



Medellín, marzo 28 de 2025

Doctora

MARIA FERNANDA JIMENEZ PIARPUSAN

mjimenez@gha.com.co

E. S. M.

REFERENCIA: DECLARATIVO – RESPONSABILIDAD CIVIL
MÉDICA

DESPACHO: JUZGADO SÉPTIMO (7) CIVIL DEL CIRCUITO DE
CALI

RADICADO: 760013103007-2024-00002-00

DEMANDANTE: LORENA ARCILA HENAO Y OTRO

DEMANDADO: INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA
– CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS

ASUNTO: DICTAMEN MÉDICO PERICIAL / CASO RAMON
ARCILA MONTOYA

Respetada señora,

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

PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO

Médico y Cirujano

Especialista en Cirugía General

Especialista en Cirugía Cardiovascular

Especialista en Cirugía Vascular

Docente Universitario

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 con el Código General del Proceso:

- 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 al paciente RAMON ARCILA MONTOYA

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nombre: **RAMON ARCILA MONTOYA**
Identificación: **14875016**
Fecha de Nacimiento: **20 de febrero de 1954**
Edad (a noviembre 2013): **59 años**

El día 20 de noviembre de 2013, a las 21:10 horas el señor RAMON ARCILA MONTOYA, de 59 años de edad, acudió al servicio de urgencias de la CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS (en adelante, NSR) de la ciudad de Cali, por presentar un cuadro de unas dos horas de evolución, de dolor abdominal agudo, más localizado en el flanco derecho, irradiado hacia las regiones lumbar e inguinal, acompañado de diaforesis (sudoración profusa), náuseas y palidez.

Los signos vitales se encontraron estables, excepto por la presión arterial que en el lugar del Triage se encontró elevada (PA:156/101).

Por la intensidad y localización del dolor se propuso una hipótesis diagnóstica de una posible urolitiasis (cólico renal) y se clasifico como estadio II de Triage.

En el examen físico se encontró, como hallazgos positivos, dolor a la palpación en el flanco derecho que manifestaba defensa voluntaria. No había signos de irritación peritoneal (Signos de Blumberg o McBurney)

Se decidió hospitalizar para observación en sala de urgencias, con el diagnóstico de dolor abdominal en estudio, por posible cólico renal.

No se caracterizó ningún antecedente patológico de importancia, y la revisión de los demás órganos y sistemas, fue completamente normal.

Se inició tratamiento con líquidos endovenosos, antiespasmódicos, analgésicos opiáceos y no opiáceos.

Se solicitaron los exámenes de laboratorio, citoquímico de orina y hemoleucograma.



A la 1 a.m. del día siguiente, 21 de noviembre, el paciente RAMON ARCILA fue examinado nuevamente por el médico de urgencias. Se encontraba hidratado y afebril. Se reportó que manifestaba sentirse mejor del dolor. La palpación del flanco derecho, antes muy dolorosa, se tornó “levemente dolorosa”.

Los resultados de los exámenes solicitados no mostraron, en particular, pérdidas sanguíneas importantes, infecciones en curso o sangrado micro o macrouinario.

A las 4 a.m., del mismo día (21 de noviembre) se revisó nuevamente al señor ARCILA. Se encontró que estaba estable, con disminución del dolor “*ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE INDOLOR*” (SIC).

No presentaba tampoco signos de infección. Se consideró que su motivo de consulta la noche anterior a NSR, “*pudo tratarse de cólico renal*”, por lo cual se decidió dar de alta “*con signos de alarma, recomendaciones, analgesia.*”

No existe, en la historia clínica que este perito tuvo oportunidad de leer, ningún desarrollo de lo que el médico general de NSR que dio de alta, pudo haber ilustrado al paciente o su familia, acerca de las expresiones “*signos de alarma*”, ni “*recomendaciones*”; en cuanto a la expresión “*analgesia*”, prescribió acetaminofén.

Esa misma tarde del 21 de noviembre, hacia las 3 p.m., don RAMON, fue llevado por un compañero de trabajo, a urgencias de la Clínica VALLE DE LILI, (en adelante, CVL) de la misma ciudad.

Refiere el acompañante que, unos 20 minutos antes del ingreso, presentó dolor súbito y severo en el miembro inferior derecho y cayó al suelo sin responder al llamado.

Al servicio de urgencias llegó el paciente *inconsciente, sin pulso ni presión arterial*. En electrocardiograma de ingreso (EKG) presentaba actividad eléctrica, dando lugar al cuadro conocido como “*Actividad Eléctrica sin Pulso*” que es una de las formas de paro cardíaco. No hay detalle alguno acerca de antecedentes, excepto por el episodio de dolor abdominal del día anterior en la clínica NSR. Se anotó que no tenía comorbilidades.

De inmediato se inició la realización de maniobras de reanimación avanzada: masaje cardíaco para garantizar un mínimo flujo sanguíneo hacia la periferia, intubación orotraqueal para garantizar ventilación y oxigenación, uso de líquidos endovenosos, terapia farmacológica, en particular, adrenalina 1 mg intravenoso (IV) cada tres a cinco minutos. Con este procedimiento de reanimación se logró la recuperación de actividad eléctrica *con pulso*, se obtuvo una presión arterial muy límite y llevó inmediatamente al quirófano para intervención por el cirujano vascular.

Paralelamente a las maniobras de reanimación avanzada, parte del equipo profesional de urgencias se dedicaba a la tarea de realizar una ecografía torácica y abdominal (conocida también como “*FOCUS*”) que detectó lo siguiente: una ruptura de la aorta abdominal (en la HC se describe como “*disección*”), rodeada por un hematoma “*contenido*”, es decir, sin la presencia de líquido libre en la cavidad abdominal.

A las 5 p.m. RAMON ARCILA ingresó al quirófano en malas condiciones; pálido, hipotenso, taquicárdico, con muy pobre saturación de oxígeno en sus tejidos. Se anotó en la historia clínica que tenía un alto riesgo de fallecer.

