

Radicado 2017-00250 Se allega dictamen pericial

Peritazgos Medicina Universidad de Antioquia <peritazgosmedicina@udea.edu.co>

Vie 26/08/2022 10:31 AM

Para: Juzgado 08 Administrativo - N. De Santander - Cucuta

<adm08cuc@cendoj.ramajudicial.gov.co>;Oscar.nieto

<Oscar.nieto@fiscal.com.co>;abogado.junior2@fiscal.com.co <abogado.junior2@fiscal.com.co>

Doctor

OSCAR ERNESTO NIETO DIAZ

Abogado

FUNDACION FOSUNAB

Despacho Juzgado Octavo Administrativo de Cúcuta

Demandante: Hernando Blanco Ayala y Otros

Demandado: Fundación FOSUNAB y Otros.

Radicado: 540013340008-2017-00250-00

Cordial saludo,

Por medio del oficio DFM 18478 se allega dictamen pericial solicitado por el apoderado de FOSUNAB.

Favor confirmar recibido.

Atentamente,

Carolina Ortiz F

Peritazgos Medicina

"La información aquí contenida es para uso exclusivo de la persona o entidad de destino. Está estrictamente prohibida su utilización, copia, descarga, distribución, modificación y/o reproducción total o parcial, sin el permiso expreso de Universidad de Antioquia, pues su contenido puede ser de carácter confidencial y/o contener material privilegiado. Si usted recibió esta información por error, por favor contacte en forma inmediata a quien la envió y borre este material de su computador. Universidad de Antioquia no es responsable por la información contenida en esta comunicación, el directo responsable es quien la firma o el autor de la misma."

UdeA



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

DFM-18478

Medellín, 17 de agosto de 2022

Doctor
OSCAR ERNESTO NIETO DIAZ
Abogado
FUNDACION FOSUNAB

Despacho Juzgado Octavo Administrativo de Cúcuta
Demandante: Hernando Blanco Ayala y Otros
Demandado: Fundación FOSUNAB y Otros.
Radicado: 540013340008-2017-00250-00

Asunto: Se allega dictamen

En atención a la solicitud elevada a esta facultad, en el cual solicita la práctica de un dictamen pericial para que sea realizado por un médico especialista en UROLOGIA. Se informa que después de que se cumplieron los requisitos el jefe del respectivo departamento designó a la doctora ALINA GIRALDO ARISMENDI, docente de la facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, quien rindió el dictamen, el cual se allega junto con el soporte académico.

Cualquier información adicional favor escribir al correo electrónico peritazgosmedicina@udea.edu.co

Atentamente,

CARLOS ALBERTO PALACIO ACOSTA
DECANO

Medellín agosto de 2022

Doctor
OSCAR ERNESTO NIETO DIAZ
Abogado
FUNDACION FOSUNAB

Despacho Juzgado Octavo Administrativo de Cúcuta
Demandante: Hernando Blanco Ayala y Otros
Demandado: Fundación FOSUNAB y Otros.
Radicado: 540013340008-2017-00250-00

Asunto: Rendición de dictamen pericial.

En atención a la solicitud presentada por Usted en el cual solicita dar respuesta a los interrogantes formulados en relación con la atención médica cuestionada en el proceso referenciado, le remito la respuesta a cada uno de los interrogantes propuestos, los cuales se atendieron de conformidad con el análisis realizado a la historia clínica del paciente.

CUESTIONARIO

1. ¿Puede considerarse la atención brindada por fundación FOSUNAB, adecuada, eficiente y oportuna teniendo en cuenta el diagnóstico del paciente Hernando blanco Ayala?

Respuesta/

La atención brindada en la FOSUNAB, al paciente Hernando Blanco fue por diagnóstico de ingreso cardiovascular y este peritaje no tiene el alcance de calificar el tratamiento desde esta especialidad.

2. Fue adecuado y oportuno el tratamiento brindado por el medico Urólogo de la IPS Fundación FOSUNAB y ante los hallazgos en la valoración del 08 de septiembre de 2014?

Respuesta/

En la evaluación urológica realizada al paciente Hernando Blanco el 08 de septiembre de 2014 anotan los datos encontrados hasta ese momento. Se puede leer en la nota que el paciente ha presentado los siguientes síntomas: "Disuria, polaquiuria, tenesmo, picos febriles"

Anota también que el paciente le refiere que tiene síntomas previos así: chorro débil, goteo, intermitencia. Anota además que encuentra próstata de 30 gramos.

Con sus anotaciones y la historia clínica hasta ese momento, podríamos resumir que descartaron infección urinaria en un paciente con síntomas miccionales agudizados posteriores a retirar una sonda vesical colocada durante su estancia en cuidados intensivos para contabilizar su gasto urinario. (Lo anterior se realiza por protocolo en pacientes críticos.) Interconsulta a urología quien reporta síntomas urinarios previos a la hospitalización. Además, encuentra crecimiento prostático al tacto rectal.

No existe hasta ese momento anotación de paso traumático de sonda vesical en la historia clínica, ni dificultad para paso de sonda. No hay sangrado por uretra, llamada uretrorragia, que se relacionaría con un trauma o estrechez uretral reciente.

Los síntomas de tracto urinario inferior en el paciente hospitalizado son un motivo de interconsulta a urología bastante frecuente en el ámbito hospitalario, y el enfoque inicial es hasta ese momento acertado. No encontraron datos que puedan relacionarse con otro tipo de obstrucción como estrechez uretral. Descartada la primera posibilidad de diagnóstico que es la infección urinaria y encontrando que antes de tener sonda vesical también tenía problemas para lograr su micción, iniciaron tratamiento para hiperplasia prostática benigna como primera opción de manejo.

