

CONCEPTO MÉDICO JURÍDICO RESPONSABILIDAD PROFESIONAL	
Radicación	52001-33-33-002-2021-00118-00 Juzgado Segundo Administrativo de Pasto
Demandante	Alexis Herney Romo Chamorro y otros
Demandado	E.S.E. Juan Pablo II del municipio de Linares
Asegurado	E.S.E. Juan Pablo II del municipio de Linares
Fecha de los hechos cuestionados	13 abril 2018 a 26 de abril de 2020
Paciente - fallecido	María Ismenia Chamorro Eraso
Fecha fallecimiento	12 de mayo de 2020
Fecha elaboración	16 de mayo de 2023

Apreciada doctora Adriana,

Reciba de mi parte un cordial saludo. En cumplimiento de su solicitud, una vez analizada la información disponible en el expediente digital del proceso de la referencia, me permito indicarle que no se encuentra acreditado una falla del servicio médico y/o falla administrativa en las diferentes atenciones en salud proporcionadas a la señora María Ismenia Chamorro Eraso en la E.S.E. Juan Pablo II del municipio de Linares entre el 07 de abril de 2018 y el 12 de mayo de 2020.

Para llegar a la anterior conclusión, se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. La ESE Juan Pablo II del municipio de Linares, es una Institución prestadora de Servicios de Salud de primer nivel de naturaleza pública, tiene habilitados los servicios de consulta externa, urgencias, promoción y prevención, psicología,



odontología y laboratorio clínico. **Al ser una institución de salud de primer nivel, sólo cuenta con atención de medicina general.**

2. Previo a los hechos cuestionados en la demanda, esto es, el 07 de abril de 2018, la señora María Ismenia Chamorro Eraso presentaba como antecedentes médicos de importancia, los siguientes:

Fecha de nacimiento	20 de mayo de 1971
Sexo	Femenino

Antecedentes Médicos Personales	
Padecimientos médicos	- Gastritis - Obesidad: IMC >30
Procedimientos quirúrgicos	- Histerectomía más cistopexia por diagnóstico de miomatosis uterina y cistocele; procedimiento quirúrgico realizado 2013; - Pomeroy – procedimiento quirúrgico realizado 2008.
Padecimientos psiquiátricos	No se encuentran acreditados
Accidentes y traumatismos	No se encuentran acreditados
Abuso de sustancias	No se encuentran acreditados
Discapacidades	No acreditadas

3. Entre el 07 de abril de 2018 y el 12 de mayo de 2020 se le prestó a la señora María Ismenia Chamorro **nueve atenciones** en salud en la E.S.E. Juan Pablo II del municipio de Linares:

Fecha de la atención	Servicio
7 de abril de 2018	Consulta externa – medicina general
18 de mayo de 2018	Consulta externa – medicina general
12 de septiembre de 2018	Urgencias



13 de septiembre de 2018	Urgencias - reingreso
13 de abril de 2019	Urgencias
25 de abril de 2019	Consulta externa – medicina general
19 de marzo de 2020	Consulta externa – medicina general
26 de abril de 2020	Urgencias
26 de abril de 2020	Urgencias - reingreso

4. En cada una de las atenciones en salud se prestó atención médica oportuna y necesaria, acorde con el cuadro clínico presentado, se ordenaron y realizaron los exámenes pertinentes, atendiendo al nivel de complejidad de la institución de salud asegurada.

Adicionalmente, en los casos en que se consideró necesario la remisión de la señora María Ismenia Chamorro para valoración por especialidades médicas o para atención en un nivel de mayor complejidad, éstas se llevaron a cabo sin demoras, dando aplicación al sistema de referencia y contrarreferencia.

Fecha de la atención	Servicio al que se solicitó remisión
18 de mayo de 2018	Ortopedia por diagnóstico de dolor dorso lumbar.
13 de septiembre de 2018	Remisión a III nivel de complejidad para valoración por cirugía general ante sospecha de apendicitis aguda.
25 de abril de 2019	Cirugía general por diagnóstico de coledocistitis sin colecistitis
19 de marzo de 2020	Fisiatría por diagnóstico de dorsalgia asociada a hipertrofia de la mama.
26 de abril de 2020	Remisión a III nivel de complejidad para valoración por cirugía general ante sospecha de apendicitis aguda vs enfermedad diverticular aguda.



5. Para este caso, se analizará las nueve atenciones en salud prestadas a la señora María Ismenia Chamorro en la E.S.E. Juan Pablo II del municipio de Linares en cuatro grupos diferentes, teniendo en cuenta las circunstancias específicas de tiempo, modo y lugar.

Diagnóstico relacionado	Fechas de la atención
Dolor dorso lumbar	7 de abril de 2018
	18 de mayo de 2018
	19 de marzo de 2020
Dolor abdominal – sospecha de apendicitis aguda # 1	12 de septiembre de 2018
	13 de septiembre de 2018
Dolor abdominal – colelitiasis sin colecistitis	13 de abril de 2019
	25 de abril de 2019
Dolor abdominal – sospecha de apendicitis aguda # 2	26 de abril de 2020
	26 de abril de 2020

6. **Análisis de atenciones en salud relacionadas con el diagnóstico de dolor dorso lumbar.**

Dolor dorso lumbar	7 de abril de 2018
	18 de mayo de 2018
	19 de marzo de 2020

- 6.1. A la señora María Ismenia Chamorro se le prestaron tres atenciones en salud en la E.S.E. Juan Pablo II del municipio de Linares relacionadas con dolor en región dorso lumbar, dos de ellas en el año 2018 y una para el año 2020. Estas atenciones en salud **no guardan relación de causalidad con el fallecimiento de la paciente ocurrido el 12 de mayo de 2020.**
- 6.2. Sin perjuicio de lo anterior, es importante señalar que, las atenciones en salud mencionadas se prestaron de manera adecuada y oportuna. No se limitaron



a la formulación de analgésicos, como se pretende hacer ver en el informe pericial aportado:

Página 3 informe pericial, Rubén Darío Angulo. Página 37 de 782, Archivo 002 Demanda y Anexos

RESUMENES

E.S.E. JUAN PABLO II DEL MUNICIPIO DE LINARES

Paciente: CHAMORRO ERASO MARIA ISMENIA

Edad: 47 años

HC: 27302971

Evolución, fecha de atención, 07-04-18

MC, me duele la espalda.- diclofenaco

Página 4 informe pericial, Rubén Darío Angulo. Página 38 de 782, Archivo 002 Demanda y Anexos

EVOLUCIÓN, FECHA DE ATENCIÓN, 18-05-18

MC, Tengo dolor de espalda. DX.- DOLOR DORSO LUMBAR, naproxeno.

Paciente: CHAMORRO ERASO MARIA ISMENIA

Edad: 47 años

HC: 27302971

Página 7 informe pericial, Rubén Darío Angulo. Página 43 de 782, Archivo 002 Demanda y Anexos

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:

FECHA DE ATENCION, 19-03-2020 09:54 AM

MC: mal de la circulación y me duelen los huesos.

EA: cuadro clínico de varios meses de evolución, con dolor en columna total de moderada intensidad ya tratada en varias oportunidades, pero sin la mejoría deseada.

RX DE COLUMNA DORSOLUMBAR DENTRO DE LÍMITES NORMALES

- 6.3. La historia clínica indica que se realizó anamnesis, examen físico, se ordenaron ayudas diagnósticas; una vez se obtuvo el resultado, se interpretaron pertinentemente, identificándose el requerimiento de manejo médico por especialista, razón por la cual se ordenó remisión a la especialidad de ortopedia y, posteriormente, a la especialidad de fisiatría.



En la historia clínica disponible, existe registro de atenciones en salud y seguimiento por el médico especialista en ortopedia en la IPS Corposalud de la ciudad de Pasto (sombreadas de color azul).

Atención ambulatoria ESE Juan Pablo II municipio Linares				
07	04	2018	10:20 pm Medicina SSO Juan Manuel Villarreal	<u>Motivo de consulta:</u> “me duele la espalda” <u>Enfermedad actual:</u> Paciente con cuadro clínico de 1 mes de evolución consistente en dolor y limitación funcional en zona lumbar que se irradia hacia hombro. Sin otra sintomatología. <u>Antecedentes:</u> Generales: gastritis, pomey, histerectomía. Gineco obstétricos: menopausia. Gestaciones 2, partos 2, cesáreas 0, aborto 0, vivos 2. Traumáticos: no refiere Alérgicos: No refiere Farmacológicos: omeprazol. Tóxicos: no refiere <u>Examen físico:</u> TA: 110/80 mmHg; FC 83 lpm; FR: 19; T: 36,2°C Aspecto general: alerta Peso: 75 Kg – Talla 153 cm – IMC 32 Piel y faneras: [no legible] Cráneo: normocéfala, [no legible]. Ojos: pupilas isocóricas. Oídos, nariz, boca, garganta: simétrico Cuello: [no legible], sin adenopatías. Cardiopulmonar: ruidos rítmicos, sin soplos. Abdomen: blando, depresible, sin dolor. Osteoarticular – extremidades: móviles, sin edemas, sin dolor. Neurológico: [no legible], sin déficit motor. <u>Impresión diagnóstica:</u> Lumbalgia <u>Conducta:</u> Rayos x dorsal y lumbar; [no legible]; Diclofenaco 75 mg intramuscular; [no legible].
18	05	2018	08:00 pm Medicina SSO Juan Manuel Villarreal	<u>Motivo de consulta:</u> “tengo dolor de espalda” <u>Enfermedad actual:</u> Paciente con cuadro clínico de 2 meses de evolución consistente en dolor punzada en columna dorsal que se irradia a hombros y zona lumbar. El dolor aumenta con la movilidad [no legible] y diclofenaco sin mejoría. <u>Antecedentes:</u> Generales: gastritis, pomey, histerectomía. Gineco obstétricos: menopausia. Gestaciones 2, partos 2, cesáreas 0, aborto 0, vivos 2. Traumáticos: no refiere Alérgicos: No refiere



Atención ambulatoria ESE Juan Pablo II municipio Linares

				Farmacológicos: omeprazol. Tóxicos: no refiere <u>Examen físico:</u> TA: 100/60 mmHg; FC 75 lpm; FR: 19; T: 36,2°C Aspecto general: alerta, afebril Peso: 73 Kg – Talla 153 cm – IMC 32.3 Piel y faneras: [no legible] Cráneo: normocéfala. Ojos: pupilas isocóricas, reactivas Oídos, nariz, boca, garganta: simétrico, [no legible]. Cuello: [no legible], sin adenopatías. Cardiopulmonar: ruidos rítmicos, sin soplos. Abdomen: blando, depresible, sin dolor. Osteoarticular – extremidades: anormal [no legible], sin edemas. Dolor en columna dorsal. Neurológico: sin déficit motor. <u>Reporte de ayudas diagnósticas:</u> Rayos x columna dorsal: sin alteraciones. Rayos x columna lumbar: sin alteraciones <u>Impresión diagnóstica:</u> Dolor dorso lumbar no especificado. <u>Conducta:</u> Valoración traumatología; Naproxeno 250 mg tomar 1 tableta cada 8 horas. #21
--	--	--	--	--

Atención ambulatoria - Corporalud SAS

10	09	2018	16:15 Ortopedia Gerardo Enriquez Martínez	Motivo de consulta: remitida Enfermedad actual: Paciente presenta dolor de columna cérvico dorsal de larga evolución sin causa aparente. Examen físico: espalda: contractura para vertebral, movilidad completa de columna cervical. Rayos X de columna lumbar: normal. Diagnóstico: M 546. Dolor en la columna dorsal. Tipo de diagnóstico: confirmado nueva. Análisis y plan: recomendaciones generales, inicio de fisioterapia para columna cervical, control en dos meses, AINES (acetaminofén 500 mg una tableta cada seis horas. Naproxeno 250 mg una tableta cada 12 horas).
10	12	2018	14:40 Ortopedia Gerardo Enriquez Martínez	Motivo de consulta: control. Enfermedad actual: paciente que ha mejorado su dolor cervicodorsal en tratamiento con terapia física con buena evolución. Examen físico: espalda: movilidad completa de columna cervicodorsal. Diagnóstico principal: M 546. Dolor en la columna dorsal Tipo de diagnóstico: confirmado repetido.



				Análisis y plan: se dan recomendaciones generales, continuar con fisioterapia para columna cervicodorsal, control en tres meses.
02	05	2019	15:49 Ortopedia Gerardo Enriquez Martínez	Motivo de consulta: control. Enfermedad actual: Paciente Asiste a control de dolor cervicodorsal en tratamiento con fisioterapia con mejoría parcial. Refiere continúa dolor y dificultad para realizar sus actividades diarias. Examen físico: espalda: espasmo muscular, no dolor en hipocondrio derecho. Evaluación con paraclínicos: ecografía del 16 de abril de 2019 con diagnóstico con litiasis. Diagnóstico: M 546. Dolor en la columna dorsal. Tipo de diagnóstico: confirmado repetido Análisis y plan: paciente asiste a control de dolor de columna cervicodorsal en tratamiento con fisioterapia con mejoría parcial, refiere continúa dolor y dificultad para realizar sus actividades diarias. Se da orden de recomendaciones generales, valoración por neurocirugía.

Atención ambulatoria ESE Juan Pablo II municipio Linares

19	03	2020	Medicina General Arbey Bolaños	<u>Motivo de consulta:</u> mal de la circulación y me duelen los huesos. <u>Enfermedad actual:</u> Cuadro clínico de varios meses de evolución con dolor en columna total de moderada intensidad ya tratada en varias oportunidades pero sin la mejoría deseada. Exámenes paraclínicos muestran alteración mecánica de la columna y al parecer por masas protuberantes el cuadro clínico evolucionó tórpidamente. <u>Antecedentes:</u> Generales: gastritis. Patológicos: no refiere Traumáticos: no refiere Quirúrgicos: Pomeroy hace 4 años Inmunológicos: no refiere Inf. Transmisión sexual: no refiere Alérgicos: preguntados y negados Farmacológicos: omeprazol. Tóxicos: no refiere Nutricionales: no refiere <u>Examen físico:</u> TA: 120/80 mmHg; FC 100 lpm; FR: 20; T: 36.5°C Aspecto general: en buena condición general. Peso: 83 Kg – Talla 155 cm – IMC 34.5 Sintomático de piel: No Sintomático respiratorio: No Síndrome febril: No Sintomático nervioso periférico: No Cabeza: normocéfala, sin deformidades.
----	----	------	--------------------------------------	---



Atención ambulatoria ESE Juan Pablo II municipio Linares

				Ojos: pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz, fondo de ojos sin alteraciones. Oídos: pabellones auriculares sin deformidad. Nariz: sin deformidad Otorrinolaringología: amígdalas eutróficas Cuello: central, no masas ni adenopatías, no soplos carotideo. Tórax: mamas protuberantes con exceso de tejido adiposo. Pulmonar: Campos pulmonares bien ventilados, murmullo vesicular conservado, sin ruidos agregados. Perfusión: menor a 2 segundos Abdomen: ruidos hidro aéreos positivos, no soplos, blando depresible, no masas ni megalias, peristaltismo normal. No dolor, no signos de irritación peritoneal. Extremidades: simétricas, no dolorosas a la movilización, no edemas, pulsos periféricos positivos. Columna: musculatura espástica y dolorosa a la dorsiflexión. Neurológico: alerta, consciente, ubicado en persona espacio y tiempo, no hay déficit motor o sensitivo, no signos meníngeos o de focalización. <u>Diagnóstico:</u> M549 Dorsalgia no especificada N62X Hipertrofia de la mama Tipo de diagnóstico: impresión diagnóstica <u>Resultados de ayudas diagnósticas:</u> Rayos x de columna dorsolumbar dentro de límites normales R negativo, TSH 4,78 13/02/2020. Perfil lipídico normal. Ácido úrico normal, uroanálisis normal, hemograma normal. Eco pélvica ovarios poliquísticos. <u>Recomendaciones:</u> Dieta balanceada. Remisión: Fisiatría. Definir terapia física mamoplastia de reducción o lo que la especialidad considere.
--	--	--	--	---



7. Análisis de atenciones en salud relacionadas con el diagnóstico de dolor abdominal – sospecha de apendicitis aguda # 1.

