

 <p>Rama Judicial Consejo Superior de la Judicatura República de Colombia</p>	<p>PROCESO: GESTION DOCUMENTAL</p>	<p>CÓDIGO: CSJCF-GD-F04</p>	
	<p>ACUSE DE RECIBIDO: ACUSE DE RECIBIDO PARA LOS DOCUMENTOS ENTRANTES PARA LOS DESPACHOS</p>	<p>VERSIÓN: 2</p>	

Centro de Servicios Judiciales Civil y Familia - Manizales En Apoyo a los Juzgados Laborales del Circuito de Manizales

Acuse de Recibido

FECHA: Miercoles 12 de Abril del 2023

HORA: 1:33:06 pm

Se ha registrado en el sistema, la carga de 2 archivos suscritos a nombre de; **CLINICA OSPEDALE MANIZALES**, con el radicado; **202200252**, correo electrónico registrado; **juridico@clinicaospedalemanizales.com.co**, dirigidos al **JUZGADO 2 CIVIL DEL CIRCUITO**.

Si necesita comunicarse con el Centro de Servicios, puede hacerlo dentro de los horarios establecidos al teléfono de atención al usuario, **(606) 8879620 ext. 11611**

Archivos Cargados
TRASLADOPREVIOPERITAJE.pdf
APORTADICTAMENPERICIALOSPEDALE.pdf

CÓDIGO DE RECIBIDO: AR-17001-20230412133310-RJC-17340

Palacio de Justicia 'Fany Gonzales Franco'

Carrera 23 # 21-48 Oficina 108 Manizales - Caldas

csjcfma@cendoj.ramajudicial.gov.co

8879620 ext. 11600

Manizales, Caldas
Abril de 2023
Honorable

**JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO
MANIZALES -CALDAS**

PROCESO : VERBAL - RESPONSABILIDAD MÉDICA
RADICADO : 17-001-31-03-002-2022-00252-00
DEMANDANTE : OLGA DIANA BUITRAGO LUISA FERNANDA JIMÉNEZ BUITRAGO
ÓSCAR FERNANDO JIMÉNEZ ESTRADA
DEMANDADOS : CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A. Y OTROS

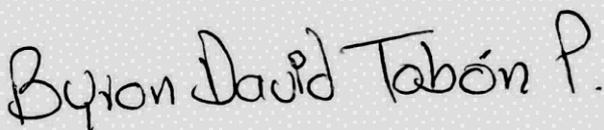
REF: TRASLADO DEL PERITAJE DE CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A
CONFORME AL Auto I. # 176-2023

BYRON DAVID TOBON PATIÑO, actuando como apoderado de la **CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A.** con Nit. 810.003.245-1, Por este medio y estando dentro del término legal para hacerlo, me permito remitir peritaje conforme a lo establecido en el numeral 14 del art. 78 del C.G.P. y el art. 3 de la Ley 2213 de 2022 el cual se compartió previamente a las partes.

NOTIFICACIONES.

Atenderé notificaciones tanto las personales como las de mi poderdante en el correo electrónico juridico@clinicaospedalemanizales.com.co y tobondavid31@gmail.com; o en la sede de la **CLINICA OSPEDALE MANIZALES** en Manizales, Caldas en la dirección Cra 24 No 51-02 tercer piso oficina juridica.

Cordialmente,



BYRON DAVID TOBON PATIÑO

C.C. No. 1.053.808.594 de Manizales (Caldas)

T.P. No. 346.730 del C.S de la J.

Apoderado Clínica Ospedale Manizales S.A

Correo E: tobondavid31@gmail.com y juridico@clinicaospedalemanizales.com.co

Retransmitido: REMISION PREVIA A RADICACION POR CENTRO DE SERVICIOS - PERITAJE PROPUESTO POR CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES

Microsoft Outlook

Enviado miércoles 12/04/2023 12:35 p.m.

Para Byron David Tobon Patiño

Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación de entrega:

juandiegozuluagap.91@gmail.com (juandiegozuluagap.91@gmail.com)

olgadianabui@gmail.com (olgadianabui@gmail.com)

jimenezluisafernanda766@gmail.com (jimenezluisafernanda766@gmail.com)

oscarfernandojimenez47@gmail.com (oscarfernandojimenez47@gmail.com)

Asunto: REMISION PREVIA A RADICACION POR CENTRO DE SERVICIOS - PERITAJE PROPUESTO POR CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A -RADICADO : 17-001-31-03-002-2022-00252-00 - PROCESO : VERBAL - RESPONSABILIDAD MÉDICA

Retransmitido: REMISION PREVIA A RADICACION POR CENTRO DE SERVICIOS - PERITAJE PROPUESTO POR CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES

Microsoft Outlook

Enviado miércoles 12/04/2023 12:35 p.m.

