y esperar para la cirugía o operarlo de una, pero uno debe llevar en las mejores condiciones a cirugía, si uno lo lleva con una infección activa, la probabilidad de muerte es muy alta.

Se debió hacer un tratamiento Conservador, darle antibióticos previos para que no pase a un proceso de sepsis y se mantiene hospitalizado de 7 a 10 días con antibióticos, enfriar ese proceso infeccioso, y operarlo mucho después. Si lo lleva con un proceso de infección controlado a una cirugía hay mas probabilidades de vivir.

En el primer ingreso el medico lo remitió porque sospechaba de una apendicitis y lo remitió a un hospital de mayor nivel, sin embargo, allá le dieron de alta, hubo una falta de diagnostico que desencadeno la muerte del menor, porque estuvo 5 días en casa, en donde evoluciono la infección y se murió.

Respuesta a preguntas que le hicieron:

La ESE SALUD Pereira, remitió al niño con un diagnostico claro, fue acertado, y cumplieron con el diagnostico.

La decisión es del cirujano pediatra para llevar a un menor a cirugía.

Uno como medico toca el abdomen y empieza a pensar las posibilidades diagnosticas, no tiene en cuenta la ubicación de la apéndice, si duele debajo del ombligo, toca pensar que es una apendicitis.

La apendicitis evoluciona de una manera rápida.

La apendicitis es lo primero que pasa, eso se perforo y rompió y eso salió y el plastron apendicular, se llama la masa que se forma para contener lo que se salió.

A Dilan le paso que iba mejorando y desmejora, eso pone en alerta a un médico, y lo remite con un diagnóstico de apendicitis.

EN San Rafael, no tuvieron en cuenta el diagnostico de remisión.

La PCR se eleva porque hay un proceso de infección importante, si te da gripa no se te eleva, pero si te va a matar si se eleva, los valores máximos son de 6 y Dilan tenía 166.

El llego el 11 de agosto con un dolor de evolución de tres días.

El diagnostico de apendicitis es un diagnostico clínico, desde cuando le empezó y donde duele, tú tienes el 80 % de certeza, si es remitido con sospecha de apendicitis, es una señal clara.

Blumberg insinuado y positivo, es lo mismo, se creo para referirse a las apendicitis.

El 21 de agosto cuando reingreso, estaba en una fase de reversas, ya estaba en sepsis severa, no había reversa, tenia que ser tratado con antibiótico de alto espectro, pero también debía llevarse a cirugía para lavar con el fin de poder detener la infección.

Si lo hubieran diagnosticado a tiempo si lo hubieran podido tratar con solo antibióticos, pero llego muy mal ya el 21 no se podía hacer Oslo esto tocaba operar.

El peritaje se da en términos de probabilidad la certeza nadie la tiene.

Cuando ustedes me hablan de probabilidad de muerte, yo hablo con porcentajes

Cuando tiene Blumberg insinuado y positivo tiene el 1% de morir

Cuando lo llevo a cirugía con una infección a una persona tiene el 80% de morir

En medicina no se puede ser exacto, cada persona es diferente, hay intervalos de tiempo, que nos pone en alerta, una apendicitis en 24 y 48 horas avanza muy rápido y la persona termina en cirugía. El plastron, tiene la característica que mejora, empeora y así, para diagnosticarse demora más días.

Empezó como apendicitis, paso a Plastrón apendicular, y termino en sepsis. Hasta que lo abrieron el 21 de agosto supieron que hubo un plastrón apendicular, antes no.

Doctor Álvaro Cano Salazar

Médico con 30 años de experiencia.

Yo valore a Dilan, y lo trate en la clínica conmafiar y en el hospital san Rafael, tuvo varios procedimientos donde yo intervine.

San Rafael: Lo valore por un cuadro clínico de 5 días con diarrea y vomito, manejado con vómitos, y lo remitieron porque tenían duda con el diagnostico, interrogué al paciente, en la historia decía que tenía diarrea, negó tener vomito, ya había desaparecido la diarrea, no tenía deshidratación ni dificultad respiratoria, no se le palpo masas, se veía en buenas condiciones. Tenía un cuadro hemático, bueno, le hicieron una ecografía y pregunto por el resultado, dice que no pueden saber que diagnostico es, revisaron la ecografía y que no había síntomas indirectos, no se vio nada, paciente asintomático.

No le encuentro nada en los exámenes ni en el tacto, la PCR era alta pero no se veía nada, entonces no vi nada que requiera intervención quirúrgica, eso es lo que me consta a mi.

Ingreso a Comfamiliar: había sido operado en san Rafael por un plastrón, estaba en sepsis, y el plastrón hizo difícil el diagnostico.

Ingreso a la uci, lo programo para un lavado peritonoteneal, el ingreso con abdomen abierto, en la primera cirugía no se logró parar la infección, por eso se dejo abierto, hice el primer lavado, le retire la bolsa, y encuentro una cavidad abdominal con membranas, y una perforación en el intestino, lo sello, y vuelvo a unir el intestino para que haya fluido y pasen los contenidos intestinales y hago un abundante lavado, continua con un estado critico por lo que va tener que seguir con lavados.

Se le pone una película de plástico porque no se cierra el estómago, porque va a requerir varios lavados, el sistema se llama BACK.

Dos días después otro cirujano de turno el 26 de agosto, le retira sistema back, registra que todavía había que lavar, pero no se observa nada malo.

El paciente presentó mejoría, esta entubado, posteriormente se estabilizó mejoró clínicamente, empezó a respirar por si solo.

Se programó lavado para el día 28, se llevo a cirugía, en el día anterior el pediatra en una nota escribió que estaba mejor, esa noche hizo un cuadro febril, por lo cual en el lavado se iba a determinar que tenía.