- 7.1. A la señora María Ismenia Chamorro se le prestaron dos atenciones en salud en la E.S.E. Juan Pablo II del municipio de Linares relacionadas con dolor en abdominal y primera sospecha de apendicitis aguda.

Dolor abdominal – sospecha de apendicitis aguda #1	12 de septiembre de 2018
	13 de septiembre de 2018 - reingreso

- 7.2. Se trata de una mujer, 47 años al momento de la atención médica, a quien se le documenta el antecedente de gastritis con manejo farmacológico con omeprazol.

El 12 de septiembre de 2018 a las 09:39 pm, consulta por cuadro clínico inespecífico de dolor muscular (mialgias) y dolor de cabeza global (cefalea), dolor a nivel epigastrio, asociado a dolor en espalda, sin referencia a fiebre, vómito u otra sintomatología. Al examen físico no se evidenció hallazgos positivos importantes. Se realizó impresión diagnóstica de gastritis. Se inició tratamiento antiespasmódico con hioscina y manejo analgésico con diclofenaco ampollas y naproxeno tabletas. Se dan signos de alarma para reconsultar al servicio de urgencias.

El 13 de septiembre de 2018 a las 16:30 horas ingresa nuevamente al servicio de urgencias, refiriendo dolor abdominal en epigastrio y fosa iliaca derecha, asociado a hiporexia. Al examen físico de esta consulta médica se encontró dolor a la palpación profunda de fosa iliaca derecha y signo de McBurney positivo. Se realizó impresión diagnóstica de dolor abdominal a estudio, se procedió a ingresar a la paciente al servicio de observación para toma de exámenes de laboratorio (cuadro hemático y uroanálisis), se inicia manejo de hidratación y ranitidina (inhibidor de la secreción de ácido gástrico).



La paciente es revalorada a las 17:00 horas con el reporte de hemograma que muestra leucocitosis y neutrofilia; ante la intensificación del dolor se decide remisión a tercer nivel de complejidad para valoración por cirugía general ante sospecha de diagnóstico de apendicitis aguda.

Se realiza trámite de comunicación con el centro de atención telefónica de EMSSANAR (entidad promotora de salud a la que se encontraba afiliada la paciente). El 13 de septiembre de 2018 a las 06:36 pm se recibe comunicación, en donde se informa que la paciente ha sido aceptada en la Clínica Corposalud de Pasto.

Según se describe en notas de enfermería, la señora María Ismenia Chamorro egresó el 13 de septiembre de 2018 a las 19:00 horas de la E.S.E. Juan Pablo II del municipio de Linares en ambulancia básica, acompañada de auxiliar de enfermería y familiar, remitida a la Clínica Corposalud, en donde ingresó ese mismo día a las 22:00 horas.

Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares				
12	09	2018	09:39 pm Ingreso Medicina general Ian Michel Bernal	<u>Motivo de consulta:</u> “mialgias y cefalea” <u>Enfermedad actual:</u> Paciente con cuadro clínico de 6 horas de evolución consistente en epigastralgia tipo cólico irradiado a hipocondrio derecho y flanco derecho, no acusa fiebre, emesis o deposiciones de diarreicas, concomitante refiere cefalea global y dolor en espalda motivo por el cual consulta urgencias. <u>Antecedentes:</u> Generales: gastritis. Patológicos: no refiere Traumáticos: no refiere Quirúrgicos: Pomeroy hace 4 años Inmunológicos: no refiere Inf. Transmisión sexual: no refiere Alérgicos: preguntados y negados Farmacológicos: omeprazol. Tóxicos: no refiere Nutricionales: no refiere <u>Examen físico:</u> TA: 100/70 mmHg; FC 75 lpm; FR: 20; T: 36,2°C Aspecto general: paciente en condición general estable.



Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares

				Peso: 77 Kg – Talla 154 cm – IMC 32.5 Sintomático de piel: No Sintomático respiratorio: No Síndrome febril: No Sintomático nervioso periférico: No Cabeza: normocéfala, sin deformidades. Ojos: pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz, fondo de ojos sin alteraciones. Oídos: conducto auditivo externo permeable, otoscopia normal. Nariz: sin deformidad Boca: boca, faringe y amígdalas sin alteraciones. Cuello: central, sin deformidades, no masas ni adenopatías. Tórax: no deformidades en el tórax. Pulmonar: Campos pulmonares bien ventilados, sin presencia de ruidos agregados, murmullo vesicular limpio. Perfusión: menor a 2 segundos Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes no aumentados, sin dolor a la percusión, blando depresible con dolor a la palpación en flanco derecho puntos ureterales no dolorosos signos de irritación peritoneal negativo como Rovsing McBurney y Bloomberg negativo. Extremidades: simétricas, no dolorosas a la movilización, no edemas, pulsos positivos, llenado capilar adecuado. Piel: sin alteraciones. <u>Observaciones:</u> IDX: gastritis, colitis. Tratamiento: Hioscina tabletas 10 mg tomar una tableta cada ocho horas, naproxeno tabletas 250 mg cada ocho horas por tres días, diclofenaco ampolla 75 mg dosis única intramuscular. Se explica paciente conducta médica además se dan signos de alarma para consultar a urgencias y recomendaciones. Paciente refiere entender y aceptar.
--	--	--	--	--

Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares

13	09	2018	16:30 Nota de Enfermería Mónica Pantaje	Ingresa paciente al servicio de urgencias de 47 años de edad. Procedente del casco urbano, barrio en las Lajas. Consciente, orientada en sus tres esferas tiempo persona lugar, en buen estado higiénico y aparente estado nutricional. Paciente refiere fuerte dolor en parte baja del estómago, refiere también que vino al servicio el día de ayer en la noche. También que le ha tomado pastillas de naproxeno. Paciente es valorada por médico de turno doctora Lina Marroquín quien le diagnostica dolor abdominal localizado en parte superior. Ordena dejar en observación, canalizar vena.
13	09	2018	04:44 pm	<u>Motivo de consulta:</u> “me duele el estómago”



Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares

			Ingreso Medicina general Lina María Marroquín	<u>Enfermedad actual:</u> Paciente femenina de 47 años con cuadro clínico de 24 horas de evolución consistente en dolor en epigastrio y en fosa iliaca derecha que el día de hoy se torna más incapacitante, asociado a hiporexia, acude el día de ayer dan manejo con hioscina y naproxeno diclofenaco con parcial mejoría, pero hoy el dolor se vuelve más intenso calificado en escala análoga de dolor 8/10 motivo por el cual consulta. <u>Antecedentes:</u> Generales: gastritis. Patológicos: no refiere Traumáticos: no refiere Quirúrgicos: Pomeroy hace 4 años Inmunológicos: no refiere Inf. Transmisión sexual: no refiere Alérgicos: preguntados y negados Farmacológicos: omeprazol. Tóxicos: no refiere Nutricionales: no refiere <u>Examen físico:</u> Aspecto general: paciente algica TA: 110/70 mmHg; FC 68 lpm; FR: 19; T: 36°C Aspecto general: en buena condición general. Peso: 77.4 Kg – Talla 154 cm – IMC 32 Sintomático de piel: No Sintomático respiratorio: No Síndrome febril: No Sintomático nervioso periférico: No Cabeza: normocéfala, sin deformidades. Ojos: pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz, fondo de ojos sin alteraciones. Oídos: pabellones auriculares sin deformidad. Nariz: sin deformidad Otorrinolaringología: amígdalas eutróficas Cuello: central, no masas ni adenopatías, no ingurgitación yugular, no soplos carotideo. Tórax: mamas protuberantes con exceso de tejido adiposo. Pulmonar: Campos pulmonares bien ventilados, murmullo vesicular conservado, sin ruidos agregados. Perfusión: menor a 2 segundos Abdomen: blando depresible, dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, MacBurney positivo, Rovsing negativo, talo percusión negativa, no signos de irritación peritoneal al, ruidos hidroaéreos presentes. Sistema genitourinario: no se realiza tacto. Neurológico: sin déficit aparente, ubicado en persona espacio y tiempo, no hay déficit motor sensitivo, no signos meníngeos o de focalización.
--	--	--	--	--



Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares				
				<u>Diagnóstico:</u> Dolor abdominal a estudio <u>Plan:</u> Observación. Nada vía oral. Lactato de ringer 1000 cc Iv para mantenimiento. Ranitidina ampollas 50 mg intravenosa cada 8 horas, se solicita hemograma y uroanálisis, control de signos vitales e informar cambios.
13	09	2018	17:00 Nota de Enfermería Mónica Pantaje	Resultados de laboratorio. Médico de turno decía llamar a callcenter EMSSANAR Y remitirá hospital de tercer nivel.
13	09	2018	06:03 pm Evolución medicina general Lina María Marroquin	Paciente femenina de 47 años Cuadro clínico de dolor abdominal sugestivo de apendicitis aguda. <u>Subjetivo:</u> refiere paciente dolor en fosa iliaca derecha. <u>Examen físico:</u> TA: 120/80 mmHg; FC 89 lpm; FR: 20; T: 36°C; Glasgow 15/15, Saturación 98% Paciente con regular estado general, normocéfala, pupilas isocóricas normoreactivas escleras anictéricas conjuntivas rosadas, pirámide nasal sin alteración funcional, mucosa oral húmeda, amígdalas eutróficas, cuello central con tráquea móvil sin evidencia de adenopatías, tórax normoconfigurado, pulmones bien ventilados sin sobre agregados. Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, corazón rítmico regular sin soplos, abdomen blando depresible doloroso a la palpación funda en fosa iliaca derecha, McBurney positivo, Rovsing positivo, talo percusión positiva, signos obturador positivo, peristaltismo presente, genitourinario diuresis espontánea, puñopercusión negativa, extremidades eutróficas, sin edema, adecuada perfusión distal, neurológico paciente consciente orientada sin déficit motor sensitivo Glasgow 15/15. <u>Análisis:</u> paciente con diagnósticos anotados, se revalora posterior a hidratación y protección gástrica, ahora con dolor abdominal más intenso localizado en fosa iliaca derecha, con signos de apendicitis aguda, McBurney positivo, Rovsing positivo talo percusión positivo, signo obturador positivo, con reporte de hemograma leucocitos de 13.600, neutrófilos 80%, puro análisis bacterias dos cruces. Se comenta paciente al call center de EMSSANAR donde informan que queda pendiente aceptación de remisión y si la paciente Zayn estabiliza comentar nuevamente. Se inicia trámite de remisión a cirugía general. Se explica paciente conducta médica refiere entender y aceptar. <u>Plan:</u> observación, nada vía oral, solución salina normal 0,9% 1000 cc IV para mantenimiento. Ranitidina ampolla de 50 mg intravenosa cada ocho horas, pendiente aceptación de remisión. Signos vitales. Informar cambios.



Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares				
13	09	2018	Formato de Referencia y Contrareferencia medicina general Lina María Marroquin	<u>Información General</u> Institución: Clínica Corporsalud Municipio: Pasto Especialidad: Cirugía General. Nivel: nivel 3 Tipo de remisión: prioritaria Diagnóstico PAL: K359 Apendicitis aguda no especificada Diagnóstico REL: <u>Impresión diagnóstica:</u> Apendicitis aguda <u>Causa de la remisión:</u> Paciente femenina de 47 años de edad con impresión diagnóstica de apendicitis aguda, se revalora posterior a hidratación y protección gástrica, ahora con dolor abdominal más intenso localizado en fosa iliaca derecha, con signos de apendicitis aguda, Mac borne positivo, Rovsing positivo, talo percusión positiva, signo de obturador positivo, un reporte de hemograma leucocitos de 13.600, neutrófilos 80%, puro análisis bacterias dos cruces. Se explica paciente conducta médica refiere entender y aceptar.
13	09	2018	06:36 pm Evolución medicina general Lina María Marroquin	Lllaman a las 18:25 doctor Jonathan Marulanda e informa que paciente ha sido aceptada a clínica Corporsalud Pasto. Se informa pacientes, entienden y aceptan. Tratamiento: remisión a cirugía general Diagnóstico: k359: Apendicitis aguda no especificada Tipo de diagnóstico: Impresión diagnóstica
13	09	2018	19:00 Nota de Enfermería Mónica Pantaje	Sale paciente del servicio de urgencias, acompañada de familiar documentación completa con auxiliar de enfermería Jessica Acosta, paciente consciente, orientada en tiempo tres esferas tiempo personal lugar en buen estado higiénico y nutricional paciente presenta líquidos endovenosos solución salina normal a mantenimiento.
13	09	2018	22:00 Nota de Enfermería (No legible)	Entrego paciente en camilla Clínica Corporsalud con diagnóstico de dolor abdominal. Paciente consciente, orientada, en sus tres esferas. Durante el traslado no presentó complicación. Queda en compañía de familiar.

7.3. **El manejo médico y administrativo dado a la señora María Ismenia Chamorro en la E.S.E. Juan Pablo II del municipio de Linares el 12 y 13 de septiembre de 2018 se ajustó a una adecuada práctica médica**, teniendo en cuenta que se dio manejo inicial ante la presencia de un cuadro inespecífico, se dieron indicaciones de alama y reconsulta al servicio de urgencias; ante la evolución desfavorable del cuadro clínico y reconsulta de la paciente, se realizaron



exámenes diagnósticos, se realizó una impresión diagnóstica pertinente y se procedió a realizar una remisión oportuna para valoración por la especialidad médica, ante una sospecha de diagnóstico de apendicitis aguda.

- 7.4. En la historia clínica disponible, existe registro de hospitalización (entre el 13 y el 16 de septiembre de 2018) y seguimiento por consulta externa (4 de octubre de 2018) por la especialidad de cirugía general en la IPS Corposalud de la ciudad de Pasto.

Al respecto, es importante mencionar que, si bien es cierto se consideró inicialmente la posibilidad diagnóstica de apendicitis aguda por parte del médico especialista en cirugía general y se ordenó llevar a manejo quirúrgico, durante el tiempo de espera para disponibilidad de quirófano, la paciente presentó una resolución espontánea del cuadro agudo; es decir, una evolución clínica dada por ausencia de dolor y signos de irritación peritoneal; y, paraclínica, por niveles de leucocitos dentro de parámetros de normalidad, razón por la cual se procedió, de acuerdo a los lineamientos médicos en la materia, a dar manejo no quirúrgico con antibióticoterapia y seguimiento ambulatorio^{1,2}.