Para Byron David Tobon Patiño

Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación de entrega:

notificacioneslegales.co@chubb.com (notificacioneslegales.co@chubb.com)

Asunto: REMISION PREVIA A RADICACION POR CENTRO DE SERVICIOS - PERITAJE PROPUESTO POR CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A -RADICADO : 17-001-31-03-002-2022-00252-00 - PROCESO : VERBAL - RESPONSABILIDAD MÉDICA

Manizales, Caldas

12 de abril de 2023

Manizales, Caldas

**BASE DE OPINIÓN PERICIAL
CIRUGIA GENERAL**

SOLICITA PERITAJE: CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A NIT 810003245-1

**JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO
MANIZALES, CALDAS
E.S.D**

PROCESO : VERBAL - RESPONSABILIDAD MEDICA

RADICADO : 17-001-31-03-002-2022-00252-00

DEMANDANTE : OLGA DIANA BUITRAGO LUISA FERNANDA JIMENEZ BUITRAGO
OSCAR FERNANDO JIMENEZ ESTRADA

DEMANDADA : CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A. EPS SANITAS S.A.S.

DICTAMEN PERICIAL

De manera atenta rindo dictamen médico pericial solicitado en el proceso de la referencia.

GUILLERMO VALLEJO VALLECILLA, mayor y vecino de Popayán, Cauca, identificado con cédula de ciudadanía No N° 10299642 de Popayán, teléfono 3003059060, en mi calidad de Médico Cirujano, Especialista en cirugía general de la Universidad del Cauca. Popayán. Fecha de grado: 2 de diciembre de 2011, Especialista en cirugía de trasplantes de órganos abdominales. Institución: universidad ICESI – Fundación Valle del Lili. Cali. Fecha de grado: 25 de agosto de 2018, me permito remitir Dictamen Pericial, dentro del proceso de la referencia en los siguientes términos:

JURAMENTO

De antemano y bajo la gravedad de juramento manifiesto que mi opinión es independiente y corresponde a mi real convicción profesional y que cuento con los conocimientos necesarios para dar respuestas a dichos interrogantes; de igual forma manifiesto que la presente labor se realizó con objetividad e imparcialidad y se tuvo en consideración tanto lo que pueda favorecer como lo que pueda ser susceptible de causar perjuicio a cualquiera de las partes vinculadas al proceso judicial en razón a que se hace con base en mi conocimiento y experiencia, expreso además que soy imparcial y que no tengo impedimento alguno en la peritación que a continuación elaboro, ni me encuentro incurso en ninguna de las causales de recusación (art. 141 CGP) ni de las exclusión (art. 50 CGP) de las que son objeto los auxiliares de la justicia, las cuales me fueron explicadas.

Expreso que cuento con los conocimientos necesarios, soy imparcial y no tengo impedimento alguno en la peritación que elaboro.

ANTECEDENTES

Con el fin de darle cabal cumplimiento a los demás preceptos ordenados por el Código General del Proceso en el art. 226 manifiesto:

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

Respuesta:

Guillermo Vallejo Vallecilla.

Cedula de ciudadanía No. 10299642 de Popayán

Dirección: Cra 15ª #30N – 07 casa 1. Urbanización Campo Bello. Popayán.

Teléfono: 3003059060.

E mail: criaderourapanes@hotmail.com

Título obtenido: Especialista en cirugía general. Especialista en cirugía de trasplantes de órganos abdominales.

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

Respuesta:

Guillermo Vallejo Vallecilla.

Cedula de ciudadanía No. 10299642 de Popayán

Dirección: Cra 15ª #30N – 07 casa 1. Urbanización Campo Bello. Popayán.

Teléfono: 3003059060.

E mail: criaderourapanes@hotmail.com

Título obtenido: Especialista en cirugía general. Especialista en cirugía de trasplantes de órganos abdominales.

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.

