GOBERNACION DEL HUILA
Secretaría de Salud

RADICADO:
2015SAL00013608-1
FECHA: 2015-17-09

2015COR00013303

Neiva, Septiembre 17 de 2015

Señor(a):
ANA MARIA ARDILA MORA
CARRERA 4 A No 14 A -04 BARRIO PORVENIR
Tel: 3143787952
FLORENCIA

Asunto: Resultado de investigación caso: REINALDO HUMBERTO ANGARITA MENESES

Respetuoso saludo

Se trata de queja interpuesta por la señora ANA MARIA ARDILA, con cedula de ciudadanía 1.053.780.522 de Manizales, quien se identifica como la persona que fue la esposa en vida del señor REINALDO HUMBERTO ANGARITA MENESES (qepd).

Manifiesta que el día 20 de junio de 2015, su esposo ingresó al HOSPITAL SAN ANTONIO DE PITALITO y no se le prestó atención médica con oportunidad y pertinencia; solicita la señora ANA MARIA, se le aclare ¿por qué no se remitió a un hospital de tercer nivel antes de que se presentaran las complicaciones que lo condujeron a la muerte?

APARTES DE LA HISTORIA CLÍNICA

20/06/2015 **12:22:52 p.m.** PACINETE MASCULINO DE 34 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE SLIP GASTRICO, QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 16 HORAS DE EVOLUCION; QUE INICIA LUEGO DE INGERIR UNA PIZZA, ACOMPAÑADO DE MULTIPLES EPIDOSIOS EMETICOS #10 DUARNTE LA NOCHE. HOY 8 EPISODIOS POSTERIOR DOLOR URENTE A NIVEL DE EPIGASTRIO. NIEGA DIARREA, NIEGA OTRO SINTOMA. INGRESA ALGICO EN ACEPATBLE ESTADO GENERAL MUCOSAS SEMIHUMEDAS SIN SIGNOS DE DESHIDRTACION GRAVE. A LA EXPLORACION FISICA SIGNOS VIATLES DENTRO DE LIMITES NORMALES ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE DOLORO A LA PALPACION A NIVEL DE EPIGASTRIO NO IRRADIADO. PACIENTE CURSA CON CUADRO EMETICO AGUDO SECUNDARIO A PROBABLE INTOXICACION ALIMENATRIA CON DESHIDRTACION GRA 1-II, SE TOMÓ EKG, RITMO SINUSAL NO SIGNOS DE ISQUEMIA, SE INICIA MANEJO MÉDICO HIDRTACIÓN, ANALGESICO. PROTECTOR GÁSTRICO. SE DEJA EN OBSERVACIÓN SE SOLICITAN PARACLÍNICOS. SE REVALOARARÁ CON RESULTADOS. Profesional: GERARDO AVILA LOZANO - MEDICINA INTERNA

20/06/2015 **06:16:32** p.m PACIENTE MASCULINO DE 34 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES SLIP GASTRICO, QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE 1 DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL INTENSO Y CONTINUO LOCALIZADO EN EPIGASTRIO INCIALMENTE, EL CUAL SE GENERALIZA Y AUMENTA DE INTENSIDAD, ASOCIADO A MULTIPLES EPISODIOS DE EMESIS, MANIFIESTA QUE LOS SINTOMAS INICIAN DESPUES DE LA

INGESTA DE UN PIZZA, EN EL MOMENTO PACINETE REFIERE DOLOR ABOMINAL INTENSO Y CONTINUO. 0/ EN EL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS CLICNOS DE SIRS. ALGIDO. AL EXAMEN FISICO SIGNOS VITALES TA 130/80 FC 78 LPM FR 20 RPM, T 36.5°C SATO2 96% AL AMBIENTE. NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS, MUCOSA ORAL HIDRATADA, ESCLERAS ANICTERICAS. CUELLO SIMETRICO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO NO TIRAJES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS SIN AGREGADOS. **ABDOMEN CON ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO, NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO POSITIVO, BLANDO DEPRESIBLE CON DOLOR A LA PALPACION GENERALIZADO, BLUMBER DUDOSO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PUÑOPERCUSION BILATERAL NEGATIVA,** CON REPORTES DE PARACLINICOS HEMOGRAMA CON **MARCADA LEUCOCITOSIS** Y NEUTROFILIA, PCR 348, PACIENTE EN EL MOMENTO CON DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO QUIEN PERSISTE ALGICO POR LOS REPORTES DE PARACLINICOS. GLASGOW 15/15, **SE DECIDE SOLICITAR VALORACION POR CIRUGIA GENERAL Y SE SOLICITA ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL,** SE EXPLICA LA CONDUCTA MEDICA AL PACIENTE Y FAMILIAR QUIENES REFIEREN ENETDENR Y ACEPTAR LA CONDUCTA MEDICA.