Hospitalización - Corposalud SAS				
13	09	2018	22:14 Ingreso Julio Alejandro Peña Argotty	<u>Motivo de consulta:</u> remida por dolor abdominal <u>Enfermedad actual:</u> femenina de 47 años de edad ingresa con cuadro clínico de aproximadamente 24 horas de evolución consistente en dolor abdominal en fosa iliaca derecha e hipogastrio de moderada intensidad, asociado malestar general no síntomas urinarios no diarrea no emesis en el momento paciente estable. <u>Indicaciones:</u>

¹ Wagner M, Tubre DJ, Asensio JA. Evolution and Current Trends in the Management of Acute Appendicitis. Surg Clin North Am. 2018;98(5):1005-1023. DOI:10.1016/j.suc.2018.05.006

² Sakran JV, Mylonas KS, Gryparis A, et al. Operation versus antibiotics--The "appendicitis conundrum" continues: A meta-analysis. J Trauma Acute Care Surg. 2017;82(6):1129-1137. DOI:10.1097/TA.0000000000001450



				Hospitalización; nada vía oral; líquidos endovenosos 70 cc hora; Ranitidina 50 mg iv cada 8 horas; se solicita hemograma, uroanálisis, frotis vaginal. Valoración por cirugía general.
14	09	2018	07:59 Cirugía General Edison Hernando Mafla Botina	Femenina 47 años de edad remitida por cuadro clínico de 18 horas de evolución consistente en dolor abdominal inicial en fosa iliaca derecha, posterior irradiación global, sin más síntomas asociados. Encuentro paciente estable, tranquila, al examen físico signos vitales normales, cardiopulmonar normal, abdomen blando depresible, leve dolor a la palpación global. No signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos +. SNC Glasgow 15/15. Laboratorios de ingreso: 14/09/18 blancos 12 200; hemoglobina 12; hematocrito 39; plaquetas 216000; neutrófilos 74; pendiente uroanálisis. Idx: dolor abdominal en estudio Plan: se solicita eco de abdomen total revaloro con reporte pendiente uroanálisis dolor abdominal en estudio.
14	09	2018	11:32 Cirugía General Edison Hernando Mafla Botina	Revaloro paciente con reporte de eco de abdomen total: <i>Parénquima hepático y esplénico homogéneos sin presencia de lesiones focales ni difusas. La vía biliar intra hepática es de calibre normal y Colédoco mide 3 mm. La vesícula se encuentra parcialmente distendida de paredes delgadas, con imagen ecogénica intraluminal móvil que deja sombra acústica posterior de 17 mm. El páncreas es visualizado adecuadamente en sus tres porciones. Los riñones son de forma, tamaño y localización normales, sin visualizar dilatación pielocalicial ni lesiones focales parenquimatosas. Las porciones identificables de la aorta, de la cava inferior de la porta y de las venas hepáticas no presentan alteraciones. No hay líquido libre en cavidad abdominal. Vejiga adecuadamente distendida sin lesiones endoluminales. Se realiza en forma complementaria valoración de la Fosa Iliaca derecha con transductor lineal de alta frecuencia apreciando una imagen hipoecoica elongada de diámetro transversal de 16 mm que no comprime ni presenta peristaltismo. Conclusiones: OPINIÓN: Parámetros compatibles con apendicitis aguda. Se programa apendicectomía.</i>
14	09	2018	11:40 Medicina General María Angélica Burbano	Paciente con apendicitis aguda, se llevará a apendicectomía por Dr Mafla. Se pasa turno quirúrgico, se solicita valoración preanestésica. Se solicitan laboratorios prequirúrgicos.
14	09	2018	13:27 Medicina general	Paciente con diagnósticos anotados, con cuadro de cefalea, se ordena dipirona dosis única.



			Angela Patricia Mera	
14	09	2018	20:12 Medicina general Melissa Catherine Chaves	Paciente de 47 años de edad con dx de: 1. Apendicitis aguda. <u>Subjetivo:</u> paciente en el momento tranquila, estable, refiere persistencia de dolor abdominal, no náuseas, no emesis, niega otra sintomatología asociada. <u>Objetivo:</u> TA 120/80 T 36.5 FC 80 FR18 SAT 93% al ambiente. Al examen físico estable hemodinámicamente, afebril, cabeza normocéfalo, PINR, escleras anictéricas, nariz permeable, mucosas rosadas y húmedas, orofaringe sin lesiones, cuello sin adenopatías, tórax normo expansible, campos pulmonares bien ventilados sin sobreagregados, corazón rítmico sin soplos, abdomen blando depresible levemente doloroso a la palpación global, McBurney positivo, Blumberg insinuado, Rovsing negativo, sin otros signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos +, g/u diuresis positiva, extremidades simétricas sin edema, pulsos distales presentes. SNC: alerta consciente Glasgow 15/15. <u>Análisis:</u> paciente con diagnósticos anotados, en el momento hemodinámicamente estable, afebril, sin SIRS, modulando dolor abdominal, valorado por cirugía general con reporte de ecografía de abdomen total con hallazgos positivos para apendicitis aguda por lo que Dr Mafla indica apendicectomía como urgencia a la espera de llamado de quirófano. Por ahora continua con igual plan de manejo médico, vigilancia clínica, seguimiento por especialidad tratante, nada vía oral, atentos a su evolución.
14	09	2018	21:59 Cirugía General Edison Hernando Mafla Botina	Se revalora paciente en el momento hemodinámicamente estable, afebril, al examen físico abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Paciente que refiere notoria mejoría del dolor sin administración de analgesia, por lo que se indica manejo expectante, se inicia cubrimiento antibiótico con ampicilina sulbactam 3 gr endovenoso cada 6 horas; se solicita cuadro hemático y pcr de control para mañana. Revaloración con resultados.
15	09	2018	11:11 Cirugía General Edison Hernando Mafla Botina	Se revalora paciente en el momento hemodinámicamente estable, afebril, al examen físico abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Por lo que se indica manejo expectante, continua manejo establecido.
15	09	2018	19:10 Medicina general Mónica Fernanda Bravo	<u>Subjetivo:</u> paciente en el momento tranquila, leve dolor a nivel de región abdominal, no náuseas, no emesis, niega otra sintomatología asociada. Signos vitales: TA 120/70 T36 FC77 FR18 SAT93% al ambiente. <u>Al examen físico</u> estable hemodinámicamente, afebril, cabeza normocéfalo, PINR, escleras anictéricas, nariz permeable, mucosas rosadas y húmedas, orofaringe sin lesiones, cuello sin adenopatías, tórax normo expansible, campos pulmonares bien ventilados sin sobreagregados, corazón rítmico sin soplos, abdomen blando



				depresible levemente doloroso a la palpación global, McBurney positivo, Blumberg insinuado, Rovsing negativo, sin otros signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos +, g/u diuresis positiva, extremidades simétricas sin edema, pulsos distales presentes. SNC alerta consciente Glasgow 15/15. Paciente en el momento en buenas condiciones generales, afebril, con modulación de dolor abdominal. Control de hemograma en donde se evidencia leu 6.0, neu 58, hb 12.8, hto 39.5, plaq 230, pcr 106 elevada en manejo con esquema antibiótico ampicilina sulbactam hoy día, por ahora continua con igual plan de manejo médico, vigilancia clínica, seguimiento por especialidad tratante, nada vía oral, atentos a su evolución.
15	09	2018	22:29 Medicina general Mónica Fernanda Bravo	Paciente quien refiere dolor a nivel de epigastrio. Se decide dosis única de hioscina simple.
16	09	2018	08:04 Cirugía General Edison Hernando Mafla Botina	Paciente conocida con cuadro de dolor abdominal, en el momento hemodinámicamente estable, afebril, al examen físico abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Paciente refiere sentirse bien, con notoria mejoría del dolor a pesar de no administrar analgesia, paraclínicos de control sin leucocitosis, sin neutrofilia, tolerando adecuadamente la vía oral, sin complicaciones, por buena evolución clínica se ordena dar egreso con formula medica con ciprofloxacina + metronidazol por 7 días, signos de alarma, recomendaciones generales y control por consulta externa en 15 días.

Atención ambulatoria - Corporalud SAS

04	10	2018	11:29 Cirugía general Edison Hernando Mafla	Motivo de consulta: control. Enfermedad actual: paciente con. Antecedente clínico de dolor abdominal más distensión que se autolimita en el momento estable sin síntomas relacionados. Examen físico: abdomen blando, depresible, sin irritación, no megalias. Diagnóstico: Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. Análisis y plan: EDA resuelta. Alta por cirugía general.
----	----	------	--	---

7.5. Llama la atención que, en el informe pericial aportado se mencione en la "conclusión del peritazgo" (página 44 del informe, página 80 de 782 del archivo 002 Demanda y Anexos), lo siguiente: "... y desde esa época [13 de



abril de 2018] hasta su muerte consultó por dolor abdominal, a quien nunca se le definió el diagnóstico de apendicitis, hasta que esta se perfora, cuando ya era demasiado tarde su remisión ...”, cuando en el mismo documento se hace mención al trámite de remisión efectuado el 13 de septiembre de 2018 e incluso, se mencione el ingreso de la paciente a la Clínica Corposalud por un diagnóstico de apendicitis aguda.

Página 9 informe pericial, Rubén Darío Angulo. Página 45 de 782, Archivo 002 Demanda y Anexos
EVOLUCION, 27-04-2020 07:409 AM

**CON DX. DE SOSPECHA DE APENDICITIS AGUDA 2.-
ENFERMEDAD DIVERTICULAR AGUDA.**

ANALISIS, AL MOMENTO ESTABLE, INADECUADA MODULACION DEL DOLOR ABDOMINAL, SE DIO MANEJO EL DIA DE AYER CON DOSIS DE HIOSCINA EN DOS OCASIONES SIN MEJORIA, AL EXAMEN FISICO TAQUICARDICO MC BURNEY POSITIVO, PARACLINICOS CON LEUCOCITOSIS Y LEVE NEUTROFILIA, SCORE DE ALVARADO 6 PUNTOS POSIBLE APENDICITIS AGUDA, AUNQUE NO DESCARTO TOTALMENTE PATOLOGIA DIVERTICULAR POR ANTECEDENTE DE DOLOR ABDOMINAL DE SIMILARES CARACTERISTICAS EN OCASIONES PREVIAS, FRENTE A LA NO POSIBILIDAD DE DISCRIMINAR ENTRE PATOLOGIAS CONSIDERO VALORACION EN TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA VALORACION COMPLEMENTARIA POR CIRUGIA GENERAL, SOLICITUD DE IMÁGENES COMO AYUDA DIAGNOSTICA.

Página 11 informe pericial, Rubén Darío Angulo. Página 47 de 782, Archivo 002 Demanda y Anexos

Fecha de egreso, 16-09-2018

Fecha ingreso, 13-09-2018, MC, REMITIDA POR DOLOR ABDOMINAL.

EA: femenina de 47 años de edad, ingresa con cuadro clínico de aprox 24 horas de evolución consistente en dolor abdominal en fosa iliaca derecha e hipogastrio



8. **Análisis de atenciones en salud relacionadas con el diagnóstico de dolor abdominal – coleditiasis sin coledititis**

Dolor abdominal – coleditiasis sin coledititis	13 de abril de 2019
	25 de abril de 2019

- 8.1. Durante el mes de abril de 2019, la señora María Ismenia Chamorro se le prestaron dos atenciones en salud en la E.S.E. Juan Pablo II del municipio de Linares, la primera en el servicio de urgencias y la segunda en consulta externa) relacionadas con dolor abdominal y presencia de cálculos en la vesícula biliar (coledititis). Estas atenciones en salud **no guardan relación de causalidad con el fallecimiento de la paciente ocurrido el 12 de mayo de 2020.**
- 8.2. Sin perjuicio de lo anterior, es importante señalar que, las atenciones en salud mencionadas se prestaron de manera adecuada y oportuna: se dio manejo al cuadro de dolor agudo que requirió observación de dieciséis horas en el servicio de urgencias, se ordenaron de manera ambulatoria los exámenes paraclínicos pertinentes; dichos reportes fueron analizados en consulta externa de forma adecuada y se remitió de forma pertinente para valoración por consulta externa de cirugía general ante la confirmación diagnóstica de coleditiasis (cálculos en la vesícula) sin coledititis (inflamación aguda de la vesícula biliar).

Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares				
13	04	2019	4:30 am Nota de Enfermería Daiva Angarita Morales	Ingresa paciente al servicio de urgencias. Llega caminando por sus propios medios, consciente, orientada, afebril en regular estado higiénico, paciente refiere que tiene mucho dolor del lado izquierdo. Se toman signos vitales es valorada por el doctor Felipe Ojeda quien ordena dejar en observación, se canaliza vena.... Signos vitales: TA: 110/70 mmHg; FC 98 lpm; FR: 20; T: 36,5°C
13	04	2019	Ingreso 04:39 horas	<u>Motivo de consulta:</u> “me duele la espalda” <u>Enfermedad actual:</u> Paciente de 47 años de edad quien consulta por cuadro clínico de dos horas devolución consistente en presentar



Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares

			Medicina general Felipe Ojeda dolor en hemiabdomen izquierdo de intensidad 9/10 en la escala de dolor tipo cólico, irradiado a región lumbar izquierda, asociado a náuseas y poliuria, niega cambios en la orina. Niega fiebre. Niega diarrea. Niega otros síntomas. <u>Antecedentes:</u> Generales: gastritis. Patológicos: no refiere Traumáticos: no refiere Quirúrgicos: Pomeroy hace 4 años Inmunológicos: no refiere Inf. Transmisión sexual: no refiere Alérgicos: preguntados y negados Farmacológicos: omeprazol. Tóxicos: no refiere Nutricionales: no refiere <u>Examen físico:</u> TA: 110/70 mmHg; FC 68 lpm; FR: 19; T: 36°C Aspecto general: en buena condición general. Peso: 76 Kg – Talla 155 cm – IMC 31.6 Sintomático de piel: No Sintomático respiratorio: No Síndrome febril: No Sintomático nervioso periférico: No Cabeza: normocéfala, sin deformidades. Ojos: pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz, fondo de ojos sin alteraciones. Oídos: pabellones auriculares sin deformidad. Nariz: sin deformidad Otorrinolaringología: amígdalas eutróficas Cuello: central, no masas ni adenopatías, no soplos carotideo. Tórax: mamas protuberantes con exceso de tejido adiposo. Pulmonar: Campos pulmonares bien ventilados, murmullo vesicular conservado, sin ruidos agregados. Perfusión: menor a 2 segundos Abdomen: MacBurney, Rovsing, psoas, obturador, Dunphy, Gueneau Mussy negativos, dolor no impresiona de ser tipo quirúrgico, ruidos hidro aéreos positivos, blando depresible, no masas ni megalias, peristaltismo normal, dolor a la palpación profunda en hemiabdomen izquierdo, no signos de irritación peritoneal. Columna: musculatura espástica y dolorosa a la dorsiflexión dolorosa. Neurológico: alerta, consciente, ubicado en persona espacio y tiempo, no hay déficit motor o sensitivo, no signos meníngeos o de focalización. <u>Diagnóstico:</u> R104 otros dolores abdominales y los no especificados Tipo de diagnóstico: Confirmado nuevo
--	--	--	--



Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares

				Observaciones: abdominal estudio. Urolitiasis versus infección urinaria. <u>Tratamiento:</u> Observación. Nada vía oral. Cabeza 45°. Líquidos endovenosos solución salina normal 0,9% 1000 a mantenimiento. Ranitidina ampollas 50 mg una ampolla intravenosa lenta y diluida en 100 cc de solución salina. Se solicita hemograma, parcial de orina. Se revalorará con resultados. Se explica paciente sobre conducta médica, paciente entiende y comprende lo dicho.
13	04	2019	05:43 am 08:20 am Evolución medicina general Felipe Ojeda	Reporte de paraclínicos: Hemograma: leucocitos 10.600, neutrófilos 66,4%. Linfocitos 25,8%. Monocitos 7,8. Hemoglobina 12,3. Hematocrito 39,1. Parcial de orina con sangre tres cruces; bacterias una cruz; leucocitos uno-cero por campo. Por clínica sugestiva de cólico nefrítico y ante resultados de paraclínicos decido iniciar manejo analgésico con Tramadol una ampolla 50 mg intravenosa diluida en 100 cc de solución salina normal 0,9%. Acetaminofén tabletas 500 mg 1 g cada 6 horas. Continuar vigilancia de dolor abdominal.
13	04	2019	7:00 am Nota de Enfermería Yurany Delgado	Recibo paciente Ismenia Chamorro de 47 años con diagnóstico cólico renal no especificado, otros dolores abdominales. En cama en posición decúbito dorsal, consciente y orientada, en buen estado higiénico y nutricional. Al examen físico se observa vena canalizada con solución salina normal a mantenimiento. Signos vitales: TA: 110/70 mmHg; FC 68 lpm; FR: 20; T: 36,5°C
13	04	2019	08:20 am Evolución medicina general Ian Michel Bernal	Paciente en el primer día de hospitalización con diagnóstico de: 1. Cólico renal 2. Urolitiasis izquierda? <u>Subjetivo:</u> paciente acusa dolor en región lumbar izquierda irradiado a flanco y fosa iliaca izquierda, durases positivo. No otra sintomatología. <u>Objetivo:</u> TA: 120/80 mmHg; FC 78 lpm; FR: 18; T: 36°C; Glasgow 15/15. Normocéfala, simétrico pupilas isocóricas normoreactivas escleras anictéricas conjuntivas rosadas, pirámide nasal sin alteración funcional, mucosa oral húmeda, amígdalas eutróficas, cuello central con tráquea móvil sin evidencia de adenopatías, tórax normo elástico, pulmones bien ventilados sin sobre agregados. Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, corazón rítmico regular sin soplos, abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible doloroso a la palpación puño percusión lumbar izquierda positiva, genitourinario normo configurados, extremidades sin alteraciones estructurales funcional, neurológico no déficit motor ni sensitivo, ROT presentes fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades.



Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares

				<u>Análisis:</u> paciente con diagnósticos anotados, evolución clínica estacionaria, tolerando vía oral, actualmente hemodinámicamente estable, sin signos de SIRS, buen patrón respiratorio, acusa dolor en flanco izquierdo y región lumbar tipo cólico renal, se considera por clínica y evidencia de paraclínico uroanálisis con hematuria, sin signos de infección, iniciar manejo analgésico antiinflamatorio, continuar observación, vigilar dolor. <u>Plan:</u> Observación. Dieta corriente. Solución salina normal 0,9% 1000 cc para 24 horas intravenosa. Dipirone hioscina 1 ampolla cada 8 horas lenta iv. Ibuprofeno 400 mg cada ocho horas vía oral. Control de signos vitales. Informar cambios.
13	04	2019	05:03 pm Evolución medicina general Ian Michel Bernal	Paciente en el primer día de hospitalización con diagnóstico de: 1. Enfermedad diverticular aguda no complicada 2. Cólico renal izquierdo? <u>Subjetivo:</u> paciente acuse resolución de dolor, diuresis positiva. No otra sintomatología. <u>Objetivo:</u> TA: 120/80 mmHg; FC 78 lpm; FR: 18; T: 36°C; Glasgow 15/15. Normocéfala, simétrico pupilas isocóricas normorreactivas escleras anictéricas conjuntivas rosadas, pirámide nasal sin alteración funcional, mucosa oral húmeda, amígdalas eutróficas, cuello central con tráquea móvil sin evidencia de adenopatías, tórax normo elástico, pulmones bien ventilados sin sobre agregados. Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, corazón rítmico regular sin soplos, abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible doloroso a la palpación superficial ni profunda, sin signos de irritación peritoneal, punto ureteral negativo, puño percusión lumbar negativa, genitourinario normo configurados, extremidades sin alteraciones estructurales funcional, neurológico no déficit motor ni sensitivo, ROT presentes fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades. <u>Análisis:</u> paciente con diagnósticos anotados, evolución clínica hacia la mejoría, tolerando vía oral, actualmente hemodinámicamente estable, sin signos de SIRS, buen patrón respiratorio, sin nuevos episodios de dolor abdominal, por mejoría clínica se considera dar salida con manejo farmacológico. Se explica a familiar y a paciente devolución de enfermedad, se dan signos de alarma de re consulta urgencias además de recomendaciones en estilo de vida saludable, sacar cita por consulta externa para continuar con estudio de patología. Paciente familiar refiere entender y aceptar. <u>Plan:</u> Salida. Diclofenaco tabletas 50 mg cada ocho horas por tres días. Hioscina 10 mg cada ocho horas por tres días. Alimentación baja en grasa o comidas copiosas con aumento en el consumo de frutas y verduras.



Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares

13	04	2019	18:00 pm Nota de Enfermería Yurany Delgado	Por orden médica ingreso paciente del servicio de urgencias. Paciente en el momento de modo dinámicamente estable, sin dolor no fiebre, no dificultad respiratoria. Se da orden para ecografía de abdomen total prioritaria. Se dan medicamentos para la casa. Se explica signos y síntomas de alarma. Paciente refiere entender y aceptar.
----	----	------	---	--

Atención ambulatoria – Palermo imagen

16	04	2019	Ecografía abdomen total Palermo Imagen	El hígado con tamaño normal, no se detectan lesiones parenquimatosas por este método. Vesícula biliar mide 70 x 40 mm, en su interior se observan tres cálculos de 22-6-13 mm paredes vesiculares de 2 mm posterior y anterior de 3 mm, bordes bien definidos. Murphy negativo. La vía biliar intra y extra apática sin afectación. Colédoco de 8 mm sin obstrucciones. Páncreas y vaso con situación normal, no se detectan lesiones parenquimatosas por este método. Ambos riñones de morfología social. No hay líquido libre peritoneal. Aorta abdominal sin dilataciones. En la pelvis se observa la vejiga urinaria llena con volumen premiccional de 360 sin lesiones exofíticas ni endo lumenales. Histerectomía izada. No hay masas ni quistes ni colecciones. Impresión diagnóstica: colecistolitiasis.
----	----	------	--	---

Atención ambulatoria ESE Juan Pablo II municipio Linares

25	04	2019	Formato de Referencia y Contrareferencia Felipe Ojeda Medicina General	<u>Información General</u> Institución: Municipio: Pasto Especialidad: Cirugía General. Nivel: nivel 3 Tipo de remisión: prioritaria Área donde se encuentra el paciente: consulta externa Diagnóstico PAL: R104 Otros dolores abdominales y los no especificados Diagnóstico REL: K818 Otras colecistitis <u>Impresión diagnóstica:</u> - Otros dolores abdominales y los no especificados - Colecistitis, sin colelitiasis <u>Causa de la remisión:</u> Paciente con dolor abdominal crónico el cual se agudiza con las comidas copiosas, se solicita ecografía total de abdomen donde se reporta patología de vesícula (cálculos) por lo cual se remite para valoración por cirugía general para definir conducta. <u>Motivo de consulta:</u> “traigo resultados de ecografía” <u>Enfermedad actual:</u> paciente de 47 años de edad quien consulta con reporte de ecografía Tomás 16 de abril de 2019 en la cual se reporta
----	----	------	--	--



Atención ambulatoria ESE Juan Pablo II municipio Linares				
				colecistolitiasis, se solicitó por cuadro de dolor abdominal referido a región inter escapular, paciente que ya sea hospitalizado en múltiples oportunidades en primer nivel por cuadro de dolor abdominal de intensidad moderada tipo cólico referido a espalda. En el momento paciente asintomática. <u>Resultados de ayudas diagnósticas:</u> ecografía de abdomen coleditiasis sin colecistitis <u>Tratamiento:</u> 1. Valoración por cirugía general 2. Llevar reporte de ecografía total de abdomen 3. Hioscina tabletas 10 mg, 1 tableta cada 8 horas total 5 días si hay dolor 4. Bromuro de otilonio tabletas 40 mg 1 tableta día cuando exista dolor Se dan recomendaciones y signos de alarma para reconsultar paciente entiende y comprende lo dicho. Actividad física 150 minutos a la semana. Dieta rica en frutas y verduras. Disminuir consumo de grasas. Disminuir el consumo de sal y de azúcar. No exponer a humo de leña ni gases tóxicos. Se dan pautas para manejo de stress. Tomar medicación como se indica. Autoexamen de seno y citología anual.

- 8.3. En la historia clínica disponible, existe registro de valoración por consulta externa (07 de junio de 2019), hospitalización para procedimiento quirúrgico de colecistectomía (entre el 17 y el 18 de julio de 2019) y seguimiento por consulta externa (16 de agosto de 2019) por la especialidad de cirugía general en la IPS Corposalud de la ciudad de Pasto.

Atención ambulatoria – Corposalud SAS				
07	06	2019	13:25 Cirugía General Edison Hernando Mafla Botina	Motivo de consulta: cálculos en la vesícula. Enfermedad actual: Paciente con cuadro clínico de aproximadamente 1 año de dolor abdominal más distensión y síntomas dispépticos sin ictericia sin sangrado digestivo. Trae reporte de eco en relación con colecistolitiasis con vía biliar normal refiere intolerancia de la dieta y analgésicos Examen físico: Abdomen : abdomen blando gran panículo adiposos sin hernias con cicatriz mediana por antecedente de histerectomía. Diagnóstico clínico: coleditiasis más síndrome adherencial.



				Análisis y plan: se programa Colelap más liberaciones adherencias Se solicitan paraclínicas y valoración por anestesia .
--	--	--	--	---

Hospitalización - Corposalud SAS

17	07	2019	13:30 Ingreso	<u>Motivo de consulta:</u> programada para cirugía <u>Enfermedad actual:</u> Paciente de 48 años quien ingresa en buen estado general afebril hidratada no signos de bajo gasto ni de SIRS estable. Ingresa para procedimiento quirúrgico colecistectomía laparoscópica, liberación de adherencias. Último ayuno ayer a las 15 horas refiere patologías crónicas: gastritis, niega alergias, no tomo ninguna medicación hoy, consulta preanestésica el 13 de julio de 2019 quien daba el para procedimiento quirúrgico.
17	07	2019	14:45 Cirugía General	Nota Operatoria Diagnóstico operatorio: colelitiasis. Procedimiento: Colecistectomía por laparoscopia más liberación de adherencias. Anestesia: general. Cirujano doctor Mafla Anestesiólogo: doctora Luna Procedimiento sin complicaciones. Hallazgos: vesícula biliar con paredes delgadas con varios cálculos en su interior de 0,3 cm. Cístico y colédoco calibre normal. Gran síndrome adherencial por antecedente quirúrgico previo.
18	07	2019	10:07 Cirugía General Edison Hernando Mafla Botina	Paciente de 48 años en posoperatorio primer día de colecistectomía por laparoscopia, al momento se encuentra estable, tolerando vía oral, el examen físico: abdomen herida limpia, ruidos hidro aéreos positivos, suave depresible, leve dolor a la palpación en sitio de heridas sin irritación peritoneal. Análisis paciente con adecuada evolución sin signos de sangrado, ni abdomen alguno. Plan: salida control en 30 días.

Atención ambulatoria – Corposalud SAS

16	08	2019	13:55 Cirugía General Edison Hernando Mafla Botina	Motivo de consulta: control Enfermedad actual: Postoperatorio colelap por colelitiasis. Estable sin fiebre sin dolor asociado. Tolerancia bien la dieta. Evaluación paraclínicos: estudio anatomopatológico - diagnóstico : colelititis crónica, colelitiasis. Examen físico: Abdomen : abdomen blando gran pániculo adiposo sin hernias con cicatriz mediana por antecedente de histerectomía. Diagnóstico clínico: colelitiasis más síndrome adherencial. Análisis y plan: se programa Colelap más liberaciones adherencias Se solicitan paraclínicas y valoración por anestesia .
----	----	------	---	---



- 8.4. En el informe pericial aportado con la demanda, si bien es cierto que en los apartes iniciales se hace referencia a las atenciones en salud prestadas a la señora María Ismenia Chamarro Eraso el 13 de abril de 2019, al momento de presentar el análisis del caso, se comete un error al señalar que la atención en salud se dio el **13 de abril de 2018**.

298

ESE Juan Pablo II LINARES			
codiao de habilitacion 524110089601		nit: 814006620-7	
Dir. BARRIO SAN SEBASTIAN Tel. (092) 8183192.			
CONSULTA DE URGENCIAS.			
Folio No: 16556	No Admision: 1032221		
paciente: CHAMORRO ERASO MARIA ISMENIA	e.civil:	FECHA ATENCION: 13/04/2019 04:39 a.m.	
identificacion: CC27302971	edad: 47 Años 10 Meses		
no historia: 27302971	sexo: Femenino	telefono: 3116583836	
empresa: EMSSANAR ESS.	fec. nac: 20/05/1971	municipio: LINARES (N)	
diagnostico: R104-OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	direccion: Sin Informacion		
DATOS DEL ACOMPAÑANTE:			
NOMBRE: DIANI DELGADO	DIRECCION: XXXX		
TELEFONO: 0	PARENTESCO: Otro		
ENFOQUE DIFERENCIAL:			
BARRIO: NUESTRA SRA DE LAS LAJAS ZONA: URBANA DIRECCION: Sin Informacion			
NIVEL EDUCATIVO: Basica Primaria	VIC CONFLICTO ARMADO: .No	DESEMPLEADO: No	
ETNIA: Otras Etnias	DESPLAZADO: No	CARCELARIO: No	
RELIGION:	VIC.MALTRATO: No	MIGRANTE: No	
DISCAPACIDAD:	ABANDONO SOCIAL: . . .No	TRABAJADORA SEXUAL: No	
GESTACION: . . . No	DESESCOLARIZADO: . . .No	POBLACION LGTBI: . . No	
ORIENT SEXUAL: . No Refiere			
Ocupacion: . . . No Aplica			
MOTIVO DE CONSULTA			
"ME DUELE LA ESPALDA"			
ENFERMEDAD ACTUAL			
PACIENTE DE 47 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 2 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN PRESENTAR DOLOR A EN HEMIABDOMEN IZQUIERDO DE INTENSIDAD 9/10 EN LA ESCALA DE DOLOR TIPO COLICO, IRRADIADO A REGION LUMBAR IZQUIERDA, ASOCIADO A NAUSEAS Y POLIURIA, NIEGA CAMBIOS EN LA ORINA, NIEGA FIEBRE, NIEGA DIARREA, NIEGA OTRO TIPO DE SINTOMAS.			
ANTECEDENTES PERSONALES:			

Página 3 informe pericial, Rubén Darío Angulo. Página 39 de 782, Archivo 002 Demanda y Anexos

Fecha de atención, 13-04-2019, 04:39 am

MC: ME DUELE LA ESPALDA

EA: DE 47 AÑOS, CONSULTA CON CUADRO CLÍNICO DE 2 HORAS DE EVOLUCIÓN EN HEMIABDOMEN IZQUIERDO DE INTENSIDADES 9/10, TIPO COLICO, IRRADIADO A REGION LUMBAR IZQUIERDA.

