
5.4.-

DICTAMEN PERICIAL,
sobre la paciente CARMEN
DELFINA LISCANO (q.e.p.d.),
elaborado por la Profesional
Medica Mgister en Derecho Medico
JULIETH ANDREA LOPEZ ARIAS,
C.C.No.29.685.888 de Palmira
TP.No.765741-09. Consta de catorce
(14) folios utiles.



Cali, 12 de Junio de 2019

Doctora
Abogada Defensora Dra. Angélica Rada
Ciudad.

Referencia:	Asunto:	Dictamen Pericial
	Paciente:	Carmen Delfina Lizcano Guerrero
	Demandante:	Roberto Guerrero Ordoñez y Otros
	Demandados:	La Nueva EPS – Nueva Clínica Rafael Uribe Uribe – Clínica DESA S.A.S. – IDIME S.A.
	Despacho:	Juzgado Civil del Circuito de Cali

1. Motivo de la Peritación.

Emitir concepto médico científico, amparada en mis conocimientos y experiencia profesional como médica, magister en derecho médico, y con experiencia en medicina legal y ciencias forenses, sobre un caso relacionado con la paciente Carmen Delfina Lizcano Guerrero, mediante respuesta a cuestionario propuesto por la defensa Doctora Angélica Rada.

2. Documentos recibidos y analizados.

- ✓ Se hizo lectura y revisión de copia de historia clínica de Fundación Valle del Lili 10 folios en total.
- ✓ Se hizo lectura y revisión de copia de historia clínica de consorcio Nueva clínica Rafael Uribe en total 541 folios
- ✓ Se hizo lectura y revisión de copia de historia clínica de Clínica de Occidente en total 41 folios
- ✓ Se hizo lectura y revisión de versión del familiar en total 2 folios

3. Técnicas empleadas.

Análisis de los documentos allegados para estudio aplicando conocimientos, experiencia profesional y metodología de revisión de la literatura y normatividad vigente en Colombia, a fin de absolver el cuestionario propuesto por la Defensa.

4. Estudios, experiencia e idoneidad del perito

Julieth Andrea López Arias, identificada con la cédula de ciudadanía No. 29.685.888 de Palmira, médico, egresada de la Universidad Santiago de Cali de Colombia en el año 2009 y Magister en Derecho Médico de la Universidad Santiago de Cali de Colombia en el año 2015, con 10 años de experiencia como médico, de los cuales 4 años con experiencia forense, 4 años de experiencia en la maestría y quien se encuentra en segundo año de su doctorado en Ciencias Biomédicas en la Universidad del Valle. Se anexa hoja de vida.

5. SECUENCIA DE EVENTOS CLINICOS PARA DAR CONTEXTO A LOS HECHOS

PRIMERO: El 16 febrero de 2018 consultó en **Fundación Valle del Lili** "por que tenía ahogo y se le hincharon los pies...en dicha valoración reportaron deterioro de su clase funcional con disnea de moderados a pequeños esfuerzos. Al examen físico con disnea pero no dolor torácico y edema en miembros inferiores grado II y dejan en observación y confirman una falla cardíaca descompensada. Y le dan salida el 19 de febrero de 2018"

SEGUNDO: Consorcio Nueva Clínica Rafael Uribe. 14 de Marzo de 2018
Diagnóstico R529 DOLOR, NO ESPECIFICADO. M. DE CONSULTA: Consulta por hinchazón en miembro inferior derecho. Refiere que la hinchazón ha aumentado en los últimos días. Dolor a la palpación, dificultad para la marcha. Paciente que consulto hace 8 días, reconsulta el día de hoy por igual sintomatología, no mejoría de los síntomas. Gluco: 179. **Enfermedad actual:** paciente con antecedentes de valvuloplastia, portador de marcapasos, reemplazo de válvula mitral, talasemia, dm2, refiere cuadro de miembro inferior progresivo, asociado a este dolor, fue valorada aquí el 3 de agosto, descartaron TVP (trombosis venosa profunda) por informe de eco doppler. **Ant. Qx:** Valvuloplastia, reemplazo de válvula mitral, histerectomía. Antecedentes farmacológicos: degludec 20u, abatacep 2 amp mensuales, prednisolona 5 mg día, calcio 1 tab día, warfarina 7.5 mg de lunes a viernes y 10 mg sábados y domingos. Enalapril 5 mg día, furosemida 40 mg día, sulfato ferroso 600 mg día, ácido fólico 2 mg día, calcitriol, ácido zolendronico. **IV ANUAL. Análisis:** Paciente con patologías descritas, hace 10 días consulto por misma sintomatología: por eco descartaron tvp, sin embargo paciente refiere que el edema es peor a el ingreso anterior, en la Eco doppler pasado reportaron colección desde la región poplítea hasta el tercio proximal de la pierna, considero debe ingresar para descartar que esté haciendo algo secundario a dicha colección, además el dolor y edema ahora son más severos, considero requiere nueva doppler. Se solicita ECO DOPPLER DE MID. SS AZOADOS, IONOGRAMA, UROANALISIS, TIEMPOS. PCR, CH. RESTRICCIÓN HIDRICA A 800 CC DIA. TH. OMEPRAZOL