Profesional: HECTOR GERARDO MELO MELO, MEDICINA GENERAL Profesional: GERARDO AVILA LOZANO

20/06/2015 **07:17:41 p.m.** PACIENTE MASCULINO DE 34 AÑOS DE EDA, CON ANTECEDENTE DE MANGA GÁSTRICA HACE 1 MES, APENDICECTOMÍA. CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 1 DIA DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL QUE INICIA EN EPIGASTRIO, CON IRRADIACIÓN GENERALIZADA. EL CUAL EL DIA DE HOY SE EXACERBA. EN EL MOMNETO PACIENTE ALGICO, FEBRIL, TAQUICARDICO, AL EXMAEN FISICO ABDOMEN DISTENDIDO. DOLOROSO A LA PALPACIÓN CON PREDOMINIO EN FOSA ILIACA IZQUIERDA, SIN SIGNOS DE IRITACIÓN PERITONEAL, PARACLÍNICOS REPORTAN HEMOGRAMA CON LEUCOCITOCIS, PCR 384, AMAILASA, SODIO, POTASIO NORMAL, PENDIENTE REPORTE DE ECOGRAFIA ABDOMINAL PARA DESCARTAR COLECCION INTRABDOMINAL. SE AJUSTA ANALGESIA CON DOSIS UNICA DE DIPIRONA
Profesional: JAVIER ANDRES CARDONA FERNANDEZ. CIRUGIA GENERAL

21/06/2015 **10:15:08 a.m.** SE CARGA ANALGESIA POR ORDEN DEL CIRUJANO DE TURNO. TRASLADO A SALA DE
REANIMACIÓN PARA MONITORIA CONTINUA.
Profesional: CAMILO ERNESTO PUA ULLOA MEDICINA GENERAL

21/06/2015 **10:39:10 a.m.** PACIENTE CON ANTECEDENTE DE SLEEVE GÁSTRICO QUIEN INGRESA CON CLINICA DE DOLOR ABDOMINAL Y MULTIPLES EPISODIOS EMETICOS POR INGESTA DE UNA PIZZA, NO DIARREA, REFIERE ESCASOS FLATOS. AUSENCIA DE DEPOSICIONES HACE 4 DIAS. DESDE EL INGRESO CON EVOLUCIÓN TÓRPIDA DADO POR FIEBRE, DISTENCION, DOLOR ABDOMINAL, TAQUICARDIA, CON PARACLINICOS QUE MUESTRAN GRAN LEUCOCITOSIS CON NEUTROFILIA MARCADA, PCR: ELEVADA, ECO CON COLELITIASIS SIN COLECISTITIS SIN COLECCIONES INTRA ABDOMINAL, **PACIENTE CON CUADRO DIFICIL DIAGNOSTICO,** POSIBLE GASTROENTERITIS AGUDA, SIRS NO MODULADO, PERSISTENCIA DOLOR ABDOMINAL, SIN SIGNOS DE IRRITACION
PERITONEAL Y FIEBRE, SE ORDENA MONITORIA, PASO DE SONDA NASOGASTRICA. LACTATO 1000 CC Y SEGUIR 120 CC, SE SOLICITA TAC DE ABDOMEN CONTRASTADO, RX ABDOMEN DE PIE, CUADRO HEMÁTICO, ELECTROLITOS, BUN. CREATININA, GASES ARTERIALES, SE INICIA AMPI/SUL 3G CADA 6 H, DIPIRONA, RANITIDINA, METOCLOPRAMIDA. SE INFORMA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER
Profesional: JAVIER ANDRES CARDONA FERNANDEZ. CIRUGIA GENERA

21/06/2015 **11:06:10 a.m.** SE ABRE FOLIO PARA CARGAR PARACLINICOS, SE CARGA CREATININA

Profesional: JAVIER ANDRES CARDONA FERNANDEZ CIRUGIA GENERA

21/06/2015 11:57:32 a.m. SE REVALORA NUEVAMENTE PACIENTE REFIERE PERSISTENCIA DE DOLOR ABDOMINAL EN FLANCO IZQUIERDO, PACIENTE ANSIOSO, TAQUICARDICO, ADECUADAS CIFRAS TENSIONALES TRAS ADMINISTRACION DE CRISTALOIDES. CON FC 122 TA 100/73 FR 22 T 36,7 SPO2 98% SE RETIRÓ SONDA NASOGASTRICA AL REFERIR QUE NO LA TOLERA, MUCOSAS HUMEDAS, ROSADAS CUELLO MOVIL Y SIMÉTRICO TORAX NORMOEXPANSIVO, MURMULLO VESICULAR GENERALIZADO DISMINUIDO, CORAZÓN TAQUICARDICO, ABDOMEN DISTENDIDO DOLOROSO A PALPACION DE FLANCO IZQUIERDO SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. EXAMEN FISICO DE DIFICIL VALORACION POR POCA COLABORACIÓN DEL PACIENTE. HERNIA UMBILICAL NO ENCARCELADA EXTREMIDADES EUTROFICAS, NO EDEMAS, SNC SIN DEFICIT PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA TORPIDA, PERSISTE CON CLINICA DE SEPSIS DE ORIGEN A ESTABLECER. SI BIEN TIENE ANTECEDENTE DE SLEEVE GÁSTRICO Y APENDICECTOMÍA TARDIOS. CON DOLOR EN FLANCO IZQUIERDO. **ACTUALMENTE NO PRESENTA SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL**, RADIOGRAFIA DE ABDOMEN ES NORMAL, SIN SIGNOS DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, NO IDONEO PARA DESCARTAR NEUMOPERITONEO POR LO QUE SE SOLICITA RADIOGRAFIA DE TORAX PACIENTE PROVENIENTE DE ZONA ENDÉMICA POR LO QUE SE DEBE DESCARTAR ENFERMEDAD DE ESTE TIPO, NO CONSIDERO EN EL MOMENTO QUE SE VEA BENEFICIADO DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA, POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION POR MEDICINA INTERNA ADICIONAL SE PIDE HEMOCULTIVOS, UROCULTIVO Y GOTA GRUESA. PACIENTE CON ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES Y MUERTE QUIEN REQUIERE VIGILANCIA HEMODINAMICA ESTRICTA EN UCI SE ACLARA ESTO DADO PACIENTE NO COLABORADOR QUIEN REFIERE QUE DESEA FIRMAR RETIRO VOLUNTARIO.
Profesional: JAVIER ANDRES CARDONA FERNANDEZ CIRUGIA GENERA