El cirujano vascular realizó una laparotomía, encontrando un *gran hematoma retroperitoneal* que calculó en unos 3000 c.c. Abrió el retroperitoneo, localizó la aorta abdominal e interrumpió su flujo, tanto en el tronco, como en cada una de las dos ramas en que se divide este gran vaso y que corresponden a las arterias ilíacas, derecha e izquierda. Intentaron reemplazar el segmento roto de la aorta, interponiendo un *injerto bifurcado (un cilindro de tejido que se divide en dos cilindros de menor*



diámetro) de material sintético. Sin embargo, las pésimas condiciones del paciente debido al sangrado abundante durante las primeras horas, impidieron completar esta maniobra y el señor ARCILA falleció en cirugía, a pesar de nuevos intentos de reanimación.

CORRELACIÓN CLÍNICA Y MÉDICO LEGAL

En síntesis, se trata del caso de un hombre relativamente joven (59 años de edad), al parecer sin claros antecedentes patológicos ni comorbilidades, que presentó, inicialmente, un dolor abdominal inespecífico, irradiado al dorso y la región inguinal; acudió a una institución de salud de la ciudad (NSR) donde se hizo el diagnóstico probable de dolor producido por un cálculo renal. Recibió tratamiento analgésico y antiespasmódico exitoso, En la atención de este primer episodio, el paciente no presentó ningún compromiso de su estado general ni alteración de sus constantes vitales. Se observó y trató por unas 7 horas y luego se dio de alta.

Al día siguiente, el paciente presentó un cuadro súbito y agudo de dolor en miembro inferior derecho, seguido de un cuadro de síncope, sin respuesta al llamado, por lo cual fue llevado de urgencia a otra institución de salud de la ciudad (CVL). Allí llegó en paro cardiorrespiratorio. Se practicaron maniobras de reanimación avanzada, y, al mismo tiempo, se realizó un rastreo ecográfico que demostró la presencia de un aneurisma roto de la aorta abdominal, contenido por la membrana retroperitoneal. Se llevó de inmediato a cirugía, pero, finalmente falleció en el quirófano mientras se intentaba reconstruir, con un injerto sintético, la ruptura de la aorta.

¿Qué es un aneurisma?

Un aneurisma, es la dilatación, el aumento de diámetro, de un segmento dado, en una arteria cualquiera. Puede comprometer toda la circunferencia de la pared del vaso (fusiforme) o puede ser un abombamiento de un solo lado de la pared del vaso formando como un saco (sacular). Los hay de las arterias del cerebro, del corazón, de los miembros superiores e inferiores, de todas las arterias que nutren los órganos, y de los grandes vasos arteriales del cuerpo: aorta torácica, aorta abdominal, arterias ilíacas, etc.

Por definición, aunque en mi criterio resulta un tanto simplista y arbitraria, se le llama *aneurisma* a una dilatación que alcance 1.5 veces el diámetro arterial nativo y esperado para el peso y la estatura del paciente. Los colombianos, rara vez tenemos aortas mayores a 2 cm. de diámetro, en la aorta abdominal. Entonces un aneurisma de la aorta abdominal será toda dilatación del diámetro de este segmento de la aorta que haya alcanzado 1.5 veces ese promedio considerado normal; en otras palabras, que haya alcanzado 3 cms de diámetro o más.

$$\text{Diámetro normal} \times 1.5 = \text{Aneurisma}$$

$$\text{Aorta abdominal (2cm.)} \times 1.5 = \text{Aneurisma de aorta abdominal (3cm)}$$

Ahora bien, al originarse en una debilidad estructural de la pared de las arterias, que puede ser congénita (aneurismas con distribución familiar, enfermedades del colágeno) o adquirida, (tabaquismo pesado, hipertensión, trastornos del colágeno, etc.) la mayoría de los aneurismas *crecen*: unos lo hacen rápidamente; otros crecen

muy lentamente y, por lo general, en la aorta abdominal, incrementan su diámetro en ratas de aumento que van desde 0.1 hasta 0.5 cm/año, según los diferentes estudios epidemiológicos realizados.¹ Así y todo, el crecimiento sigue una *línea exponencial*, es decir, a mayores diámetros, más crecimiento y con mayor rapidez cada año. Algunos aneurismas, dejan de crecer espontáneamente, no se sabe bien por qué y, por consiguiente, dejan de representar un riesgo de ruptura.

Atendiendo al principio de que una imagen vale más que mil palabras, a continuación, presentamos tres figuras que muestran aneurismas inespecíficos y un aneurisma de aorta abdominal:

