**LORENA ARCILA Y OTRA VS INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA RAD. 2024-00002 AUDIENCIA ARTÍCULO 373**

**AUDIENCIA INICIA A LAS 9:40 A.M.**

**CONTRAINTERROGATORIO DEL PERITO DE LA PARTE DEMANDANTE (CAMILO ALBERTO BERNAL VARGAS)**

No ha rendido dictámenes periciales antes.

Efectuó un análisis de la historia clínica y con base a ellos se hizo una revisión bibliográfica junto con su experiencia como cirujano vascular y general.

Trabajó en el hospital universitario los comuneros por 5 años, luego trabajó con el grupo Idime y luego pasó a Cali con clínicas del mismo grupo coordinando las cirugías vasculares. También hace parte del servicio de hemodinamia y formaron el grupo de cirugía endovascular.

El cuestionario contestado fue el remitido por el Dr. Sardí.

El paciente llegó con un dolor abdominal de dolor súbito, asociado con sudoración y por lo que consulta a urgencias donde hay una impresión diagnóstica inicial de urolitiasis donde le dan analgésicos potentes y ordenan exámenes de sangre y de orina.

El paciente es puesto en observación mientras tienen el examen de orina que no tuvo nada concluyente. Luego el paciente mejora el dolor y le dan de alta.

Unas 8 horas después es llevado a Valle de lilí donde llega sin signos vitales.

En el acto quirúrgico presenta paro cardiaco y finalmente fallece.

Considera que al inicio se habrían podido tener más impresiones diagnósticas en cuenta. Cree que por su edad, por la localización del dolor debió hacerse la impresión diagnóstica del aneurisma.

Creyeron que tenía una urolitiasis y considera que pudieron hacerle un Urotac.

Al no detectar la rotura del aneurisma el paciente pudo estar en la condición de un aneurisma roto contenido. La forma de diagnosticarlo es hacer una imagen y pudo ser llevado a un procedimiento quirúrgico de urgencia para tener una mayor posibilidad de sobrevivir.

Cuando un paciente llega a urgencias uno le hace una HC. El dolor abdominal tiene un muy amplio espectro entonces se va descartando, la más común es la urolitiasis, pero también el aneurisma. Es importante descartar el aneurisma y además el paciente se fue sin un diagnóstico claro porque no fue concluyente la urolitiasis.

Cree que en este paciente se debió haber hecho el TAC por las características del dolor.

El paciente salió de urgencias y en menos de 8 horas ingresó a otro. Por lo que cree que se requirió haberse practicado otros exámenes.

Dice que el Urotac es una forma de confirmar la urolitiasis o el aneurisma.

Los aneurismas no duelen y son una enfermedad silenciosa, incluso pueden pasar 10 años antes de que se rompan. Muchos aneurismas son referidos por neurólogos cuando buscan un problema propio de su especialidad. Una Hipótesis es que cuando se rompe el aneurisma hubiera resecado el peritoneo causando el dolor, y cuando el aneurisma es contenido no hay drenaje de la sangre al abdomen.

El aneurisma roto no contenido tiene una mortalidad del 90%, y cuando es contenido es del 50 o 48% y con estabilidad hemodinámica. Esto también depende de la tecnología que se utilice.

Dice que él hubiera hecho una imagen diagnóstica, sino puede hacer un TAC hace una ecografía abdominal, o un Urotac, o una angiotomografía. Pero no con los síntomas del paciente.

No está seguro si al momento de ser atendido en la CNSR el paciente tenía una imagen. La HC no habla de una masa pulsátil. Solo cree que es una impresión diagnóstica por el tipo de dolor.

No es posible que el aneurisma hubiera desarrollado en el paso de atención en cada una de las clínicas.

Cree que el aneurisma debió existir años antes. Esto según su práctica profesional.

No está seguro si para la atención en CNSR el aneurisma ya estaba roto.

Muchas veces los urólogos mandan imágenes y en esos exámenes se evidencia la aorta que puede verse dilatada.

Los urólogos suelen encontrar el aneurisma por accidente.

En urgencias suelen hacer imágenes para urolitiasis.

Cuando el aneurisma se rompe y no está contenido hay una gran hemorragia en 4 minutos. Por eso muchos pacientes no alcanzan a llegar a la clínica.

La HC de Valle de lilí menciona un hematoma retroperitoneal, pero no menciona si está o no contenido el aneurisma. Solo dicen que es un sangrado y este causó el shock hipovolémico. Ahora bien, el hematoma descrito es un signo claro de rotura del aneurisma.

