**TESTIMONIOS**

**MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LÓPEZ**

* Médico general Universidad Del Quindío
* Trabaja en Urgencias – Red Salud
* La señora Quiguanas había tenido múltiples atenciones de colon irritable anteriores.
* Solo le brindo una atención en la Red Salud – al momento del ingreso refería dolor abdominal asociado a distensión abdominal. En el momento de la valoración no presentó síntomas de abdomen agudo, estaba en buenas condiciones generales.
* De acuerdo a los síntomas el diagnostico se acercaba más al de colon irritable.
* No se le enviaron imágenes diagnósticas por su parte.
* El sobrepeso de la paciente puede estar asociado indirectamente con el síndrome de colon o intestino irritable. Genera distención abdominal, dolor, diarrea o estreñimiento.
* En mi atención a la paciente no se le dio salida institucional porque no mejoraba. En la revaloración mi compañero decidió realizar otro tratamiento.

**INTERROGATORIO DE PARTE – LLAMADA EN GARANTÍA MARÍA HELENA GAITÁN**

* Médica y Cirujana general Cínica Central del Quindío
* Atendí a la paciente el 26 de febrero de 2017 y luego el 28 de febrero de 2017 en la Clínica Central del Quindío.Volví 10 días después a la clínica cuando la paciente ya había sido operada y estaba en UCI.
* Era una paciente con varias condiciones que hacía difícil llegar a un diagnóstico de entrada. Primero, el tiempo de evolución, la obesidad, los paraclínicos no eran específicos y adicionalmente que al examen físico no tenía signos de irritación peritoneal, sus signos vitales estuvieron estables todo el tiempo.
* Ella tenía en su parcial de orina 3 cruces de sangre, esto es representativo porque hizo cambiar u orientar el diagnostico cambio a cálculos en las vías urinarias. Que generan los síntomas que ella tenía y que no requiere manejo quirúrgico.
* Los dolores abdominales se dejan evolucionar porque los síntomas de apendicitis no arrancan de entrada. Sin embargo, las individualidades de los pacientes pueden hacer más difícil el diagnostico incluso para los cirujanos. Este fue el caso de la señora Lisnedy.
* Si no se sospecha que el abdomen es quirúrgico, la cirugía está contraindicada. Y si se opera sin tener apendicitis, los riesgos son: sangrado, hernias de la pared intestinal, neumonías, mala cicatrización, perforación del intestino e incluso peritonitis. Operar sin indicación es muy peligroso para los pacientes.
* Tenía dolor leve y sin síntomas urinarios. La paciente no tenía síntomas de irritación peritoneal, tenía placa de abdomen con resultados normales. Indique dejarla con líquidos y sin analgésicos mientras llegaban los resultados de los paraclínicos.
* El 27 de febrero no mire a la paciente porque no estaba de turno, me informaron que de urología dijeron que no tenía infección urinaria.
* El UROTAC es un examen diagnostico que escanea todo el abdomen y lo divide en muchas secciones que permiten verlo por completo, pero no tiene contraste. En ese momento solo teníamos la imagen y necesitábamos la lectura del radiólogo. Pero no llego la lectura del UROTAC.
* La paciente estaba recibiendo analgésico gracias a la hematuria (sangre en la orina) que indicaba urolitiasis. Lo cual no altera el cuadro clínico del paciente.
* Yo no le di de alta, en ningún momento egreso de la institución. Yo la volví a revalorar por interconsulta, pero no se dio de alta.
* El cuadro de apendicitis que presento la paciente era totalmente atípico.
* Muchos médicos la valoraron y ninguno encontró síntomas de irritación peritoneal.
* La paciente posteriormente presento un cuadro neumonía. La causa especifica es difícil de establecer, fue por algo multifactorial (no deambular, no realizarse la terapia respiratoria, no movilizarse)
* La paciente falleció por una sepsis pulmonar. La apendicitis e infección abdominal ya estaban resueltas al momento de su fallecimiento.
* El diagnostico no se hizo, no por impericia, imprudencia o negligencia. Si no porque el cuadro clínico de la paciente no orientaba hacia una apendicitis. No hubo una certeza ni siquiera una sospecha del abdomen quirúrgico. El diagnóstico fue intraoperatorio por la condición clínica de la paciente. En el momento que se diagnosticó la apendicitis se trató como se debía.
* Hay una nota que dice que se insiste en la deambulación y la paciente es renuente.

**SANDRA PATRICIA BARCO**

* Atendió a la paciente en la Clínica Central del Quindío, en un re consulta, por un dolor abdominal de varios días.
* Manejo inicial: sonda nasogástrica y laboratorios de control. Porque el reporte del UROTAC decía cálculos en la vesícula, entonces no se tenía claro el diagnostico.
* En ese momento la paciente refería dolor abdominal, el examen de orina que apuntaba a infección urinaria con hematuria, y la paciente obesa muy difícil de valorar. Por eso en ese momento se pensó en una patología no quirúrgica. No tuvo signos o síntomas de irritación peritoneal.
* No hay forma de establecer apendicitis desde el ingreso, en una paciente obesa y sin signos de irritación peritoneal.
* La paciente evoluciono de manera satisfactoria a la intervención quirúrgica de apendicitis. La neumonía pudo haberse generado por una hospitalización prolongada, por mala nutrición (por la condición de obesidad).
* A los pacientes con analgesia se les disminuye el dolor, pero no enmascara la irritación peritoneal.