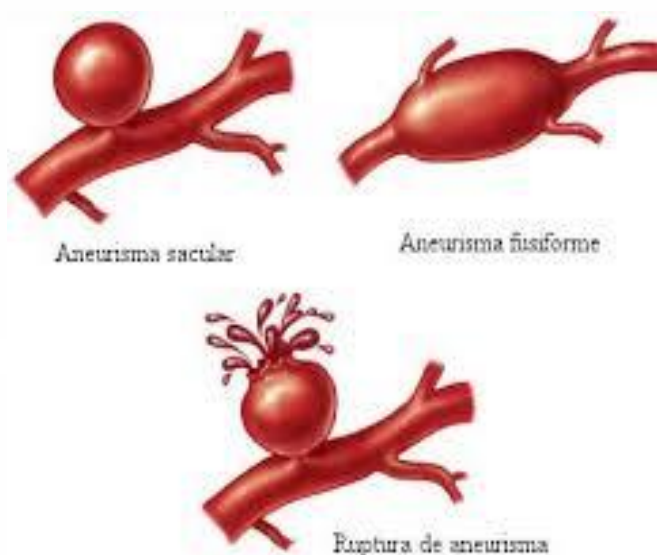


FIG. 1 Aneurismas arteriales saculares y fusiformes

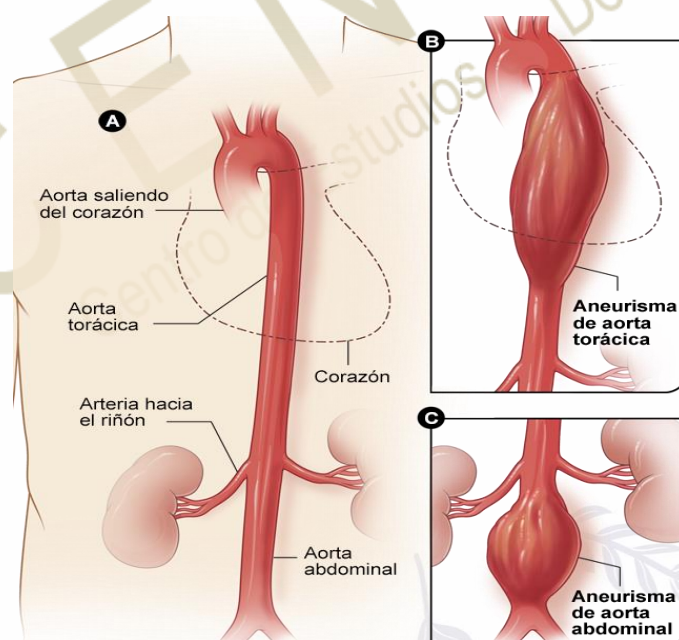


Fig. 2 Aneurismas de la aorta, torácica y abdominal

¹ F.L. Moll, J.T. Powell, G. Fraedrich et al. Management of Abdominal Aortic Aneurysms Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery. *European J Vasc Endovasc Surg* 2011; 41: S1-S58. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejvs.2010.09.011>

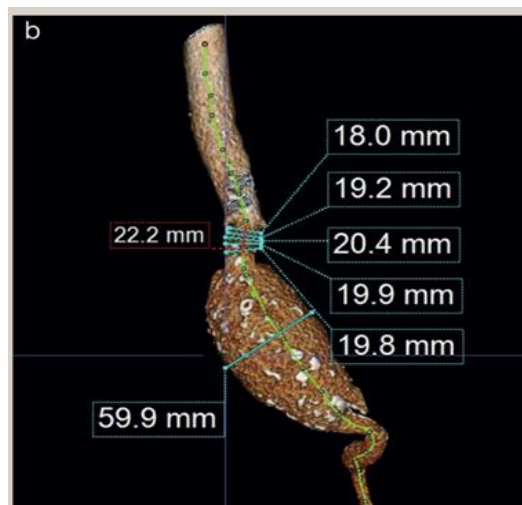


Fig. 3 Reconstrucción 3D (AngioTAC) de un aneurisma que ha alcanzado 5.99 cms de diámetro anteroposterior, con clara indicación quirúrgica por altísimo riesgo de ruptura.²

Los aneurismas de la aorta abdominal (en adelante, AAA) se refieren, generalmente, a aquellos que se producen en la aorta abdominal, justo *por debajo* de la emergencia de las arterias renales, tal como lo muestra el cuadro © de la figura 2.

Se trata, por lo general de dilataciones segmentarias de la luz de la aorta, de tipo fusiforme y su incidencia mayor se encuentra en pacientes varones, por lo general mayores de 60 años, y con antecedentes significativos de hipertensión arterial y tabaquismo pesado: 20 o más cigarrillos/día, o más de 50 años/paquete (1 cajetilla diaria por >50 años, dos cajetillas diarias por >25 años, y así.).

La mayoría de los aneurismas formados en las arterias de los humanos son **asintomáticos durante muchos años**, mientras crecen en tamaño, hasta que alcanzan *un diámetro crítico* y se rompen, (estallan como un globo de cumpleaños), unas veces sangrando libre y rápidamente hacia la cavidad abdominal y otras veces, sangrando sin que se desgarre, debido al mismo sangrado, una membrana que separa la aorta abdominal de la cavidad que contiene la mayoría de los órganos (hígado, intestinos, bazo, útero, etc.) haciendo que, el hematoma procedente la aorta rota quede parcial y temporalmente confinado en un espacio llamado *espacio retroperitoneal* (que es un espacio virtual). En ese caso, se llaman *aneurismas rotos [pero] contenidos*.

Como fue señalado, antes de su ruptura, clínicamente aparatosos, los aneurismas permanecen, como se dice en la jerga, silenciosos. Existen algunos momentos clínicos que pueden detectar su presencia en un paciente: i) durante un examen físico de rutina, o por causas distintas a las vasculares, el examinador *palpa en el abdomen, una masa pulsátil* que lo pone en alerta acerca de la posibilidad de que la mencionada masa, sea un aneurisma de la aorta abdominal. Sin embargo, es un examen muy poco sensible, muchos aneurismas a pesar de estar presentes no alcanzan a ser palpados, sobre todo en pacientes obesos o con gran panículo adiposo abdominal; ii) durante un examen de imágenes diagnósticas, (ecografía abdominal, TAC, laparoscopia) el especialista ve la masa en la topografía de la aorta abdominal; iii) finalmente, en programas de atención

² Emily Salt, Matthew Bown Abdominal aortic aneurysm: epidemiology, screening, and work-up for repair. *SURGERY (OXFORD)*. 2024; 42(5):320-326.



primaria y prevención en salud, en los que se hace un rastreo (*screening*) de toda una población, con el fin específico de determinar la prevalencia de la patología aórtica en dicha comunidad.