Al relacionar la clínica, antecedentes y los hallazgos encontrados al examen físico, el urólogo se adhiere a las guías de manejo para síntomas de tracto urinario inferior. Entre los exámenes complementarios las guías médicas incluyen el uroanálisis, función renal, evaluación de glicemia. Dichos exámenes están reportados en la historia clínica de este paciente. Recomiendan en las guías de forma opcional, sin ser mandatorio realizar una ecografía de vías urinarias, para medición del volumen prostático, evaluación de complicaciones en el tracto urinario superior. Por otro lado la cistoscopia transuretral está indicada en el estudio de los pacientes con hematuria, estrechez uretral conocida o cáncer de vejiga concomitantes con los síntomas. Los estudios de flujo-presión están indicados en pacientes en quienes los síntomas generen duda en el diagnóstico, en pacientes con enfermedad neurológica, quienes hayan tenido cirugía pélvica radical previa, radioterapia pélvica, diabetes no controlada y aquellos que hayan tenido procedimientos quirúrgicos previos fallidos. En este caso particular no hay indicación para realizar hasta el momento de la evaluación inicial ningún procedimiento invasivo como los anotados. (ni cistoscopia, ni estudios de presión y flujo)

El momento de iniciar un tratamiento que se da luego de evaluar y realizar historia clínica, con síntomas referidos, examen físico y tener exámenes de laboratorio, el urólogo toma la decisión de iniciar medicamentos encaminados a mejorar el vaciamiento adecuado de la vejiga, lo que también está ajustado a las recomendaciones en guías urológicas. Iniciando manejo farmacológico, tiene en cuenta tal como dicen las guías que los bloqueantes α y los

inhibidores de la 5 α -reductasa que son los fármacos más usados, los primeros (como tamsulosina que ordena el urólogo).

En general, se consideran la primera opción en los hombres con síntomas de tracto urinario inferior moderados a graves, ya que el efecto es rápido (el efecto completo tarda unas semanas, pero ya se puede notar mejoría los primeros días), son efectivos y los efectos adversos son escasos y leves. No obstante, no previenen la retención urinaria ni la necesidad de cirugía. Pueden producir hipotensión ortostática (sobre todo, en ancianos) y alteraciones de la eyaculación (sobre todo, en jóvenes), y no se debe iniciar el tratamiento antes de una operación de cataratas, por el riesgo de síndrome del iris flácido. los Inhibidores de la 5 α -reductasa. Deben considerarse en hombres con STUI moderados a graves que tengan un elevado riesgo de progresión (por ejemplo, un volumen prostático >40 ml), ya que reducen el riesgo de retención urinaria y la necesidad de cirugía. Tardan de 3 a 6 meses en actuar. Reducen el PSA alrededor del 50 % en 6-12 meses. (1,2)

Si desglosamos en segmentos de atención, anotación de síntomas, verificación de síntomas previos a hospitalización, los hallazgos en la historia de la situación del paciente, encontramos coherencia con el manejo, y las ordenes relacionadas a la impresión diagnóstica. No hay desviación al protocolo establecido y no hay negligencia por falta de exámenes o falta de manejo.

Es muy posible que hasta ese momento este paciente que no presenta signos de trauma uretral no tuviera estrechez uretral.

3. ¿El tratamiento brindado por el galeno Nicolás Villareal de FOSUNAB al momento de la valoración del paciente Hernando Blanco Ayala, fue rápido oportuno y adecuado con los tratamientos requeridos?

Respuesta/

El tratamiento brindado al momento de la valoración por el galeno Nicolás Villareal de FOSUNAB es completamente ajustado a la lex artis. Se confirma en la historia que es rápido, oportuno y adecuado.

4. ¿El manejo que se dio al paciente frente al diagnóstico de hiperplasia prostática benigna, corresponde al que ordenan los protocolos médicos frente a la materia?

Respuesta/

La solicitud de evaluación por urología en el paciente hospitalizado que presenta en algún momento de su hospitalización síntomas de tracto urinario inferior del paciente, es muy frecuentemente. Al realizar un tacto rectal y encontrar hiperplasia prostática, el urólogo se adhiere a las recomendaciones dadas en las guías de manejo urológico para síntomas obstructivos miccionales. En ellas citan que el manejo de síntomas urinarias de tracto inferior se efectúa en tres escalones, según la gravedad de los síntomas: tratamiento

conservador, farmacológico y quirúrgico. Siendo el tratamiento conservador una buena alternativa para pacientes con STUI (Síntomas de Tracto Urinario Inferior) leves a moderados que afectan poco a la calidad de vida. Se recomienda combinar la conducta expectante con cambios de hábitos miccionales y si fuera necesario cambios en la dieta.(ingesta de agua)