Las condiciones del paciente en la CNSR son muy diferentes a la del valle de lilí. Si se hubiera hecho la impresión diagnóstica del aneurisma se hubiera hecho cirugía o corrección del aneurisma teniendo una mortalidad menor por ser hemodinámicamente estable, la mortalidad hubiera sido solo del 50%.

Al momento de realizar el interrogatorio por parte de la clínica se vuelve a preguntar si tiene una especialidad en urología a lo que responde que no, así como que su única experiencia en urgencias es un rote que hizo en la especialización de cirugía general.

Dijo que se debería haber hecho una imagen para confirmar el diagnóstico.

Dice que se hacen estas imágenes porque el médico es de un servicio de urgencias, puede pedir una ayuda diagnóstica que considere necesaria.

La solicitud de imágenes diagnósticas depende del criterio médico.

Según la HC el criterio del médico determinó que no era necesario pedir imágenes. Él puede elegir.

Cuando se hace una impresión diagnóstica, el médico se basa en las guías para confirmarla entonces se pide un Urotac. Pero aclara que el paciente se fue sin diagnóstico porque el Uroanálisis no específico para una Urolitiasis, en ese momento el médico de un caso clínico, en unas instituciones hay guías y en otros protocolos por lo que decide si ceñirse a la misma o no. Si hay una sospecha sobre algo, se hace un examen sobre el mismo.

Si el médico de urgencias necesita un apoyo solicita ayuda al especialista.

El hemograma puede ser para ver si hay una infección, pero el parcial de orina puede ayudar a orientar a la existencia de un cálculo renal pero no es exclusivo para esto.

El apoyo con especialista se puede hacer con sospecha, no solo con confirmación. También es válido que decida no pedir ayuda diagnóstica.

Hay que hacer un enfoque diagnóstico, dependiendo del dolor, su ubicación, el paciente, se piensa qué puede ser y se efectúan los exámenes para descartar eso. Si no puede confirmar hace más pruebas o llama a un especialista o ve cómo soluciona.

El TAC depende de la disponibilidad del servicio, podría hacerse una ecografía. Es posible primero hacer los exámenes que se hicieron al paciente y luego escalarlo a un Urotac.

Generalmente los cálculos renales se presentan con los síntomas que tenía el paciente.

El dolor agudo abdominal también puede ser coincidir con una pancreatitis u otras circunstancias.

El dolo de cálculos renales puede ser de 10/10.

Los síntomas sí podían corresponder a cálculos.

El paciente llegó en una condición de paro cardiorrespiratorio, puede ser que según los síntomas el médico considere que existe el aneurisma luego de sacar del paro al paciente.

Clínicamente no se sabe si había masa pulsátil, no era fácil detectarlo cuando fue tendido en la CNSDR. Se podía sospechar únicamente.

Cuando leyó la HC de CNSDR pensó inicialmente en un aneurisma como una impresión diagnóstica, sin ningún antecedente.

Se pudo hacer una prueba confirmatoria.

Los exámenes hechos al paciente no descartan una imagen diagnóstica cuando se sospecha de un aneurisma.

El aneurisma es una patología hereditaria, también son factores de riesgo el tabaquismo y la hipertensión. La edad es un factor de riesgo para la ruptura del aneurisma sobre todo en pacientes de 80 años.

Es decir, en el paciente no había factores de riesgo para sospechar del aneurisma.

Si el paciente tiene rotura no contenida generalmente no alcanza a llegar a servicios de urgencias y el 90% de los que llegan, fallecen.

Si el aneurisma roto está contenido, no ha perdido sangre, puede sobrevivir el 48 a 50% en pacientes estables.

Síntomas de rotura de la aorta abdominal: En la contenida hay dolor abdominal intenso, puede tener palidez. Si está hemodinámicamente estable.

El aneurisma no es una inflamación sino una dilatación cuya posibilidad de rotura depende de la dilatación.

Si al aneurisma se le ejerce presión se va a romper.

Dice que al paciente no le hubiera dado salida sino que le hubiera hecho una imagen.

Si el aneurisma es mayor a 5 centímetros puede detectarse con la palpación. Y aplicando analgésicos el dolor puede ceder hasta la mejoría.

Los síntomas del cólico renal y el del aneurisma son dolores similares.