20 MG ATUNAS. Ecografías: dúplex scanning (doppler-ecografía) de vasos venosos de miembros inferiores derecho

Nota medica: Paciente reconsultante, edema de MID, región posterior indurada, signos de tpv positivos, sin embargo en anterior hospitalización se descartó, paciente refiere que edema y dolor son más fuertes ahora, eco doppler que reporta colección, considero que debe tener una nueva eco y según los resultado de esta interconsultar por ortopedia o cx vascular. Wilson Andrés Micolta González
Especialidad. MED GENERAL

TERCERO: 15/03/2018 13: 13:00. Diagnósticos: Dolor no especificado. **Nota médica:** Reporte de doppler venoso. Presenta en región poplítea área ecogenica mal definida extendiéndose desde la fosa poplítea hasta el tercio medio de la pierna que mide 66 16mm de diámetro hallazgo ya documentado en 3 de marzo con aumento de tamaño por lo cual se debe correlacionar con la anticoagulación ya que puede corresponder a hematoma. Sandra Viviana Ocampo rato. Med. General (resultado de INR: 3.08 PTT:35.4 PT:4.03 Hb: 10.4 Hcto: 35.7 creatinina: 0.95 BUN:23)

Opinión directa de la Eco: Estudio negativo para trombosis venosa profunda aguda o superficial hallazgos en la región poplítea del tercio proximal de la pierna descritos a correlacionar con pruebas de laboratorio, examen físico. A criterio de médico tratante la realización de estudios complementarios. Interpretación: no tiene

CUARTO: Interconsultas 16/03/2018 12:01:00 Plan: Análisis: paciente femenina de 72 años con múltiples patologías (diagnósticos ya anotados), se descartó TVP con eco doppler venoso, se considera presenta gonartrosis y hematoma en región de gastronemios. No hay indicación manejo quirúrgico ni otros tratamientos por ortopedia, se cierra interconsulta por parte de ortopedia. Salida por ortopedia. Harold losada campo ortopedia y traumatología....

17/03/2018 a las 16:38 Evolución medicina interna Análisis: Paciente de 72 años hospitalizada en contexto de quiste poplíteo vs hematoma, con antecedente de anticoagulación con warfarina por reemplazo valvular mecánico, en el momento estable hemodinamicamente, sin evidencia de aumento en el área de la lesión, sin embargo con evidencia de calor local, por lo que se solicita además de INR diario, hemograma y PCR de control para descartar proceso infeccioso activo. Ya valorada por ortopedia quienes consideran paciente con gonartrosis y hematoma en región de gastronemios no quirúrgico, por el momento continua manejo establecido. Dra. Nurby Carolina Vargas Medicina interna

QUINTO: 19 /03/2018 Análisis: Paciente de 72 años con historia clínica anotada quien en el momento se encuentra estable hemodinamicamente, sin signos de



sangrado activo, con sin cambio en valores de HB HTO, además hematoma en pierna derecha que ha disminuido de tamaño respecto a días anteriores, tiene INR y PT por fuera de metas de coagulación. Se decidió inicio de terapia física y se indica analgesia con dipirona 1 gr IV CADA 8 horas, por el momento continua igual manejo. INR diario. Dra. Nurby Carolina Vargas Medicina interna (resultado de INR: 1.74 PT:24 Hb:10.5

SEXTO: Nota evolución diaria 22/03/2018 11:23:00 Paciente de 72 años hospitalizada en contexto de hematoma en MID por sobreanticoagulación con warfarina a quien se le inicio manejo con warfarina hace dos días, aun con INR por fuera de metas de anticoagulación, en revista se encuentra paciente con dolor severo en pantorrilla derecha, se evidencia hematoma importante indurado y edematizado con signos de homans y olow positivos, se solicita eco doppler venoso de miembro inferior derecho por alta sospecha de tpv y eco de tejidos blandos inmediatamente, se indica nuevamente manejo con enoxaparina 60 mg cada 12 horas sc y morfina 3 mg cada 4 horas por severidad de dolor

SEPTIMO Nota médica 22/03/2018 A LAS 15:33 Paciente con aumento de hematoma en ecografía en miembro inferior derecho, con importante derrame articular, por parte de radiología sugieren realización de resonancia magnética se hace orden /(hace dos días se reinició Warfarina aun con INR por fuera de metas de anticoagulación warfarina 0.5 mg vía oral cada día *Nuevo) ver p.42

OCTAVO 22/03/2018 A LAS 16:54: 00. Interpretación de paraclínicos: Paciente con antecedentes de marcapasos, lo cual es una contraindicación absoluta para Y Y VALORACION A LAS 09:22:00. Interpretación: Eco doppler con TPV, se indica por medicina interna solicita interconsulta con cirugía vascular

