

Señores

JUZGADOS CIVILES DEL CIRCUITO DE SANTA MARTA.

REPARTO

E. S. D.

REFERENCIA: DEMANDA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA EXTRACONTRACTUAL.

DEMANDANTE: JORGE ALBERTO VILLARREAL RODRIGUEZ Y OTROS

DEMANDADOS: EPS SANITAS S.A.S.; COLSANITAS S.A.; PERFECT BODY MEDICAL CENTER LTDA y OTROS.

ASUNTO: DICTAMEN PERICIAL SOLICITADO EN EL PROCESO DE RESPONSABILIDAD MÉDICA SEGUIDO POR JORGE ALBERTO VILLARREAL RODRÍGUEZ CONTRA EPS SANITAS S.A, COLSANITAS S.A, GEDULD S.A.S, PERFECT BODY MEDICAL CENTER LTDA y OTROS. -

FRANKLIN NOGUERA BALETA, mayor de edad identificado con la c.c. no 77.018.294 de Valledupar (Cesar), de profesión **médico**, egresado como médico general de la **Universidad De Cartagena (Bolívar)** e **Internista** egresado de la **Universidad Surcolombiana De Neiva**, portador del registro médico No. 182022, en la actualidad trabajo como médico internista en la Unidad De Cuidados Intensivos –UCI- del hospital de alta complejidad del Putumayo, en la ciudad de Puerto Asís (Putumayo), rindo el siguiente dictamen a solicitud de la parte demandante sobre los procedimientos y/o actos médicos que fueron practicados a la señora **Miryan Luz Góngora Buendía**,(Q.E.P.D) desde el día que ingresó a la **Clínica Perfect Body Medical Center Ltda.**, y en relación a la causa y circunstancias del fallecimiento. Así mismo, emito respuesta al cuestionario realizado por esa misma parte.

Que manifiesto bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento que no me encuentro incurso en ninguna causal de inhabilidad e impedimento que pueda invalidar lo expuesto en el dictamen que rindo como perito en el proceso que se sigue en contra de los demandados, que se ajusta al régimen legal de peritos auxiliares de la rama judicial de la administración de justicia según lo dispuesto en el artículo 226 y SS del C.G.P.

Que el presente dictamen se basa en mis estudios académicos, experiencia profesional por más de veinte (20) años en la práctica de la profesión médica y recomendaciones de guías médicas nacionales e internacionales, se expresa que se hace con la mayor imparcialidad y objetividad, siendo lo más claro posible para el buen entender de los profesionales del derecho que dilucidaron en el caso que se demanda.

EN CUANTO A LOS DOCUMENTOS A ANALIZAR TENEMOS LA HISTORIA CLÍNICA CONTENTIVA EN 357 HOJAS – CORRESPONDIENTE A LA SEÑORA MIRYAN LUZ GONGORA BUENDIA. -

OBJETO DE ESTUDIO: Determinar el manejo dado a la paciente desde su ingreso el día 16 de noviembre del 2021 hasta el día de su fallecimiento el 9 de diciembre del 2021, según:

1. Pruebas y métodos utilizados.
2. Lo descrito en la historia clínica.
3. Revisiones bibliográficas, guías médicas y protocolos.

CON BASE EN LO ANTERIOR, SE PROCEDE AL DESARROLLO DEL DICTAMEN DE LA SIGUIENTE MANERA:

1. PRUEBAS Y MÉTODOS UTILIZADOS.

La Metodología utilizada, será comparar lo anotado en la historia clínica de la paciente analizando cada dato clínico, los supuestos narrados y conceptos médicos anotado por los distintos galenos y otro personal que intervinieron a la paciente en contraposición con lo que se debió hacer por cada uno de los distintos galenos especialistas que atendieron a la paciente (Q.E.P.D) **MIRYAN LUZ GONGORA BUENDÍA**, basado en mi experticia como médico internista y en atención a pacientes de UCI.

2. DOCUMENTACIÓN Y ELEMENTOS DE ESTUDIO:

HISTORIA CLÍNICA NÚMERO AD 136845 DE FECHA 16 DE NOVIEMBRE DE 2021.

Recuento desde el primer día de su ingreso-extraído de la historia clínica a fin de que se pueda observar las anomalías presentadas y el manejo inadecuado que se le dio.

Ingresó paciente mayor de edad con 53 años, el día 16 de noviembre del 2021 a las 19:26 p.m. con dolor abdominal, manifestando que presenta un fuerte dolor abdominal desde hace dos (2) días.

RESUMEN – HALLAZGOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LA PACIENTE - ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA POR LA PACIENTE DESDE EL DÍA 16 DE NOVIEMBRE DE 2021 A LAS 19:26.

PRIMER HALLAZGO. -

A la vista de la información generada en la práctica del diagnóstico y tratamiento médico se logró observar que la paciente Miriam Luz Góngora Buendía, de 53 años de edad, ingresa el día 16 de noviembre del 2020 a la clínica **PERFECT BODY MEDICAL CENTER** con un dolor abdominal, con dos días de evolución desde casa.

La paciente ingresa con esta sintomatología: dolor abdominal, difuso, tipo cólico, moderada intensidad, asociado a polaquiuria y fiebre, automedica buscapina y dolex. Niega emesis. La paciente ingresa consciente, alerta, orientada sin déficit neurológico.

El manejo inicial por parte del galeno de urgencias consistió en la práctica de laboratorios y palpación del abdomen, arrojando como resultados por parte de lo primero, un nivel de leucocitos y eritrocitos elevados y por el segundo, un abdomen difuso y extendido.