21/06/2015 01:09:41 p.m. NOTA ANESTESIOLGIA: SE REVISA PACIENTE, LA HISTORIA CLINICA Y EL DIAGNÓSTICO. SE TRATA DE UN PACIENTE QUE SE CLASIFICA ASA IV CLASE FUNCIONAL 3 EN POP MEDIATO DE MANGA GASTRICA PARA MANEJO DE SOPBREPESO, ESTE PACIENTE DEBE SER MANEJADO CON SERVICIO DE ANESTESIA EN TERCER NIVEL POR EQUIPO ESPECIFICO DE SU MORBILIDAD INCIAL. POR LO QUE SE DEBE REMITIR COMO URGENCIA VITAL. SE LE COMENTA A CIRUJANO DE TURNO, INTERNISTA E INTENSIVISTA. PLAN REMISIÓN COMO URGENCIA VITAL A TERCER NIVEL
Profesional: CARLOS ALFREDO VANEGAS CASTRO ANESTESIOLOGIA

21/06/2015 01:16:28 p.m. PACIENTE MASCULINO DE 34 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA EL 20 DE ESTE MES POR CUADRO DIFUSO DE DOLOR ABDOMINAL ASOCIADO A VOMITOS DOLOR EN EPIGASTRICO ASOCIADO A INGESTA DE " PIZZA" VALORADO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL CON MANEJO SINTOMATICO, CON SONDA NASOGASTRICA, PACIENTE CON LEUCOCITOSIS IMPORTANTE, CON NEUTROFILIA, ENCIMAS HEPATICAS NORMALES, ECOGRAFIA ABDOMIANL QUE MUESTRA COLELITIASIS SIN COLECISTITIS, RESTO NORMAL RX DE ABDOMEN SIN NIVELES HIDROAEREO, RX DE TORAX MALA TECNICA, MAL INSPIRADA ROTADA, SE REPITE CUADRO HEMATICO CON MEJORIA DE LEUCOCITOSIS EN EL DIA DE HOY, CON ALTERACION DE LA FUNCION RENAL, HIPOCALEMIA PACIENTE CON ANTECEDENTE DE SLEEVE GÁSTRICO Y APENDICECTOMIA TARDIOS. PACIENTE QUE NOS INTERCONSULTA CIRUGIA POR EVOLUCION TORPIDA DE SU CUADRO CLINICO PRESENTANDO HOPOTENSION, TAQUICARDIA. FIEBRE. Y AUMENTO DEL DOLOR ABDOMINAL ES TRASLDADO A SALA DE RANIMACION PARA MONITOREO.EXAMEN FISCO T/A 100/70 FC 124 X, FR 25XM SAO 98% F102 0.21 RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS, SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS, ABDOMEN GLOBOSO DOLOROSO A LA PALPACION GLOBAL. SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. RUIDOS INTESTINALES DISMINUIDOS, GENITOURINARIOS CON DIURESIS POSITIVA, EXT. EUTROFICAS SIN EDEMAS.

PACIENTE CURSA CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO Y SHOCK SEPTICO PROBLAMENTE DE ORINGEN ABDOMINAL, *POR LO CUAL SE SOLICITA VALORACION Y MANEJO EN UCI ANTE LA NEGATIVA DE CAMA EN LA INSTITUCION,* **SE REMITE A TERCER NIVEL COMO URGENCIA VITAL,** SE AJUSTA TRATAMIENTO ANTIBIOTICO, SE SOLICITA TAC DE ABDOMEN CONTRASTADO, SE INICIA MANEJO DE HIPOCALEMIA. SE INICIA RESPOSICIONE DE POSTASIO PACIENTE CON ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES Y MUERTE QUIEN REQUIERE VIGILANCIA HEMODINAMICA ESTRICTA
Profesional: DORIAN GABRIEL EMBUS OLAYA - MEDICINA INTERNA