DX.- DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO. UROLITIASIS VS INFECCION URINARIA.



Página 29 informe pericial, Rubén Darío Angulo. Página 65 de 782, Archivo 002 Demanda y Anexos

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Para el caso que nos ocupa, se trata de la hoy occisa CHAMORRO ERASO MARIA ISMENIA, quien el día 13 de abril del año 2018, consulta al Hospital E.S.E. JUAN PABLO II DEL MUNICIPIO DE LINARES, cuando contaba con 47 años de edad, abriéndole Historia Clínica HC: 27302971, quienes manifiestan: paciente de 47 AÑOS DE EDAD, CONSULTA CON CUADRO CLÍNICO DE 2 HORAS DE EVOLUCIÓN EN HEMIABDOMEN IZQUIERDO DE INTENSIDAD 9/10, TIPO COLICO, IRRADIADO A REGION LUMBAR IZQUIERDA.

Hacen DIAGNOSTICO DE DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO. UROLITIASIS VS INFECCION URINARIA.

Error que determina una apreciación equivocada del perito y lleva a plantear conclusiones que no se ajustan a la realidad del caso.

CONCLUSION DEL PERITAZGO

Para el caso que nos ocupa, se trata de la hoy occisa CHAMORRO ERASO MARIA ISMENIA, quien desde el día 13 de abril del año 2018, consulta al Hospital E.S.E. JUAN PABLO II DEL MUNICIPIO DE LINARES, cuando contaba con 47 años de edad, abriéndole Historia Clínica HC: 27302971, y desde esa época hasta su muerte consultó por DOLOR ABDOMINAL, a quien nunca se le definió el diagnóstico de APENDICITIS, hasta que esta se PERFORA, cuando ya era demasiado tarde su remisión, donde se hubiese podido atender, Y NO ESPERAR A QUE SE PRODUJERA UNA PERITONITIS, que es una patología de carácter mortal.



9. **Análisis de atenciones en salud relacionadas con el diagnóstico de dolor abdominal – sospecha de apendicitis aguda # 2.**

Dolor abdominal – sospecha de apendicitis aguda # 2	26 de abril de 2020
	26 de abril de 2020

- 9.1. La señora María Ismenia Chamorro recibió dos atenciones en salud en la E.S.E. Juan Pablo II del municipio de Linares relacionadas con dolor en abdominal y segunda sospecha de apendicitis aguda.
- 9.2. Se trata de una mujer, 48 años al momento de la atención médica, a quien se le documenta el antecedente de gastritis con manejo farmacológico con omeprazol, antecedente quirúrgicos de histerectomía y colecistectomía. El 26 de abril de 2020 a las 05:36 am, consulta al servicio de urgencias por cuadro clínico de dolor abdominal en hemiabdomen izquierdo, asociado a dos episodios de emesis y deposiciones líquidas, malestar general e hiporexia. Paciente refiere cuadro de similares características dos años atrás, niega presencia de fiebre u otros síntomas. Al examen físico no se evidenció dolor abdominal a la palpación profunda en flanco izquierdo, sin signos de irritación peritoneal. Se ordena ingreso al servicio de observación, hidratación con lactato de ringer y ranitidina. La paciente es revalorada a las 7:44 am reportándose mejoría clínica del dolor, sin nuevos episodios eméticos, se considera posible patología inflamatoria de colon por lo que se adecua tratamiento analgésico y se ordena iniciar vía oral. A las 11 am, la paciente refiere mejoría completa del cuadro de dolor abdominal, ausencia de deposiciones o emesis. Se ordena manejo ambulatorio, signos de alarma para reconsultar al servicio de urgencias.



El 26 de abril de 2018 a las 09:38 horas ingresa nuevamente al servicio de urgencias, refiriendo dolor abdominal en hemiabdomen derecho, asociado a emesis. Al examen físico de esta consulta médica se encontró a la paciente taquicárdica, en regular condiciones generales, mucosa oral semihúmeda dolor a la palpación generalizada de predominio en mesogastrio y flanco derecho, no signos de irritación peritoneal. Se realizó impresión diagnóstica de dolor abdominal a estudio, se procedió a ingresar a la paciente al servicio de observación para toma de exámenes de laboratorio, se inicia manejo de hidratación, ranitidina, metoclopramida.

La paciente es revalorada a las 23:00 horas con el reporte de hemograma que muestra leucocitosis y neutrofilia; la paciente refiere mejoría del dolor y ausencia de nuevos episodios eméticos. Se considera continuar con observación de la paciente.

El 27 de abril de 2020 a las 04:10 am, se reporte presencia de dolor abdominal, no signos de irritación peritoneal, se ordena dosis de antiespasmódico y vigilancia clínica. Se explica a familiares que ante persistencia de dolor abdominal, será necesario remisión a nivel de mayor complejidad.

Se revalora paciente a las 07:40 am, ante la intensificación del dolor, ausencia de ruidos intestinales y presencia de McBurney positivo, se decide remisión a tercer nivel de complejidad para valoración por cirugía general ante sospecha de diagnóstico de apendicitis aguda versus patología diverticular.

Se realiza trámite de comunicación con el centro de atención telefónica de EMSSANAR (entidad promotora de salud a la que se encontraba afiliada la paciente). El 27 de abril de 2020 a las 11:00 am se recibe comunicación, en donde se informa que la paciente ha sido aceptada en la Clínica Corporosalud de Pasto.

Según se describe en notas de enfermería, la señora María Ismenia Chamorro egresó el 27 de abril de 2020 a las 11:30 horas de la E.S.E. Juan Pablo II del



municipio de Linares en ambulancia básica, acompañada de auxiliar de enfermería, remitida a la Clínica Corposalud, en donde ingresó ese mismo día a las 14:20 horas.

Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares				
26	04	2020	05:36 am Consulta Medicina SSO Jesús López	<u>Motivo de consulta:</u> “me duele todo este lado” <u>Enfermedad actual:</u> Paciente femenina de 48 años de edad, ingresa por cuadro clínico de dos horas de evolución consistente en dolor abdominal de localización en hemiabdomen izquierdo de predominio en hipocondrio izquierdo que se irradia a fosa iliaca ipsilateral, tipo urgente intensidad progresiva EVA 6/10, refiere que el dolor mejora a la bipedestación Y empeora al decúbito, asocia náuseas y dos episodios eméticos de contenido bilioso. Además deposiciones diarreicas de consistencias líquidas sin moco sin sangre, refiere malestar general e hiporexia. Paciente refiere cuadro de similares características lo había presentado hace dos años aproximadamente y remiten de esta institución con diagnóstico de apendicitis aguda. Paciente que durante su anamnesis presenta dos episodios eméticos de abundante cantidad de características biliosas. Paciente niega antecedentes de viaje a China o zonas endémicas de países vecinos con circulación viral activa o con presencia de casos terciarios, niega síntomas respiratorios, niega contacto estrecho con pacientes con casos confirmados para Covid 19, no cumple criterios para definición de caso 1,2 o 3. <u>Antecedentes:</u> Generales: gastritis. Grupo sanguíneo: A positivo Patológicos: no refiere Traumáticos: no refiere Quirúrgicos: histerectomía, Pomeroy, colelitiasis. Inmunológicos: no refiere Inf. Transmisión sexual: no refiere Alérgicos: preguntados y negados Farmacológicos: omeprazol, tiamina. Tóxicos: no refiere Nutricionales: no refiere Antecedentes obstétricos: Gestaciones 2; partos 2; vivos 2. Antecedentes familiares: madre con cáncer gástrico. <u>Examen físico:</u> TA: 143/61 mmHg; FC 74 lpm; FR: 20; T: 35.8°C; SATO2: 99% Aspecto general: en buena condición general. Peso: 83 Kg – Talla 155 cm – IMC 34.5 Cabeza: normo céfalo, sin deformidades.



Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares

				Ojos: pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz, fondo de ojos no se realiza. Oídos: pabellones auriculares sin deformidad. Nariz: sin deformidad Boca: mucosa oral se mi húmeda. Rosada Otorrinolaringología: amígdalas eutróficas Cuello: central, no masas ni adenopatías, no soplos carotideo. Tórax: normo expansible, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria. Pulmonar: Campos pulmonares bien ventilados, murmullo vesicular conservado, sin ruidos agregados. Perfusión: menor a 2 segundos Abdomen: abundante panículo adiposo, cicatriz antigua de puertos de entrada de Colelap, ruidos hidro aéreos positivos, no soplos, blando depresible, no masas ni megalias, peristaltismo normal. Dolor a la palpación profunda en flanco izquierdo, McBurney negativo, somos negativos, obturador negativo, Ball Salma negativo, Bloomberg negativo, punto ureteral superior izquierdo positivo, no signos de irritación peritoneal al, puño percusión bilateral negativo. Extremidades: simétricas, no dolorosas a la movilización, no edemas, pulsos periféricos positivos. Neurológico: alerta, consciente, ubicado en persona espacio y tiempo, no hay déficit motor o sensitivo, no signos meníngeos o de focalización. <u>Diagnóstico de ingreso:</u> Diagnóstico: R101: Dolor abdominal localizado en parte superior K579: enfermedad diverticular intestino, parte no especificada. Sin perforación ni absceso. K297: gastritis no especificada Tipo de diagnóstico: Impresión diagnóstica Observaciones: diverticulitis aguda vs cólico renal? <u>Tratamiento:</u> Plan observación. Nada vía oral. Lactato de Ringer 500 para mantenimiento. Ranitidina 50 mg dosis única, lenta y diluida. Vigilar características eméticas, dolor abdominal, curva térmica. Revalorar posterior a la aplicación de medicamentos. Control de signos vitales. Informar cambios.
26	04	2020	Notas de enfermería Flor Ayda Acosta	05:20 am. Diagnóstico: enfermedad diverticular intestino-dolor abdominal-gastritis no especificada. Ingresa paciente femenina de 48 años de edad al servicio de urgencias llega sola caminando por sus propios medios, consciente orientada sus esferas mentales, buen estado higiénico y nutricional. Refiere clínico de dos horas devolución consistente en dolor abdominal que se irradia a fosa iliaca izquierda asociado a vómitos de líquidos amarillento, se



Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares				
				observa álgida afebril se toma signos vitales FC 74 pm; Tº 35,8ºC; TA 143/61 mmHg. SAT 99%. Se pasa al doctor José López médico de turno para la atención. 05:45 am: siguiendo órdenes médicas se traslada a la paciente a sala de procedimientos, se instala en camilla se canaliza vena. Pendiente toma de laboratorios a las siete de la mañana. 05:50 am: se administra ranitidina ampolla por 50 mg intravenosa en 10 cc de solución salina. 06:00 am. Se administra metoclopramida ampolla por 10 mg intravenosa en 10 cc de solución salina. 06:10 am: se traslada paciente a sala de recuperación hasta nueva orden.
26	04	2020	07:44 am Evolución Medicina General Efraín Coral	Paciente en el tran día de hospitalización con diagnóstico de: 1. Enfermedad diverticular aguda no complicada 2. Cólico renal izquierdo? <u>Subjetivo:</u> paciente con menciona evidente de dolor a nivel abdominal manejado con protector gástrico, refiere ahora intensidad 2/10 en EVAD, no otra sintomatología asociada, menciona tolerancia a la vía oral. <u>Objetivo:</u> TA: 120/80 mmHg; FC 78 lpm; FR: 18; T: 36ºC; Glasgow 15/15. Paciente consciente alerta, orientada en sus tres esferas, normocéfala. Simétrico pupilas isocóricas normoreactivas escleras anictéricas conjuntivas rosadas, pirámide nasal sin alteración funcional, mucosa oral húmeda, amígdalas eutróficas, cuello Central con tráquea móvil sin evidencia de adenopatías, tórax normo elástico, pulmones bien ventilados sin sobre agregados. Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, corazón rítmico regular sin soplos, abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible doloroso a la palpación superficial ni profunda, sin signos de irritación peritoneal, puntos ureterales negativos, puño percusión lumbar negativa, genitourinario normo configurados, extremidades sin alteraciones estructurales funcional, neurológico no déficit motor ni sensitivo, ROT presentes fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades. <u>Análisis:</u> paciente con historia clínica anotada, al momento estable hemodinámicamente, sin signos de bajo gasto, hablando de forma adecuada el dolor con manejo de protección gástrica e hidratación intravenosa, se considera que cursa con patología probablemente inflamatoria de colon aunque por antecedente de litiasis renal no se descarta dicha patología, se considera por el momento adecuar manejo analgésico a la espera de evolución y tolerancia la vía oral. Se indica iniciar tolerancia la vía oral. <u>Plan:</u> Observación, iniciar dieta líquida clara. Diclofenaco ampolla 75 mg iv lento y diluido. Aumentar ingesta de líquidos por vía oral. Revaloración



Urgencias – ESE Juan Pablo II municipio Linares				
				posterior a manejo analgésico. Se explica conducta. Se aclaran y despejan dudas.
26	04	2020	11:00 am Evolución Medicina General Efraín Coral	Se revalora paciente posterior al manejo médico indicado con mejoría de su cuadro, no menciona hiporexia (se indicó iniciar dieta por vía oral sin embargo no hay familiares disponibles que traigan alimentos). Signos vitales TA: 120/70 mmHg; FC 80 lpm; FR: 18; T: 36,5°C; EAD: 1/10. Paciente asintomática, tras mejoría evidente se decide dar salida previa explicación clara de signos de alarma entre paréntesis aumento de la intensidad del dolor, aparición de fiebre, presencia de nuevos episodios eméticos, deposiciones líquidas o con sangre, se explica en términos que el paciente entienda cierre paréntesis paciente refiere entender y aceptar. Se aclaran dudas. Se da manejo sintomático.