iniciando manejo farmacológico con Los bloqueantes α y los inhibidores de la 5α -reductasa son los fármacos más usados, los primeros) como tamsulosina) En general, se consideran la primera opción en los hombres con STUI moderados a graves, ya que el efecto es rápido (el efecto completo tarda unas semanas, pero ya se puede notar mejoría los primeros días), son efectivos y los efectos adversos son escasos y leves. No obstante, no previenen la retención urinaria ni la necesidad de cirugía. Pueden producir hipotensión ortostática (sobre todo, en ancianos) y alteraciones de la eyaculación (sobre todo, en jóvenes), y no se debe iniciar el tratamiento antes de una operación de cataratas, por el riesgo de síndrome del iris flácido. los Inhibidores de la 5α -reductasa. Deben considerarse en hombres con STUI moderados a graves que tengan un elevado riesgo de progresión (por ejemplo, un volumen prostático >40 ml), ya que reducen el riesgo de retención urinaria y la necesidad de cirugía. Tardan de 3 a 6 meses en actuar. Reducen el PSA alrededor del 50 % en 6-12 meses. Los efectos adversos más habituales se relacionan con la esfera sexual (disminución de la libido, disfunción eréctil y descenso del volumen del semen) otros como Antagonistas de los receptores muscarínicos. Son útiles en hombres con síntomas predominantemente de llenado, ya que mejoran la urgencia, la incontinencia de urgencia y la polaquiuria. No deben usarse cuando el residuo posmiccional es >150 ml, y este debe monitorizarse durante el tratamiento. Los efectos adversos más frecuentes son la boca seca, el mareo y el estreñimiento. los Inhibidores de la fosfodiesterasa 5. Son una alternativa en hombres con STUI moderados a graves, con o sin disfunción eréctil asociada, aunque no existen datos sobre la eficacia y tolerabilidad más allá de un año. Los hombres que más se benefician son los jóvenes con un índice de masa corporal bajo y STUI intensos. la Fitoterapia. no existe información de calidad suficiente para hacer ninguna recomendación sobre estos productos los Agonistas de los receptores adrenérgicos β_3 . Apenas existen datos sobre su uso en los STUI, pero pueden ser una opción en pacientes con síntomas principalmente de llenado.

En cuanto al tratamiento quirúrgico. La resección transuretral es el método quirúrgico más usado hoy en día y se recomienda para los pacientes con tamaño prostático entre 30 ml y 80 ml y STUI moderados a graves secundarios a obstrucción prostática benigna que afectan a la calidad de vida.

La prostatectomía abierta es el método más invasivo, pero es eficaz y duradero. Puede producir incontinencia urinaria transitoria hasta en el 10 % de los pacientes, y estrechamiento del cuello vesical o estenosis uretral en alrededor del 6 %. La enucleación endoscópica es menos invasiva, por lo que es preferible cuando se dispone del material

adecuado y de personal con experiencia. Ambos métodos están indicados cuando la próstata es mayor de 80 ml.

Otros métodos menos invasivos son, por ejemplo, la termoterapia transuretral con microondas —una opción para pacientes mayores con comorbilidades o riesgo anestésico elevado— y la ablación transuretral con aguja, menos eficaz que la resección transuretral.

Un procedimiento igual de eficaz que la resección transuretral, pero con menos efectos adversos, es la enucleación prostática con láser Ho:YAG. Es una alternativa a la resección transuretral y a la prostatectomía abierta cuando se dispone de los medios necesarios. La experiencia del cirujano es el factor que más influye en la tasa de complicaciones. Existen también otros tipos de láser que pueden usarse.

El stent prostático tiene una utilidad limitada, ya que causa efectos adversos y en muchos casos se desplaza. Puede ser una opción temporal para disminuir los STUI en los pacientes a la espera de una intervención quirúrgica.

La cirugía de liberación uretral (Urolift®) es una intervención ambulatoria mínimamente invasiva en la cual se coloca un implante que sujeta los lóbulos laterales de la próstata, por lo que se abre el canal uretral. Mejora el IPSS, el flujo máximo y la calidad de vida, y no afecta a la función sexual. Según las guías EAU, este sistema puede ofrecerse a los pacientes con una próstata <70 ml, sin lóbulo medio, que quieran preservar las funciones sexuales. Debe advertírseles que no se conocen los efectos a largo plazo, incluida la necesidad de reintervención. (1,2)

La elección del tratamiento depende de la correcta evaluación del paciente, de las preferencias de este y de las expectativas en cuanto a eficacia, inicio de acción, efectos adversos, calidad de vida y progresión de la enfermedad. **Las modificaciones del estilo de vida normalmente son la primera opción.** La intervención quirúrgica es necesaria si el paciente ha experimentado retención urinaria recurrente o refractaria, incontinencia por rebosamiento, infecciones urinarias recurrentes, litiasis o divertículos vesicales, hematuria o dilatación del tracto urinario superior secundaria a obstrucción prostática. También son candidatos los pacientes que no han obtenido suficiente alivio con el tratamiento médico.

En cuanto al seguimiento, la periodicidad y las actividades de cada visita dependen del tipo de tratamiento.

5. ¿Que es la estenosis uretral y si tiene alguna diferencia con la estrechez uretral?

Respuesta/

La estenosis uretral es el término "preferido" o más usado para cualquier estrechez anormal de la uretra anterior, que va desde la uretra bulbar hasta el meato y está rodeada por el cuerpo esponjoso. Las estenosis uretrales se asocian con diversos grados de espongiotfibrosis. La estrechez de la uretra posterior, que carece de esponjoso circundante,

se conoce como "estenosis". La lesión de la uretra secundaria a fractura de pelvis generalmente crea un defecto de distracción con la obstrucción u obliteración resultante. (3) En algunas publicaciones utilizan ambos términos indistintamente.