Respuesta: Se anexa certificados de formación académica que me acreditan como idóneo para la presente evaluación pericial.

4. La lista de publicaciones, relacionadas con la materia del peritaje, que el perito haya realizado en los últimos diez (10) años, si las tuviere.

Respuesta: Manejo de fistulas enteroatmosfericas - revista colombiana de cirugía 2021.

5. 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.

Respuesta: Juzgado quinto civil del circuito de Barranquilla E. S. D. ASUNTO: PERITAJE PROCESO: Declarativo Responsabilidad Civil Extracontractual. REFERENCIA: 2019-00003

6. 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.

Respuesta: Declaro que para el interesado que requiere el peritaje no he tenido dictamen pericial en el pasado.

7. Si se encuentra incurso en las causales contenidas en el artículo 50, en lo pertinente.

Respuesta: No

8. 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.

Respuesta: Manifiesto que el dictamen fue elaborado con la historia clínica suministrada y que corresponde a la paciente OLGA DIANA BUITRAGO identificada con la CC 30287714

9. Declarar si los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son diferentes respecto de aquellos que utiliza en el ejercicio regular de su profesión u oficio. En caso de que sea diferente, deberá explicar la justificación de la variación.

Repuesta: Declaro que los exámenes, métodos experimentos e investigaciones efectuados son los mismos respecto a aquellos que utilizo en el ejercicio regular de mi profesión como médico especialista en cirugía general.

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

Respuesta: Manifiesto que el dictamen fue elaborado con la historia clínica suministrada y que corresponde al paciente OLGA DIANA BUITRAGO identificada con la CC 30287714, que reposa en el expediente.

Se anexa certificados de formación académica que me acreditan como idóneo para la presente evaluación pericial.

CUESTIONARIO AL PERITO ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

1. ¿Según su criterio médico, los signos y síntomas que presentaba la paciente en el ingreso del 09 de febrero de 2020 eran propios de la COLECISTOPATIA o PANCREATITIS CON RIESGO INTERMEDIO DE COLEDOLITIASIS? Explique su respuesta

Respuesta: La paciente consulta el 9 de febrero por un dolor en abdomen superior y es llamativo que ese dolor es tipo cólico y es irradiado en banda. Cuando se habla de irradiación en banda quiere decir que va por ambos lados del abdomen superior y hacia la espalda. Esto es muy sugestivo de cuadros abdominales que están relacionados con los órganos que están en dicha zona superior llámese hígado, páncreas, vía biliar o vesícula, de manera que desde un punto de vista clínico la primera impresión diagnóstica que se tiene tanto desde el médico general como el médico especialista es razonable que se haya entendido el cuadro clínico como un problema de la vesícula o un problema pancreático.

2. ¿Según su criterio, luego del análisis de la historia clínica, se considera adecuado haber realizado “*COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA”? el día 14 de febrero de 2020. Explique su respuesta

Respuesta: Tras revisar la historia clínica y al analizar la serie de exámenes que le hacen a la paciente para tratar de enfocar su cuadro clínico abdominal superior, se puede concluir que una ecografía hepatobiliar es negativa para patología de la vesícula, sin embargo, como la paciente tiene algunos marcadores en sangre que son sugestivos de que este cursando con una pancreatitis aguda, los médicos optan por realizar una endosonografía pancreática y biliar. La endosonografía pancreática y biliar es un examen endoscópico y ultrasonográfico que permite ver mediante un ecógrafo introducido por un endoscopio como está el hígado, como está la vía biliar, la vesícula y el páncreas, y su objetivo es descartar cálculos tanto en la vesícula como en la vía biliar. En el caso de la paciente se practicó este examen y se reporta la existencia de cálculos en la vesícula biliar, por esta razón, la conducta tomada de realizar una colecistectomía laparoscópica para resolver el problema de la vesícula sumado a que el cuadro clínico inicial por el cual consulta la paciente es abdominal superior tipo cólico e irradiado en banda, la colecistectomía laparoscópica estaría adecuada y justificada.

3. ¿Según su criterio, luego del análisis de la historia clínica, se evidencia algún tipo de complicación en la Cirugía “*COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA”?