NOVENO: Interconsultas 23/03/2018 13:01:00 Interconsulta Cirugía vascular, Paciente con antecedente de reemplazo de válvula mecánico hace 25 años desde cuándo se encuentra en manejo de anticoagulación con warfarina. Ha presentado dolor y edema en la pierna derecha hace 15 días por lo que ha tenido varios reingresos se documentó en unos de sus ingresos sobre anticoagulación por lo que se modificó el esquema anticoagulante. Sin embargo y a pesar de estar sobreanticoagulada la paciente aparentemente presento hematoma en la fosa poplítea derecha y posterior TPV poplítea derecha. En el momento con dolor y edema de alta intensidad. **Examen Físico:** Frecuencia cardíaca: 74 fr: 16 Ta: 132/54. Mucosa húmeda. Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Ruidos respiratorios normales Abdomen blando, no doloroso Extremidades con edema en la pierna derecha Pulso presentes y normales. No flegmasía. **Plan:** paciente con antecedente de reemplazo de válvula mecánico hace 25 años en el momento anticoagulada con warfarina, ha presentado complicaciones hemorrágicas en relación con



sobreanticoagulación. En el momento adicionalmente presente tvp POPLITEA DERECHA Y HEMATOMA EN FOSA poplítea. Se considera que dada la extensión de la trombosis la paciente no tiene indicación de ser llevada a trombectomía o trombolisis. Tampoco se considera buena opción el filtro de vena cava dado que la indicación primaria de la anticoagulación es la válvula mecánica que tiene la paciente porque es vital que la paciente permanezca anticoagulada. Con respecto al hematoma en la fosa poplítea en caso de aumentar de tamaño o cursar con dolor intratable este puede ser drenado en cirugía siempre y cuando los tiempos de coagulación estén normales y el paciente se encuentre anticoagulado con HBPM y esta se suspenda 24h antes del procedimiento. Por nuestro servicio no requiere intervención. Se cierra IC. Se debe iniciar soporte elástico Dr. Manuel Augusto Hosman Galindo. Cirugía vascular. Resultado de INR: 1.43

DECIMO: Plan manejo medico 25/03/2018 13:39:00. Plan de manejo. Se pasa revista con medicina interna quien decide dejar enoxaparina profiláctica 40 mg sc dia se difiere la warfarina Val por cirugía general. Se solicita TAC de pierna. Servicio: tomografía axial computarizada computada de miembros inferiores y articulaciones. Jhonattan tello idarraga Med general

DECIMO PRIMERO: Nota evolución diaria 25/03/2018 14:23:00. **Diagnostico actual:** Evolución medicina interna. Carmen Lizcano 72 años. **Subjetivo** Paciente refiere que persiste con dolor intenso en la extremidad, aumento del tamaño del hematoma, no siente los dedos del pie derecho. Examen Físico: Paciente consiente, alerta, orientada, en buen estado general, muy algica, patrón respiratorio adecuado sin signos de SIRS. Signos vitales: ta: 87/46 tam: 55 fc: 86 fr: 21, so2: 95%, t: 36 grados. ...gastronemios, muy doloroso a la palpación, parestesias en dedos MID. Aumento del hematoma que se extiende hasta rodilla, duro, caliente, Homans y olow positivo. SNC alerta sin déficit aparente. **Interpretación de paraclínicos: Resultados** Paraclínicos 25/03/00 Ch leucos 8520 neu 65% hb: 9.5 hto: 33.2 plaq: 220000 **Análisis:** Pte de 72 años quien se encuentra hospitalizada bajo el contexto de hematoma en MID posterior anticoagulación con warfarina, a quien ya se le había reiniciado manejo anticoagulante, en el momento en regulares condiciones, persiste muy algica a pesar del manejo con opioides, con aumento de la extensión del hematoma hasta rodilla, calor local, disminución de pulsos pedios, llenado capilar prolongado, limitación función, clínicamente sin mejoría, con algunos síntomas de síndrome compartimental por lo cual se solicita TAC de MID para evaluar extensión de hematoma y valoración por cirugía general para definir necesidad de drenaje del mismo por el momento se difiere anticoagulante y queda con enoxaparina 40mg día