Se refieren a estenosis uretral como el resultado de un proceso de cicatrización y fibrosis de la mucosa uretral que estrecha la uretra y produce obstaculización del flujo de orina desde la vejiga, hasta su salida. La pérdida parcial del revestimiento epitelial es el factor iniciador de la estenosis, quedando expuesto el tejido esponjoso subyacente que cura por segunda intención, con posterior desarrollo de espongiotfibrosis. Cuando la etiología es infecciosa o idiopática, la uretritis afecta al tejido esponjoso sin haberse producido pérdida de epitelio. (4)

Esta cicatriz puede localizarse en cualquier punto del trayecto de la uretra. La estenosis uretral es una alteración con una tasa de incidencia que incrementa a partir de los 50 años de edad. La estenosis uretral repercute negativamente en la calidad de vida de los pacientes y eleva los costos de salud. Aunque la uretroplastia se considera el tratamiento de elección para la estenosis de uretra, se han llegado a reportar entre 8.3 y 18.7% de recurrencias en los centros de mayor experiencia. A pesar de ser una enfermedad con gran repercusión en la calidad de vida, el seguimiento para identificar las complicaciones e implementar el tratamiento de la recurrencia aún no se encuentra estandarizado a nivel mundial. Algunos estudios señalan que 50% de las recurrencias ocurren en el primer y segundo año posteriores a la uretroplastia; sin embargo, se ha reportado una tasa de 29% en los siguientes 5 años del procedimiento quirúrgico. (5)

6. Cuales son las consecuencias y posibles riesgos de un diagnostico de estrechez uretral?

Respuesta/

Los hombres con estenosis uretral ya establecida, suelen reportar un chorro de orina débil y un vaciamiento incompleto de la vejiga, aunque otros síntomas pueden ser de naturaleza urinaria, eréctil y/o eyaculatoria. Los síntomas de micción no captados por los cuestionarios de micción utilizados mas frecuentemente, incluyen la disminución del chorro de orina (13%) y disuria (10%); El primer síntoma es más común en pacientes con estenosis de la uretra peneana que en la bulbar. La estenosis uretral recurrente causa la misma constelación general de síntomas que incluyen flujo débil, micción dolorosa e infección urinaria. La disfunción sexual está presente en una pequeña minoría de hombres con estenosis uretral, y la disfunción eréctil se reporta con más frecuencia que la disfunción eyaculatoria. Se ha reportado que la disfunción sexual es un síntoma de presentación más común entre los hombres con antecedentes de hipospadias fallida y el liquen escleroso. Un pequeño subconjunto de hombres con estenosis uretral que están siendo evaluados por un problema urológico diferente no presentarán dolencias de disfunción urinaria o sexual.

7. Cual es el tratamiento indicado para un diagnostico de estrechez uretral?

Respuesta/

Las estenosis o estrecheces uretrales se tratan por vía endoscópica o con uretroplastia. El manejo endoscópico se realiza mediante dilatación uretral o uretrotomía interna con visión directa. Hay una multitud de diferentes técnicas de uretroplastia que generalmente se pueden dividir en procedimientos que involucran transferencia de tejido y procedimientos que no involucran transferencia de tejido. La uretroplastia de anastomosis no implica la transferencia de tejido y se puede realizar tanto en con transección como sin transección. La uretroplastia por escisión y anastomosis primaria implica la transección y extirpación del segmento estrechado de la uretra y la correspondiente espongiofibrosis con anastomosis de los dos extremos sanos de la uretra. La uretroplastia de anastomosis sin transección preserva el cuerpo esponjoso, lo que permite escindir y realizar una reanastomosis de la uretra con estenosis, o realizar una incisión longitudinal a través del segmento estrechado de la uretra y cerrarla con el método de Heineke-Mikulicz. Las técnicas que involucran la transferencia de tejido se pueden clasificar en procedimientos de una sola etapa y de múltiples etapas. En los procedimientos de una sola etapa, se aumenta el calibre de la uretra transfiriendo tejido en forma de injerto o colgajo. Los procedimientos de varias etapas utilizan un injerto como sustituto uretral para la tubularización futura.

8. ¿Es posible que la estrechez uretral se de como consecuencia de la colocación de una sonda vesical?

Respuesta/

Si. La uretra puede lesionarse si se infla el globo de fijación dentro de la uretra. Además, si se intenta retirar la sonda con el globo aún inflado se puede producir edema y desgarros uretrales. Durante la inserción, puede crearse una falsa vía y la sonda puede flexionarse, en especial en los pacientes con estenosis uretrales subyacentes o aumento del tamaño de la próstata. De manera subsecuente, algunos pacientes tienen hemorragia, dolor, y obstrucción del flujo urinario por la formación de coágulos intrauretrales o discontinuidad de la uretra. A veces se necesita la intervención quirúrgica a cargo del urólogo. En la mayoría de los casos la estrechez no se dará de forma inmediata al trauma, vendrá posteriormente como resultado de un proceso de cicatrización que llevara al cierre del diámetro uretral por estrechez.

9. Cuales son las causas para el padecimiento de estrechez uretral?

Respuesta/

El entorno geográfico, los factores socioeconómicos y el acceso a la atención médica pueden afectar la etiología de la estenosis. En los países desarrollados, la etiología más común de estenosis uretral es idiopática (41%) seguida de iatrogénica (35%). El fracaso tardío de la cirugía de hipospadias y la estenosis resultante de la manipulación endoscópica (p. Ej., Resección transuretral) son razones iatrogénicas comunes. En comparación, el trauma (36%) es la causa más común en los países en desarrollo, lo que refleja tasas más altas de lesiones por accidentes de tránsito, sistemas de trauma menos desarrollados, sistemas de carreteras inadecuados y posiblemente factores socioeconómicos que conducen a una mayor prevalencia de estenosis relacionadas con el trauma. Las estenosis en la uretra bulbar predominan sobre otras localizaciones anatómicas; sin embargo, ciertas etiologías están estrechamente asociadas con un segmento anatómico de la uretra. Por ejemplo, las estenosis relacionadas con el hipospadias y el liquen escleroso (LS, anteriormente denominado balanitis xerótica obliterante) generalmente se localizan en la uretra peneana, mientras que las estenosis y estenosis traumáticas tienden a localizarse en la uretra bulbar y posterior.