Por otra parte, los síntomas y signos relacionados con la ruptura aguda de la aorta abdominal pueden conllevar un dolor difuso abdominal agudo, pero, en estos casos, lo que *predomina es el cuadro de choque hemorrágico*, una de cuyas características es la de una cierta obnubilación de la conciencia. Ahora bien, en ocasiones este evento catastrófico puede haber estado precedido, horas o días antes, por un dolor abdominal menos intenso en el caso de una ruptura contenida como se explica en el párrafo siguiente.³

La característica de crecer silenciosamente, en el espacio retroperitoneal, ha llevado al desarrollo de algunas políticas de salud pública, particularmente vigorosas en Europa y, más específicamente en el Reino Unido. En efecto los estudios epidemiológicos más elaborados, precisos y realizados en grandes grupos de población, provienen de esa nación. Se han hecho *estudios ecográficos abdominales masivos de rastreo (screening)* entre la población masculina mayor de 65 años con el fin de detectar posibles aneurismas de la aorta abdominal. Más aun, el Reino Unido *regala*, a todo hombre que cumple 65 años en su territorio, un estudio ecográfico abdominal, con el único fin de hacer una detección precoz de aneurismas de la aorta y, al mismo tiempo, clasificarlos en cuanto a su tamaño para actuar en consecuencia.⁴ Aclaro: La aorta abdominal es una gran arteria, de aproximadamente 2 cm de diámetro, cuyo recorrido, desde el tórax hasta su división en arterias ilíacas que se dirigen a cada miembro inferior, se localiza atrás, en el dorso, en la espalda, de los individuos. La presión con la que circula la sangre en ella, es la mayor de todo el organismo de los mamíferos. Por delante de ella, se encuentra una membrana, más o menos resistente, que se llama *membrana peritoneal posterior* o, en este caso, *membrana retroperitoneal*. La importancia de este comentario es que la ruptura de un aneurisma *puede romper esa membrana* y, por consiguiente, ya *sin ninguna contención*, la sangre se “vaciará” *rápidamente* en la cavidad abdominal, lo que generalmente resulta fatal. Los pacientes que sufren esta clase de ruptura, casi nunca logran vivir hasta llegar a un centro donde puedan ser atendidos y operados.

En otros casos, la mencionada membrana no se desgarrar y el sangrado queda entonces “atrapado”, “contenido”, en ese espacio y, por consiguiente, se hará *menos rápidamente*, permitiendo así un mayor tiempo para alcanzar un centro capacitado para recibir, diagnosticar y tratar la situación, antes de que ocurra un colapso hemodinámico catastrófico. Esta es la variante que vemos con mayor frecuencia los cirujanos vasculares. Esta, también, fue la clase de ruptura que sufrió el señor RAMON ARCILA y así está descrita por los cirujanos que lo intervinieron.

Solo unas pocas palabras acerca del origen, de la incidencia y de la mortalidad relacionada con aneurismas y, en este caso particular, de aneurismas de la aorta

³ The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases *European Heart Journal* (2014) 35: 2873–2926 doi:10.1093/eurheartj/ehu281

⁴ Thompson S, Ashton H, Gao L, et al. Final follow-up of the Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) randomized trial of abdominal aortic aneurysm screening. *Br J Surg* 2012; 99: 1649-1656



abdominal, necesarias, en opinión de este perito, para entender, de manera científica, los interrogantes planteados por el fallecimiento del señor ARCILA MONTOYA.

La incidencia de aneurismas de la aorta abdominal en la población general, (en algunos países como Inglaterra) es de 5% en hombres y 0.8% en mujeres mayores de 60 años.⁵

La incidencia de aneurismas de la aorta abdominal rotos, en la población general, es de 5.6 a 17.5 por cada 100.000 habitantes. *Y la mortalidad global por esta causa es, ¡de 80 a 90%!⁶*

El otro aspecto para tener en cuenta en este informe es el de la conducta relacionada con el tamaño de los aneurismas aórticos.

Desde hace muchos años se conoce el pésimo pronóstico asociado a un aneurisma roto de la aorta abdominal, que llega a un centro de urgencias de alta complejidad para ser intervenido quirúrgicamente. La tendencia a realizar un reemplazo de la aorta abdominal rota, mediante el uso de una endoprótesis, ha aumentado considerablemente en todo el mundo y es satisfactorio saber que existe ya una buena experiencia de no pocos grupos colombianos, en la implementación de esta moderna técnica que no requiere cirugía abierta del abdomen del paciente.⁷

La investigación científica alrededor de esta noxa patológica cuyo pronóstico, de no mediar intervención médica es, sencillamente catastrófico, ha sido muy activa por parte de muchos centros y grupos clínicos en el mundo entero. Como ya se mencionó, uno de los países más avanzados sobre este particular es el Reino Unido, cuyas publicaciones han fundamentado muy buena parte de las guías de manejo clínico.⁸

El problema del tamaño de los aneurismas de aorta abdominal y el de la decisión clínica correspondiente, parte de la siguiente información recogida por los estudios mencionados, y por la experiencia de los grupos clínicos y de investigación que trabajan en ello:

Los aneurismas de aorta abdominal comienzan a presentar un *riesgo de ruptura* espontánea – cuyo pronóstico vital, insistimos, una vez más, es muy desfavorable – a *partir de un umbral* alcanzado por la aorta abdominal de 5.5 cms. Es en ese momento, cuando el médico tratante, por ejemplo, un médico general, *debe remitir* a su paciente a la consulta del cirujano vascular.

En otras palabras, si se conoce, por alguna de las razones comentadas párrafos arriba, que un paciente tiene un AAA y la lesión no ha alcanzado 50 milímetros, se considera en la mayoría de los protocolos de trabajo en muchos países, *que su enfermedad aún no requiere tratamiento quirúrgico* y el paciente deberá entonces estar sometido a un control con ecografía abdominal cada seis meses, con el fin de establecer si ha habido cambios en el tamaño, si está creciendo o no y si la rata de crecimiento es muy alta

⁵ Hoornweg L.L, Storm-Versloot M.N, Ubbink D.T. et al. Meta Analysis on Mortality of Ruptured Abdominal Aortic Aneurysms. *Eu J Vasc Endovasc Surg.* 2008; 35 (5):559 – 550.

⁶ Kantonen I, Lepantalo M, Brommels M et al. Mortality in ruptured abdominal aortic aneurysms. The Finnvasc Study Group. *Eu J Vasc Endovasc Surg.* 1999;17 (3):208-212

⁷ Carlos José Pérez Rivera, Rafael Figueroa-Casanova, Cristina Jiménez et al. Tratamiento endovascular de aneurisma aórtico abdominal con cuello no favorable mediante el uso de Heli-FX® EndoAnchor System. <https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.070>

⁸ Multicentre Aneurysm Screening Study Group. The Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) into the effect of abdominal aortic aneurysm screening on mortality in men: a randomised controlled trial. *The Lancet* 2002; 360:1531 - 1539.