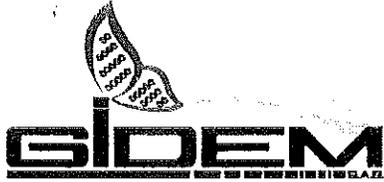
DECIMO SEGUNDO: EVOLUCION MEDICINA INTERNA. Nota evolución diaria 26/03/2018 11:38:00 **Subjetivo** Paciente con acompañante, refiere que persiste

con el dolor. **Examen Físico:** Paciente consiente, alerta, orientada, en buen estado general, muy algica, patrón respiratorio adecuado sin signos de SIRS. Signos vitales: TA: 107/62 tam: 81 fc: 98, so2: 95%, t: 36.4 grados glucometria:124mg/dl. ...gastronemios, muy doloroso a la palpación, parestesias en dedos MID. Aumento del hematoma que se extiende hasta rodilla, duro, caliente, Homans y olow positivo.. Interpretación paraclínicos: No hay paraclínicos pendientes para reportar. Análisis: Paciente de 72 años CON DXS anotados quien se encuentra en adecuadas condiciones, pero persiste con dolor en extremidad, con hematoma en pantorrilla, extremidad caliente, pulsos y llenado capilar presentes, en el momento con exacerbación de síntomas, aumento del dolor que no responde a manejo con opioides, extensión del hematoma, tensión en la extremidad, por lo cual se solicita concepto de cx vascular para definir manejo y eco doppler arterial. Queda con igual manejo instaurado, bajo vigilancia médica, pendiente reporte de TAC MID. Dr. Jonathan Martinez medicina interna.

DECIMO TERCERO: Interconsulta Cirugía Vascular 26/03/2018 14:35 registra que existe riesgo de síndrome compartimental y que en caso de compromiso arterial distal se recomienda pasar a cirugía para drenaje del hematoma. Por nuestro servicio no requiere otra intervención. Dr. Manuel Hosman Cirugía vascular

DECIMO CUARTO:26/03/2018 18:19 resultado de eco arterial: Enfermedad ateromatosa arterial con repercusión hemodinámica distal leve a moderada sin focos de estenosis hemodinamicamente significativas ni presencia de flujos críticos distales. Hematomas musculares por efecto de anticoagulación. Ritmo cardíaco irregular. TAC Conclusión: Masa de tejidos blandos hiperdensa heterogena en localización anatómica del musculo gastrocnemio medial, mide aproximadamente 82x63x140 mm anteroposterior, transverso y cefalocaudal ; por sus características y antecedente clínicos puede corresponder a hematoma. Cambios degenerativos leves tricompartmentales en la rodilla. Mineralización ósea disminuida de manera generalizada por osteopenia Os navicular tipo I. interpretación: **TAC DE MMII:** Hematoma en musculo gastrocnemio medial de 82x63x140 MM que puede corresponder a hematoma. Cambios degenerativos leves tricompartmentales de rodilla y coxofemoral. TAC fémur: hidrartosis de rodilla INR prolongado. **Plan de ortopedia: Se cierra interconsulta:** Si cirugía vascular según evolución decide llevar a intervención quirúrgica, contara con participación de ortopedia de ser necesario se sugiere solicitar para clínico para seguimiento de hemoglobina, resto de órdenes medicas por especialidad tratante atentos a evolución clínica. Hugo Dario Jiménez Rendon. Traumatólogo y ortopedia. 11/12/1 de marzo de 2018 manejo expectante por corrección del INR

DECIMO QUINTO: El 28 de marzo de 2018 solicitan valoración por cirugía general quien por aumento de signos clínicos orientan hacia un síndrome compartimental y



según cirujana "encuentro hematoma que compromete región poplítea y cara posterior y parte de la anterior de miembro inferior derecho, sin embargo no encuentro signos que orienten hacia un síndrome compartimental por lo cual considero que no es candidata para intervención quirúrgica. Indica Hielo para favorecer la reabsorción del hematoma, atentos a cualquier cambio. Se cierra interconsulta. Dra Catalina Ceballos Cirujía general.

El 30 de marzo se ajusta enoxaparina a dosis plena 60 mg SC cada 12 horas, inician también manejo psicológico y posterior necesidad de valoración y manejo por psiquiatría el 5 de abril de 2018 secundario a la depresión presentada por la paciente al no ver mejoría clínica.

DECIMO SEXTO: paciente con posterior distensión abdominal el 6 de abril de 2018 valorada por cardiología, presenta taquiarritmia e **ingresa a la UCI** (unidad de cuidado intensivo de **CLINICA DESA** la cual está en las instalaciones de Nueva Clínica Rafael Uribe).

Progresivamente mayor inestabilidad hemodinámica un INR: 1.15 PT:16.5 PTT: 28.7, ~~mas falla renal aguda anurica~~, requiriendo hemodiálisis. (resultado de Cr.0.85) El 8 de abril de 2018 resultado de creatinina 1.73 BUN: 33.7 Disminución de volumen urinario con diuresis de 0.3cc / hora y en la noche ya estaba anurica (TFG: El 9 de abril de 2018 Cr:2.59 y hace una hipercalemia es decir se le sube el potasio a 6.7 y se suspende enoxaparina

DECIMO SEPTIMO: Continúa en **UCI CLINICA DESA**, el 12 de abril de 2018 registran derrame articular en rodilla derecha, solicitan radiografía de rodilla sospechan hematoma sobreinfectado. Sin embargo el 13 de abril reportan hematoma de pierna derecha en resolución, Radiografía normal, valorada por Ortopedia quien considera cerrar su interconsulta. Dr. Harold Losada ortopedia. - 14 de abril de 2018 reportan infección Urinaria confirman germen aislado *Klebsiella Pneumoniae* sensible y deciden traslado a piso de hospitalización