Respuesta: Después de hacer una revisión de la historia clínica, encuentro que la colecistectomía laparoscópica realizada no tuvo ninguna complicación ni temprana ni tardía en relación directa con el procedimiento. Las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica son múltiples, se destacan como las

principales el sangrado, la infección, la lesión de vía biliar y las colecciones; después de analizar la historia clínica, la paciente tuvo un egreso relativamente temprano tolerando la vía oral, sin dolor abdominal, sin signos de infección y sin signos de sangrado y en la re-consulta la paciente no tiene impresión de un descenso de hemoglobina que explique sangrado, tiene la función de su hígado examinada en un perfil hepático de características normales lo que descarta y prácticamente excluye una lesión de vía biliar, un sangrado o una infección como principales complicaciones relacionadas directamente con el procedimiento de la colecistectomía laparoscópica.

4. ¿Cuáles fueron los hallazgos en el procedimiento quirúrgico COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA?

Respuesta: Al revisar la historia clínica encuentro que el 14 de febrero se practicó una colecistectomía laparoscópica de acuerdo con los exámenes previamente informados realizados sobre el paciente. Los hallazgos intraoperatorios reportados por el cirujano son de una vesícula con cálculos en su interior y un conducto de drenaje de la misma llamado el cístico totalmente normal. El hecho que una vesícula tenga cálculos en su interior explica una enfermedad crónica de la misma y unos cambios inflamatorios que vienen desde hace mucho tiempo y pueden agudizarse en cualquier momento de la vida, explica una vesícula enferma, esos son los hallazgos más relevantes. No encuentra otras patologías y se practica una colecistectomía laparoscópica estandarizada.

5. ¿Existe evidencia en la historia revisada por usted de que la paciente fuese advertida (consentimiento informado) de los potenciales riesgos que podía correr durante su intervención quirúrgica?

Respuesta: Al revisar la historia clínica encuentro un consentimiento informado diligenciado correctamente por el cirujano que intervino la paciente. Tiene fecha del 14 de febrero de 2020, encabezado con el nombre, cédula y edad de la paciente, en donde se informa el procedimiento que se va a realizar, en este caso COLELAP. Se informa también la patología que tiene la paciente, en este caso coledoclitiasis y el cirujano anota algunos riesgos definidos o que pueden ser secundarios a esta cirugía, como son: sangrado, infección, lesión de vía biliar, conversión, lesión de víscera hueca o peritonitis. En la parte inferior está el nombre de la paciente con su número de cédula y su firma respectiva.

6. En la valoración del día 19 de febrero de 2020 ¿cuál fue el motivo de consulta de la paciente Olga Diana Buitrago?

Respuesta: Al revisar la historia clínica encuentro que el 19 de febrero de 2020 la paciente reconsulta en horas de la noche con un cuadro de reciente aparición y corta evolución de dolor abdominal en el lado derecho del abdomen, asociado a algunos picos febriles no definidos. Tras algunos exámenes se enfoca con el objetivo de descartar una complicación de la cirugía recientemente realizada cinco (5) días atrás.

7. ¿Cuáles fueron las conductas médicas realizadas a la paciente Olga Diana Buitrago el 19 de febrero de 2020?

Respuesta: Al revisar la historia clínica en los folios correspondientes a la consulta realizada por la paciente el 19 de febrero, se destacan algunos procedimientos o intervenciones médicas. Existe un interrogatorio para definir el tipo de dolor y el cuadro clínico actual en esos momentos, identificando un dolor abdominal del lado derecho con picos febriles. Se hace un examen físico en el cual al palpar el abdomen no hay un abdomen agudo ni defendido, no existen masas, no existe un abdomen que sugiera que la paciente tenga una patología quirúrgica en ese momento. No está claro si la paciente tiene o no consumo de analgésicos en su casa. Además se hacen algunos paraclínicos como exámenes de sangre generales, hemograma, glicemia, función renal, función hepática y enzimas pancreáticas. Después de esos exámenes a la paciente se le encuentra bien, se le define algunos signos de alarma y se le da un egreso con algunas recomendaciones. Hay un folio preciso en el cual se le explica a la paciente y ella entiende lo que puede pasar más adelante y comprende el egreso.