(más de 8 a 10 milímetros en un año). Lo importante para señalar en este informe, es que, según el criterio expresado por el estudio MASS⁹, para la mayoría de los grupos de investigación y práctica clínica el mejor indicador es el tamaño alcanzado, ya que la presencia de síntomas y la rata de crecimiento han demostrado ser muy poco confiables como para tomar una decisión terapéutica acertada, basándose en ellos.

Ahora bien, si la ruptura de un AAA conlleva una mortalidad tan alta, ¿por qué no se opera a un paciente con un aneurisma de “menor tamaño”, por ejemplo 3,5 o 4 cms de diámetro, con el fin de resolver, “*de una vez por todas*” el problema?

La respuesta avalada por la Lex Artis es la de que la experiencia y la epidemiología han demostrado que el riesgo de ruptura en estos casos *es muy bajo* y que, dada la alta prevalencia de aneurismas de aorta, en la población general, sería casi imposible operar a todos los que lo tuvieran, además que, aunque el riesgo de muerte en una cirugía electiva (no urgente) por aneurisma de aorta abdominal es relativamente bajo, (menos del 5%), no deja de estar siempre presente y se debe entonces sopesar, frente al riesgo, *más bajo aún*, de ruptura espontánea mientras se permanece en un programa de vigilancia ecográfica

“Existe consenso en que para los aneurismas pequeños (3 a 3.9 cms) el riesgo de ruptura resulta insignificante. Por lo tanto, los pacientes que tienen estos aneurismas no requieren intervención quirúrgica y deben mantenerse bajo vigilancia ecográfica a intervalos regulares.”¹⁰

Ahora bien, en los estudios realizados acerca de la vigilancia en grandes grupos de pacientes, los autores tuvieron perfectamente claro que, por ejemplo, aumentos de tamaño de más de 1 cm por año, o la presencia de dolor abdominal atribuible al aneurisma fueran considerados por los investigadores, como signos de alarma y que el paciente fuese remitido, sin tardanza a sus respectivos centros de alta complejidad.

En términos generales los estudios y guías de manejo realizados por las sociedades científicas de Europa y Norteamérica, fijan un umbral de tamaño, a partir del cual, por consenso, se debe realizar un cambio de conducta frente a la presencia de un aneurisma de aorta, pasando de un largo periodo de vigilancia a la decisión de una intervención, cuando el aneurisma alcanza, o está cerca de alcanzar, los 55 milímetros (5.5cms). Ahora bien, muchos grupos latinoamericanos, al menos el grupo universitario de Medellín en donde transcurrió toda la vida profesional de este perito, consideró (y sigue considerando) que el umbral *no debe superar los 50 milímetros (5cms)*. En efecto, el acceso a los servicios de salud y la posible inclusión en un grupo de excelencia, por lo menos en cuanto a la vigilancia son, en nuestro medio y desafortunadamente, muy precarios. Así que, al menos en la institución en que trabajé toda mi vida, preferimos operar a nuestros pacientes un poco más temprano, en la evolución de la historia natural de su enfermedad aneurismática, que lo recomendado por los grupos y centros avanzados del mundo más desarrollado.

⁹ Multicentre Aneurysm Screening Study Group. (MASS) IBIDEM

¹⁰ F.L. Moll, J.T. Powell. IBIDEM



Así las cosas, podemos sacar las siguientes conclusiones, basadas en las experiencias de nuestros propios centros y en aquellas publicadas y recomendadas por la comunidad médica internacional; son ellas:

- La enfermedad aneurismática tiene una alta incidencia en el mundo entero, particularmente en hombres de más de 65 años que alcanza, como se señaló, 5% de esta población. Dicho en términos más simples, 1 de cada 20 hombres del mundo occidental, padece una enfermedad aneurismática, de la cual el AAA es una de las más frecuentes.
- Tal prevalencia justifica la recomendación de hacer un rastreo ecográfico abdominal, (screening) en todo hombre de 65 años o más.
- La mortalidad asociada con la ruptura de un AAA es muy alta, llegando a cifras de 80 a 90%. La mayoría de estas rupturas es tan letal, que los pacientes mueren en el lugar donde se produjo la ruptura o en el trayecto hacia el hospital.
- De los pacientes que alcanzan a recibir atención quirúrgica de alta complejidad, la gran mayoría se caracteriza por presentar un aneurisma *roto contenido*. Aun así, la mortalidad operatoria de un aneurisma roto llega al 48.5% y así sigue siendo, desde hace décadas, a pesar de grandes avances en técnicas operatorias y en manejo del shock hemorrágico.
- La inmensa mayoría de los pacientes con esta patología nunca presenta síntomas y solo se entera de su condición, en el momento de la ruptura.
- Cuando en un individuo, se descubre la presencia de un aneurisma, por un examen médico general con palpación del abdomen; por un estudio ecográfico o de TAC, o por estar en un programa de rastreo ecográfico, la conducta consiste en medir su tamaño y, si es menor de 50 mm, (*entre nosotros*) el paciente se sigue observando, cada seis meses, con la misma técnica diagnóstica. Si el diámetro alcanzado es *igual o mayor* de 50 mm, se procederá a intervenirlos quirúrgicamente.
- La mortalidad operatoria de cirugía de corrección de un aneurisma de aorta abdominal, *no roto*, es decir, de una cirugía *electiva o programada*, está *entre 2 y 5%* en centros especializados y en manos de grupos experimentados de profesionales. (cirujanos vasculares, anestesiólogos, intensivistas, internistas vasculares, entre otros).

Consideraciones particulares en el caso clínico del señor RAMÓN ARCILA

El 20 de noviembre de 2013, el señor ARCILA INGRESÓ A URGENCIAS DE LA Clínica NSR, aquejado por un dolor abdominal, irradiado a las regiones lumbar e inguinal del lado derecho.