DECIMO OCTAVO: 16 de abril presenta síntomas de delirio hiperactivo, suspenden enoxaparina y reinician warfarina INR: 1.62 PT:20.2 PTT:28.7 con evolución renal hacia la mejoría no requirió hemodiálisis y creatinina en descenso. Nefrología. Y EL 17 de abril de 2018 reingreso a UCI por descompensación hemodinámica asociado a disnea progresiva... con signos de falla cardíaca e hipertensión pulmonar moderada descompensada requiriendo ventilación tipo CPAP. Y CONTINUA EN deterioro clínico por lo que el 20 de abril de 2018 indican de nuevo hemodiálisis TRR (terapia de reemplazo renal) y de nuevo valorada y tratada por psiquiatría (fue manejada durante valoraciones con amitriptilina ...pregabalina)

DECIMO NOVENO: 22 DE ABRIL por mejoría renal deciden hospitalizar de nuevo y queda pendiente si se reiniciar o no la warfarina sin embargo presenta cuadro de sibilancias, alteración del patrón respiratorio y deterioro de estado de conciencia es comentada de nuevo a UCI y comienzan estudios para descartar TEP (Tromboembolismo pulmonar). El 24 de abril a las 00:49 Registran que "en contexto

de disnea se descarta TEP agudo por lo que se considera que evento de disnea súbita es secundario a sobrecarga hídrica ya en corrección y con indicación de continuar diálisis ...familia solicita traslado de paciente a clínica de mayor complejidad..se carga la remisión" (ver página 304 de 542 del documento pdf)

VIGESIMO: 26 de abril de 2018 Valoración por infectología "...el día de ayer la paciente presenta pico febril con elevación de marcadores...piden exámenes para descartar endocarditis infecciosa...Dra. Lina Maria Villa Infectologia...luego inician antibiótico

VIGESIMO PRIMERO El 30 de abril de 2018 realizan reunión con familiares, personal Clínica DESA y Nueva EPS para analizar el caso grave de la paciente Carmen Delfina Lizcano. En el acta explícitamente afirman que la paciente ingreso por complicación secundaria a la warfarina, en donde hace un hematoma muscular en la pantorrilla..se estaba realizando monitorización a su hematoma... en 48 horas se evidencia falla renal aguda asociada a una glomerulonefritis asociado a la inflamación de la pierna y esto le había producido su falla renal; por lo que se le dio manejo a la celulitis de pierna y antibiotico, se le envió una tercera ecografía y se hizo ver por Ortopedia, sin embargo nno se determinó manejo quirúrgico y se continuo dando manejo medico ya que el hematoma según reportes iba recogiendo y reduciéndose.

VIGESIMO SEGUNDO: continua paciente cada día estabilizándose más, el 1 de mayo de 2018 en una evolución de UCI reportan Diagnósticos: Choque séptico secundario a Bacteriemia por staphylococcus aureus meticilino resistente (asociado a catéter de hemodiálisis?). Hematuria. Sobreanticoagulación resuelta INR labil. Trombocitopenia moderada en resolución...y continua el cuadro cada día más grave

VIGESIMO TERCERO:...6 de mayo de 2018 ...en delicadas condiciones generales, bajo ventilación mecánica invasiva, efecto opioide, en destete de soporte vasoactivo, goteo de heparina, con sangrado de boca..hemocultivos persisten positivos y glucometrias fuera de límites y afectación de Glasgow con escala de 10/15

VIGESIMO TERCERO: 8 de mayo de 2018 paciente hemodinamicamente estable sin requerimiento de soporte vasopresor, tiene ventilación mecánica invasiva con parámetros basales en proceso para extubación programada... completar esquema antibiótico, solicitan paraclínicos de control... se espera evolución clínica. Pronóstico ominoso

VIGESIMO CUARTO: 10 de mayo de 2018 Pendiente remisión a nivel 4 para retiro de marcapasos el cual esta perpetuando infección por SthapylococcusAMR. Sin criterios para soporte dialfítico, continua en manejo medico

VIGESIMO QUINTO: 11 de mayo de 2018. Paciente en criticas condiciones generales, sin soporte vasoactivo, sin sedación, con ventilación mecánica por tubo Orotraqueal... Paciente aceptada en clínica de occidente UCI quirúrgica para

valoración por electrofisiología y considerar cambio de marcapasos ya que es el único dispositivo que falta por cambiar y paciente aún persiste con bacteremia pronóstico ominoso