Urgencias - ESE Juan Pablo II municipio Linares				
26	04	2020	09:38 pm Consulta urgencias Medicina SSO Luz Nery Burbano	<u>Motivo de consulta:</u> Sigo con el dolor <u>Enfermedad actual:</u> Paciente femenino de 48 años de edad, consulta con cuadro clínico de tres horas de evolución consistente en dolor abdominal de localización en hemiabdomen derecho tipo cólico de intensidad progresiva EVA 6/10, refiere que dolor mejora a la bipedestación y se exagera en decúbito, asociado a náuseas y dos episodios eméticos de contenido alimentario. Paciente que se encontró en observación el día de hoy y se dio salida por mejoría clínica. Paciente niega antecedentes de viaje a China o zonas endémicas de países vecinos con circulación viral activa o con presencia de casos terciarios, niega síntomas respiratorios, niega contacto estrecho con pacientes con casos confirmados para Covid 19, no cumple criterios para definición de caso 1,2 o 3. <u>Antecedentes:</u> Generales: gastritis. Grupo sanguíneo: A positivo Patológicos: no refiere Traumáticos: no refiere Quirúrgicos: histerectomía, Pomeroy, colelitiasis. Inmunológicos: no refiere Inf. Transmisión sexual: no refiere Alérgicos: preguntados y negados Farmacológicos: omeprazol, tiamina. Tóxicos: no refiere Nutricionales: no refiere Antecedentes obstétricos: Gestaciones 2; partos 2; vivos 2. Antecedentes familiares: madre con cáncer gástrico. <u>Examen físico:</u>



Urgencias - ESE Juan Pablo II municipio Linares

TA: 109/60 mmHg; FC 95 lpm; FR: 18; T: 36°C; SATO2: 97%
 Aspecto general: en regular condición general, paciente álgica.
 Peso: 83 Kg – Talla 155 cm – IMC 34.5
 Cabeza: normo céfalo, sin deformidades.
 Ojos: pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz, fondo de ojos no se realiza.
 Oídos: pabellones auriculares sin deformidad.
 Nariz: sin deformidad
 Boca: mucosa oral semi húmeda.
 Otorrinolaringología: amígdalas eutróficas
 Cuello: central, no masas ni adenopatías, no soplos carotideo.
 Tórax: normo expansible, simétrico, sin signos de dificultad respiratoria.
 Pulmonar: Campos pulmonares bien ventilados, murmullo vesicular conservado, sin ruidos agregados.
 Perfusión: menor a 2 segundos
 Abdomen: ruidos positivos, con abundante tejido adiposo, blando, depresible, no masas ni megalias, peristaltismo normal, dolor a la palpación generalizada, de predominio en mesogastrio y flanco derecho, no signos de irritación peritoneal.
 Extremidades: simétricas, no dolorosas a la movilización, no edemas, pulsos periféricos positivos.
 Neurológico: alerta, consciente, ubicado en persona espacio y tiempo, no hay déficit motor o sensitivo, no signos meníngeos o de focalización.
Diagnóstico de ingreso:
 Diagnóstico: R104: Dolores abdominales y los no especificados.
 Tipo de diagnóstico: Impresión diagnóstica
 Observaciones: dolor abdominal a estudio.
Resultados de ayudas diagnósticas:
 26/04/2020
 Hemograma: leucocitos 13.500; Neutrófilos 70,7%; hemoglobina 14.9; hematocrito 51.1
 Creatinina: 1.1 – Bilirrubina total 1.07; directa 0.33%
 Uroanálisis: urobilinógeno + (33 umol/L), bilirrubina + (8.6 umol/L), Proteínas + (0,3 g/L); leucocitos 3-5; bacterias No.
Tratamiento:
 Plan observación. 30°. Nada vía oral. Ringer 500 cc iv bolo, 500 cc iv para 12 horas. Ranitidina 50 mg y iv cada ocho horas. Hioscina 20 mg iv dosis única. Metoclopramida ampolla intravenosa dosis única; se solicita hemograma, creatinina, uroanálisis. Vigilar dolor abdominal, características de emesis. Control de signos vitales. Informar novedades.
 Momento nos encontramos en pandemia por COVID-19 y en emergencia sanitaria, por lo cual como médico de turno me encuentro



Urgencias - ESE Juan Pablo II municipio Linares

				usando los implementos de protección, bata desechable, tapabocas convencional, gorro desechable, lavado de manos y uso de gel antibacterial frecuente.
26	04	2020	21:30 pm Notas de enfermería Milena Rosero Erazo	Reingresa paciente femenina de 48 años de edad, quien consulta “sigo con el dolor”. Llega caminando por sus propios médicos muy álgica con cuadro clínico de horas de evolución consistente en dolor abdominal de localización en hemiabdomen derecho que se irradia a la fosa iliaca derecha, tipo cólico de intensidad progresiva asociado a náuseas y 2 episodios eméticos de contenido alimenticio. Paciente que se encontró en observación el día de hoy y dan salida al haber mejoría. Se procede a la toma de signos vitales TA: 109/60 mmHg; SPO2 95%; FR 18; FC 97 lpm; T: 36°C. se pasa a medico de turno que posterior a valoración paciente orden se ordena que paciente se deja en sala de observación con diagnóstico de otros dolores abdominales y los no especificados. Se siguen ordenes médicas. Se pasa al paciente a sala de procedimientos para venopunción y administración de medicamentos. Se explica a la paciente procedimiento a seguir, ella entiende y acepta. ... 22:00 Doctora ordena laboratorios. Se hace llamado a bacterióloga doctora Ana Henao, pendiente toma de muestras. 22:50 Llegan resultados de laboratorio, se pasa a médico de turno para su lectura.
26	04	2020	11:00 pm Evolución Medicina SSO Luz Nery Burbano	Revaloro paciente posterior administración de medicamentos y líquidos intravenosos, paciente y familiar a quien se encuentran dormidos, despierto paciente quien refiere mejoría de dolor abdominal, no nuevos episodios de emesis, no náuseas, se informa de resultados de laboratorios los cuales no son concluyentes, se considera continuar vigilando dolor abdominal y sus características. Paciente y familiar refieren entender y aceptar. Diagnóstico: R104: Dolores abdominales y los no especificados.
26	04	2020	23:00 pm Notas de Enfermería Milena Rosero Erazo	Acompaño médico revisión de paciente, al momento ingresará cuarto, paciente y familiar se encontraba durmiendo. Médico de turno despierta paciente quien refiere mejoría del dolor abdominal, náuseas, no hay vómitos. Médico en forma de reporte de laboratorio los cuales no son concluyentes en resultados, define continúa la observación con vigilancia de dolor abdominal. T: 36.2°C; FC 95 lpm; FR: 18; SPO2: 96% ambiente. TA: 110/80 mmHg;
27	04	2020	00:05 am Notas de Enfermería Milena Rosero Erazo	Pasa ronda de enfermería. Paciente dormida. Estable. 02:00 am. Paciente estable dormida. 03:40 am. Se acude al llamado de familia. Paciente vuelve con dolor, me dirijo hasta el lugar en sala de mujeres, paciente refiere que el dolor continúa de menor intensidad que el ingreso. Se comunica doctora urbano, quien ordena nueva dosis de ellos sino por 20 g endovenoso. Se administra medicamento ordenado lento y diluido, procedimiento terminado sin complicaciones.



Urgencias - ESE Juan Pablo II municipio Linares				
27	04	2020	04:10 am Evolución Medicina SSO Luz Nery Burbano	Atiendo llamado enfermería, valoró a paciente quien refiere dolor abdominal regreso sin embargo menor intensidad en relación al ingreso, refiere dolor se ubica en mesogastrio y se irradia a flanco y fosa iliaca derecha, no náuseas, los nuevos episodios de emesis, al examen físico se evidencia dolor a la palpación generalizada de predominio en mesogastrio, flanco y fosa iliaca derecha, no signos de irritación peritoneal, signos vitales estables, se considera nueva dosis de anti espasmódico y vigilancia clínica de dolor abdominal, de acuerdo a esto que se definen a referencia tercer nivel de complejidad. Se explica a familiar y paciente quienes refieren que en lo posible se maneja en la institución. Diagnóstico: R104: Dolores abdominales y los no especificados.
27	04	2020	7:00 am Notas de enfermería Yesica Acosta	Paciente mayor de edad María Ismenia Chamorro Eraso De 48 años con diagnóstico de: uno otros dolores abdominales. Consciente orientada en tiempo lugar y persona canalizada en miembro superior izquierdo con Angiocta número 20 vena permeable pasando 50cc de lactato de ringer mantenimiento. Signos vitales TA: 110/80 mmHg; FC 82 lpm; FR: 18; T: 36°C; SPO2: 96% ambiente.
27	04	2020	07:40 am Evolución Medicina General Efrain Coral	Paciente en el tran día de hospitalización con diagnóstico de: 1. Sospecha de apendicitis aguda - Score de Alvarado 6 puntos. 2. Enfermedad diverticular aguda. <u>Subjetivo:</u> paciente menciona persistencia de dolor a nivel abdominal ahora generalizado de severa intensidad 8/10, episodios eméticos. Episodios diarreicos, refiere que dolor dificulta la adecuada movilización. <u>Objetivo:</u> TA: 110/80 mmHg; FC 110 lpm; FR: 19; T: 36,4°C; SATO2: 97%; Glasgow 15/15; EVAD: 8/10. Paciente consciente alerta, orientada en sus tres esferas, normocéfala. Simétrico pupilas isocóricas normoreactivas escleras anictéricas conjuntivas rosadas, pirámide nasal sin alteración funcional, mucosa oral húmeda, amígdalas eutróficas, cuello Central con tráquea móvil sin evidencia de adenopatías, tórax normo elástico, pulmones bien ventilados sin sobre agregados. Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, corazón rítmico regular sin soplos, abdomen con ruidos hidroaéreos ausentes, blando depresible doloroso la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, Mc Burney positivo, Blumberg negativo, psoas negativo, Rovsing negativo, no signos de irritación peritoneal, puntos ureterales negativos, puño percusión lumbar negativa, genitourinario normo configurados, extremidades sin alteraciones estructurales funcional, neurológico no déficit motor ni sensitivo, moviliza cuatro extremidades. <u>Análisis:</u> paciente con historia clínica anotada, al momento estable hemodinámicamente, sin signos de bajo gasto, pero con inadecuada modulación del dolor abdominal, se dio manejo el día de ayer con dosis de hioscina en dos ocasiones sin encontrar mejoría su cuadro. Al



Urgencias - ESE Juan Pablo II municipio Linares				
				examen físico taquicárdica, abdomen con ruidos hidroaéreos disminuidos McBurney positivo, Bloomberg negativo, paraclínicos con leucocitosis y leve neutrofilia, Score de Alvarado seis puntos posible apendicitis aguda aunque no descarto totalmente patología diverticular por antecedente dolor abdominal de similares características en ejecuciones previas, frente a la no posibilidad de discriminar entre patologías considero valoración en tercer nivel de complejidad para valoración complementaria por cirugía general y o solicitud de imágenes como ayuda diagnóstica. Se explica conducta paciente y a familiar quienes entienden y aceptan. Se aclaran y despejan dudas. Plan: Observación, nada vía oral, dipirona ampolla 1 g y ve lento y diluido, ranitidina ampolla 50 mg y ve cada 12 horas, se comenta caso a tercer nivel de complejidad. Se explica conducta médica paciente quien entiende y acepta. Se aclaran dudas.
27	04	2020	8:00 am Notas de enfermería Yesica Acosta	Se administra por orden médica una ampolla de Dipirona por 1 gramo endovenosa diluida en 100 cc de solución salina se pasa lento.
27	04	2020	8:30 am Notas de enfermería Yesica Acosta	Médico de turno de Efraín Coral comenta paciente a tercer nivel con diagnóstico de: apendicitis aguda a call center de EMSSANAR responde Yesith Yampuezan cual refiere que el paciente se encuentra registrado en sistema que espera de confirmación de remisión a tercer nivel.
27	04	2020	08:32 am Medicina General Efrain Coral	Me comunico con CRUE EMSSANAR SAS me responde Dr. Yesid Yampuezan Quien menciona que datos de paciente se encuentran ingresados al sistema Y que una vez tenga respuesta de remisión, se comunicarán con nosotros.
27	04	2020	08:34 am Formato de Referencia y Contrareferencia	<u>Información General</u> Institución: Municipio: Pasto Especialidad: Cirugía General. Nivel: nivel 3 Tipo de remisión: prioritaria Área donde se encuentra el paciente: Linares Diagnóstico PAL: Apendicitis. No especificada. Diagnóstico REL: Enfermedad diverticular. Intestino. Parte no especificada. Sin perforación ni absceso. <u>Impresión diagnóstica:</u> - Sospecha de apendicitis aguda score Alvarado 6 puntos. - Enfermedad diverticular aguda? <u>Causa de la remisión:</u> paciente quien ingresa en contexto de dolor abdominal ubicado en hemiabdomen derecho, tipo cólico, de severa intensidad, localizado de forma predominante en fosa iliaca derecha, asociado a dos episodios eméticos de contenido alimentario y bilioso,



Urgencias - ESE Juan Pablo II municipio Linares

				inicialmente se da manejo con protector gástrico, antiespasmódicos pie antiemético sin encontrar mejoría a intensidad de dolor. Clínicamente luce álgica, abdomen con ruidos hidroaéreos ausentes, dolor localizado en fosa iliaca derecha con McBurney positivo, no tiene signos de irritación peritoneal y por el momento. Paraclínicos con reacción leucocitaria sin marcada neutrofilia, clínicamente impresiona apendicitis aguda escore de Alvarado seis puntos; sin embargo, puede cursar también con enfermedad diverticular aguda. Frente a sospecha de apendicitis aguda decido que debe ser valorada por cirugía general en tercer nivel de complejidad.
27	04	2020	11:00 am Medicina General Efrain Coral	Recibo llamado de CRUE EMSSANAR SAS Dra. Carolina Armero, Mencionando que paciente queda aceptada en clínica corporal salud por el doctor Jonathan Vallejos, comunico personal de enfermería para remisión, se llama personal de ambulancia y auxiliar de enfermería de turno. Diagnósticos: R101: Dolor abdominal localizado en parte superior K37X: Apendicitis. No especificada.
27	04	2020	11:00 am Notas de enfermería Yesica Acosta	Se recibe llamado call center de EMSSANAR Carolina Armero Informa que paciente fue aceptada en clínica Corporosalud por el doctor Jonathan Marulanda.
27	04	2020	11:30 am Notas de enfermería Yesica Acosta	Sale paciente a su respectiva remisión a la ciudad de pasto tercer nivel clínica Corporosalud Estable sin acompañante en compañía de auxiliar de enfermería Yurani Delgado y conductor de ambulancia con diagnóstico de apendicitis aguda, signos vitales TA: 100/60 mmHg; FC 110 lpm; FR: 18; T: 36°C; SATO2: 96% ambiente. Paciente fuerte dolor abdominal durante el traslado presenta complicaciones de baja saturación 82% ambiente, se administra 1 l. Presenta vómito en varias ocasiones de características amarillas.
27	04	2020	14:20 Notas de enfermería Yesica Acosta	Llegamos a clínica Corporosalud El cual está congestionada nos toca esperar 40 minutos
27	04	2020	15:00 Notas de enfermería Yesica Acosta	Paciente recibida por médico de turno en regulares condiciones, sudorosa, de caída, pendiente epicrisis. signos vitales T: 36°C; FR: 19; FC 66 lpm; TA: 110/70 mmHg; SPO2: 96% ambiente. Se retira oxígeno.



- 9.3. **El manejo médico y administrativo dado a la señora María Ismenia Chamorro en la E.S.E. Juan Pablo II del municipio de Linares el 26 y 27 de abril de 2020 se ajustó a una adecuada práctica médica**, teniendo en cuenta que se procedió a dar manejo médico ante presencia de cuadro de dolor abdominal inespecífico, con observación en el servicio de urgencias, se proporcionaron indicaciones y signos de alarma para reconsulta al servicio de urgencias; ante la evolución desfavorable del cuadro clínico y reconsulta de la paciente, se realizaron exámenes diagnósticos, observación y manejo del cuadro clínico, ante persistencia de dolor abdominal y aparición de signos clínicos sospechoso de apendicitis aguda, se procedió a realizar una remisión oportuna para valoración por la especialidad médica de cirugía general.
- 9.4. En la historia clínica disponible, existe registro de hospitalización de la señora María Ismenia Chamorro Eraso entre el 27 de abril y 12 de mayo de 2020 en la IPS Corposalud de la ciudad de Pasto. No obstante, no se cuenta con registro clínico de las atenciones en salud prestadas en la Unidad de Cuidados Intensivos entre el 07 y 12 de mayo de 2020.