8. Según su criterio médico, ¿la atención realizada el día 19 de febrero de 2020 fue acorde a guías y protocolos? Explique su respuesta

Respuesta: Según las guías y los criterios médicos, cuando un paciente re-consulta posterior a una cirugía abdominal, tiene que tener un examen clínico y exámenes paraclínicos. En este caso la paciente tuvo un interrogatorio dirigido específico con el objetivo de descartar una complicación quirúrgica y un examen físico completo en donde se incluye la parte sistémica y la parte abdominal. Además, a la paciente se le toman exámenes generales en los cuales el objetivo es descartar una complicación relacionada con su cirugía. Como se dijo anteriormente en alguna de las preguntas, las complicaciones en estos casos son sangrado, infección, lesión de vía biliar o colección y tras la toma de los paraclínicos y el examen físico se descartó algún tipo de complicación relacionada a la cirugía de colecistectomía laparoscópica.

9. Conforme al análisis de la Historia Clínica, ¿los resultados de los paraclínicos ordenados el día 19 de febrero fueron normales o no? Explique su respuesta.

Respuesta: Tras analizar la historia clínica los exámenes clínicos y paraclínicos ordenados en la re-consulta del día 19 de febrero son normales; la paciente consulta por dolor abdominal, y el examen físico según la historia y lo anotado por el médico quien la abordó, no encuentra un abdomen defendido ni un abdomen quirúrgico que obligue a pensar en una cirugía. Se toma también un hemograma que es normal con unos leucocitos de 7.000 y una hemoglobina normal, un perfil hepático con enzimas hepáticas normales, se descarta mediante una amilasa y una lipasa la reagudización o presencia de pancreatitis aguda y la función renal y la glucemia son normales.

10. De conformidad a la Historia Clínica, ¿existían criterios para dejar hospitalizada a la Sra Olga Diana Buitrago el 19 de febrero de 2020? Explique su respuesta

Respuesta: Teniendo en cuenta y según lo anotado en la historia clínica que la paciente no tenía signos de alarma ni clínicos ni paraclínicos, dados porque dentro de los exámenes realizados en la paciente no encontraron descenso de hemoglobina ni elevación de los leucocitos, tampoco alteraciones desde el punto de vista del hígado ni del riñón, ni del páncreas y sumado a que la paciente no tenía un dolor abdominal agudo, modula el dolor según lo anotado en la historia clínica, tolera vía oral y no tiene fiebre, se podría indicar que la paciente no tendría ningún motivo para continuar hospitalizada siempre y cuando se dieran unas recomendaciones muy específicas muy adecuadas del motivo por el cual tendría que re- consultar.

11. Respecto de la consulta de triage del 21 de febrero de 2020, ¿Cuáles fueron los hallazgos?

Respuesta: Según la historia clínica en la consulta de 21 febrero de 2020, se anota que la paciente persiste con dolor abdominal, ha empezado a presentar episodios diarreicos sin moco y sin sangre, hay fiebre, malestar general, deterioro clínico, se siente deshidratada y además tiene intolerancia a la vía oral.

12. ¿Cuál fue la impresión diagnóstica de la consulta del 21 de febrero de 2020?

Respuesta: En lo identificado en la historia clínica se puede definir que el motivo de consulta o el diagnóstico anotado en la misma es de dolor abdominal, sospecha de gastroenteritis aguda y falla renal aguda con deshidratación.

13. ¿Cuáles fueron los resultados de los paraclínicos ordenados en la consulta del 21 de febrero de 2020 a la sra Olga Diana Buitrago?

Respuesta: Según la historia clínica en la consulta del 21 de febrero se toma: hemograma, PCR, creatinina, gases arteriales, electrolitos, perfil hepático, perfil pancreático y eco abdominal. Los resultados de estos exámenes muestran que tiene incremento de los leucocitos con hemoglobina estable e incremento de las plaquetas, una PCR en 41 elevada por encima de los normal, una creatinina de 1.8 también por encima de lo normal, gases arteriales en equilibrio ácido base pero con los electrolitos que muestran un descenso del potasio hasta 2.8; el perfil hepático, la lipasa y la amilasa es normal y se toma una ecografía abdominal que solamente muestra una esteatosis hepática y el estado pos colecistectomía sin líquido libre y sin colecciones.

14. ¿Qué quiere decir “ID Dolor abdominal y falla renal aguda”?