VIGESIMO SEXTO: Clínica de occidente Ingreso 11 de mayo de 2018 Egreso: 17 de mayo de 2018. En valoración del 16 de mayo de 2018 "Paciente en estado crítico con cuadro de endocarditis de válvula protésica mitral y compromiso valvular aórtico, pulmonar y tricuspideo, vegetaciones en marcapasos, presenta compromiso multiorganico con requerimiento de ventilación mecánica e indicación de terapia de reemplazo renal. No tiene indicación de tratamiento quirúrgico ni endovascular según las especialidades respectivas, familiares firmaron desistimiento de intervenciones avanzadas y reanimación cardiopulmonar, ayer se inició tratamiento con ampicilina sulbactam. Pronostico vital ominoso, son alto riesgo de muerte en las próximas horas, no se realizan modificaciones en el tratamiento. Dr Jose Hidalgo medicina interna. Y en nota de la terapia enterostomal registran que "a nivel de mentón lesiones abrasivas extrainstitucionales en primeras capas de piel, asociados a fijación de dispositivos de ventilación mecánica, ...en región genital...se observa maceración y laceración perianal extrainstitucional...en región sacra se evidencia lesión por presión grado III extrainstitucional con diámetro de 10x 4 cm ...exudado seroso de leve cantidad..."

VIGESIMO SEPTIMO: 17 de mayo de 2018 Medicina interna Paciente en criticas condiciones sin respuesta a todo el manejo medico instaurado, presenta paro cardiorespiratorio asistolia, no se realizan maniobras de reanimación dada la condición crítica de la paciente y en acuerdo previo con la familia que ya había firmado limitación del esfuerzo terapéutico. Hora del fallecimiento: 10:03 Dra Maria Peña

6. RESUMEN DEL CASO

Se trata de una señora de 72 años quien presenta como enfermedades en su historia clínica, Hipertensión arterial, diabetes mellitus, talasemia, artritis reumatoidea, con antecedente quirúrgico de una valvuloplastia en donde reemplazaron la válvula mitral del corazón quien además tiene un marcapasos y está siendo tratada con warfarina debido al reemplazo valvular mecánico, cardiopatía valvular Fracción de eyección de ventrículo izquierdo de 60% con insuficiencia aortica moderada (Eco trastoracico el 17 de diciembre), quien en febrero de 2018 en Fundación Valle del Lili presento una falla cardíaca descompensada.

La paciente consultó al Consorcio Nueva Clínica Rafael Uribe, el 3 de marzo de 2018 por presentar hinchazón en miembro inferior derecho, le realizaron una ecografía doppler (primer eco) y le descartaron una trombosis venosa profunda, de esto no hay historia, pero si es comentado por médicos tratantes, consulta de nuevo

el 14 de marzo del 2018 por persistir con los síntomas de edema y dolor en miembro inferior y le indican la toma de una nueva ecografía doppler.

El 15 de marzo reportan el resultado de la eco (Segunda Eco) "En región poplítea área ecogenica mal definida extendiéndose desde la fosa poplítea hasta el tercio medio de la pierna que mide 66 16mm de diámetro hallazgo ya documentado en 3 de marzo con aumento de tamaño por lo cual se debe correlacionar con la anticoagulación ya que puede corresponder a hematoma. Sandra Viviana Ocampo rato. Medicina General" y en lectura del informe agregan que "ha aumentado de tamaño respecto al 3 de marzo, debe de correlacionarse con antecedentes de sobreanticoagulación referido por la paciente ya que puede corresponder a un hematoma a este nivel, se sugiere la realización de estudios complementarios...(p.17/288)". El 14 de marzo contemplan valoración por ortopedia o cirugía vascular y el 16 de marzo es valorada por Ortopedia Dr Losada quien considera cursa con gonartrosis y hematoma y no requiere tratamiento quirúrgico. La paciente continua con síntomas sin presentar mejoría clínica el 22 de marzo de 2018 le realizan nueva ecografía Doppler venoso de miembro inferior derecho (Tercera ECO) y piden eco de tejidos blandos (Ver página 41/542 del pdf de Historia Clínica) Resultado "Desde la topografía de la fosa poplítea extendiéndose hasta tercio medio y posterior de la pierna persiste visualizándose lesión de contornos irregulares, ecogenicidad mixta que mide 20 x 6.0 x 9.0 cm, que al comparase con el estudio previo del 15 de marzo y del 03 de marzo de 2018 ha aumentado de tamaño (media previa de 66 x 16mm) , actualmente tiene un aspecto predominantemente sólido aunque presenta algunas áreas de refuerzo acústico posterior, a la valoración doppler color no se identifica flujo, debido al edema de la piel y el tejido celular subcutáneo y la extensión, es difícil determinar el compromiso de los grupos musculares subyacentes, dada la evolución de la lesión se sugiere la realización de Resonancia magnética contrastada. Lesión descrita en los tejidos blandos de la pierna derecha como se describió, se sugiere la realización de estudios imagenológicos complementarios. importante derrame articular a nivel de la rodilla derecha como se describió. correlacionar con la clínica (ver descripción del estudio). DUPLEX SCANNING (DOPPLER- ECOGRAFIA) DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES DOPPLER VENOSO MIEMBRO INFERIOR DERECHO: Negativo para trombosis venosa profunda" (ver página 46/542)