Encuentro una cavidad limpia el día 28 que lo volví a abrir, todo estaba en buen estado, por lo tanto, se resolvió cerrar al paciente porque las condiciones estaban dadas, no había edemas, pus y los aspectos técnicos estaban dados para dar el cierre de la pared se hizo, regreso a la UCI, y luego me entere que hizo falla multiorgánica en horas de la madrugada y que fallece.

RESPUESTA A PREGUNTAS QUE LE HICIERON:

Yo vi al paciente el 15 de agosto y el ingreso al Hospital San Rafael el 13

En el segundo ingreso al hospital San Rafael yo no lo vi.

Lo vuelvo a ver en comfamiliar, cuando ya había sido ingresado y estaba abierto en UCI.

Todo depende de la condición del paciente, si tengo un paciente con fiebre leucocitosis, que tiene dolor peritoneal, tengo que buscar un medio que me aclare si la ecografía no muestra nada, pero si no muestra síntomas no hago más búsquedas.

En la ecografía hubo una buena búsqueda y no hubo nada, no se vio nada.

La tomografía tiene unas indicaciones, por ejemplo, que el paciente, el abdomen sigue dudoso, que tiene signos que se deben buscar, la tomografía tiene riesgos, toca darle medios de contrastes, tiene radiación, hasta anestesia si es necesario.

La escala de Alvarado y el protocolo general no hablan de tener en cuenta las PCR para el diagnóstico de una apendicitis.

Escalada de Alvarado: se tiene cuadro hemático, síntomas físicos y clínicos, ahí no se tiene en cuenta PCR.

También tenemos un protocolo general, para saber, y en es no esta la PCR.

La PCR se eleva en demasiadas situaciones, no es específica, entonces no es contundente para un diagnóstico.

La PCR elevada no implica un diagnóstico o tratamiento, porque es muy difícil saber que la causa, entonces si solo tiene ese síntoma aislado, y en el de Dilan que venía de un proceso infeccioso como una gastroenteritis eso pudo elevarlo, entonces es difícil.

El cultivo que se realizó dio que tenía una bacteria era E-COLI, esta bacteria hace difusión hacia el resto del cuerpo, puede contaminar todo el organismo, esta se originó en el cuerpo.

Se realizaron Emocultivos: inicialmente fueron negativos y al día 5 se documentó que tenía E-coli y había hecho difusión a todo el cuerpo.

Los abdómenes abiertos no se deben prolongar por más de 7 días, y si lo tiene abierto, tiene una patología muy grave, son pacientes que pueden generar complicaciones falla cardiaca, trombolismos pulmonares, fallas renales entre otras.

CIRUJANO DEL HOSPITAL SANRAFAEL

LEONARDO FABIO GIL MONTOYA

Yo lo vi porque me llamaron en esimet salud, yo lo vi mal, lo valore en las horas de la noche, estaba taticardico, lo examine, y tenía abdomen agudo quirúrgico por lo que pensé que tenía una apendicitis perforada y ante las condiciones del niño, decidí intervenirlo inmediatamente, encontré una apendicitis perforada, con un plastrón y un absceso, la apéndice estaba necrótica, desecha, tenía pues entonces lo dejamos abierto, porque era muy grande la infección, le puse una bolsa y un caterte, solicite a la jefe del quirófano que por favor que buscara una unidad de cuidado intensivo pediátrica. También le inicie manejo con antibióticos.

RESPUESTA A PREGUNTAS QUE LE HICIERON:

Ay uno signos de la historia médica, le encontré varias cosas que dieron a entender que necesitaba un procedimiento quirúrgico.

La apéndice puede variar, puede estar por delante del ciego, por detrás, o por el lado.

Lo normal esta por el lado o por encima, pero podría ser inusual cuando esta por debajo y tendría síntomas urinarios como hematuria al orinar y dolor, o puede inflamarse el recto y habría síntomas de diarrea, el intestino se puede infamar también

La ecografía más la historia clínica del paciente y el examen físico se puede diagnosticar.

No se usa mucho el tac porque eso tiene un riesgo de radiación para el menor.

Dice que le habían dado medicamentos y tal vez por eso, cuando le hicieron el examen físico no tenía nada, además los leucocitos eran normales, si solo el paciente tiene el PCR alto yo no le mandaría un tac, no hay una justificación.

No mandamos niños a salas generales o intermedias con abdomen abierto, no esta cerrado del todo, entonces la condición quirúrgica requiere que este alguien viéndolo 24/7, no recuerdo que si se fue entubado.

El abdomen abierto requiere cada 48 horas revisión, por lo tanto, es mejor mantener al paciente entubado hasta que no le cerraran totalmente el abdomen.

La primera causa de dejar a un paciente abierto, es porque la peritonitis localizada, requiere de ser lavada, no implica que el lavado no vaya a dejar que se formen abscesos, entonces, por eso dejo abierto para que mas adelante se vuelva abrir y verificar si ya está mejor la condición.

Cunado uno opera, no es fácil, puede que se lesionen otros órganos, entonces se debe revisar 48 horas después como esta. También hay pacientes que pueden sufrir hemorragias, por lo tanto, no se cierra.

Los síntomas de Dilan si se podía parecer a muchas cosas y pasa con la apendicitis en general, hay muchas veces que es muy difícil y en este caso paso eso.

EN un estudio que hicimos en el hospital de Pereira de un 100 % de pacientes niños solo el 20 tenia apendicitis, entonces es claro que es difícil.

En el caso el procedimiento a seguir no había nada mas que hacer que operar no había otra alternativa.

Yolanda López Muñoz

ABOGADA

DERECHO PÚBLICO.

+57 31 637 62007

ymlopez@gha.com.co



GHA.COM.CO