La evidencia médica hallada o detectada da muestra de que la paciente desde el ingreso presenta signos de irritación peritoneal claros, sin embargo, estos signos en primera medida son confundidos con una infección de vías urinarias, porque el parcial de orina que estudian encuentran una orina inflamatoria; es decir, con leucocitos, eritrocitos, pero esto, es producto de la cercanía del apéndice a las vías urinarias. Lo acontecido, retrasa un poco la atención inicial, pero la infección de vías urinarias en principio no produce irritación peritoneal, por consiguiente, no debería confundirse.

Seguidamente, le realizan una ecografía abdominal total que evidencia la presencia de un proceso apendicular encontrando **“hallazgos sugestivos de plastrón apendicular agudo”** por datos de colección líquida mixta perilesional, es decir alrededor del apéndice, que podía haber aire y gas asociado al apéndice.

La condición anterior es obviada tanto por galeno de medicina interna como cirujano general retrasando el procedimiento quirúrgico ordenando antibióticos y un Tac abdominal simple para ver si realmente se trataba de un proceso apendicular o no, cuando eso estaba demás, en el entendido de que existían las evidencias clínicas y ecográficas de la lesión que tenía la paciente.

la peritonitis de la paciente en cuestión fue consecuencia de un cuadro de varias horas de evolución, por los hallazgos quirúrgicos se evidencia que la causa de la peritonitis fue una apendicitis perforada, y para que se dé la perforación del apéndice se espera una evolución habitual mayor de 36 horas. (se precisa que venía desde casa con 48 horas de evolución y las más de 36 horas de hospitalización en clínica).

Existe un estudio prospectivo del 2015 que traigo a colación en el que se hace la siguiente recomendación.

Recientemente el colegio americano de cirugía realizó una recopilación prospectiva de datos en 350 pacientes consecutivos con sospecha de apendicitis aguda, para quienes se calificó la puntuación de Alvarado para cada paciente, al ingreso se correlacionó con los hallazgos histológicos y de tomografía computarizada de abdomen eventuales. Una puntuación de Alvarado de 7 o más en los hombres y de 9 o más en las mujeres tenía un índice de probabilidad positivo para apendicitis como en este caso, y es comparable al de la tomografía computarizada. Una evaluación por tomografía es beneficiosa principalmente en pacientes con una puntuación de Alvarado menor de 6 o menos en hombres, y de 8 o menos en mujeres.

Resulta conveniente explicar en qué consiste la Escala de Alvarado, la cual es una herramienta diagnóstica que reúne un conjunto de signos, síntomas y datos de laboratorio que orientan hacia una apendicitis aguda. De manera que, en cuanto más se acerca la puntuación a 10 más se confirma el diagnóstico. Y la paciente, según la historia clínica y los signos que presentaba se encontraba en la escala de 10.

Se expone tabla de Alvarado.

Cuadro. Escala de puntuación para el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda según la escala de Alvarado

Aspecto	Manifestaciones clínicas y de laboratorio	Puntuación
Síntomas	Migración del dolor a fosa iliaca derecha	1
	Anorexia	1
	Náuseas y / o vómitos	1
Signos	Dolor en cuadrante inferior derecho	1
	Dolor al rebote o descompresión	2
	Fiebre	1
Laboratorio	Leucocitosis	2
	Desviación izquierda	1
Total de puntos		10

Con estos datos claros de dolor abdominal, laboratorios y las ayudas diagnósticas, lo conveniente y oportuno debió consistir en la práctica del procedimiento quirúrgico, siendo una urgencia quirúrgica que debió resolverse de manera inmediata, y no había que retrasarla.

SEGUNDO HALLAZGO. -

NO HUBO INDUCCIÓN O VALORACIÓN PRE ANESTÉSICA. -

Es menester resaltar que dentro del análisis de la H.C. Se pudo observar y/o evidenciar que la señora Góngora Buendía (Q.E.P.D) No recibió valoración preanestésica¹

No se logró observar en el recorrido de la Historia clínica, que a la paciente se le practicara la lista de chequeo, la cual consiste en: Anestesia segura, y riesgo de vía aérea difícil, sitio quirúrgico correcto, Prevención de infecciones, trabajo en equipo consentimiento.²

Se debe precisar que la valoración preanestésica es importante y de obligatorio cumplimiento en todos los casos en donde se requiera un acto quirúrgico porque permite la evaluación del estado físico y riesgo del paciente. Para luego de ahí determinar el plan anestésico a practicar y con ello optimizar los riesgos³.

TERCER HALLAZGO. -

RETRASO INJUSTIFICADO EN LA PRÁCTICA DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA.

Inicialmente se observa que el día 17 de noviembre siendo las 8:19 am, la paciente es valorada por el Médico Internista, el Dr. NEFER EDUARDO LÓPEZ PINTO, -quien en su anotación de evolución del paciente describe lo siguiente:

TIENE DOLOR DIFUSO AL TACTO MUY DEFENDIDO CON SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL - TIENE HEMOGRAMA Leucocitos 8.380. NEUTRÓFILOS 85%-

¹ Mena RM, Rodríguez-Mota E. Valoración preanestésica. Importancia en el paciente quirúrgico. Rev Hosp Jua Mex. 2014;81(3):193-198.

² (2014 sociedad colombiana de anestesiología y reanimación). página 48.

³ Guías y consensos manual de práctica clínica, basado en la evidencia: preparación del paciente para el acto quirúrgico y traslado al quirófano. (2014 sociedad colombiana de anestesiología y reanimación). página 36.