21/06/2015 01:22:23 p.m. PACIENTE CON ANTECEDENTE QUIRURGICO DE SLIM GASTRICO HACE 1 MES, INGRESA POR CUADRO DE SEPSIS DE ORIGEN DESCONOCIDO, DOLOR ABDOMINAL DIFUSO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. EN EL MOMENTO SIN SOPORTE VASOACTIVO NI VENTILATORIO CONSIDERO **DEBE SER MANEJADO EN 3 NIVEL POR ANTECEDENTE QUIRURGICO**. REMITIR COMO URGENCIA VITAL
Profesional: JOSE LUIS CARRILLO FALQUEZ. ANESTESIOLOGIA

21/06/2015 02:18:21 p.m. ...PACIENTE CURSA CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO Y SHOCK SEPTICO PROBLAMENTE DE ORINGEN ABDOMINAL, SE INICIO MANJEO MEDICO CON PIEPERACILINA TAZOBACTAM, SE ENTREGA RENMSION DE UREGNCIAS VITAL A ENFERMERA JEFE DE TURNO, PACIENTE CON ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES Y MUERTE QUIEN REQUIERE VIGILANCIA HEMODINAMICA ESTRICTA.
Profesional: EDWIN EDGARDO QUINTERO GARCIA MEDICINA GENERAL

21/06/2015 05:04:03 **p.m.** PACIENTE MASCULIN DE 34 AÑOS. DX SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL. REFIERE PERSISTIR CON CUADRO DE DOLOR ABDMINAL. EXAMEN FISICO T/A 90/60 FC 124 X, FR 25XM SAO 98% F102 0.21 RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS, SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS. ABDOMEN GLOBOSO Y DOLOROSO A LA PALPACION GLOBAL. SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. RUIDOS INTESTINALES DISMINUIDOS, GENITOURINARIOS CON DIURESIS POSITIVA, EXT. EUTRÓFICAS SIN EDEMAS. PACIENTE CURSA CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO Y SHOCK SEPTICO PROBLAMENTE DE ORINGEN ABDOMINAL, SE EVIDENCIA TAC CONTRASTADO DE ABDMONEN QUE MUESTRA LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD. ANTE HIPOTENSIÓN PACIENTE REQUEIRE MANEJO VASO ACTVIO SE INICIA MANEJO MEDICO CON NORADRENALINA CONTINUA MANEJOMEDICO CON CIRUGIA GENERAL CONITUA MANEJO MEDICO CON PIPERALIZAN TAZOBACTAM
Profesional: DORIAN GABRIEL EMBUS OLAYA MEDICINA INTERNA

21/06/2015 **05:25:29 p.m.** PACIENTE CON EVOLUCION TORPIDA, SIGUE CON DISTENCION ABDOMINAL, MUCHO DOLOR ABDOMINAL, AUSENCIA DE DEPOSICION, REQUERIMIENTO VASOPRESOR CON NORADRENALINA. **NO ACEPTADO EN TERCER NIVEL. POR RIESGO DE SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL, PERFORACION INTESTINAL, PERITONITIS Y MUERTE SE PASA A SALAS DE CIRUGIA COMO URGENCIA VITAL PARA LAPAROTOMIA EXPLORATORIA.**
Profesional: JAVIER ANDRES CARDONA FERNANDEZ CIRUGIA GENERAL

21/06/2015 05:54:30 p.m. PACIENTE MASCULINO DE 34 AÑOS DX. SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL. EN MAL ESTADO GENERAL. ABDOMEN GLOBOSO DOLOROSO A LA PALPACION GLOBAL. SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. RUIDOS INTESTINALES DISMINUIDOS. PACIENTE CURSA CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO Y SHOCK SEPTICO DE PROBABLE ORINGEN ABDOMINAL, SE EVIDECIA TAC CONTRASTADO DE ABDOMEN QUE EVIDENCIA LÍQUIDO LIBRE EN CAVIDAD ANTE HIPOTENSIÓN PACINTE REQUEIRE MANEJO VASO ACTVIO SE INICIA MANEJO MÉDICO CON NORADRENALINA SE AUMENTA DOSIS DE GOTEO DE NORADRENALINA. SE SOLICITAN GASES ARTERIALES, SE INICA SIN RESPUESTA PARA REMSION POR LO CUAL ES VALORADO POR CX GENERAL QUIEN COSIDERA PASAR A QUIROFANO PARA LAPRATORMIA PACIENTE EN

MAL ESTADO GENERAL CON RIESGO DE COMPLICACIONES. SE EXPLICA A FAMILAIRES.CONTINUA EN SALA DE REANIMACION PARA MONITORIZACION CONTINUA, EN ESPERA DE LLAMADO A QUIROFANO.
Profesional: DORIAN GABRIEL EMBUS OLAYA. MEDICINA INTERNA.