Los factores de riesgo comunes para desarrollar una estenosis uretral incluyen un historial de cirugía de los hipospadias, cateterismo o instrumentación uretral, lesión traumática, cirugía transuretral, y tratamiento del cáncer de próstata. 7.9.56 La etiología de la estenosis será idiopática en muchos hombres. Entre las estenosis iatrogénicas, la cirugía transuretral es la etiología más común. Aunque los trastornos inflamatorios son una etiología menos común, las estenosis uretrales relacionadas con liquen escleroso son las más molestas entre estos tipos de estenosis. Las estenosis uretrales relacionadas con liquen tienden a ser más largas que otras etiologías de estenosis, se presentan con mayor frecuencia en la uretra del pene y pueden tener una mayor asociación con el cáncer de uretra. (4-5-6)

Iatrogénica: 33 %; cateterización e instrumentación uretral (cistoscopia, dilatación uretral), postquirúrgica: RTUP, prostatectomía radical, cirugías correctivas de hipospadias, circuncisión (estenosis meatal), cirugía reconstructiva fálica (estenosis en la anastomosis nativo-neouretra), diverticulectomía uretral, reparación de fístulas vesico-vaginales, cirugías anti-incontinencia, isquemia uretral por cirugía de revascularización cardíaca, radioterapia pélvica.

- Idiopática: 33 %; se postula que pueden ser por un trauma previo que pasó desapercibido.

- Traumática: 19 %; existen varias clasificaciones del traumatismo uretral, la más conocida es la propuesta por la American Association for the Surgery of Trauma (AAST):

- I Contusión: Sangre en el meato uretral con uretrocistografía normal.

- II Elongación: Alargamiento de la uretra sin extravasación de contraste en la uretrocistografía.
- III Rotura parcial: Extravasación de contraste a nivel de la lesión con paso del mismo a la vejiga.
- IV Rotura completa con extravasación de contraste a nivel de la lesión sin paso del mismo a la vejiga con separación ente los cabos < 2 cm.
- V Rotura completa con extravasación de contraste a nivel de la lesión sin paso del mismo a la vejiga con separación ente los cabos > 2 cm.

La clasificación más reciente es la propuesta por la Asociación Europea de Urología:

- Tipo 1: Elongación sin extravasación de contraste.
- Tipo 2: Contusión: Sangre en el meato uretral sin extravasación de contraste.
- Tipo 3: Rotura parcial de uretra anterior o posterior con extravasación de contraste a nivel de la lesión con paso del mismo a la uretra proximal o vejiga.
- Tipo 4: Rotura completa de uretra anterior con extravasación de contraste a nivel de la lesión, pero sin paso del mismo a la uretra proximal o vejiga.
- Tipo 5: Rotura completa de uretra posterior con extravasación de contraste a nivel de la lesión, pero sin paso del mismo a la vejiga.
- Tipo 6: Rotura parcial o completa de uretra posterior asociado a un desgarro del cuello vesical o de la vagina.

Tipos de Trauma:⁶

- Traumatismo cerrado: En la uretra posterior el mecanismo más frecuente es la disrupción bulbo-membranosa por una fractura de pelvis. Esto ocurre en el 3-25 % de las fracturas pélvicas, fundamentalmente en las fracturas inestables. El 90 % de las rupturas de uretra posterior se asocia con fractura pélvica. En la uretra anterior el mecanismo más frecuente es la rotura de uretra bulbar por una caída a horcajadas.
- Traumatismo penetrante: Causadas por heridas de bala o arma blanca.
- Trauma sexual: Ruptura cavernosa por flexión forzada del pene. En el 20 % de los casos se produce ruptura uretral (50 % bulbar, 25 % peneana).

- Traumatismo uretral por la introducción de cuerpos extraños como ocurre en los casos de pacientes con trastorno psiquiátrico.

Inflamatoria: El liquen escleroso (antiguamente conocido como Balanitis Xerótica Obliterante o BXO) es la causa inflamatoria más frecuente. Otras más raras son la uretritis inflamatoria, balanitis circinada y la variante inflamatoria del vitíligo.

Post-infecciosa: Uretritis gonocócica recurrente, uretritis crónica por clamidia. Menos frecuente por ureaplasma urealyticum, mycoplasma genitalium, tuberculosis y esquistosomiasis.

Otras causas: Tumor uretral benigno o maligno

10. Cuales son los síntomas primarios de la estrechez uretral?

Respuesta/

Los pacientes con estenosis uretral se presentan con mayor frecuencia con disminución del flujo urinario y vaciado incompleto de la vejiga, pero también pueden presentar infección urinaria, epididimitis, aumento del volumen de orina residual post miccional o disminución de la fuerza de eyaculación. Además, los pacientes pueden presentar pulverización del chorro del orina o disuria.

La sintomatología aguda se presenta en los casos de traumatismo uretral reciente como son uretrorragia, disuria (por compresión o hematoma), retención aguda de orina (ruptura completa), hematoma peneano (fascia de Buck intacta) o escroto-perineal (fascia de Buck rota).