Por persistencia de síntomas, el 23 de marzo medicina interna indica valoración por cirugía vascular, es decir aproximadamente 9 días posterior a hospitalizarse quien registra que "presenta trombosis venosa profunda POPLITEA DERECHA Y HEMATOMA EN FOSA poplítea". (53/288) y continua diciendo que "Con respecto al hematoma en la fosa poplítea en caso de aumentar de tamaño o cursar con dolor intratable este puede ser drenado en cirugía siempre y cuando los tiempos de coagulación estén normales y el paciente se encuentre anticoagulado con HBPM y esta se suspenda 24h antes del procedimiento. Y dice que por el servicio de el no requiere intervención Se cierra IC. Se debe iniciar soporte elástico Dr Manuel Augusto Hosman Galindo Cirugía Vascular".

"La paciente para ese día (23 de marzo/2018) tenía una INR de 1.4, es decir se podría decir que sus tiempos de coagulación estaban aptos para poder



realizar una cirugía, sin embargo nunca se decidió que se operaba ni quien asumía esa responsabilidad”.

El 26 de marzo es nuevamente valorada por Cirugía vascular registra que existe riesgo de síndrome compartimental y que en caso de compromiso arterial distal se recomienda pasar a cirugía para drenaje del hematoma Dr. Manuel Hosman Cirugía vascular. Luego el ortopedista valora a la paciente el mismo 26 de marzo descarta síndrome compartimental pero indica que si cirugía vascular decide operar, él lo acompañaría en el procedimiento.

“En la mayoría de especialistas tratantes se evidencia que atienden la interconsulta e inmediatamente la cierran sin dar el margen de posibilidad para una revaloración indicada por ellos mismos, es decir no se encuentran valoraciones posterior a que otros especialistas hayan valorado y dado el concepto de la paciente. Luego, el reporte de la eco arterial evidencia una enfermedad arterial ateromatosa en miembro inferior con repercusión hemodinámica no representativa el TAC confirma cambios leves tricompartmentales de rodilla y a nivel coxofemoral y ortopedista Hugo Jimenez dice que si cirugía vascular opera el lo acompaña, pero posteriormente la sigue viendo cirugía general y no vascular, quien dice que la paciente no es candidata a cirugía. Es decir, a las anteriores indicaciones dadas por el cirujano vascular de llevar a cirugía para drenar, (aumento de hematoma, aumento de dolor) se le agrego otra, la cual era el compromiso arterial el cual también se evidenció en la ecografía arterial que si bien dice “repercusión hemodinámica distal leve a moderada” estaba evidenciando el inicio de un daño a nivel arterial”

La paciente posteriormente sigue en desmejora con tiempos de coagulación en descontrol, que no llega a metas, y requiere de valoración por psicología y psiquiatría, se le inicia manejo psiquiátrico también.

“En este punto es válido aclarar que un paciente que requiere acompañamiento de psiquiatría puede presentar cambios de su estado de ánimo cuando no se ha resuelto el cuadro de organicidad o la patología perse, lo cual es evidente en esta paciente que aún no habías tenido solución al problema de su hematoma”.

Después, el 6 de abril ingresa a UCI (unidad de cuidado intensivo) de la clínica DESA como la IPS Hospitalaria encargada de la usuaria con instalaciones dentro de la Nueva clínica Rafael Uribe... sin poder controlar su coagulación, presentando posteriormente complicaciones como infección de vías urinarias el 14 de abril de 2018, episodio de taquiarritmia, falla renal aguda anurica la cual requiere hemodiálisis, y si bien logra corregirse el daño renal luego presenta recaída necesitando de nuevo terapia de reemplazo renal.

Luego presenta asfixia marcada por lo cual entran a descartar un tromboembolismo pulmonar y requiere unidad de cuidado intensivo el 22 de

abril de 2018, los familiares ese día piden remisión a nivel de mayor complejidad y se registra que inicia el trámite, pero no se sabe claramente que pasa en el proceso de remisión.

Luego entran a sospechar el 26 de abril una endocarditis infecciosa. Luego confirman un Choque séptico secundario a Bacteriemia por *staphylococcus aureus* meticilino resistente (asociado a catéter de hemodiálisis?).

"Continúa en condiciones críticas en Uci con ventilación mecánica con pronóstico grave, con mayor deterioro y más difícil de manejar. Es decir, debido a las complicaciones de sus enfermedades de base, el hematoma en miembro inferior pasa en relevancia a un segundo plano, teniendo otros tipo de afectaciones de sistemas como son el cardiovascular, genitourinario, pulmonar, neurológico y la piel".

El 30 de abril de 2018 realizan reunión con familiares, personal Clínica DESA y Nueva EPS para analizar el caso grave de la paciente Carmen Delfina Lizcano, en donde especifican que el edema iba recogiendo y reduciéndose.