21/06/2015 08:23:08 p.m. **REVALORO PACIENTE HASTA ESTA HORA DEBIDO A QUE ME ENCONTRABA OPERANDO OTRA PACIENTE CON URGENCIA VITAL POR ISQUEMIA MESENTERICA**, DURANTE INTRAOPERATORIO DE DICHA PACIENTE ME AVISAN QUE EL SEÑOR ANGARITA PRESENTA DETERIORO PROGRESIVO DE CLINICA CON AUMENTO EN LOS REQUERIMIENTOS DE SOPORTE VASOPRESOR. FRANCAMENTE SEPTICO CON PERSISTENCIA DE DOLOR ABDOMINAL. DADO QUE AUN ME ENCONTRABA DEMORADO EN CIRUGIA. SOLICITÉ UN SEGUNDO EQUIPO QUIRURGICO PARA AGILIZAR LAPAROTOMIA EXPLORATORIA DE PACIENTE ACLARO QUE SOLICITE LAPAROTOMIA DESDE EL MEDIODIA DE HOY PERO ANESTESIOLOGO DE TURNO CONSIDERÓ REMISION A TERCER NIVEL POR CIRUGIA DE ALTA COMPLEJIDAD, NO FUE ACEPTADO. POR LO QUE SOLO ME ES POSIBLE INICIAR MANEJO QUIRURGICO DE ESTE PACIENTE HASTA ESTE MOMENTO POR LO ANTES MENCIONADO. SE LE INFORMA A FAMILAIRES SOBRE RIESGOS Y COMPLICACIONES INTRA Y POSOPERATORIAS, SEPSIS, POSIBLIDAD DE RESECCION INTESTINAL, ABDOMEN ABIERTO, MULTIPLES LAPAROTOMIAS, MUERTE REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR
Profesional: JAVIER ANDRES CARDONA FERNANDEZ CIRUGIA GENERA

21/06/2015 10:54:24 p.m. NOTA OPERATORIA

DIAGNOSTICO PRE:
1. POP. TARDIO SLEEVE GASTRICO
2. SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL

DIAGNOSTICO POST:
1, SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL
2. PERFORACION GASTRICA?

HALLAZGOS: PERITONITIS DE CUATRO CUADRANTES APROXIMADAMENTE 1000cc, GRAN PLASTRON A NIVEL DE RECESO SUBFRENICO IZUQIERDO COMPROMETIENDO EPIPLON MAYOR (EN EL CUAL SE OBSERVAN ÁREAS DE NECROSIS), LOBULO IZQUIERDO DE HIGADO, BAZO, FLEXURA COLICA IZQUIERDA Y POSIBLEMENTE ESTOMAGO, ESTE ULTIMO NO VISUALIZADO, ADHERENCIAS LAXAS PERITONEALES SIN SIGNOS DE SUFRIMIENTO INTESTINAL, ASAS DELGADAS CON RESTOS DE FIBRINA. NO ES POSIBLE ADECUADA LIBERACION DE ADHERENCIAS DADO FRIABILIDAD Y SANGRADO FACIL EN REGION DE PLASTRON. PROCEDIMIENTO: LAPAROTOMIA EXPLORATORIA, DRENAJE DE PERITONITIS GENERALIZADA, LIBERACION DE ADHERENCIAS PERITONEALES, OMENTECTOMIA PARCIAL, LAPAROSTOMIA CIRUJANO: DR CARDONA AYUDANTE: JOHN LEAL, INTERNO ANESTESIOLOGO: DR VANEGAS, ANESTESIA GENERAL COMPLICACIONES: SEVERO PLASTRON QUE NO PERMITE LIBERACION DADO FRIABILIDAD DEL MISMO, SANGRADO FÁCIL EN AREA DE BAZO CON ADHERENCIAS FIRMES DE COLON, HIGADO Y EPIPLON MAYOR, POR ANTECEDNETE DE SLEEV GÁSTRICO HACE UN MES SE SOPECHA PERFORACION GASTRICA, MSE REALIZA CIRUGIA DE CONTROL DE DAÑOS, DRENAJE DE PERITONITIS LOCALIZADA, LIBERACION DE ADHERENCIAS, SE DEJA EN LAPAROSTOMIA PARA ESTABILIZACION EN UCI. REQUIERE REMISION URGENTE PARA MANEJO INTEGRAL EN TERCER NIVEL POR CIRUGIA GENERAL Y/0 CIRUGIA GASTROINTESTINAL, DADO PROBABILIDAD DE GASTRECTOMIA CON REQUIERMIENTO DE SISTEMA VAC Y SUTURA MECANICA NO DISPONIBLES EN NUESTRA INSTITUCION. SE EXPLICA A FAMILIAR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. PLAN TRASLADO A UCI, REMISION A TERCER NIVEL. NUEVO LAVADO EN 48 HORAS
Profesional: JAVIER ANDRES CARDONA FERNANDEZ CIRUGIA GENERA

21/06/2015 11:41:35 p.m. ADULTO JOVEN, PICNICO. EN MAL ESTADO GENERAL. SOPORTE VENTILATORIO

Y VASOACTIVO. LABILIDAD HEMODINAMICA SIRS NO MODULADO. ACIDOSIS METABOLICA, HIPOXEMIA MODERADA, EQUILIBRIO ELECTROLITICO, REANIMACION GUIADA POR METAS SOPORTE Y VIGILANCIA POR SISTEMAS. SE SOLICITAN LABORATORIOSM DE CONTROL. REMISION A 3 NIVEL.
Tipo Estancia: UCI INTENSIVO
Profesional: JOSE LUIS CARRILLO FALQUEZ ANESTESIOLOGIA