-GLUCOSA: 154--CREATININA 0,8 MG AMILASA NORMAL-P/ ORINA PATOLÓGICO.

Pese a ver los resultados de laboratorios, el especialista pone en duda si tiene infección urinaria o una sintomatología apendicular, pasando por alto el abdomen agudo. Es por ello que descarta cuadro quirúrgico. En su defecto ordena un Rx de tórax y abdomen, urocultivo más antibiograma. Así como la valoración por cirugía general.

Luego, alrededor de las 9 de la mañana del 17 de noviembre del 2020, se le practica el RX de tórax más abdomen y la ecografía de abdomen total, la primera ordenada por el médico internista y la segunda ordenada por el médico general el día 16 de noviembre, realizadas aproximadamente 12 horas después del ingreso de la paciente a la clínica. -Vale la pena referir, que la paciente ya venía con un cuadro de evolución de 48 horas de dolor abdominal desde su casa-

Seguidamente una vez practicada la ecografía abdominal total se evidencia la presencia de un "proceso apendicular" como consta en la H.C a página 14-18 de fecha 17 de noviembre del 2020. Arrojando el siguiente resultado:

HAY HALLAZGOS SUBJETIVOS DE PLASTRÓN APENDICULAR AGUDO POR DATOS DE COLECCIÓN LÍQUIDA MIXTA PERILESIONAL. (O SEA ALREDEDOR DEL APÉNDICE)

DATOS QUE PODRÍAN SUGERIR AIRE O GAS EN LA COLECCIÓN Y CAVIDAD (POR RUPTURA O SOBRE INFECCIÓN ASOCIADA). AL APÉNDICE.

-ESTO INDICA QUE LA PACIENTE ANTES DE INGRESAR A CIRUGÍA MANEJABA UN VALOR NORMAL DE GASES ARTERIALES CON PAFI DE 378,9 CUYO ÍNDICE NORMAL ES DESDE 300.

No obstante, y pese a que el Rx de abdomen total indicaba que la paciente presentaba plastrón apendicular agudo, los galenos (Cirujano y médico general) ignoran el reporte ecográfico abdominal donde se evidencia proceso inflamatorio severo apendicular y recetan dosis única de Tramadol 100 mg clorhidrato ampollas 10 mg/2 ml; dos unidades de Unasyn (antibiótico indicado para infecciones urinarias) 1.5 G inyectable cada ocho horas tres aplicaciones polvo para reconstruir 1.5 G tres aplicaciones. Disfrazando la patología que realmente presentaba la paciente.

Siendo las 12:17 p.m. El Cirujano, quien también valora a la paciente -después de 16 horas- de su ingreso a la clínica, le ordena plan de tratamiento con antibióticos Ciprofloxacina y Unasyn, sin valorar los resultados diagnósticos que manifestaban signos de plastrón apendicular. Nótese a pág. 18 HC.

El cuadro clínico que presentaba la paciente mostraba claramente un proceso apendicular infeccioso, que bien podría ser diagnosticado adecuadamente por cualquier médico general.

El diagnóstico de peritonitis es eminentemente clínico; siendo el examen físico, la fiebre y la alteración de leucocitosis los elementos más importantes. El diagnóstico de peritonitis es relativamente fácil (por la inspección, palpación y silencio del peristaltismo intestinal) que sumado con las ayudas diagnósticas determinan la necesidad de un procedimiento quirúrgico.

De manera que, si el cuadro clínico y los hallazgos al examen físico son claros no es necesario realizar exámenes complementarios si éstos no aportan datos adicionales al manejo, pero si al existir dudas o si la evolución no es la esperada, entonces si es necesario realizar ayudas diagnósticas.

Sin embargo; para este caso en particular, según Historia clínica se pudo evidenciar que a la paciente se realizó un estudio complementario básico de evaluación clínica que le permitía al médico tratante confirmar un diagnóstico y/o realizar acciones terapéuticas, esto es -la ecografía abdominal- siendo ésta la ayuda diagnóstica por excelencia que diagnosticó el proceso apendicular en curso, pero que al final fue subvalorada. Porque a pesar de que se indicaba plastrón apendicular fue interpretada erróneamente. Porque posterior a ésta, se contemplaron más ayudas diagnósticas innecesarias (Rx de Tórax y Tac abdominal) que en su espera de practicarse resultaron ser más dilatorias para proceder al acto quirúrgico.

El procedimiento quirúrgico que necesitaba la paciente No amerita la espera de la realización de un Tac, por consiguiente, no debió retrasarse, la obvia sintomatología de la paciente corroborada al tacto y con la ecografía era suficiente para realizar la cirugía, no daba espera para la realización del TAC.

La revista colombiana de radiología en artículo publicado por profesores y médicos residentes de la universidad nacional recomiendan un algoritmo diagnóstico y define que si la valoración clínico score Alvarado es claro debe ser llevada a cirugía de urgencia.

La **ultrasonografía y/o ecografía** en el punto de atención ha demostrado ser una valiosa herramienta para diagnosticar la apendicitis aguda y tiene un impacto positivo en la toma de decisiones clínicas. La sensibilidad y la especificidad globales de la ecografía son del 76 % y el 95 %, y de la TC del 99 % y el 84 %, respectivamente. ⁴

Se corrobora según Historia clínica que el día 18 de noviembre, 20 horas después de ordenado el TAC, -esto es desde el día (17/11/20 a las 12:17 M), es cuando efectivamente se le practica el examen a la paciente - quien regresa de su estudio a las 10:30 a.m. con el diagnóstico a la mano. Pese a ello, dicho hallazgo patológico referenciado por el radiólogo es leído por el Cirujano General cuatro (4) horas después (14:39) arrojando el siguiente resultado:

“SE REALIZA TAC DE ABDOMEN, DONDE SE OBSERVA COLECCION EN ÁREA PÉLVICA, PERITONITIS LOCALIZADA.