La frecuencia de loa aneurismas aumenta en pacientes de los 60 años. En pacientes jóvenes se asocia a factores hereditarios y en la población en general es del 1%-5%.

El aneurisma es una enfermedad silenciosa.

El aneurisma roto abdominal contenido se manifiesta por dolor intenso, no está hipovolémico.

**SE SUSPENDE A LAS 11:56 A.M.**

**SE RETOMA A LA 1:22 P.M.**

**CONTRAINTERROGATORIO AL PERITO DE SAN JOSÉ DE GERONA**

Es médico cirujano con especializaciones en cirugía vascular y cardiovascular.

Se graduó en 1973.

Se graduó en1979 como especialista en cirugía en general.

Hizo una pasantía en Europa de cirugía cardiovascular.

Luego fundó el programa de especialización de cirugía vascular en una universidad de Antioquia.

Al final de los 90 puso en marcha una unidad de cirugía cardiovascular en el hospital San Vicente de Paul.

Duró 10 años ahí y luego continuó su experiencia como cirujano vascular periférico.

Ha hecho varias publicaciones en temas relacionados con el dictamen pericial.

También ha colaborado en la creación de manuales de Trauma Vascular junto con el Ministerio de Salud.

Tiene 2 o 3 años de no ejercer clínicamente la profesión.

Leyó la historia clínica en detalle y de ahí se revisó la hipótesis médica, la conducta terapéutica usada, verifica su experiencia y la lex artis imperante en ese momento y hace un juicio sobre si el médico debió o no ordenar un examen.

El dolor del paciente se presentaba en el lado derecho, debajo de las costillas y se irradiaba hacia el dorso y la región inguinal.

Era un dolor intenso porque cuando el Dr. Lo iba a palpar tenía el reflejo de contraer los músculos.

El dolor tenía unos datos de signos y síntomas que podían corresponder a varias cosas. Algo de lo que primero se hace es descartar apendicitis porque el 50% de dolores abdominales se debe a apendicitis aguda, además también puede ser un dolor frecuente de cálculos renales localizados en la pelvis renal y cuando se desprenden generan dolor al pasar por el uréter.

Esa fue la hipótesis diagnóstica de ese momento. De hecho, tuvo dos hipótesis: el cálculo renal y el dolor abdominal inespecífico.

Con mucha frecuencia los médicos no tienen un diagnóstico de precisión, sino que tienen un diagnóstico de trabajo. Acá se pidieron dos exámenes de laboratorio.

Si hay un mínimo de sangre en la orina sirve para confirmar la existencia de un cálculo.

Se le recetó al paciente analgésicos.

El paciente estaba en buen estado general, no tenía deshidratación, tenía una presión arterial poco alta, y la tasa de hemoglobina era prácticamente normal.

La tasa de hemoglobina era normal y el examen de orina no mostró hematuria por lo que no podía continuarse con la pesquisa pues no permitía pensar que había un cálculo. Además, la mayoría de personas terminan botando el cálculo.

El paciente mejoró dramáticamente porque en la visita de la 1:00 a.m. manifestó mejoría, la palpación al lado derecho solo era levemente dolorosa.

Los exámenes de sangre no mostraron pérdida importante de sangre. Sería muy raro que un aneurisma se rompiera y el paciente no tuviera anemia, por lo que es posible decir que no había signos de haber sangrado.

A las 4:00 a.m. se podía palpar incluso profundamente en el abdomen y ya no había defensa involuntaria, es decir frente a la palpación el paciente ya no tenía los músculos rígidos. Por esto decidieron que talvez el paciente había tenido un cuadro de litiasis (cálculo renal), por eso mandaron al paciente a su casa.

Había muchas hipótesis diagnósticas que hubieran podido plantearse con ese cuadro clínico, pero no cree que debía hacerse la hipótesis de un aneurisma.

El compañero del paciente dice que sufrió de manera súbita un dolor en la pierna derecha antes de llevarlo a la clínica Valle de Lilí. Ahí, en los grandes servicios de urgencia, deben tener un ecógrafo.

Se llevó a cirugía por un aneurisma de la aorta que ya estaba rota.

Cuando se rompe esta arteria, en menos de un minuto al paciente se le puede ir toda la sangre, además genera varios coágulos en la cavidad abdominal.

Cree que la conducta de los médicos de CNSDR fue correcta frente a la imagen diagnóstica, exámenes y medicamentos. La ausencia de más síntomas conforme a su hipótesis hacía viable que le dieran salida al señor.