22/06/2015 01:23:12 p.m. EVOLUCION CIRUGIA GENERAL: PACIENTE CON EVOLUCION POSOPERATORIA ESTACIONARIA, EN MALAS CONDICIONES GENERALES EN EL MOMENTO CON CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN ABDOMINAL POR PERFORACION GASTRICA ASOCIADO A SLEEVE HACE UN MES. REQUIRIENTE DE DOBLE SOPORTE VASOPRESOR, LEVE DESACOPLE VENTILATORIO, POR LO QUE SE REAJUSTA SEDACION, TENDENCIA A LA OLIGURIA, GASES ARTERIALES EN ACIDOSIS METABOLICA, CONTINUA MANEJO MEDICO EN UCI, REQUERIMIENTO DE MANEJO INTEGRAL TERCER NIVEL, TERAPIA VAC, NUTRICION PARENTERAL. POSIBLE GASTRECTOMIA. ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES Y MUERTE A CORTO PLAZO, NUEVO LAVADO PERITONEAL EL DIA DE MAÑANA SI NO ES REMITIDO AÚN.
22/06/2015 09:40:43 p.m. Fecha **Muerte:** 22/06/2015 **07:45:00 p.m.**
Profesional: GERARDO AVILA LOZANO MEDICINA INTERNA

PACIENTE EN CONDICION CRITICA EXTREMA EN FALLA MULTIORGANICA CON HIPOPERFUSION TISULAR SEVERA EN CHOQUE SEPTICO REFRACTARIO CON LIBIDO RETICULARIS EN EXTREMIDADES CIANOCIS DISTAL, CON INFUSION DE NORADRENALINA A 1 MCG / K MIN Y VASOPRESINA A 5 U HORA ADICIONAN AL MANEJO DOPAMINA A 10 MCG / K MIN SIN RESPUESTA. PACIENTE PRESENTA PARO CARDIORESPIRATORIO A LAS **19:15 MINUTOS,** SE REALIZA REANIMACIÓN CCP SE INICIA CON MASAJE CARDIACO MONITOR CON ASISTOLIA COMPRESIONES CARDIACAS Y RESPIRATORIAS CON AMBU 100:12 SE USA ADRENALINA 10 AMPOLLAS UNA AMPOLLA CADA 3-4 MINUTOS PTE PRESENTA FIBRILACION VENTRICULAR SE CARDIODESFIBRILA 4 DESCARGAS EN LA SEGUNDA DESCARGA SE ADMINISTRA 300 MG IV DE AMIODARONA EN LA CUARTA DESCARGA PTE QUEDA EN ASISTOLIA TIEMPO ENTRE DESCARGAS 30 SEGUNDOS SE CONTINUA MASAJE CARDIACO POR 30 MINUTOS SIN RESPUESTA TA 40/20 DURANTE TODA LA REANIMACION PTE PRESENTA DILATACION PUPILAR PLENAS DE 7 X 7 MM NO REACTIVAS SIN REFLEJO DE TALLO; SE PARA REANIMACION Y SE DECLARA PACIENTE FALLECIDO A LAS 19:45 HORAS, SE INFORMA A LA FAMILIA Y SE ORDENA TRASLADO **A** LA MORGUE. CAUSA DE FALLECIMIENTO, CHOQUE SEPTICO Y FALLA MULTIORGÁNICA POR SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL.

Fecha **Muerte:** 22/06/2015 07:45:00 p.m. Profesional: GERARDO AVILA LOZANO MEDICINA INTERNA

ANALISIS Y CONCLUSION

SEIS HORAS DESPUES A SU INGRESO (6:16PM) , EL PACIENTE SE ENCONTRÓ AL EXAMEN FISICO CON UN ABDOMEN DOLOROSO, BLANDO DEPRESIBLE CON BLUMBERG DUDOSO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, ACOMPAÑADO DE LEUCOSITOSIS MARCADA Y PCR DE 348.

ES VALORADO POR CIRUGIA (7:17PM), QUE DECIDE ESPERAR REPORTE DE ECOGRAFIA ABDOMINAL PARA DESCARTAR COLECCIÓN INTRA ABDOMINAL.

A LAS 10:39 PM, CIRUGIA LO VUELVE A VALORAR, ENCONTRANDO ECO CON COLELITIASIS, SIN COLECISTITIS, SIN COLECCIONES INTRA ABDOMINAL, **PACIENTE CON CUADRO DE DIFICIL DIAGNÓSTICO**, POSIBLE GASTROENTERITIS AGUDA, SIRS NO MODULADO, PERSISTENCIA DE DOLOR ABDOMINAL, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL Y FIEBRE.