SE PLANTEA NECESIDAD DE CIRUGÍA SOLICITAR ORDEN DE CIRUGÍA DRENAJE DE COLECCION, LAVADO DE CAVIDAD, APENDICECTOMIA POR LAPAROSCOPIA COLOCAR SONDA VESICAL SOL HARTMAN 120 CC HORA PASAR A CIRUGÍA”. Nótese las páginas 18, 25 y 29.

Los resultados de esta última ayuda diagnóstica ratificaron no solo el proceso apendicular inicialmente encontrado con la ecografía abdominal, si no que evidencia una peritonitis localizada por el transcurrir del tiempo, que incidió considerablemente en los daños ocasionados a la integridad física de ésta. En el entendido que no se brindó una atención integral, continua y de calidad a la paciente.

Es dable precisar que la demora en el diagnóstico de apendicitis llevó a que el apéndice se perforara y se presentara una peritonitis localizada. De modo que la causa de la peritonitis fue la perforación del apéndice por una apendicitis aguda.

⁴ Revista colombiana de radiología. 2014; 25(1): 3877-88.

Según la literatura médica se indica que una vez encontrado el hallazgo de un plastrón apendicular la cirugía se debe practicar dentro de las 12 horas siguientes al diagnóstico, -y en este caso se excedieron del tiempo- lo que conlleva a que con el pasar de las horas progresara el proceso séptico. Por ello, la decisión tardía y dilatoria del cirujano de realizar el acto quirúrgico compromete la salud de la paciente. Aunado a su exceso de confianza, el cual fue producto de la calma de la paciente, pero que por su experiencia debió traducirlo al estrangulamiento del apéndice, lo cual ocasiona una aparente sensación de alivio.

Con lo antes referenciado, -en cuanto a las unidades de tiempo entre los distintos sucesos de atención-, se logra evidenciar en la historia clínica que hubo demora y negligencia no solo en la atención médica por parte de los galenos, sino también en la autorización administrativa y ejecución de las ayudas diagnósticas, por parte de la EPS Y la Clínica Perfect Body. Nótese las páginas. (18, 25 y 29 HC).

Luego de los dilatorios sucesos, finalmente el día 18 de noviembre, la paciente es llevada por el auxiliar de turno, familiar, Médico Cirujano y Anestesiólogo, siendo conducida al quirófano, a las 15:31 pm, encontrándose “consciente, orientada en sus tres esferas, tolerando oxígeno ambiente”. -Y con el estómago lleno, como se evidencia en la HC a pág. 29 en nota de enfermería.

Por su parte el anestesiólogo no fue precavido con la lectura de la historia clínica antes de ingresar a cirugía. (Ya que no objetó ni mencionó dentro de ésta, nada al respecto en cuanto a la ingesta de alimentos, ni valoración de riesgos); siendo este dato de importante seguimiento. Nótese las páginas 30, 31 y 32 de la H.C

CUARTO HALLAZGO. –

SE ENCONTRÓ INGESTA DE ALIMENTOS.

Se logró observar que la paciente antes de ingresar a cirugía había ingerido alimentos. El día que se realiza la cirugía laparoscópica es el 18 de noviembre del 2020 a las 3:57 p.m. como lo evidencia la H.C pág.29 anotación que hace la enfermera Hortensia Aysi Ariza Avendaño, donde dice que siguiendo órdenes del médico cirujano la paciente recibe dieta que la tolera y el Médico cirujano, ordena cirugía dos horas después.

en donde se registra que:

“10:30 paciente quien regresa del estudio se instala en su unidad recibe tratamiento ordenado explica al paciente para qué sirve el medicamento ciprofloxacina 500 mg iv lento se realiza control de signos vitales y se registran 12:00 recibe tratamiento ordenado se explica a la paciente para qué sirve el medicamento Unasyn, 3 g iv por buretrol. 12:40 paciente quien recibe dieta ordenada y la tolera.” Nótese la página No. 29 de la H.C.

Según la literatura médica se recomienda un ayuno mínimo de seis (6) horas para evitar broncoaspiración, es decir paso de contenido gástrico a pulmón, ya que los relajantes y sedantes utilizados durante la anestesia facilita esta complicación. En este caso no se revisaron atentamente las últimas ayudas diagnósticas que señalaba la peritonitis localizada, por consiguiente, es que se ordena dieta.

Previamente a cualquier proceso quirúrgico es recomendable no ingerir alimentos y todo paciente debe encontrarse en ayunas; de lo contrario como evento adverso que tenga alimentos en su estómago y en la vía aérea se puede provocar en el paciente una broncoaspiración y falla ventilatoria.