La sintomatología crónica puede aparecer en los casos de causa iatrogénica, inflamatoria, infecciosa o en un traumatismo uretral leve que pasó desapercibido y desarrolló una estrechez uretral: síntomas obstructivos (como chorro miccional débil, bifurcado, irregular, entrecortado, uso de prensa abdominal, retraso en el inicio, sensación de vaciamiento incompleto, goteo posmiccional, retención crónica de orina e incluso retención aguda de orina en casos severos), eyaculación dolorosa, infecciones urinarias recurrentes o síntomas irritativos (como polaquiuria, urgencia, nocturia), orquitis/epididimitis e incluso absceso o flemón perineal o escrotal. (7)

11. Puede diferenciarse sintomáticamente y diagnosticarse una estrechez según su génesis?

Respuesta/

Diferencias en características de la estenosis (por ejemplo, la localización, la longitud, el diámetro luminal), la duración de la obstrucción, y otros factores crean una combinación heterogénea de las quejas subjetivas relacionadas con una estenosis uretral sintomática. Otras condiciones urológicas tales como la hiperplasia protática benigna (con o sin la obstrucción del tracto de salida vesical), obstrucción del tracto de salida vesical, y función anormal del detrusor pueden presentarse con hallazgos subjetivos similares, dificultando el diagnóstico. Los hombres jóvenes comúnmente no se presentan con síntomas miccionales, por lo tanto, una estenosis uretral se debe considerar en el diagnóstico diferenciado.

12. ¿Cuales son los riesgos inherentes o complicaciones de la utilización de una sonda uretral?

Respuesta/

La infección urinaria, el dolor en el lugar de inserción, los traumas uretrales, la dificultad para el paso de la sonda y la formación de fistulas son algunas de las complicaciones inherentes a el uso de una sonda uretral.

13.¿Cual es el propósito del uso de sonda uretral durante la estancia hospitalaria?

Respuesta/

Las sondas urinarias se utilizan para un gran número de indicaciones. Las sondas uretrales a permanencia son las que se utilizan con más frecuencia; para la colocación de las sondas supra púbicas se necesita un procedimiento quirúrgico, pero tiene menos complicaciones infecciosas. En principio, la sonda de corto plazo es para los individuos con retención urinaria aguda, personas hospitalizadas sometidas a cirugía urológica o con lesiones de la médula espinal y para vigilar los gasto urinario en pacientes en estado crítico. La sonda de largo plazo (>30 días) se utiliza en personas con obstrucción de la vía de salida vesical que no responde a otros tipos de tratamiento, individuos con incontinencia importante que padecen enfermedad terminal o que no pueden cuidarse solos y en algunos pacientes con incontinencia neurógena (vesical) (8,9)

OBSERVANCIA DEL ARTÍCULO 226 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO:

A fin de dar cumplimiento a las disposiciones contenidas en el artículo 226 de la ley 1564 de 2012, por medio de la cual se expide el Código General del Proceso y se dictan otras disposiciones, me pronunció frente a las declaraciones e informaciones mínimas que debe contener el dictamen de la siguiente manera:

1. La identidad de quien rinde el dictamen y de quien participó en su elaboración.

Mi nombre es: Alina Giraldo Arismendi, identificada con la cédula de ciudadanía No. 43.158.450, medica con especialización en Urología.

2. La dirección, el número de teléfono, número de identificación y los demás datos que faciliten la localización del perito.

La dirección donde pueden localizarme es la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, ubicada en la carrera 51D No. 62-29, sección de urología del Departamento de Cirugía, número de teléfono fijo 2196001. correo: peritazgosmedicina@udea.edu.co

3. La profesión, oficio, arte o actividad especial ejercida por quien rinde el dictamen y de quien participó en su elaboración. Deberán anexarse los documentos idóneos que lo habilitan para su ejercicio, los títulos académicos y los documentos que certifiquen la respectiva experiencia profesional, técnica o artística.

A fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en la mencionada disposición, informo que los títulos que poseo son los arriba enunciados, de los cuales adjunto copia simple. Igualmente adjunto la hoja de vida que da cuenta de los demás estudios realizados, fin de acreditar la idoneidad para rendir la correspondiente experticia.

4. La lista de casos en los que haya sido designado como perito o en los que haya participado en la elaboración de un dictamen pericial en los últimos cuatro (4) años. Dicha lista deberá incluir el juzgado o despacho en donde se presentó, el nombre de las partes, de los apoderados de las partes y la materia sobre la cual versó el dictamen.

He sido designado como perito en los siguientes casos:

Juzgado Veinte Civil Del Circuito De Medellín

Radicado: 05001-31-03-002-2014-00006 00

Demandante: Sucesores Procesales Nora Elena Ibarra

Demandada: Coomeva Eps Y Otros

Fiscal 187 Local-Seccional de Medellín.

SPOA: 052666000203201600718

Denunciante: Diego Granados Correa

Fiscalía 123 Local -Unidad Única Local

Subdirección Seccional de Fiscalías y Seguridad Ciudadana.

SPOA: 050016000248201004103

Denunciante: Sor María del Socorro Correa Colorado

Juzgado Treinta y Seis Administrativo de Medellín

Demandante: Miriam Del Socorro Morales Rendón Y Otros

Demandados: Empresa Social Del Estado Hospital Venancio Díaz Díaz Y Otros.

Radicado: 05001333303620160013500

5. Si ha sido designado en procesos anteriores o en curso por la misma parte o por el mismo apoderado de la parte, indicando el objeto del dictamen.

Manifiesto que no he sido designado en dictámenes periciales que hayan sido solicitadas por alguna de las partes o de los apoderados que fungen en este proceso.

6. Si se encuentra incurso en las causales contenidas en el artículo 50 de la ley 1564 de 2012, en lo pertinente.

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que no me encuentro incurso en ninguna de las causales contenidas en el artículo 50 del Código General del Proceso (ley 1564 de 2012).

7. Declarar si los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son diferentes respecto de los que ha utilizado en peritajes rendidos en anteriores procesos que versen sobre las mismas materias. En caso de que sea diferente, deberá explicar la justificación de la variación.

Los métodos usados en este dictamen son los mismos que se usan en la práctica médica. Ya que es fundamental la historia clínica.