A LAS 11:57AM DEL DIA 21 DE JUNIO DE 2015, LO ENCONTRÓ CON ABDOMEN DISTENDIDO Y DOLOROSO A LA PALPACION DE FLANCO IZQUIERDO SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. EXAMEN FISICO DE DIFICIL VALORACION POR POCA COLABORACIÓN DEL PACIENTE. HERNIA UMBILICAL NO ENCARCELADA, PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA TORPIDA, PERSISTE CON CLINICA DE SEPSIS DE ORIGEN A ESTABLECER. SI BIEN TIENE ANTECEDENTE DE SLEEVE GÁSTRICO Y APENDICECTOMÍA TARDIOS. RADIOGRAFIA DE ABDOMEN ES NORMAL, SIN SIGNOS DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, NO IDONEA PARA DESCARTAR NEUMOPERITONEO POR LO QUE SE SOLICITA RADIOGRAFIA DE TORAX.

A PESAR DE LOS SINGNOS Y SINTOMAS QUE PRESENTABA EL PACIENTE, CIRUGIA CONSIDERA QUE EN EL MOMENTO NO SE VERIA BENEFICIADO DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA, POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION POR MEDICINA INTERNA ADICIONAL SE PIDE HEMOCULTIVOS, UROCULTIVO Y GOTA GRUESA.

PACIENTE CON ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES Y MUERTE QUIEN REQUIERE VIGILANCIA HEMODINAMICA ESTRICTA EN UCI SE ACLARA ESTO DADO PACIENTE NO COLABORADOR QUIEN REFIERE QUE DESEA FIRMAR RETIRO VOLUNTARIO.

EL PACIENTE ES VALORADO POR ANESTESIOLOGÍA A LAS **01:09PM**, QUIEN LUEGO DE REVISAR AL PACIENTE, LA HISTORIA CLINICA Y EL DIAGNÓSTICO. CONSIDERA QUE SE TRATA DE UN PACIENTE QUE SE CLASIFICA "ASA IV CLASE FUNCIONAL 3 EN POP MEDIATO DE MANGA GASTRICA PARA MANEJO DE SOPBREPESO, **ESTE PACIENTE DEBE SER MANEJADO CON SERVICIO DE ANESTESIA EN TERCER NIVEL POR EQUIPO ESPECIFICO DE SU MORBILIDAD INCIAL. POR LO QUE SE DEBE REMITIR COMO URGENCIA VITAL".** SE LE COMENTA A CIRUJANO DE TURNO, INTERNISTA E INTENSIVISTA. PLAN REMISIÓN COMO URGENCIA VITAL A TERCER NIVEL

ESTA SITUACION SE PRESENTA 25 HORAS DESPUES DE SU INGRESO

A LA 01:16PM, ES VALORADO POR MEDICINA INTERNA QUIEN OPINA QUE ES UN PACIENTE QUE CURSA CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO Y SHOCK SEPTICO PROBLAMENTE DE ORINGEN ABDOMINAL, *POR LO CUAL SE SOLICITA VALORACION Y MANEJO EN UCI; ANTE LA NEGATIVA DE CAMA EN LA INSTITUCION*, **SE REMITE A TERCER NIVEL COMO URGENCIA VITAL,** SE AJUSTA TRATAMIENTO ANTIBIOTICO, SE SOLICITA TAC DE ABDOMEN CONTRASTADO, SE INICIA MANEJO DE HIPOCALEMIA. SE INICIA RESPOSICION DE POSTASIO. PACIENTE CON ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES Y MUERTE QUIEN REQUIERE VIGILANCIA HEMODINAMICA ESTRICTA.

A LAS 05:04PM, DEL 21 DE JUNIO, ES VALORADO POR MEDICINA INTERNA, QUIEN LO ENCUENTRA CON ABDOMEN GLOBOSO Y DOLOROSO A LA PALPACION GLOBAL. SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. RUIDOS INTESTINALES DISMINUIDOS, GENITOURINARIOS CON DIURESIS POSITIVA, EXT. EUTRÓFICAS SIN EDEMAS. PACIENTE CURSA CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO Y SHOCK SEPTICO PROBLAMENTE DE ORINGEN ABDOMINAL, **SE EVIDENCIA TAC CONTRASTADO DE ABDMONEN QUE MUESTRA LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD. ANTE HIPOTENSIÓN PACIENTE REQUEIRE MANEJO VASO ACTVIO SE INICIA MANEJO MEDICO CON NORADRENALINA.** CONTINUA MANEJO MEDICO CON CIRUGIA GENERAL. CONITUA MANEJO MEDICO CON PIPERALIZAN TAZOBACTAM

A LAS 05:25PM DE ESTE 21 DE JUNIO, ANTE LA NEGATIVA DE RECIBIRLO EN EL TERCER NIVEL Y ANTE EL **RIESGO DE SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL, PERFORACION INTESTINAL, PERITONITIS Y MUERTE,**

CIRUGIA DECIDE PASARLO A SALAS DE CIRUGIA COMO URGENCIA VITAL PARA LAPAROTOMIA EXPLORATORIA.

SOLO HASTA TRES HORAS DESPUES (08:23PM) DE HABERCE DESIDIDO LLEVAR A CIRUGIA ANTE LA POSIBILIDAD DE PERFORACION INTESTINAL, PERITONITIS Y MUERTE, ES REVALORADO POR CIRUGIA QUIEN SE EXCUSA MANIFESTANDO QUE SE ENCONTRABA OPERANDO OTRA PACIENTE CON URGENCIA VITAL POR ISQUEMIA MESENTERICA.