QUINTO HALLAZGO. -

TRASLADO DESDE QUIRÓFANO CON TUBO OROTRAQUEAL DE LA PACIENTE A SALA DE UCI. -

Dentro del acto quirúrgico, (nótese a página 32 H.C) la paciente manejó inicialmente signos vitales normales. Sin embargo, después del acto quirúrgico presenta una elevación severa de cifras tensionales como se registra. Lo que ocasiona inestabilidad hemodinámica y complica el soporte ventilatorio, que afecta la saturación (so2) de la paciente la cual comienza a descender a 70%, generando la falta de oxígeno en el cerebro, (hipoxia). En la nota postquirúrgica se evidencia que el anestesiólogo aspira material contenido en el tubo orotraqueal que compromete la oxigenación de la paciente.

la falta de oxígeno durante el cambio de tubo en las vías aéreas, con la sobrecarga de volumen de líquidos que aumenta la presión intracraneana, llevando a la paciente a paradas cardiacas que le generan una hipoperfusión cerebral, hipoperfusión de órganos y la falla multiorgánica que finalmente lleva a la paciente a la muerte. Nótese la página 36 de la H.C.

Siendo 18:45, del 18 de noviembre de 2020, ingresa a uci entubada con las pupilas midriáticas (es decir, las pupilas están abiertas por sufrimiento del cerebro ya que le falta oxígeno). Es por ello, que el médico general recibe a la paciente en pésimas condiciones generales de salud y desaturada a un 54%, que al momento del cambio de monitor no ciclaron presión arterial, y encuentra el tubo orotraqueal número 7 fijo a 16 cm, con neumotaponador parcialmente insuflado *-lo que indica que está por fuera de la vía aérea y por eso la saturación de oxígeno claudica a un 5%- lo que es gravísimo y daña al cerebro por encefalopatía hipóxico-isquémica.*

la hora de inicio de cirugía fue a las 15:00 y desde entonces viene con problemas de desaturación (es mucho tiempo transcurrido con hipoxemia no corregida).

El galeno decide cambiar tubo orotraqueal, y realiza nueva intubación orotraqueal con tubo 7.5 Mallampati III, cormack III, logrando intubar al tercer (3) intentó, saturación asciende muy lentamente ya que subió hasta 44%. Como consecuencia de ello, la paciente entra en parada cardiaca, se activa código se verifica ritmo en asistolia, se inician maniobras de resucitación según guías actualizadas de AHA, llega anestesiólogo nuevamente a la Uci al no subir saturación de 50 %, el anestesiólogo decide retirar tubo orotraqueal y realizar nueva intubación luego de dos (2) intentos logra la intubación, posterior a ello, egresa de la unidad, y se continúa con maniobras de reanimación avanzada por 30 minutos, se revisa saturación y se encuentra en 22%. El médico anestesiólogo regresa con necesidad de administrar 8 ampollas de adrenalina con intervalos de 3 minutos y una ampolla de atropina, de dos intentos y aplica epinefrina, se siguieron con maniobras de resucitación, la paciente recupera pulsos carotídeos, femorales. Continúa con el ritmo taquicardia sinusal e hipertensa motivo por el cual se le ordena infusión de nitroglicerina a dosis respuesta y además se le ordena sedo analgesia. se deja con soporte ventilatorio con parámetros elevados. Se realiza radiografía de tórax con infiltrados en alas de mariposa. con gases

arteriales de control p 02:66, pc02:38 , ph:7.126 , hc03:12 , p/f:66. se le pasaron 3 lts en bolo, más 2 ampollas de furosemida.

Es de anotar que en los momentos críticos de ingreso a la UCI el Dr. Mantilla solicita apoyo al Dr. Jaisan Jesue granados quien finalmente define que hay una vía aérea difícil y asegura esta.

Observó en los registros de la H.C que la paciente no es recibida por un médico especialista experto en la vía aérea que brinde garantía de seguridad. Además, se deja la responsabilidad por parte de la institución a médicos generales para la manipulación de la vía aérea y no a un médico especialista experto en la vía aérea.

Pese a lo anterior, esta demora en el cambio del tubo conlleva a una desaturación de 5%. No obstante, la paciente desde sala de cirugía ya venía desaturada, ya se había ocasionado en la paciente un daño cerebral importante e irreversible originado por la misma hipoxia. Produciendo además entre otras fallas orgánicas acaecidas a esta, un paro cardiorrespiratorio.

Así mismo, resulta conveniente expresar que con las tensiones arteriales muy altas que padeció la paciente, durante el acto quirúrgico, -las cuales, fueron inducidas por la aplicación de efedrina, 8 ampollas en dosis única como efecto adverso para tratar la hipotensión que manejó la señora Góngora, de forma postquirúrgica- contribuyo al edema pulmonar, a la emergencia hipertensiva y al paro cardiorrespiratorio. (nótese 36 pág.37,38, 39 inciso 2 a 44 de la H.C).

La paciente solo desde su ingreso a uci, esto es dentro de 1h y 45 minutos posterior a su cirugía, se le realizaron aproximadamente 6 procedimientos de recambios de IOT, observándose con ello, la falta de pericia de los galenos que la asistieron, comenzando desde el anestesiólogo, y los posteriores dos (2) médicos generales. De manera que la atención que debería ser adecuada se denota totalmente inocua. dado a que, desde el quirófano (sin saber cuántos intentos se generaron en ese espacio, debido a que en la historia se omite decirlo, el anestesiólogo falló en hacerlo adecuadamente, en el entendido de que a sala uci, la paciente ingresa desaturada y con una intubación por fuera de los parámetros de (16 /22 cm). Sumándose, además, a que en sala UCI, la debió recibir un intensivista o profesional idóneo para realizar algo de tan sumo cuidado en este tipo de procedimientos y más cuando se consideraba un paciente con vías aéreas difíciles, que no fueron identificadas previamente en la preparación de la cirugía que se programó desde las 3 de la tarde y cuyo procedimiento quirúrgico se inició a las 5:00 p.m.