¿Eran estos, síntomas y signos de un AAA roto?

Pueden haber sido; pero, objetivamente, no existió en esa consulta, ningún dato, ningún hecho, ningún hallazgo clínico o de laboratorio que orientara hacia esa posibilidad, más en un hombre joven y, al parecer, sin antecedentes ni comorbilidades sugerentes. La gran mayoría de los AAA no cursan, durante su larga evolución de años, con síntomas y signos. La presencia de éstos, asociados a un aneurisma son excepcionales o pertenecen a categorías muy raras de AAA como los aneurismas por infección (llamados inespecíficamente, "*aneurismas micóticos*") y también, los aneurismas inflamatorios, una clase muy particular de aneurismas que padecen pacientes que sufren otras comorbilidades severas.



El dolor abdominal severo, irradiado hacia la región lumbar y/o hacia la región inguinal orienta, en primer lugar, hacia una patología del árbol urinario: nefritis, pielonefritis, cálculos renales, obstrucciones ureterales, etc. Por otra parte, el ejercicio médico diagnóstico debe responder a un método y a una lógica. Así, la hipótesis debe iniciarse por lo que es más común y, mediante un ejercicio de verificación o no de cada indicador, ir descartando posibilidades hasta llegar, si así se plantea el problema, a hipótesis muy raras y sofisticadas. *Era acertado* entonces pensar que el señor ARCILA se quejaba de los efectos de una litiasis ureteral o, menos frecuentemente de una apendicitis aguda o de un vólvulo del colon, por ser las noxas patológicas que con mayor frecuencia se manifiestan con los signos y síntomas ya descritos. *No era acertado* pensar que el señor ARCILA se quejaba de los efectos de un AAA en proceso de ruptura, porque esa noxa patológica, aunque, en muy raras ocasiones, puede manifestarse así, su presentación es casi excepcional. No había elementos objetivos para pensar en ello y actuar así, hubiera sido un proceso arbitrario y osado, por consiguiente, inválido desde la mirada de la *Lex Artis* y el médico pudiera ser considerado poco más que un aventurero empírico.

Dos factores más deben considerarse en el ámbito de esta primera consulta en NSR:

La primera, es que no había signos ni síntomas de deterioro del estado general; el paciente estaba lúcido, consciente, sin manifestaciones de sangrado interno, hipotensión arterial, deshidratación, saturación defectuosa del oxígeno en los tejidos, etc.

La segunda, es que el paciente mejoró notablemente de su motivo de consulta con la medicación prescrita. Continuó conciente, estable hemodinámicamente, y fue dado de alta sin dolor, con medicación y los llamados signos de alarma.

RESPUESTAS A CUESTIONARIO PROPUESTO

Identificado el asunto judicial, se procede a realizar el cuestionario que, solicitamos sea resuelto por el profesional experto de la especialidad correspondiente, así:

1. *¿Cuál fue la sintomatología inicial con la que ingresó el paciente, señor Ramón Arcila (q.e.p.d.) a la Clínica Nuestra Señora de los Remedios el día 20 de noviembre de 2013?*

RESPUESTA: Véanse por favor, resumen de historia clínica y “correlación clínica”.

2. *¿Qué procedimientos médicos fueron realizados en la Clínica Nuestra Señora de los Remedios el día 20 de noviembre de 2013, para atender la sintomatología que presentaba el paciente?*

RESPUESTA: Véanse por favor, resumen de historia clínica y “correlación clínica”.

3. *Conforme con la sintomatología y los procedimientos médicos del paciente ¿Cuál fue el diagnóstico(s) considerado en el momento de la evaluación inicial al mismo?*

RESPUESTA: Véanse por favor, resumen de historia clínica y “correlación clínica”.



4. *De acuerdo con los síntomas médicos que presentó el señor Ramón Arcila, el día 20 de noviembre de 2013, ¿los médicos de la Clínica Nuestra Señora de los Remedios, podían identificar la existencia de alguna enfermedad subyacente?*

RESPUESTA: No, a menos que el paciente, quien estaba conciente y lúcido, hubiera expresado espontáneamente que padecía alguna enfermedad subyacente y significativa. Como ya se mencionó la mayoría de los pacientes ignoran la presencia de un aneurisma en su cuerpo.

5. *¿Los procedimientos médicos realizados en la Clínica Nuestra Señora de los Remedios el día 20 y 21 de noviembre de 2013 fueron apropiados según los protocolos establecidos para el diagnóstico dado al paciente?*

RESPUESTA: Sí. Aunque esa noche no se confirmó el diagnóstico, el tratamiento inicial del dolor producido por un cálculo en las vías urinarias era el administrado, esa noche, al señor RAMON ARCILA

6. *Conforme a la sintomatología presentada por el paciente los días 20 y 21 de noviembre de 2013 durante la estancia en la Clínica Nuestra Señora de los Remedios ¿se podía identificar la existencia de un aneurisma infrarrenal?*

RESPUESTA: No. Véanse por favor, resumen de historia clínica y “correlación clínica”.

7. *¿Un aneurisma infrarrenal en cuanto tiempo surge y como puede ser identificado?*

RESPUESTA: Véanse por favor, resumen de historia clínica y “correlación clínica”.

8. *¿Cuáles son los signos más relevantes de la existencia de un aneurisma infrarrenal, y si estos estaban relacionados con la sintomatología inicial que presentaba el paciente el 20 de noviembre de 2013?*

RESPUESTA: Véanse por favor, resumen de historia clínica y “correlación clínica”.

9. *¿Un sobre esfuerzo físico podría agravar la sintomatología de un aneurisma infrarrenal y cuáles son sus consecuencias?*

RESPUESTA: Sí. En general todo evento que aumente la presión arterial, así sea de manera súbita, como el sobreesfuerzo físico, puede precipitar una ruptura de un aneurisma previo.