Finalmente el 11 de mayo de 2018 remiten a clínica de occidente para valoración por electrofisiología y considerar cambio de marcapasos ya que es el único dispositivo que falta por cambiar y paciente aún persiste con bacteremia pronostico ominoso, en dicha clínica realizan terapia enterostomal en donde se evidencia múltiples lesiones en piel a nivel sacro, genital, perianal y mentón. La paciente continúa en condiciones graves, familiares firman para que no haya más esfuerzos terapéuticos y el 17 de mayo de 2018 la paciente hace un paro cardiorrespiratorio y muere.

7. CONCLUSIONES

1. Acorde a tiempo, modo y lugar y las condiciones clínicas de la paciente en donde no presentaba mejoría clínica de su miembro inferior, la paciente ameritaba valoración por cirugía vascular antes del 23 de marzo de 2018.
2. Si bien la determinación de drenaje es de competencia de los especialistas tratantes, acorde a los registros clínicos hechos por los mismos especialistas, considero que si debió de haber sido operado el hematoma toda vez que el cirujano vascular dio las indicaciones claras para ello las cuales fueron; que aumentara de tamaño
3. Acorde a los registros en la historia clínica de la paciente Carmen Delfina Lizcano Guerrero, en los reportes de ecografía los resultados indicaron de forma clara que la lesión en miembro inferior iba en aumento.



4. No es cierto lo dispuesto en el Acta de Reunión cuando los médicos expresaron que el hematoma estuviese recogiendo y reduciéndose, como se manifestó anteriormente el reporte de resultados de las ecografías es claro.
5. A la paciente Carmen Delfina no le realizaron el drenaje del hematoma.
6. Acorde a los registros de historia clínica, el cirujano vascular valoró a la paciente Solo 9 días después desde el día de ingreso.
7. Si el hematoma no hubiese aumentado su progresión y se hubiese drenado en los tiempos adecuados se le hubiese brindado a la paciente la oportunidad de un tratamiento y mejorar la probabilidad de evitar una estancia hospitalaria prolongada
8. El trámite de remisión de una paciente no depende solo del personal médico, este proceso depende del código de autorización por parte de la EPS, depende de la oportuna aceptación de la entidad receptora, depende de la disponibilidad de ambulancia de la entidad remitora, depende del trámite administrativo de la entidad remitora, y depende de la red de remisión de la región la cual no siempre está debidamente articulada y no es suficiente para las necesidades diarias.
9. La paciente no ingreso con infecciones a la clínica, ingreso por dolor a nivel de la pierna.
10. La paciente posterior a la hospitalización prolongada de la paciente presentó Choque séptico a. bacteremia asociada a dispositivo de hemodiálisis - sthaphylococcus meticilino resistente (sarm)
11. Dentro de las medidas de seguridad del paciente, siempre se debe de evitar que durante su estadía u hospitalización presente algún tipo de escara, y para ello está la educación que se le brinde a los familiares para ayudar en este proceso y para eso también está todo el personal de enfermería para atender y evaluar al paciente diariamente, conductas que hacen que las escaras en piel sean prevenibles.
12. Si se le hubiese drenado el hematoma, lo más probable es que no hubiese tenido una hospitalización prolongada, por ende no hubiese tenido mayor riesgo de infecciones, ni de las complicaciones a nivel renal, ni de las escaras sobreinfectadas, entre otras
13. **Según la escala de Wells, (la cual se encuentra en los anexos) en la señora Carmen Delfina Lizcano Guerrero, se cumplía el hecho de que llevara más de tres días inmovilizada por la hospitalización, tenía sensibilidad a la palpación localizada a lo largo del sistema venoso profundo, tenía aumento del diámetro*



de la pierna y aunque no se midió con metro la lesión por parte de los profesionales, se podría deducir que también tenía aumento del diámetro de la pantorrilla, todo lo anterior suma de más de puntos lo que la posiciona en una alta probabilidad clínica de predicción de trombosis venosa profunda.

8. ANEXOS.

- ✓ Acompaño mi hoja de vida con sus respectivos anexos, que acreditan mi idoneidad, así como la bibliografía consultada para rendir el presente dictamen.

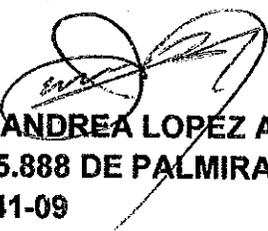
9. NOTIFICACIONES

Recibiré notificaciones en la Calle 45 C # 25 - 39 Bosque de Versalles Palmira - Valle del Cauca

Cel: 316 8288042

Correo electrónico: jandrealopezarias@gmail.com

En los anteriores términos emito mi experticia y estaré presto a cualquier aclaración o complementación que deba darse.


JULIETH ANDREA LOPEZ ARIAS

CC.29.685.888 DE PALMIRA

TP: 765741-09

CELULAR: 316 8288042

jandrealopezarias@gmail.com