Es importante establecer el hecho, de que el médico general que la recibe en UCI antes de salir de su turno no registra los datos y estado de la paciente de forma directa, ni detalla las fases de la enfermedad de la misma al ingreso a la unidad de cuidados intensivos, sino que este dato se realiza por medio de la nota de enfermería que hace la enfermera de turno. (Nótese la página 36 de la H.C).

Seguidamente se observa que a las 19:32 horas. Paciente que al despertar presenta cifras tensionales altas 220/115 mmhg con pulmones congestivos y se considera edema agudo de pulmón. Le ordenaron diurético y metoprolol endovenoso, al igual que la administración de 2 litros de líquidos endovenosos cuando tenía una tensión arterial muy elevada y de igual forma presentaba también edema agudo de pulmón. *No se debía hacer esto porque agrava el problema, sube la presión y hace que el oxígeno se caiga más como ocurrió.*

La paciente presentó una hipoxemia severa (oxígeno muy bajo en sangre) y el médico (Doctor mantilla) cambia el tubo orotraqueal después de intentarlo en 3 ocasiones sin lograr recuperación de la oxigenación (no sabía que tenía una vía aérea difícil o no tenía la experticia para hacer esto). La paciente evoluciona con paro cardiorespiratorio (por la bajada de oxígeno). presenta hipertensión mantenida y el Doctor Jaisan ordena nuevo bolo de 2000 milímetros sin contar que ya le habían pasado 2 litros de líquidos antes de pasarla a la uci lo que agrava aún más el edema pulmonar y con esto se cae más la oxigenación. El pase de esos líquidos también aumenta mucho la presión arterial.

Posteriormente, se observa que a las 22:47 horas. Ahora la paciente continúa hipertensa y se inicia infusión de nitroglicerina endovenosa con sedoanalgesia (propofol), metoprolol endovenoso, losartan vía oral, con parámetros ventilatorios altos y la radiografía con infiltrados en alas de mariposa (confirma en edema pulmonar por mucho líquido) con gases arteriales que muestran acidemia metabólica severa (la acidemia es por la parada cardíaca y es de mal pronóstico).

Siendo las 23:26 Horas. Se logra observar que la paciente hace otro paro cardiorespiratorio y se aspiran secreciones sanguinolentas de la vía aérea (lo que confirma aún más la sobrecarga de líquidos). Recupera signos vitales y a las 23:55 horas se administra por orden médica 1000 cc de lactato de ringer i.v en bolo a paciente con presión arterial elevada según nota de médica. (más líquidos que aumenta la sobrecarga de líquidos y con esto el edema pulmonar).

El día 19/nov/20 a las 02:00 horas. Se inicia infusión de labetalol frasco vial 100 mg / 20 ml y se continúa con nitroglicerina (el labetalol y la nitroglicerina bajan la presión arterial). se continua la administración de líquidos a pesar del edema pulmonar así: lactato de ringer 500 ml solución inyectable 0.09 %/ 500 ml (posología: dosis: 0.09 %, cada: 2 hora, durante: 1 días, aplicaciones: 12, cant por dosis: 1 und, vía: intravenosa. cantidad: 12).

Ahora siendo 08:46 horas. del 19 de noviembre de 2020, se realiza nota de medicina intensiva Jhonatan Ureche que indica que se inicia soporte vasopresor (esto es para subir la presión arterial). En fecha de registro del mismo día a las 10:51 responsable Myriam Machado Jiménez aún continuaba con infusión de nitroglicerina (la nitroglicerina debía suspenderse porque baja la presión) según nota de enfermería. Luego a las 11:00 horas se ordena infusión de vasopresina. No se debió pasar el catéter central por el Doctor Jhonatan. (El catéter central lo debe pasar un especialista).

Luego a las 12:08 horas. La jefe responsable Miriam Machado Jiménez anota que el doctor Gonzalo pasa el catéter central siendo este un médico general y no un especialista como se indica.

A las 16:45 horas se le pasa un bolo de solución Hartman de 1000 cc por orden del Dr. Lindarte médico en turno. se continua con líquidos, norepinefrina y furosemida endovenoso. La paciente continúa con secreciones hemoptoicas por vía aérea (que indica edema pulmonar en este caso). (hemoptoica es sangre en la vía aérea por la sobrecarga de líquidos).

Para el día 20/nov/2020 a las 11:25:08 a.m. inician bolos de manitol 20%. y no se ajusta dosis de piperacilina tazobactam a pesar de insuficiencia renal severa, aguda y progresiva.

El mismo día a las 12:15 horas se evidencia en el tac cerebral edema cerebral difuso marcado (el cerebro se hincha por mucho líquido y por la isquemia o falta de oxígeno que había presentado cuando salió de cirugía y se desinsuflo el tubo). Hasta ese momento se suspende la infusión de norepinefrina y continúan las secreciones hemoptoicas anotadas por fisioterapia.

Siendo las 19:00 La responsable Zulma María Barranco Cervantes. indica que la paciente hace hipotensión arterial y se reinicia la infusión de norepinefrina y los líquidos endovenosos continúan.

Con fecha de registro 20 nov 2020 23:00 responsable jefe de enfermería Edober Ramos Oviedo. Señala que se continúa con manitol 20% a pesar de hipotensión arterial e infusión de norepinefrina. (el manitol es bueno para reducir el edema cerebral, pero como la paciente estaba hipotensa (presión baja) no es recomendable usarlo porque baja aún más la presión arterial (y en este caso es más el daño que el beneficio).