Respuesta: Cuando un paciente ingresa por cualquier motivo de consulta después de hacer un interrogatorio de un examen físico, se realiza una impresión

diagnostica, esto es el ID. La impresión diagnostica es un acercamiento al diagnóstico real o confirmado del paciente previo a una serie de exámenes que pueden tanto confirmarlo como descartarlo. Cuando se habla de un diagnóstico del dolor abdominal, es un diagnóstico muy amplio que puede involucrar patologías quirúrgicas o no quirúrgicas, algunas que se resuelven con cirugías otras que se resuelven solamente con manejo médico. Y la falla renal aguda no es más que el deterioro de la función del riñón tanto en la excreción como en la filtración secundario a un evento de carácter agudo mas no crónico.

15. ¿Cuáles ayudas diagnosticas se realizaron a la Sra Olga Diana Buitrago en la hospitalización del 21 de febrero de 2020?

Respuesta: En la consulta del 21 de febrero según la historia clínica, se describen tres ayudas diagnosticas desde el punto de vista de imagen. La primera es una radiografía simple de abdomen reportada como normal. La segunda es una ecografía abdominal también reportada prácticamente como normal en la que solo se informa un proceso de esteatosis que es la infiltración grasa del hígado que no tiene nada que ver con el proceso agudo de la paciente y se informa la ausencia de la vesícula por la cirugía realizada siete días atrás. El último estudio realizado es una tomografía de abdomen simple y contrastada en la cual se encuentra una apendicitis aguda necrosada con colección y gas alrededor de la misma que explica el motivo por el cual la paciente re consulta en esta ocasión.

16. ¿Por qué se ordenó LAPAROTOMIA EXPLORATORIA el 24 de febrero de 2020?

Respuesta: La LAPAROTOMIA EXPLORATORIA se ordena el 24 de febrero de 2020, basado en el informe de la tomografía abdominal simple y contrastado que reporta una apendicitis aguda con complicaciones como necrosis, colección y gas, por eso el manejo apropiado es realizar una LAPAROTOMIA EXPLORATORIA de acuerdo al resultado de una tomografía que esclarece un diagnóstico de bastante complejidad por la ubicación atípica de la apéndice y el comportamiento totalmente errático del cuadro clínico usual, que normalmente se explica por otra vía clínica; de esta manera, el TAC aclaro un cuadro clínica de bastante complejidad dentro del enfoque diagnóstico y terapéutico.

17. ¿Cuándo se realiza el procedimiento LAPAROTOMIA EXPLORATORIA?

Respuesta: La LAPAROTOMIA EXPLORATORIA según la historia clínica se realiza el 24 de febrero a las 19 hrs y es terminada las 19:56 hrs, realizada basado en el resultado de una tomografía y es la conducta apropiada de acuerdo con los hallazgos que informan un apéndice complicado con necrosis con colección y con gas alrededor de la misma, llámese una apéndice complicada que se resuelve por esta vía de forma preferencial.

18. ¿fue adecuado y oportuno el tiempo que transcurrió desde el diagnostico hasta el procedimiento LAPAROTOMIA EXPLORATORIA? Explique su respuesta

Respuesta: De acuerdo a la historia clínica y de acuerdo al análisis que puedo hacer del caso, estamos al frente de una apendicitis aguda de difícil diagnóstico por su desarrollo clínico totalmente errático. En ese sentido el tiempo transcurrido entre un diagnóstico y el tratamiento muchas veces no es oportuno sin la ayuda de un examen de imagen que aclare la situación como es la tomografía. De esta forma, si nosotros nos basamos en que estamos al frente de un caso clínico de difícil diagnóstico, difícil enfoque clínico, totalmente atípico y que la única forma de aclarar el cuadro fue mediante una tomografía se podría definir que hubo oportunidad en la conducta terapéutica basándonos en el tiempo en el que se tomó la tomografía y que fue reportada por el radiólogo y el tiempo en que se actuó quirúrgicamente con la paciente.

19. ¿Cuáles fueron los hallazgos del procedimiento LAPAROTOMIA EXPLORATORIA?

Respuesta: Los hallazgos de la LAPAROTOMIA EXPLORATORIA realizada el 24 de febrero de 2020 según la historia clínica son: una apéndice necrótica con perforación, colección, peritonitis de todos los cuatro cuadrantes del abdomen, distensión de las asas de intestino delgado y necrosis de la base de la apéndice que corresponden a la primera parte del intestino grueso.