Según los registros disponibles, la paciente fue llevada a cirugía el 27 de abril de 2020 a las 20:00 horas, donde se realizó laparotomía encontrándose apéndice perforada y peritonitis de cuatro cuadrantes.

Durante el procedimiento quirúrgico, la paciente presentó una falla ventilatoria severa aguda con paro cardio respiratorio y después de seis minutos de reanimación con requerimiento de intubación orotraqueal se recupera ritmo sinusal, se inicia soporte vasopresor y, posteriormente se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos.

En el seguimiento médico instaurado en la UCI, se evidencia signos imagenológicos de neumonía atípica izquierda, se considera posible causa de



complicación intraquirúrgica, por lo que se inician medidas de diagnóstico, aislamiento y manejo por posible diagnóstico de COVID-19.

Paciente permanece en manejo en la UCI con pronóstico reservado por insuficiencia respiratoria aguda, disfunción orgánica múltiple, neumonía basal izquierda, choque séptico de origen abdominal, reportándose evolución lenta hacia la estabilidad y, posteriormente evolución favorable, lográndose extubación el 04 de mayo de 2020.

El 06 de mayo de 2020 se confirma diagnóstico de infección por covid positiva, aunque con mejoría parcial de cuadro clínico, se ordena traslado a hospitalización en piso.

El 07 de mayo de 2020 se realiza laboratorios de seguimiento, en donde se reporta hemocultivos positivos para *Estafilococos Epidermidis* metilresistente; y, en tac de abdomen se evidencio presencia de colección abdominal, por lo que se decide llevar a cirugía para lavado abdominal.

Como se mencionó, no se cuenta con la historia clínica de las atenciones médicas llevadas a cabo entre el 07 y 12 de mayo de 2020, por lo que se desconoce los hechos que finalmente llevaron al fallecimiento de la paciente el 12 de mayo de 2020 a las 04:45 am.

Sin perjuicio de lo anterior, **la información disponible para este análisis, permite estimar que la causa eficiente del fallecimiento de la señora María Ismenia Chamorro Eraso correspondió a una falla ventilatoria, secundaria a una falla multiorgánica subsiguiente a una insuficiencia respiratoria progresiva aguda generado por una neumonía viral grave relacionada con SARS-Co V-2 (COVID-19) y sobreinfección bacteriana pulmonar asociada; en el marco de una paciente que presentaba concomitantemente una sepsis de origen abdominal en secundaria a una peritonitis secundaria a apendicitis aguda perforada.**



Hospitalización - Corposalud SAS				
27	04	2020	15:46 Ingreso	<u>Motivo de consulta:</u> Remitida de centro de salud local de Linares por apendicitis aguda. <u>Enfermedad actual:</u> Previas medicas de prevención, protección personal y del paciente según guías del ministerio de salud por pandemia COVID 19 se procede a la atención del paciente. Paciente asiste remitido de centro local por cuadro clínico que se inició el pasado 26-04-2020 en horas de la mañana 3am consistente en dolor tipo cólico a nivel de flanco y fosa iliaca derecha irradiado a región dorsal asociado náuseas y vómitos . Por esto asiste a centro de salud de linares evidencian hemograma con leucocitosis de 13 neutrofilos:70% , además se evidencia al examen físico signos de irritación peritoneal para apendicitis aguda por lo que remiten para valoración y manejo por cirugía general. Manejo inicial con líquidos endovenosos ranitidina hioscina metoclopramida dosis única. Niega fiebre. Niega diarreas ultima deposición ayer en la noche. Niega síntomas urinarios. Niega automedicación. Niega síntomas respiratorios ni nexo epidemiológico para COVID 19 niega contacto con paciente con dx de COVID 19 niega nexos con pacientes sintomáticos respiratorios. <u>Hallazgos al examen físico:</u> abdomen : blando con defensa abdominal a nivel de epigastrio mesogastrio flanco y fosa iliaca derecha con dolor en punto de McBurney, Bloomberg negativo. Peristaltismo presente. <u>Evaluación paraclínicos:</u> hemograma leucocitosis. <u>Diagnóstico principal:</u> K 37 X-apendicitis-no especificado impresión diagnóstica. <u>Análisis y plan:</u> Paciente con dolor abdominal con signos de apendicitis aguda se debe dejar hospitalizada para valoración y manejo por cirugía general y toma de paraclínicos pertinentes.
27	04	2020	17:38 Cirugía General Javier Andrés Morales	Cuadro clínico un día de dolor migratorio fosa iliaca derecha, cólico, malestar general, fiebre subjetiva. Al examen físico taquicardia, febrícula interrogada. Abdomen: abundante panículo adiposo, con Bloomberg positivo. Rovsing positivo. Dolor en hemiabdomen izquierdo concomitante. Se pasa boleta apendicectomías por laparotomía. Apendicitis aguda.
27	04	2020	21:42 David Andrés Guerrero Vallejo	Paciente quien se encontraba un procedimiento quirúrgico en laparostomía por sospecha de apendicitis aguda, durante el transcurso de cirugía paciente presenta paro cardiorrespiratorio con necesidad de maniobras de reanimación avanzada y manejo de vía Eria logrando compensar y estabilizar su parte hemodinámica y respiratoria por indicación de especialidades se traslada a unidad de cuidados intensivos para vigilancia estricta.
27	04	2020	21:43 Anestesiología Ricardo Cabrera	Paciente programada de urgencias para apendicectomía por laparotomía infraumbilical, con anestesia raquídea. A las 20:15 horas, paciente con deterioro respiratorio. A las 20 30 se procede intubación



				endotraqueal y con inducción de secuencia rápida, posterior bronco espasmo severo y bradicardia. Paciente entra en paro cardiorrespiratorio 20:35 horas, se activa código azul por actividad eléctrica sin pulso, se procede a compresiones torácica y se coloca 1 mg de adrenalina. A los dos minutos ausencia de pulso y cambio a taquicardia ventricular sin pulso, se realiza desfibrilación con 200 J con desfibrilador bifásico, se reinicia compresiones torácica. Minutos se verifica que hay presencia de pulso ritmo sinusal con ritmo de salida. Se toma tensión arterial 110/62, tiempo de paro seis minutos, se coloca catéter venoso central trilumen por disminución progresiva de tensión arterial, se decía inicio de noradrenalina, se continúa con cirugía y posterior a esto se traslada unidad de cuidados intensivos.
27	04	2020	22:00 Cirugía General Javier Andrés Morales	Nota Operatoria Diagnóstico operatorio: apendicitis. Procedimiento: laparostomía más apendicectomías más drenaje de peritonitis. Anestesia: general. Hallazgos: Apendicitis aguda, peritonitis generalizada, con absceso pericecal secundario a apéndice rota en la base, obligando a realizar cecorrafia. Tejidos de pésima calidad, con aponeurosis mala calidad con alto riesgo de evisceración y hernia ventral.
27	04	2020	23:12 Ingreso Unidad Cuidados Intensivos	Estado post reanimación. Ingresa hoy en la tarde por cuadro de 24 horas consistente en dolor abdominal cólico en flanco y fosa iliaca de, consulta a Linares, de donde remiten con impresión diagnóstica de apendicitis aguda, es valorada por cirugía general, se encuentra signos de irritación peritoneal, se decide llevar a apendicectomía, se inicia cx bajo anestesia raquídea, la paciente durante el procedimiento presenta deterioro respiratorio, se procede a intubación orotraqueal con inducción de secuencia rápida, presenta broncoespasmo severo y bradicardia con posterior parada cardiorrespiratoria, se inician maniobras de reanimación, de actividad eléctrica sin pulso pasa a taquicardia ventricular sin pulso, se desfibrila con 200 joules, después de 6 minutos de reanimación, la paciente sale a ritmo sinusal, se coloca catéter venoso central y se inicia soporte vasopresor con norepinefrina, terminan procedimiento quirúrgico. Hallazgo apendicitis perforada con peritonitis de 4 cuadrantes, se realiza lavado quirúrgico y se cierra cavidad y se traslada a UCI. <u>Diagnóstico clínico:</u> - Estado postre animación - Parada cardiopulmonar 6 minutos - Insuficiencia respiratoria aguda tipo 4 - Sepsis de origen abdominal- - Pop inmediato de apendicectomía + drenaje de peritonitis de 4 cuadrantes - Obesidad



				- Sahos: síndrome de apnea e hipoapnea del sueño. <u>Análisis y Plan:</u> Paciente con obesidad, probable sahos, sin estudios ni manejo, presenta cuadro de apendicitis aguda, llevada a cirugía bajo anestesia raquídea, durante procedimiento presenta parada cardiorrespiratoria, por 6 minutos, paciente ingresa a la unidad para cuidados pop, soporte vasopresor y ventilatorio invasivo, al momento con inestabilidad hemodinámica, requiere soporte vasopresor, requiere soporte ventilatorio invasivo, gases arteriales con acidemia metabólica hiperlactatémica, trastorno moderado a severo de la oxigenación, se inicia soporte vasoactivo, sedación profunda, ventilación mecánica invasiva, se ordena rutina completa, hemo y urocultivo, cubrimiento con piperacilina tazobactam, pronóstico reservado, alto riesgo de complicaciones, incluyendo secuelas neurológicas irreversibles y desenlace fatal.
28	04	2020	10:22 Cirugía General Javier Andrés Morales	Paciente pop apendicectomía + drenaje de peritonitis generalizada + drenaje colección intraabdominal + lisis adherencias + lavado peritoneal por laparotomía día. En el momento mal estado general con soporte vasopresor, gasto urinario tendencia a la oliguria, dren 100 cc serohemático claro, taquicárdica con ventilación mecánica a/c parámetros intermedios,. Se observa rayos x de tórax con neumonía atípica izquierda, concordando con la posible causa de paro cardíaco, se considera seguir manejo antibiótico, inicio de parenteral, soporte vasopresor, manejo en uci, aislamiento respiratorio. Medidas protección COVID. Pronóstico reservado, no indicación de reintervención.
28	04	2020	10:35 UCI - Medicina Interna Mónica Patricia Vinueza	Paciente en monitoreo estricto con necesidad de UCI por soporte ventilatorio y vasopresor en el contexto de choque séptico por sepsis abdominal es llevada a laparotomía exploratoria con hallazgo apendicitis aguda peritonitis generalizada con absceso pericecal perforación apendicular adherencias múltiples . Durante procedimiento presenta falla respiratoria y posterior parada cardiorrespiratoria que requirió reanimación por 6 minutos , al momento no SIRS, pcr elevados tiempos de coagulación prolongados electrolitos normales hiperbilirrubinemia a expensas de directa con azoados elevados acidosis mixta con severa disfunción pulmonar hiperlactatemia moderada , llama la atención rayos x de tórax congestiva radiología sugiere neumonía atípica basal derecha no antecedentes previos de patología crónica ni síntomas respiratorios, que justifique evento por lo que se solicita estudios para descarte de parámetros de gravedad , hay linfopenia leve , se solicitó policultivos pendiente reporte. Manejo antibiótico con piperacilina + tazobactam día 1, evolución tórpida pronóstico reservado.
28	04	2020	14:20 UCI - Anestesia Yovanni Luna	Evolución UCI tarde: Pop laparotomía, apendicectomía, , drenaje peritonitis, insuficiencia respiratoria aguda, choque séptico origen abdominal, post paro cardiorrespiratorio con reanimación exitosa.



				Paciente en mal estado general, bajo efectos de sedación, con SIRS no modulados, requiriendo soporte ventilatorio, satura 92%, diuresis limite, gases con equilibrio acido base, con disfunción pulmonar leve, lactato en disminución 2,5, con trastorno de coagulación aumentados, función renal alterada, pcr elevada, resultado dimero de y ldh limítrofes, rx tórax informe radiológico infiltrados intersticiales bilaterales, leve consolidación izquierda, sospecha neumonía atípica. Paciente con balance positivo, con sepsis origen abdominal, sin nexo epidemiológico aparente para COVID, con alto riesgo de morbilidad, requiere monitoreo y soporte en uci, plan se ajusta lev, furosemda, vit k, medidas de protección COVID, pendiente resultado de cultivos, y ferritina, su estado es crítico con pronóstico reservado. Continúa igual soporte de base, se espera evolución para conducta.
28	04	2020	14:20 UCI - Anestesia Yovanni Luna	Evolución UCI noche: Por reporte de paraclínicos se decide activar código 348, se solicita PCR para COVID, se realiza fichas de notificación obligatoria, evolución tórpida pronóstico reservado .
29	04	2020	16:31 Medicina crítica y terapia intensiva Mercedes Solarte	Diagnósticos: - Estado post reanimación- parada cardiopulmonar 6 minutos (27/04/20) - Insuficiencia respiratoria aguda tipo 4 - Choque séptico de origen abdominal - Disfunción orgánica múltiple - Pop (27/04/20) de apendicectomía+ drenaje de peritonitis de 4 cuadrantes - Obesidad - Sahos - Injuría renal aguda AKIN I - Coagulopatía por sepsis - Neumonía basal izquierda - Sospecha de infección por SARS cov-2 Análisis y plan: Paciente con sepsis de origen abdominal + disfunción orgánica múltiple, dada por compromiso hemodinámico, pulmonar, renal y hematológico, en segundo día postoperatorio de laparotomía+ drenaje de peritonitis generalizada, apendicectomía, quien presento como complicación parada cardiorrespiratoria durante el intraoperatorio, presenta evolución clínica estacionaria, aun dependiente de soporte vasoactivo para mantener tensión arterial media en metas, con trastorno moderado de la oxigenación con tendencia a la mejoría de acuerdo a ultimo control gasométrico, lactato en depuración, diuresis adecuada, balance hídrico positivo, con coagulopatía por sepsis, sin sangrado evidente, anemia moderada, sin indicación de soporte transfusional, los cultivos hasta el momento no han mostrado aislamiento. Se revisa imágenes diagnósticas y signos