8. Relacionar y adjuntar los documentos e información utilizados para la elaboración del dictamen.”

Para la elaboración del presente dictamen se estudiaron y analizaron además de la historia clínica de la paciente y los antecedentes narrados en el proceso, las siguientes referencias bibliográficas:

Referencias bibliográficas:

1. Hugo López-Ramos¹ Carlos Latorre² Germán Patiño³ J

Revista Urología Colombiana / Colombian Urology Journal Vol. 30 No. 2/2021

2. AUA guidelines, 2021

3. Latini JM, McAninch JW, Brandes SB, Chung JY, Rosenstein D. SIU/ICUD Consultation on Urethral Strictures: Epidemiology, etiology, anatomy, and nomenclature of urethral stenoses, strictures, and pelvic fracture urethral disruption injuries. Urology. 2014 Mar;83(3 Suppl): S1-7. doi: 10.1016/j.urology.2013.09.009. Epub 2013 Nov 8. Review.
4. Yáñez G. A., Estenosis de Uretra. Servicio de Urología Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. Libro del Residente de Urología. 2015. Tomado de: Peterson A. Urethral strictures in men. UpToDate. 2018.
5. Stein DM, Thum DJ, Barbagli G, Kulkarni S, Sansalone S, Pardeshi A, Gonzalez CM. A geographic analysis of male urethral stricture etiology and location. BJU Int. 2013 Oct;112(6):830-4.
6. Santucci RA, Joyce GF, Wise M. Male urethral stricture disease. J Urol. 2007;177:1667-1674.
7. Fenton AS, Morey AF, Aviles R, Garcia CR. Anterior urethral strictures: etiology and characteristics. Urology. 2005 Jun;65(6):1055-8.
8. Lumen N, Hoebeke P, Willemsen P, De Troyer B, Pieters R, Oosterlinck W. Etiology of urethral stricture disease in the 21st century. J Urol. 2009 Sep;182(3):983-7.
9. Jordan G, Chapple C, Heyns C. Urethral Strictures. Presented at An International Consultation on Urethral Strictures, Marrakech, Morocco, October. 2017.

Finalmente, a fin de dar cumplimiento al artículo 226 de la ley 1564 de 2012, manifiesto bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado por la firma del dictamen que mi opinión es independiente y corresponde a mi real convicción profesional.

Adjunto al dictamen los documentos que le sirven de fundamento y de aquellos que acrediten mi idoneidad y mi experiencia como perito.



Atentamente,
Alina Giraldo Arismendi
Especialista en Urología Universidad de Antioquia
Coordinadora de Urología IPS universitaria 10 años
Coordinación de sección de Urología en la Universidad de Antioquia

ALINA MARÍA GIRALDO ARISMENDI

INFORMACIÓN PERSONAL

Cedula: 43158450
Fecha de nacimiento: 30 de diciembre de 1977
Lugar de nacimiento: Medellín
Estado civil: Soltera
Dirección: Carrera 29 N° 5 -50. Apto 803
Celular: 3127202525
Correo electrónico: alinagira@gmail.com
Registro medico: 5-1137-04

FORMACIÓN ACADÉMICA

Postgrado

Especialista en Urología
Universidad de Antioquia
Medellín, 2008

Pregrado

Medica-cirujana
Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín, 2002

Idioma extranjero

Inglés: Lectura- conversación

INVESTIGACIONES Y PUBLICACIONES

- Elaboración de registro calificado para el Programa de Urología de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2013.
- “Nefrectomía parcial laparoscópica. Experiencia del grupo Uromedica” Revista Urología Colombiana. Volumen XX. Publicación de la Sociedad Colombiana de Urología. Agosto 2011, p. 76.
- “Reporte de un caso de cistolitiasis gigante y revisión de la literatura.” Revista Urología Colombiana. Volumen XX. Publicación de la Sociedad Colombiana de Urología. Agosto 2011, p. 115.
- “Reporte de caso: lipomatosis renal bilateral.” Revista Urología Colombiana. Volumen XX. Publicación de la Sociedad Colombiana de Urología. Agosto 2011, p.116.
- “Rabdomiosarcoma paratesticular: presentación de un caso y revisión de la literatura.” Revista Urología Colombiana. Volumen XX. Publicación de la Sociedad Colombiana de Urología. Agosto 2011, p.117.
- “Embolización superselectiva con microcopias en priapismo de alto flujo traumático. Reporte de caso en la literatura.” Revista Urología Colombiana. Volumen XX. Publicación de la Sociedad Colombiana de Urología. Agosto 2011, p.118.
- “Análisis de vasectomías realizadas en hombres operados en Clínica de Planificación Familiar en Medellín.” Revista Urología Colombiana. Volumen XX. Publicación de la Sociedad Colombiana de Urología. Agosto 2011, p.129.
- Complicaciones en cirugía laparoscópica en la ciudad de Medellín. Tesis de Postgrado. 2006.

- Análisis de la infertilidad masculina de los pacientes que consultaron al servicio de urología de la clínica Profamilia. Medellín. Revista de urología colombiana de urología Junio 2005
- Nefrotoxicidad por antimicrobianos en pacientes sometidos a cirugía extracorpórea en la clínica Cardiovascular Santamaría. Tesis de grado Medicina. 2002