El diagnóstico del aneurisma no fue hecho por los médicos de CNSDR, el aneurisma no se presenta con los síntomas que tenía el paciente, sino que se hubiera descompensado, se hubiera roto la aorta, lo predominante no es el dolor sino la catástrofe o colapso que sufre el paciente.

Si el paciente hubiera ingresado con el mismo dolor y se encuentra taquicárdico, con presión baja, ahí el médico hubiera visto que algo más pasaba y hubiera examinado qué lo causaba.

Factores importantes desencadenantes del aneurisma: hipertensión y abuso del tabaco sobre todo en fumadores muy intensos.

El paciente nunca se deterioró, sino que mejoró, eso no pasa en quien tiene un aneurisma. Es posible que el dolor se haya dado porque la aorta se desgarró un poco.

El aneurisma de aorta abdominal sucede en la parte donde se divide la aorta hacia los dos extremos inferiores.

Cuando hay un aneurisma abdominal roto contenido permite que el paciente llegue al hospital y pueda ser operado.

Considera que el paciente llegó en la noche o incluso en la madrugada, la litiasis debía confirmarse por un TAC o una ecografía, sin embargo, es posible que lo hubieran enviado a consulta externa porque no había una urgencia de hacer eso en ese momento, pues no había un signo clínico o por laboratorio en ese momento que diera lugar a realizarlos.

Dice que sí debió ordenarse el TAC.

No había premura para usar el TAC porque el paciente estaba respondiendo muy bien al tratamiento médico. Había incluso disminuido su nivel de triage por lo que no necesitaba con urgencia el TAC por lo que se podía hacer en una consulta posterior lo del TAC y verificar cómo proceder con un cálculo.

Puede ser que el TAC no haya estado disponible a la 1:00 a.m., no había urólogo, etc. Pero no era urgente y mandatorio.

No había premura para usar el TAC porque el paciente estaba respondiendo muy bien al tratamiento médico.

Con excepción de la apendicitis que es con la que no puede pasar demasiado tiempo, las otras hipótesis del dolor del paciente solo tendrían urgencia dependiendo del dolor del paciente. Como con la analgesia se mejoró no se vio la urgencia de confirmar el diagnóstico.

Si el dolor de abdomen no amenaza la vida del paciente se puede esperar a que las condiciones sean más favorables. Es decir es una situación variable que dependen del caso.

El examen de sangre no hubiera sido el examen confirmatorio para el aneurisma porque la anemia y el dolor en abdomen pueden tener muchos orígenes. Pero sí se puede decir que el paciente no estaba sangrando porque la cantidad de glóbulos rojos era normal.

Si se hubiera hecho un Urotac, esto no hubiera imposibilitado que luego se muriera de un aneurisma. La medicina navega en la incertidumbre.

Es posible que la rotura del aneurisma suceda porque es asintomático hasta el día que se rompe. En el caso de la edad, de haber sido mayor a 65 años, el tiempo de observación hubiera tenido que ser más prolongado porque probabilidad de que se presente el aneurisma y por la demora de reacción del sistema inmune.

Dadas las condiciones del paciente era poco probable pensar en un aneurisma.

Cree que el paciente ya no necesitaba medicamentos intravenosos. Cree que el paciente hubiere respondido positivamente con los analgésicos.

No era médicamente probable pensar en el aneurisma teniendo en cuenta que, pese al dolor de estómago, el paciente no presentó otro tipo de situaciones que dieran cuenta del mismo como palidez, anemia, etc.

El paciente con un cálculo renal hay que instruirlo para que en los próximos días cuele la orina. Un cálculo puede estar en el conducto ureteral, bajar hasta la vejiga y el paciente puede aliviarse por esto sin necesidad de la expulsión.

El esfuerzo físico fuerte como levantar pesos grandes y significativos puede incidir en la rotura del aneurisma.

Si se hubiera tomado un TAC probablemente se hubiera encontrado la arteria aorta dilatada, pero tampoco ameritaba un Urotac y por lo tanto no había indicación para que se tome el mismo.

Si se hubiera tomado se hubiera descubierto antes, pero en ese momento no hay una urgencia para pedir el urotac.

SE SUSPENDE HASTA EL 12 DE JUNIO A LAS 9:00 A.M. Y CONTINUAMOS CON LA CONTRADICCIÓN DEL DICTAMEN Y DE AHÍ LOS TESTIMONIOS.