10. *Si el paciente tuvo adherencia al tratamiento médico dado en la Clínica Nuestra Señora de los Remedios ¿Se puede establecer que la atención médica brindada fue adecuada y conforme a los estándares para la sintomatología y diagnosticó que presentaba el señor Ramón Arcila para el 20 y 21 de noviembre de 2013?*

RESPUESTA: Sí.



11. *¿Se puede identificar algún tipo de negligencia y/o error en el diagnóstico dado al señor Ramón Arcila en la Clínica Nuestra Señora de los Remedios, según las actuaciones en la Clínica Nuestra Señora de los Remedios?*

RESPUESTA: No.

12. *Al señor Ramon Arcila, por parte de la Clínica Nuestra Señora de los Remedios se le ordeno egreso el día 21 de noviembre de 2013 a las 4.11 am, con indicaciones médicas, signos de alarma, tratamiento analgésico e incapacidad, ¿Cuáles son las consecuencias de no asumir y adherirse al tratamiento ordenado por el médico experto, atendiendo el diagnóstico y sintomatología que había presentado el señor Ramón Arcila?*

RESPUESTA: No existe, en la historia clínica que este perito tuvo oportunidad de leer, ningún desarrollo de lo que el médico general de NSR que dio de alta, pudo haber ilustrado al paciente o su familia, acerca de las expresiones “*signos de alarma*”, ni “*recomendaciones*”; en cuanto a la expresión “*analgesia*”, prescribió acetaminofén.

13. *Conforme a las anotaciones de la historia clínica emitida por la Fundación Valle de Lili, ¿Como llegó y/o ingresó el señor Ramón Arcila (q.e.p.d.) a dicha institución médica, estuvo acompañado o no, a qué hora ingresó, y cuál fue su diagnóstico inicial?*

RESPUESTA: Véanse por favor, resumen de historia clínica y “*correlación clínica*”. El paciente ingresó sin signos vitales, acompañado, según relata la historia clínica por un compañero de trabajo. Su diagnóstico inicial fue el de un choque hemorrágico debido a la ruptura de un AAA diagnosticado gracias al recurso de disponer de un ecógrafo en la sala de urgencias.

14. *Según la historia clínica emitida por la Fundación Valle de Lili ¿Cuál fue el diagnóstico final dado al señor Ramón Arcila (q.e.p.d.)?*

RESPUESTA: Choque hemorrágico por ruptura de un aneurisma de la aorta abdominal.

15. *¿Existen evidencias médicas, pruebas o síntomas previos que indiquen que el aneurisma ya estaba presente y evolucionaba en el paciente, antes del ingreso el 20 de noviembre de 2013 a la Clínica Nuestra Señora de los Remedios?*

RESPUESTA: El aneurisma estaba presente y evolucionaba en el paciente, muy probablemente, desde hacía varios años. Pero, como ya se señaló no existía ninguna evidencia clínica que hiciera sospechar su presencia. Los aneurismas, con muy raras excepciones, desafortunadamente, crecen y cursan de manera asintomática, hasta el día que se rompen.

16. *Se entiende que el hoy fallecido, antes de ingresar a la Fundación Valle de Lili estaba trabajando, conforme lo describe la historia clínica ¿dicha circunstancia pudo haber inferido o influenciado en la aparición del aneurisma infrarrenal y su ruptura?*

RESPUESTA: La respuesta a esta pregunta depende directamente del tipo de actividad que realizaba cuando se presentó el cuadro catastrófico. De ello no tenemos ninguna información.



17. Según la información que reposa en las historias clínica de la Fundación de Valle de Lili, ¿se puede identificar la causa de la muerte del señor Ramón Arcila y si está relacionada con la atención médica brindada en la Clínica Nuestra Señora de los Remedios?

RESPUESTA: Sí se puede identificar la causa de muerte. Ahora bien, el hecho de que no se hubiera diagnosticado en NSR la presencia de un aneurisma de aorta abdominal y de que este habría de romperse horas más tarde de su atención en esa clínica, en mi criterio, no guarda relación con lo sucedido. No aconteció, en concepto de este perito, un fenómeno de *mala práctica profesional*, por parte de los médicos que atendieron al señor ARCILA. Se ha explicado ya, en detalle, por qué no era lógico ni acertado, con la información disponible, sospechar la ruptura de un AAA.

18. Cuáles son las conclusiones respecto de la atención médica brindada en la Clínica Nuestra Señora de los Remedios al señor Ramón Arcila (q.e.p.d.)

RESPUESTA: El señor RAMON ARCILA presentaba, desde hacía varios años, una enfermedad aneurismática de las arterias, condición patológica que conlleva una *altísima mortalidad*, una vez que alcanza un umbral crítico, medido en centímetros de diámetro del vaso sanguíneo afectado.

El hecho de que hubiera consultado por un dolor abdominal la noche anterior, mediante una sintomatología vaga, general y no asociada a otros signos y síntomas, fue muy desafortunado, pero no se puede inferir por ello, que hubo una conducta apartada de las recomendaciones de la *Lex Artis* de la atención de urgencias ni de la cirugía vascular.