EDUCACIÓN CONTINUADA Y ASISTENCIA A CONGRESOS

- Congreso Asociación Americana de Urología (AUA). San Diego 2013.
- Congreso de Asociación Americana de Urología (AUA). Atlanta. Georgia Mayo. 2012.
- Simposio Anual de Cirugía Robótica. Miami, Florida. Febrero. 2012
- XLVI Congreso- Curso Internacional de Urología. Sociedad Colombiana de Urología. Cartagena... Agosto. 2011
- Invitado a Foro académico para residentes de urología. Sociedad colombiana de Urología. Girardot. Cundinamarca. Febrero. 2011
- XLIV Congreso- Curso Internacional de Urología. Sociedad Colombiana de Urología. Bogotá 2012 Cartagena. Agosto 2010
- Curso Avanzado de Actualización: Conceptos y Conductas en Uroginecología. Campinas. Brazil. Noviembre. 2009
- XLIV Congreso- Curso Internacional de Urología. Sociedad Colombiana de Urología. Bogotá. Agosto 2009
- XLIII Congreso- Curso Internacional de Urología. Sociedad Colombiana de Urología. Medellín. Agosto 2008
- Diplomado en Cáncer urológico. Intensidad: 200 horas Universidad de Antioquia, Sociedad Antioqueña de Urología. 2006
- XLI Congreso- Curso Nacional de Urología. Barranquilla. Agosto. 2006
- Foro académico para residentes de urología. Sociedad colombiana de urología. Paipa, Cundinamarca. Febrero. 2006

- XL Congreso Nacional de Urología. Cali. Agosto 2005
- Foro académico para residentes de urología. Sociedad colombiana de urología. Girardot, Cundinamarca 2005
- Curso teórico-practico de entrenamiento en cirugía laparoscópica. Sociedad Antioqueña de urología. Universidad de Antioquia. Medellín. 2004-2005

EXPERIENCIA PROFESIONAL

Ministerio de Educación Nacional
Par académico
Febrero de 2013 – Actualmente

IPS Universitaria Sede Clínica León XIII y Sede Prado
Médica Uróloga
2008- Actualmente

IPS Universitaria Sede Clínica León XIII y Sede Prado
Coordinadora del Servicio de Urología
2010 - Actualmente

Universidad de Antioquia
Docente y Coordinadora de la Sección de Urología
2010 – Actualmente

IPS Colmedicas Medicina prepagada
Médica Uróloga
2011

Hospital Santa Lucia de Fredonia-Antioquia.
Médico rural
2003

ASOCIACIONES

- Sociedad Antioqueña de Urología. SANUR
- Sociedad Colombiana de Urología. SCU
- Miembro Confederación Americana de Urología CAU
- Miembro Asociación Americana de Urología. AUA

REFERENCIAS LABORALES

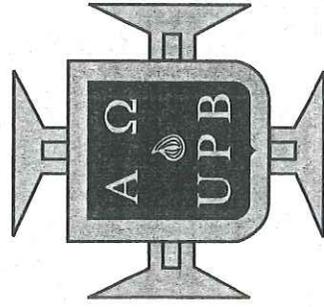
Dr. Federico Escobar Jaramillo
MD Urólogo
Docente Universidad de Antioquia y Universidad CES
Urólogo Clínica Medellín, Clínica CES, Suramericana Póliza
Cel. 3168748168
Consultorio: 3218023

Dr. Luis Eduardo Bencardino Carpio
MD Urólogo
EPS Sura
Cel. 3108290674

Dr. Jorge Uribe Zuluaga
MD Urólogo
IPS Universitaria, Urogine, Suramericana Póliza
Docente Universidad de Antioquia
Cel. 3136151968

Dr. León Jairo Montaña
Gerente general IPS Universitaria
Cel. 3146182331

ALINA MARÍA GIRALDO ARISMENDI
C.C. 43.158.450



Universidad Pontificia Bolivariana

PERSONERÍA JURÍDICA SEGÚN RESOLUCIÓN EJECUTIVA NO. 48 DEL 22 DE FEBRERO 1957, MINISTERIO DE GOBIERNO

teniendo en cuenta que

Alina María Giraldo Arismendi

Cédula de ciudadanía No. 43'158.450 Expedida en Medellín (Ant.)

Cursó y aprobó los estudios exigidos por las normas legales reglamentarias vigentes, le confiere el título de

Médico y Cirujano

En testimonio de ello le expide el presente diploma en Medellín, Departamento de Antioquia, República de Colombia el día 13 del mes de Diciembre del año 2002



[Signature]
El Decano

Registrado según Decreto 2150 de 1995

Folio 0956 Libro 10-P

Fecha Dic. 13 de 2002

[Signature]
Secretario General

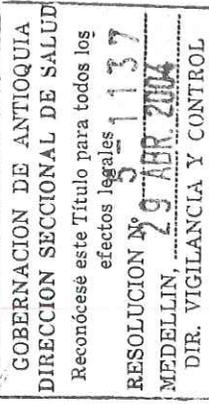


[Signature]
El Rector



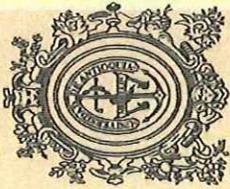
El Secretario General

Anotado al folio 0956 del libro 10-P de registro de diplomas
refrendado en Medellín el 13 de Dic de 2002



10392

FORMA 0018 - 4/1998



1803

LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

PERSONERÍA JURÍDICA LEY 71 DE 1878 DEL ESTADO SOBERANO DE ANTIOQUIA Y LEY 153 DE 1887

EN ATENCIÓN A QUE

ALINA MARÍA GIRALDO ARISMENDI

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA 43158450

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS
EXIGEN PARA OPTAR AL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN UROLOGÍA

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA, EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA EN MEDELLÍN
REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL 09 DE SEPTIEMBRE DE 2010

Alberto Uribe Correa
ALBERTO URIBE CORREA
RECTOR

Luquegi Gil Neira
LUQUEGI GIL NEIRA
SECRETARIO

Elmer Devesús Gaviria Rivera
ELMER DEVESÚS GAVIRIA RIVERA
DECANO

54205