				clínicos para infección por SARS cov 2, paciente solo cuenta con radiografía de tórax que muestra ocupación intersticial unilateral, se reinterroga al hijo de la paciente, quien no refiere síntomas respiratorios previos, ldh bajo, dimero d bajo, ferritina elevada, todos reactantes de fase aguda inespecíficos, se continua manejo de soporte, se mantiene precauciones antes sospecha de COVID-19, idealmente deberíamos realizar tac para caracterizar patrón radiológico, sin embargo ante inestabilidad hemodinámica del paciente se prefiere diferir examen hasta cuando la condición clínica permita su traslado, continua cubrimiento antibiótico empírico, se espera reporte de aspirado traqueal con reacción en cadena de polimerasa para COVID-19, en conjunto con cardiología se difiere toma de ecocardiograma hasta obtener resultado de dicho examen, por el momento paciente con contraindicación para uso de tromboprolifaxis farmacológica, se solicita gases arteriales de control, control glucómetro por turno de acuerdo a protocolo de manejo de paciente séptico. Pronóstico reservado, con alto riesgo de complicaciones, vía telefónica se da información de manera amplia y en lenguaje claro al hijo de la paciente (Alexis Romo).
30	04	2020	16:31 Medicina crítica y terapia intensiva Mercedes Solarte	Presenta evolución clínica lenta hacia la estabilidad, se logró desmontar soporte vasoactivo con estabilidad hemodinámica, respuesta cronotrópica y presora adecuada, aun dependiente de soporte ventilatorio invasivo, con mejoría de los índices de oxigenación y perfusión tisular, lactato normal, diuresis adecuada, balance hídrico positivo, con mejoría de los azoados y de los tiempos de coagulación, persiste con leucocitosis y neutrofilia, leve anemia, plaquetas normales, sin indicación para soporte transfusional, el control metabólico es adecuado, tolera la nutrición parenteral. Los cultivos no han mostrado aislamiento. Se continua manejo de soporte, igual cubrimiento antibiótico, sedación a dosis baja, a la espera de respuesta neurológica, se inicia tromboprolifaxis farmacológica con enoxaparina sc; se mantiene precauciones de aislamiento respiratorio y de contacto ante sospecha de covid-19, por el momento, dada la condición clínica hacia la mejoría, se decide postergar realización de tac de torax, así mismo ecocardiograma tt. Se espera reporte de aspirado traqueal con reacción en cadena de polimerasa para covid-19 pronóstico reservado, con alto riesgo de complicaciones, vía telefónica se da información de manera amplia y en lenguaje claro al hijo de la paciente (Alexis Romo).
02	05	2020	20:02 Medicina crítica y terapia intensiva Mercedes Solarte	Paciente en quinto día pop de laparotomía por apendicitis aguda perforada más peritonitis de 4 cuadrantes, en estado post rccp. Presento paro en el intraoperatorio, además tiene sospecha de infección por sars-cov2 por hallazgos de radiografía de tórax de ingreso, paciente presenta evolución lenta hacia la estabilidad, con compensación hemodinámica, sin necesidad de vasopresores, aun dependiente de soporte ventilatorio invasivo, con adecuada tolerancia al descenso de parámetros ventilatorios, presento trastorno



				moderado a severo de la oxigenación que viene en mejoría, desde hace 24 horas con nuevas manifestaciones de respuesta inflamatoria sistémica dadas por fiebre, taquicardia, trombocitopenia moderada, además viene con íleo persistente, se presume foco persistente a nivel abdominal, desde ayer se adiciono cubrimiento antimicótico, se espera nuevo set de hemo y urocultivos, cirugía general no ha tomado conductas de nuevas intervenciones, se continua manejo instaurado, se espera reporte de COVID-19 tomado desde el martes 26/04/20, por el momento se mantiene aislamiento de contacto y respiratorio estricto, se ordena rutina para mañana, pronóstico reservado.
03	05	2020	16:48 UCI – medicina interna Carlos Andrés Rosero	Paciente con choque séptico de origen abdominal + disfunción orgánica múltiple, en su sexto día de postoperatorio de laparotomía+ drenaje de peritonitis en cuatro cuadrantes , apendicectomía, quien presento como complicación parada cardiorrespiratoria durante el intraoperatorio, presenta evolución clínica lenta hacia la estabilidad hemodinámica, al momento sin soporte vasopresor ni inotrópico , aun dependiente de soporte ventilatorio invasivo, con mejoría de los índices de oxigenación y perfusión tisular, por lo que desde el día de ayer se progresó en sus parámetros ventilatorios ahora en modo cpap, ya sin episodios de agitación psicomotora ayer nuevamente con picos febriles por lo que se policultivo, con reporte de hemocultivos positivos a las 22 horas con gram que informa cocos gram positivos posible bacteriemia por gram positivos asociada a cvc para lo cual en horas de la mañana ya se indico cubrimiento antimicrobiano inicial con vancomicina, al momento sin soporte vasopresor por lo que se indica retirar cvc una vez termina de pasar su nutrición parenteral, persiste con dimero d elevado ldh elevada y procalcitonina positiva pero en descenso respecto al control previo, fibrinógeno elevado ya se ajustó anticoagulación profiláctica en relación a su peso, por adecuados índices de oxigenación mejoría radiológica y en su estado de vigilia sin episodios de agitación psicomotora se indica protocolo de extubación se mantiene precauciones de aislamiento respiratorio y de contacto ante sospecha de covid-19, a la espera reporte de aspirado traqueal pcr para covid-19, y reporte de hemocultivos para tipificación del germen pronóstico reservado sujeto a evolución clínica Plan: se mantiene vancomicina solicitar niveles de vancocinemia antes de la cuarta dosis iniciar protocolo de extubación.
04	05	2020	15:44 20:02 Medicina crítica y terapia intensiva Mercedes Solarte	Paciente con evolución clínica favorable, tolerando extubación de hace más de 12 horas, con adecuado patrón respiratorio y mejoría progresiva de los índices de oxigenación y perfusión tisular, hemodinámicamente estable, sin necesidad de vasopresores, diuresis adecuada, respuesta inflamatoria sistémica en modulación, continua cubrimiento antibiótico sin cambios, a la espera de identificación de cocos gram positivos identificados en últimos hemocultivos, ya se retiró catéter venoso central al considerarse bacteriemia asociada a dispositivo vascular, mañana se iniciará dieta, pendiente reporte pcr



				covid -19, continua aislamiento de contacto y respiratorio hasta nueva orden. Pronostico sujeto a evolución, alto riesgo de complicaciones.
05	05	2020	09:14 UCI - medicina interna Mónica Patricia Vinueza	Paciente con necesidad de uci por soporte inotrópico extubado en horas de la tarde , con regular tolerancia aun con leve trabajo respiratorio, en el contexto de choque séptico de origen abdominal + disfunción orgánica múltiple en resolución , postoperatorio de laparotomía+ drenaje de peritonitis en cuatro cuadrantes , apendicetomía, el día de hoy febril taquicárdica , con leve trabajo respiratorio producción alta de expectoración y deterioro neurológico somnoliento hipoactiva, diuresis positiva balance positivo bajo , con aporte nutricional parenteral , hipocalemia moderada alcalosis metabólica compensada leve disfunción pulmonar lactato normal , en manejo antibiótico tazocin día 7 , vancomicina día 4 caspofungina día 4 , se solicita revaloración por cirugía para definir conducta pronóstico reservado. En espera de reporte para covid-19 .
06	05	2020	11:22 UCI - Medicina Interna Mónica Patricia Vinueza	Paciente con confirmación de covid- 19 prueba sars cov-19 positiva se define como neumonía asociada a sepsis de origen abdominal , se realiza valoración con dra López dra Vinueza y dr Rosero, ante la persistencia de fiebre se decide realizar tac abdominal y de tórax para descartar colecciones posteriores a procedimiento quirúrgico , se realizará al ser trasladado a piso .
06	05	2020	TAC tórax	Se observa zona de consolidación en el lóbulo inferior derecho de localización posterior con broncograma aéreo, puede corresponder a atelectasia o foco neumónico. Hay un pequeño derrame pleural bilateral. No hay otras alteraciones en el parénquima. En el momento no se observan zonas de vidrio esmerilado. El corazón y los grandes vasos de tamaño y morfología normales. Vías aéreas centrales con calibre usual. No se identifican adenomegalias ni masas en el mediastino ni en los hilos. Se observa catéter venoso central izquierdo en adecuada posición. Pared torácica sin alteraciones. Conclusiones: -ZONA DE CONSOLIDACIÓN EN LÓBULO INFERIOR DERECHO. -MÍNIMO DERRAME PLEURAL BILATERAL.
07	05	2020	TAC abdomen	Disminución de la densidad hepática por infiltración grasa. Hay una pequeña colección subcapsular hepática lateral derecha, de 60x21x52mm. Colecistectomía. Vías biliares de calibre normal. Páncreas sin alteraciones. Bazo sin anomalías. No hay masas suprarrenales. Riñones de tamaño y forma normales; concentran y eliminan adecuadamente el contraste. Uréteres sin lesiones. Vejiga urinaria sin alteraciones. Histerectomía. Se observa escasa cantidad de líquido en la gotera parietocólica derecha. No hay masas ni engrosamientos de pared en el estómago o en las asas intestinales. Grandes vasos de calibre normal. Se observa discreto aumento de la densidad de la grasa mesentérica, hallazgo que



				puede ser postquirúrgico. No se identifican adenomegalias en las diferentes cadenas ganglionares del abdomen o del retroperitoneo. Hay una colección intrabdominal entre mesogastrio e hipogastrio, adyacente a la pared abdominal de 35x23x40mm, volumen aproximado de 18cc, con gas en su interior. Se observa lesión hiperdensa en región inguinal derecha, probablemente por hemorragia, de 17mm de diámetro, también hay aumento de la densidad de los tejidos adyacentes. Desconocemos antecedente de cateterismo. Conclusiones: - COLECCIONES: UNA SUBCAPSULAR HEPÁTICA Y OTRA INTRABDOMINAL EN MESOGASTRIO, ESTA ÚLTIMA COMPATIBLE CON ABSCESO.
07	05	2020	09:27 Carlos Andrés Rosero Médico internista especialista en infecciones	Seguimiento comité de infecciones post uci femenina de 48 años, con diagnósticos: - Estado post reanimación exitosa - parada cardiopulmonar 6 minutos (27/04/20) - Insuficiencia respiratoria aguda tipo 4 en resolución - Choque séptico de origen abdominal en resolución - Pop (27/04/20) de apendicetomía+ drenaje de peritonitis de 4 cuadrantes - Injuria renal aguda Akin I - Neumonía basal izquierda curb 65 2 b por covid 19 - Infección viral por covid 19 de tiempo no establecido - Bacteriemia por gram positivos - Obesidad - Sahos Soportes: Oxigenoterapia por cánula nasal monitoria hemodinámica no invasiva. Análisis y plan: Paciente con choque séptico de origen abdominal + disfunción orgánica múltiple, quien requirió manejo en uci con soporte ventilatorio invasivo en su postoperatorio de laparotomía+ drenaje de peritonitis en cuatro cuadrantes , por apéndice perforado, quien presento como complicación parada cardiorrespiratoria durante el intraoperatorio, presenta evolución clínica hacia la estabilidad hemodinámica, se logró liberar de ventilación mecánica y por evolución favorable se traslada a piso para continuar manejo reporte de hemocultivos positivos para cocos gram positivos con aislamiento de s. Epidermidis 3 de 3 meticilino resistente reporte de pcr para sars cov 2 positivo por lo que confirma neumonía viral por covid 19 persiste con dimero d elevado ldh elevada y procalcitonmina positiva pero en descenso respecto al control previo, fibrinogeno elevado, ya se ajustó a anticoagulación plena por alto riesgo de fenómenos protrombótico derivados de su infección viral al momento con episodios de agitación bajo sujeción por lo que se indica iniciar alprazolam, se mantiene manejo para su infección viral siguiendo los protocolos nacionales e



				institucionales y previo consentimiento informado con hidroxiclороquina más lopinavir ritonavir, se mantiene cubrimiento antimicrobiano con piperacilina tazobactam más vancomicina hasta completar esquema terapéutico ,reporte tac toracoabdominal, tórax con consolidación basal derecha sin áreas en vidrio esmerilado, tac de abdomen con hallazgos descritos para lo cual está pendiente valoración por cx general para definir conducta con respecto a su patología intraabdominal pronóstico reservado sujeto a evolución clínica.
07	05	2020	11:29 Cirugía general Andrea Catherine López	Paciente en aislamiento bajo soporte ventilatorio no invasivo sin soporte vasoactivo persiste con picos febriles al momento con signos vitales estables con abdomen distendido con herida quirúrgica cubierta con apósito con eritema perilesional en resolución con secreción serohemática con sospecha de infección de sitio operatoria profunda con hemograma con leucocitosis y neutrofilia procalcitonina en descenso informe de tac abdominal compatible con colecciones intrabdominales una subhepática y otra de localización en mesogastrio compatible con absceso paciente con sepsis de origen abdominal no modulada no es candidata para drenaje percutáneo por tratarse de múltiples colecciones requiere revisión y lavado exhaustivo de cavidad con posibilidad de laparotomía para posteriores lavados. Plan: se programa para relaparotomía exploratoria más revisión de cavidad más drenaje de colecciones más lavado peritoneal ahora bajo medidas de protección covid-19.
07	05	2020	19:43 Cirugía general Edison Orlando Eraso	Nota Operatoria Diagnóstico operatorio: peritonitis con SARS COV 2 positiva Procedimiento: lavado peritoneal, drenaje de absceso cavidad abdominal, cierre de fístula íleon distal. Anestesia: general. Hallazgos: absceso intraperitoneal 100 cc a nivel del mesogastrio fístula a nivel de íleon distal muñón apendicular indemne.
En las historias clínicas aportadas no se allega registros médicos desde el 07 de mayo de 2020, hasta el momento del fallecimiento ocurrido el 12 de mayo de 2020.				
12	05	2020	09:21 Trabajo Social Adriana Patricia Rodríguez	Siendo las 4:52 am se recibe llamada telefónica por parte de la jefe de turno de uci quien informa el fallecimiento de la señora María Ismenia chamorro. Al respecto se inicia con las gestiones sociales correspondientes y se logra comunicación telefónica con el señor Alexis Romo (hijo) y se le informa del fallecimiento de su madre, así mismo se hace el llamado a la funeraria el monte de los olivos informando del fallecimiento de la paciente, como también se da a conocer la realización de la ficha social familiar al ingreso de la paciente con el acudiente (hijo Alexis Romo), en la cual se evidencia que la familia cuenta con los recursos suficientes para asumir el costo de la cremación. Finalmente se logra contacto telefónico con la señora Amanda Lucia Romo (cuñada al número 3187559871) quien refiere haber hablado con sus familiares y se harán cargo de los gastos funerarios para cremación con la funeraria monte de los olivos quienes



				fueron notificados previamente y se encargaran de realizar según protocolo el levantamiento y disposición del cuerpo .
--	--	--	--	--

- 9.5. En relación con el informe pericial aportado, se debe resaltar que no es cierto que la señora María Ismenia Chamorro Eraso hubiere fallecido 48 horas después de su ingreso hospitalario a la Clínica Corporosalud. El fallecimiento ocurrió quince días después de su ingreso.

Adicionalmente, se debe mencionar que las apreciaciones relacionadas con la aparente ausencia de diagnóstico de apendicitis aguda y su consecuencia demora en la remisión por parte del personal médico que atendió a la señora María Ismenia Chamorro Eraso en la E.S.E. Juan Pablo II del municipio de Linares carecen de fundamento fáctico. Conclusiones que se indican, aparte por impresiones en el análisis de la fecha de ocurrencia de los hechos y omisiones en el estudio de la historia clínica de las atenciones médicas prestadas en la Clínica Corporosalud.

Cordialmente,

Carolina Laurens Rueda
Médica Cirujana - Abogada
U. Rosario
C.C. 52.864.346
T.P. 204 676
Laurens

Carolina Laurens Rueda
Abogada, Universidad del Rosario
Médica Cirujana, Universidad del Rosario
Máster en Seguros y Técnica del Riesgo de la Universidad de Salamanca
Especialista en Administración Hospitalaria, EAN
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