A las 04:54 responsable Miriam Machado Jiménez descripción: firma responsable 03:00 toma de signos vitales se registra por hora. 04:00 toma de signos vitales se registra por hora. se le realiza cambio de posición y se le lubrica piel. Se le administra manitol 20% 80cc iv. 05.00 a pesar de recibir norepinefrina (el manitol baja la presión y la norepinefrina la sube).

para el día 22/nov/2020 libre de aminos vasoactivos. con tensión arterial de 98/67 mmhg. doctor Gabriel Enrique García medicina interna. inician dextrosa al 10% a 20 ml por hora y ssn 80 cc/hora. A las 17:31 hora se describe gran progreso del daño renal con creatinina de 4.97, bun 64, urea 136.9. No se recomienda aún terapia de reemplazo renal temprana ni se ajustan antibióticos ni enoxaparina a función renal. a las 17:47 horas se reinicia la infusión de norepinefrina. No se observa nota que ordene suspender el manitol 20% ni la furosemida.

Solo hasta día 23/11/2020 a las 10:25 horas, el doctor Jonathan Ureche Iguaran, profesional de medicina intensiva solicita valoración por nefrología y neurocirugía. (muy tarde). se continua con infusión de norepinefrina y manitol 20%. (estos dos fármacos no deben aplicarse juntos por su efecto contrario). En la paciente no hay reflejos de tallo encefálico pero se espera el concepto del neurocirujano. el mismo día a las 20:19 horas neurocirugía reporta que el tac cerebral simple del 20-nov-2020, muestra imágenes compatibles con edema cerebral severo, simétrico. evidencia de hemorragia subaracnoidea en territorio posterior, ventrículos simétricos, casi laminares. línea media conservada. Poca visualización de estructuras del hipocampo, núcleo amigdalino y amígdalas cerebelosas, probablemente por compresión severa.

El 24/nov/2020 21:14 horas, según nota de enfermería se registra herida quirúrgica en abdomen con herida en flanco izquierdo donde tenía dren se observa salida de líquido. con sonda vesical conecta a cistoflo se observa abdomen globoso con edema generalizado con ictericia generalizada. Es valorada por el neurocirujano Gary Caballero García -neurocirugía-, quien recomienda traqueostomía y gastrostomía temprana y se debe realizar hemodiálisis.

Para el día 25/nov/2020 a las 08:24 horas. la paciente ya se encuentra en mal estado general. sin respuesta neurológica, en ausencia de reflejos de tallo, tac de simple con edema cerebral severo, y gammagrafía cerebral que muestra fases de perfusión llegada hasta las carótidas, pero no hay

pasos hacia las cerebrales media y anteriores. Con conclusión de estudio de perfusión con alta probabilidad de muerte cerebral. Mal pronóstico.

SEXTO HALLAZGO

NO SE ENCONTRÓ ANOTACIÓN OPORTUNA Y/O ALERTA SOBRE VÍAS AÉREAS DIFÍCILES.

En cualquier caso, llama la atención que, en la descripción de las notas médicas, el día 19 de noviembre del 2020 a las 12:58 p.m., esto es 18 horas después del acto quirúrgico, el anestesiólogo que intervino a la paciente realizó una nota retrospectiva y aclaratoria señalando, en cuatro (4) haber colocado correctamente el tubo orotraqueal. Sin embargo, el médico general que la recibe en la sala UCI, señala -por medio de la nota que se realiza por enfermería-, que la paciente venía con el tubo orotraqueal a 16 cms cuando debía estar a 22 cms, lo que evidencia que desde el egreso del quirófano la paciente presentaba signos graves de hipoxia.

Adicionalmente; solo hasta ese momento, el anestesiólogo indica la complejidad de las vías aéreas difíciles que presentaba la paciente, -circunstancia que desconocía el médico general que la recibió en la uci-. (Nótese la página 63 de la HC).

SÉPTIMO HALLAZGO. -

RECEPCIÓN DE PACIENTES EN SALA UCI POR MÉDICO GENERAL.

Según los protocolos médicos los pacientes deben ser recibidos al salir de cirugía por galenos especialistas sean médicos internistas y/o médicos intensivistas en las salas de uci, se observa en la HC a página 34 a 36, que esta paciente fue recibida por un médico general ventilada más bala de oxígeno con monitoreo de transporte en malas condiciones de salud, bajo efecto de sedación, pupilas midriáticas (daño cerebral), desaturadas, hipertensa, taquicardia, con saturación de 54%, y presenta hipoxia. Nótese a página 34 a 36 de la H.C

OCTAVO HALLAZGO. -

EXTUBACIÓN POR MÉDICO GENERAL. -

Sobre el particular se puede decir que de conformidad al estudio de la historia clínica se observó que la paciente fue atendida y/o recibida en la sala uci por médico general, quien realiza las maniobras de extubación en tres (3) oportunidades en un intervalo de tiempo de 30 min, porque inicialmente recibe a la paciente medianamente desinsuflada. Es importante expresar que esta manipulación del tubo orotraqueal, es una actividad que requiere la experticia de un profesional especializado.

NOVENO HALLAZGO. -

SOBRECARGA DE LÍQUIDOS INTRAVENOSOS.