"DURANTE INTRAOPERATORIO DE DICHA PACIENTE ME AVISAN QUE EL SEÑOR ANGARITA PRESENTA DETERIORO PROGRESIVO DE CLINICA CON AUMENTO EN LOS REQUERIMIENTOS DE SOPORTE VASOPRESOR. FRANCAMENTE SEPTICO CON PERSISTENCIA DE DOLOR ABDOMINAL. DADO QUE AUN ME ENCONTRABA DEMORADO EN CIRUGIA. SOLICITÉ UN SEGUNDO EQUIPO QUIRÚRGICO PARA AGILIZAR LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA DE PACIENTE, ACLARO QUE SOLICITÉ LAPAROTOMIA DESDE EL MEDIO DIA DE HOY PERO ANESTESIÓLOGO DE TURNO CONSIDERÓ REMISIÓN A TERCER NIVEL POR CIRUGÍA DE ALTA COMPLEJIDAD, NO FUE ACEPTADO. POR LO QUE SOLO ME ES POSIBLE INICIAR MANEJO QUIRURGICO DE ESTE PACIENTE HASTA ESTE MOMENTO POR LO ANTES MENCIONADO. SE LE INFORMA A FAMILAIRES SOBRE RIESGOS Y COMPLICACIONES INTRA Y POSOPERATORIAS, SEPSIS, POSIBLIDAD DE RESECCION INTESTINAL, ABDOMEN ABIERTO, MULTIPLES LAPAROTOMIAS, MUERTE REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR"

Antes de emitir un concepto sobre el caso que se acaba de analizar, es pertinente aclarar que la Manga Gástrica, es un procedimiento laparoscópico relativamente sencillo, de una duración promedio de 90 minutos, que consiste en reducir el volumen gástrico retirando aproximadamente el 80% del estómago. El remanente o nuevo estómago queda en forma de un conducto largo que sigue el trayecto de la curvatura menor del estómago.

Sin embargo, la manga gástrica laparoscópica tiene riesgos y complicaciones. Un estudio realizado en 2009 por el Departamento de Cirugía de la Universidad de Alabama en Birmingham encontró que una complicación común de la intervención eran las fugas y hemorragias a lo largo de la línea de las grapas en los dos bordes del estómago que estaban unidos nuevamente. Estas fugas y hemorragias eran causadas por la presión intraabdominal y eso requería de un segundo procedimiento para reforzar la resistencia de la línea de grapas que sujetan los dos bordes juntos. Se presenta en un promedio de 2.1% de todos los procedimientos (los estudios varían de 1% a 4.5 %) de manga gástrica. Por lo general los síntomas pueden ir desde fiebre, dolores abdominales y aumento de la frecuencia cardiaca

(taquicardia)

Teniendo en cuenta lo anterior, es preciso resaltar que en la unidad de análisis hecha por el HOSPITAL SAN ANTONIO DE PITALITO, se manifiesta que el paciente se automedicaba con Buscapina y Tramadol y que además no era seguidor de la dieta indicada por su cirujano; aseveraciones que no tienen sustentación en la historia clínica del paciente, pues no hay en ella nada que se refiera a lo antes mencionado, lo único claro es la ingesta de pizza antes del inicio de su cuadro clínico.

Por otro lado nos enfrentamos a un paciente con antecedente de Sleeve Gástrico de hace un mes, que ingresa con un cuadro de 15 horas de evolución, consistente en dolor abdominal, emesis en varias oportunidades (10) y unos paraclínicos desde su inicio que mostraban leucocitosis marcada y un pcr de 348; signos y síntomas que con el paso de las horas se tornaron más intensos, deteriorando su estado de salud.

De acuerdo a lo anterior, llama la atención la no sospecha temprana de una complicación secundaria a su SLEEVE gástrico, ante un cuadro que aunque no mostraba irritación peritoneal, era claro que había un compromiso mayor que era progresivo y que claramente ponía en riesgo la vida del paciente, situación que ameritaba su remisión inmediata a un tercer nivel o en su defecto haber sido intervenido quirúrgicamente en el sitio que estaba siendo atendido. Hecho que fue avizorado por el anestesiólogo lamentablemente solo 25 horas después, ya demasiado tarde para el paciente.

Dado los anteriores hechos, se puede concluir claramente que hubo fallas en el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, toda vez que se evidencia falta de oportunidad y pertinencia durante el manejo del paciente, situaciones que colocaron en riesgo la vida y seguridad del señor REINALDO HUMBERTO ANGARITA (qepd); lo anterior son razones que ameritan dar apertura a proceso administrativo sancionatorio contra la ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE PITALITO. Este análisis fue realizado por los profesionales LUIS IGNACIO

APARICIO Y LUIS EDGAR GALVIS.

Atentamente

CARLOS DANIEL MAZABEL CORDOBA
Secretario de Salud Departamental

Revisó: Luis Edgar Galvis Quintero, Luis Ignacio Aparicio Ibarra
Proyectó: Luis Ignacio Aparicio Ibarra