REFERENCIAS

En pies de página

Con toda la atención,

FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU

Médico y Cirujano

Especialista en Cirugía General

Especialista en Cirugía Cardiovascular

Especialista en Cirugía Vascular

Docente Universitario

Perito CENDES



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

1.	2022	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial / Caso Magnolia Del Socorro Vieco Chanci/ Solicitado por Sady Andres Monsalve Espinosa	Cirugía Vasculuar
2.	2022	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2019-00012 00/Solicitado por José Del Carmen Muñoz Gómez.	Cirugía Vasculuar
3.	2022	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2022-00036 00/Solicitado por Julio Cesar Yepes Restrepo - Promotora Médica Las Américas S.A	Cirugía Vasculuar
4.	2022	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2022-00424 00/Solicitado por Luisa Fernanda Henao Vallejo – Prieto Peláez abogados S.A.S.	Cirugía Vasculuar
5.	2023	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2022-00057-00 / Solicitado por Juzgado Séptimo (07) civil del circuito de Cali	Cirugía Vasculuar
6.	2023	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2020-00156-00/ Solicitado por Andrés Felipe Villegas García	Cirugía Vasculuar
7.	2023	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial/ Caso Gladys Del Carmen Palacios Porras / Solicitado por Breyner Mendoza Porras	Cirugía Vasculuar
8.	2024	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial/ Caso María Belarmina Silva Londoño / Solicitado por Juan Fernando González Upegui	Cirugía Vasculuar
9.	2024	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2024-00101-00 / Solicitado por Sony Martinez	Cirugía Vasculuar
10.	2024	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial/ Caso Yarledy Garces Aguirre / Solicitado por Diego Vélez Acevedo	Cirugía Vasculuar
11.	2024	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial/ Caso Miguel Antonio Caballero Maury / Solicitado por Willingthon Períñan	Cirugía Vasculuar
12.	2024	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial/ Caso Jefferson Alexis Manquillo Torrez/ Solicitado por Conde Abogados Asociados SAS	Cirugía Vasculuar
13.	2025	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial/ Caso Guillermo Andres Acevedo Silva / Solicitado Por Juan Camilo Burbano Mosquera	Cirugía Vasculuar
14.	2025	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 54001-33-33-003-2016-00313-00 / Solicitado Por Juzgado Tercero Administrativo Oral Cúcuta – Norte De Santander	Cirugía Vasculuar
15.	2025	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial/ Caso Ramon Arcila Montoya / Solicitado Por María Fernanda Jiménez Piarpusan	Cirugía Vasculuar

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



LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

EN ATENCION A QUE

FRANCISCO GOMEZ PERINEAU

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

CIRUGIA GENERAL

EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA, EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA Y REPRENDA CON LOS
LOS RESPECTIVOS EN MEDELLIN, EL DIA 31 DEL MES DE JULIO DE 1979

Julio Gaviria
DIRECTOR DE LA UNIVERSIDAD
[Signature]
SECRETARIO GENERAL

[Signature]
DECANO DE LA FACULTAD
FACULTAD DE MEDICINA
TITULAR
CC. N° 19.050.589 DE BOGOTA



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia



1803

LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

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

EN ATENCIÓN A QUE

FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA 19050589

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

ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA, EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA EN MEDELLÍN
REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL 30 DE MARZO DE 2007

Alberto Uribe C
ALBERTO URIBE CORREA
RECTOR

Ana Lucía Herrera Gómez
ANA LUCÍA HERRERA GÓMEZ
SECRETARIA

Elmer de Jesús Gaviria Rivera
ELMER DE JESÚS GAVIRIA RIVERA
DECANO

35556

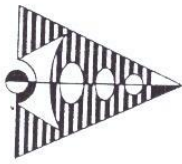
THOMAS GRIFF & BIRN



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

Asociación Colombiana de Facultades de Medicina
ASCOFAME



Esta Copia corresponde al documento original, que el suscrito ha otorgado a la vida.
 27 1995
 NOTARIA SÉPTIMA del Circuito de Medellín.

Hace constar que el Doctor
Francisco Gómez Perineau

Llenó los requisitos académicos fijados por la Asociación,
 para ser registrado como Especialista en:
Cirugía Cardiovascular

J. Rojas

Director Ejecutivo

F. Venegas-Vega

Directe División de Educación

Santafé de Bogotá D. C. a 3 de Octubre de 1995



UNIVERSIDAD CES
 Un compromiso con la excelencia



FUNDACION 1983

Colegio Mayor de Mtra. Sra. del Rosario Sociedad de Cirujía de Bogotá



FUNDACION 1983

Facultad de Medicina

POR LAS PRESENTES LETRAS HICEMOS SABER QUE

Francisco Gómez Perinetti

HA CURSADO EN NUESTRA FACULTAD TODOS LOS ESTUDIOS TEORICOS Y PRACTICOS CON LA EXTENSION REQUERIDA POR NUESTRAS DISPOSICIONES ACADEMICAS, DE ACUERDO CON LAS REGLAMENTACIONES OFICIALES Y CONFORME A LA RESOLUCION No. 2.357 DE JUNIO 7 DE 1971 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, POR LO CUAL CONFERIMOS AL PRECITADO ALUMNO EL CARACTER Y TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

CON TODOS LOS DERECHOS, HONORES Y PREMINENCIAS DE NUESTROS PROFESIONALES Y MAESTROS Y, PARA QUE CONSTE, LE EXPEDIMOS EL PRESENTE DIPLOMA, FIRMADO POR EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD, POR EL PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA, POR EL DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA, POR EL SECRETARIO GENERAL DEL COLEGIO MAYOR, POR EL SECRETARIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y REFRENDADO CON LOS SELLOS RESPECTIVOS.

DADO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D. E., REPUBLICA DE COLOMBIA A LOS 19 DIAS DEL MES DE Diciembre DEL AÑO DE MIL NOVECIENTOS ochenta y tres.

EL RECTOR,

Carlos Castañeda

EL PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA,

Augusto Holguín

EL DECANO,

Alfonso Agudelo



EL SECRETARIO DE LA UNIVERSIDAD,
Juan Carlos



EL SECRETARIO GENERAL DEL COLEGIO MAYOR,
Rafael

REGISTRADO EN EL LIBRO DE LOS ACTOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA

EN EL MINISTERIO DE EDUCACION,
David Lebrón Prieto

REGISTRADO EN EL LIBRO DEL ESTADO CIVIL DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ

EN EL MINISTERIO DE SALUD.

REGISTRADO EN EL LIBRO 107 DEL LIBRO DE ORDEN No. 32

EN EL SECRETARIO DEL MINISTERIO,

Francisco Perinetti
Bogotá, 20 de septiembre 1973

REGISTRADO EN EL LIBRO DE ORDEN No. 32

EN EL SECRETARIO DEL MINISTERIO,

Alfonso Agudelo
Bogotá, 21-11-73
Recepción 07477

del
1983
Agosto 79

No. 96