20. ¿Qué significan los siguientes términos: APENDICE GANGRENADA, PERFORACION EN TERCIO DISTAL Y MEDIO >PLASTRON APENDICULAR >PERITONITIS PURULENTO DE CUATRO CUADRANTES >NECROSIS PARCIAL DE CIEGO >DISTENSION MARCADA DE ASAS DE INTESTINO DELGADO CON DESPULIMIENTO EN YEYUNO MEDIO?

Respuesta: Desde un punto de vista técnico el significado de los términos es el siguiente:

Apéndice gangrenado consiste en un proceso inflamatorio agudo del cuerpo apendicular que descansa sobre el intestino grueso en la primera parte llamada ciego, en el cual se trombosa la arteria apendicular y se trombosa la vena apendicular. Esto hace que no llegue un flujo sanguíneo adecuado al mismo cuerpo de la apéndice ni se drene la sangre o el componente venoso y de esta forma la apéndice empieza a cambiar de color y se isquemia hasta llevar a la necrosis.

Perforación en el tercio distal y medio consiste en que secundario al proceso inflamatorio agudo anteriormente anotado, ella pierda o genera una solución de continuidad en sus paredes y se perfora, liberando una cantidad de bacterias hacia la cavidad peritoneal generando infección. Esta perforación puede ser tanto en la base o en el tercio medio que es el cuerpo de esta o en el tercio distal que es la punta

Plastrón apendicular se define como el fenómeno o el desarrollo de una masa alrededor de esa apéndice generada por el omento mayor. El omento mayor es

un componente graso que existe dentro de la cavidad abdominal que migra hacia los procesos inflamatorios agudos con el objetivo de limitar su distribución y su generalización dentro de la misma cavidad abdominal y con el objetivo también de limitar el proceso solamente al órgano que está enfermo, generando un plastrón, en este caso sobre el cuerpo apendicular.

Peritonitis purulenta de cuatro cuadrantes consiste en la presencia de líquido con bacterias que se vuelve amarillo denso en los cuatro cuadrantes del abdomen y es secundario a algún proceso infeccioso o inflamatorio que se desarrollan dentro la cavidad abdominal, en este caso secundario a la perforación del cuerpo apendicular.

Necrosis parcial del ciego consiste en la pérdida de la circulación localizada, por eso se llama parcial, de un segmento del intestino grueso en su primera porción. La primera porción del intestino grueso se define como el ciego, ahí descansa el apéndice y en este caso es generada por el mismo proceso isquémico y necrótico que se desarrolla dentro del apéndice. Está por vecindad se traduce al intestino grueso y por eso necrosa un segmento del intestino grueso llamado ciego.

Distensión marcada de asas de intestino delgado con despulimiento en yeyuno medio consiste en que de una forma refleja el resto del intestino delgado, pierde la capacidad de peristalsis y se queda estacionado. Empieza a aumentar su circunferencia y el volumen del mismo generando distensión, se inflama en todos los segmentos y por eso aparece un despulimiento que no es más que la pérdida de continuidad de la serosa o sea la capa externa de la pared del intestino delgado.

21. ¿En la revisión de la HC evidenció que durante la primera hospitalización del 09 de febrero de 2020, se determinó la existencia de apéndice gangrenada, perforación en tercio distal y medio >plastrón apendicular >peritonitis purulenta de cuatro cuadrantes >necrosis parcial de ciego >distensión marcada de asas de intestino delgado con despulimiento en yeyuno medio?

Respuesta: Al revisar la historia clínica precisamente en la primera hospitalización del día 9 de febrero de 2020. Tanto el cuadro clínico como los estudios diagnósticos no arrojan datos de una patología apendicular con infección a este nivel. El cuadro clínico es muy sugestivo de una patología vesicular y la endosonografía biliopancreática reporta una existencia de colelitiasis. Al llevar la paciente a la laparoscopia para extraerle la vesícula, aunque este procedimiento es muy sectorizado hacia el cuadrante superior derecho del abdomen, el cirujano quien operó no reporta ningún hallazgo que sugiere la existencia de otra patología diferente a los cálculos de la vesícula.

22. ¿Era posible determinar los hallazgos de apéndice gangrenada, perforación en tercio distal y medio >plastrón apendicular >peritonitis purulenta de cuatro cuadrantes >necrosis parcial de ciego >distensión marcada de asas de intestino delgado con despulimiento en yeyuno medio, en medio de la

realización de la colecistectomía por laparoscopia realizada el 14 de febrero de 2020? Explique su respuesta.