La paciente finalmente además de recibir una gran cantidad de líquido desde su ingreso, líquidos endovenosos, lactato de ringer, solución salina, recibe bolos de tres litros y continua con infusión de solución salina a 120 mililitros cada hora durante los días siguientes a su cirugía, lo que le genera una sobrecarga de volumen y ocasiona un “edema pulmonar”, tanto así que la terapeuta en una de las notas de enfermería manifiesta que la paciente presenta sangrado en la aspiración del

tubo orotraqueal ósea hemoptisis, siendo indicativo de un edema pulmonar; también presentó un edema pretibial, las piernas están hinchadas llenas de agua. El cerebro también a su vez tiene un edema cerebral por la sobrecarga de volumen de agua y por el proceso de hipoxia. como lo evidencia el tac cerebral posteriormente.

para un total de líquidos intravenosos aproximados desde su admisión a la clínica hasta su ingreso a la uci, así: solución salina 4.500 cc; lactato de ringer 8.500 ml para un total aproximado de 13.000 litros.

Concluyendo que este volumen elevado de líquido administrado a la paciente la lleva finalmente a un edema pulmonar y edema cerebral grave como consta en recorrido de la H.C.

Con lo anterior, doy por terminado mi dictamen pericial, basado en la historia clínica, mi experiencia en el campo médico, las guías prácticas y literatura médicas.

ANEXOS

Me permito anexar mis títulos profesionales, para demostrar mi conocimiento y experticia profesional convencional.

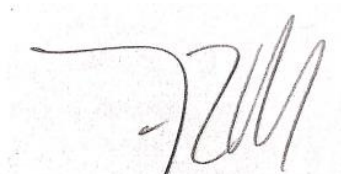
- Documento de identidad
- Título De Médico General
- Título De Especialista En Medicina Interna.
- Tarjeta Profesional.

NOTIFICACIONES

Recibiré notificaciones en la siguiente dirección: Carrera 7p No. 36 - 55 Neiva - Huila y al correo electrónico noguerabaleta@hotmail.com

Cualquier interrogante estaré siempre presto a aclararlo.

Con todo respeto;



Dr. FRANKLIN NOGUERA BALETA
Médico Especialista en Medicina Interna
C.C. 77.018.294 de Valledupar - Cesar
R.M. No. 182022

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **77.018.294**

NOGUERA BALETA

APELLIDOS

FRANKLIN

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-JUL-1964**
VALLEDUPAR
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78

ESTATURA

O+

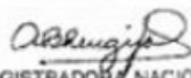
G S RH

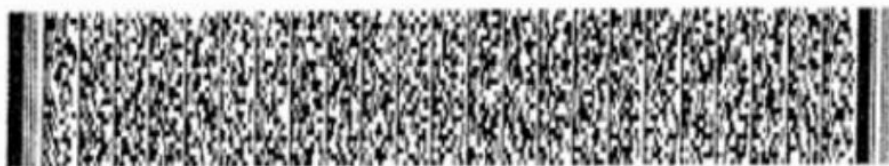
M

SEXO

18-OCT-1982 VALLEDUPAR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADORA NACIONAL
ALVA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-4400600-67141931-M-0077018294-20080517

0307506137A 02 182194445

LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
Cartagena-Colombia

ACTA DE GRADO No. 062

En la ciudad de Cartagena, a los TRECE (13) días del mes de SEPTIEMBRE de mil novecientos NOVENTA Y SEIS (1996), se realizó la graduación COLECTIVA en ceremonia SOLEMNE a solicitud del Decano de la Facultad MEDICINA a la Rectoría, quien autorizó el acto mediante Resolución No. 153-6 de fecha (11) de SEPTIEMBRE de 1996 por medio de la cual, otorga, de acuerdo a la Ley y los Estatutos de la Universidad, el título de MEDICO Y CIRUJANO al estudiante FRANKLIN ROGUERA BALETA portador de la cédula de ciudadanía No. 77'018.294 expedida en VALLEDUPAR (CESAR) a quien se le tomó el juramento de rigor y se le hizo entrega del Diploma que lo autoriza para el ejercicio de la profesión de MEDICO Y CIRUJANO según las disposiciones vigentes.

Este título es equivalente al de DOCTOR que se expedía antes de la promulgación de la Ley 80 de 1980.

Para constancia de lo expuesto, se firma la presente acta por todos los que en ella intervinieron.

MANUEL SIERRA NAVARRO
Rector

JOSEFINA QUINTERO LYONS
El Secretario General

FAUSTINO ESPANA FERNANDEZ, M.C.
Decano



LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

y en su nombre



LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

CONFIERE EL TITULO DE
MEDICO Y CIRUJANO

A

FRANKLIN NOGUERA BALETA

CC.Nº 77.018.294 Expedida en Valledupar (Cesar)

POR HABER CUMPLIDO LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS
Y EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA

En la ciudad de Cartagena, a 13 de septiembre de 1996

EL DECANO DE LA FACULTAD

EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

EL SECRETARIO DE EDUCACION Y CULTURA

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO REGIONAL DE CARTAGENA
Secretaria de Salud
CARTAGENA
Firmado: 24 JUL 1997
Pasaporte No. 11 2022

ESTRO



La Universidad Surcolombiana

Creada por la Ley 13 de 1976 y reconocida mediante Resolución No. 9062 del 26 de Octubre de 1976
Expedida por el Ministerio de Educación Nacional M.E.N.

Teniendo en cuenta que:

Franklín Noguera Baleta

Con cédula de ciudadanía No. 77.018.294

Expedida en Valledupar (Cesar)

Cumplió con todos los requisitos reglamentarios del Programa de Estudios para graduado,
le confiere el título de:

Especialista en Medicina Interna

Acta de Grado No. 200

Neiva - Huila, a los 24 días del mes de Septiembre de 2010

Rector

Secretario General