Respuesta: Las colecistectomías laparoscópicas que se realizan en el contexto de vesículas que tienen cálculos en su interior con algún grado de inflamación, sea aguda o crónica, se realizan específicamente sobre el cuadrante superior derecho del abdomen, que es el sitio donde se ubica el hígado, la vía biliar y por ende la vesícula biliar. Como no se trata de una laparoscopia exploratoria que revisa toda la cavidad abdominal, sino específicamente, la indicación es ir a retirar mediante extracción quirúrgica laparoscópica la vesícula, el abordaje es muy limitado hacia el cuadrante superior derecho, donde anatómicamente están ubicadas estas estructuras. En la historia clínica no reportan ningún hallazgo sugestivo de una patología por fuera de la enfermedad de la misma vesícula. Es posible evidenciar otro tipo de patologías asociadas o colindantes a la patología de la vesícula cuando se realiza una laparoscopia exploratoria en un contexto clínico totalmente diferente al de esta paciente. Como la paciente fue enfocada con una patología vesicular específica, la orientación quirúrgica del cirujano quien operó, lo más probable es que haya sido demasiado específica a solucionar el problema que hasta el momento se tenía identificado tras los estudios clínicos paraclínicos y de imagen realizados a la paciente en mención.

23. ¿Cuál es el manejo médico y clínico del plastrón apendicular?

Respuesta: El plastrón apendicular es una complicación secundaria de la apendicitis aguda. Consiste en la formación de una masa generada por otras estructuras dentro del abdomen que se orientan hacia el cuerpo apendicular, evitando la contaminación del resto de la cavidad cuando este cuerpo se ha perforado. De esta forma, estructuras como el omento mayor o como el intestino delgado se orientan hacia el cuadrante inferior derecho y limitan la perforación del apéndice y, por ende, la diseminación de la infección dentro de la cavidad abdominal. El manejo del plastrón apendicular según las guías clínicas, puede tener dos espectros: Un primer manejo no quirúrgico que consiste en un esquema antibiótico, reposo intestinal y manejo del dolor con el cual muchas veces es suficiente para resolver por completo el proceso infeccioso, sin embargo, el paciente se vuelve un paciente quirúrgico cuando el plastrón apendicular ha rebasado los límites de la contaminación localizada y avanza hacia una peritonitis, o cuando el paciente no tiene una buena respuesta al manejo médico con antibióticos. En esos casos, al paciente se le debe someter a un procedimiento quirúrgico sea abierto o laparoscópico con el objetivo de resolver la infección, drenar la colección y en algunos casos retirar todo el tejido necrótico que podría incluir el omento e incluso algunos segmentos del intestino delgado y el colon derecho dónde está el ciego y donde se aloja el cuerpo apendicular perforado. De esa forma, se explica que el manejo del plastrón apendicular tiene dos dimensiones, en algunos pacientes es de manejo puramente médico sólo con antibióticos y en algunos otros pacientes es de manejo puramente quirúrgico asociado al manejo igual complementario con los antibióticos

24. ¿Cuál fue el manejo del plastrón apendicular para la paciente Olga Diana Buitrago?

Respuesta: Al revisar la historia clínica encuentro que una vez diagnosticado mediante la tomografía el caso del plastrón apendicular se manejó a la paciente Olga Diana Buitrago de la siguiente manera: Se inició un esquema de antibióticos con cubrimiento para gérmenes del tubo digestivo, se manejó con líquidos endovenosos y se llevó a laparotomía realizado aproximadamente a las 8 horas después del diagnóstico tomográfico. En la laparotomía se encontró el plastrón apendicular con peritonitis en los cuatro cuadrantes con necrosis del ciego y distensión de asas delgadas y se procede a retirar o extraer y resecar el plastrón, incluyendo el colon derecho, drenar la peritonitis y a dejar el abdomen abierto con viaflex, con el objetivo de evitar una hipertensión abdominal y con el objetivo de realizar un lavado posquirúrgico 48 horas después. El 26 de febrero se lleva a un nuevo lavado, pudiendo realizarse un lavado peritoneal completo, revisando la cavidad y logran cerrar toda la cavidad abdominal. Durante ese tiempo, la paciente está entre la unidad de cuidado intensivo, cuidado intermedio y salas generales, recibiendo múltiples esquemas antibióticos, el último de ellos meropenem 7 días, con líquidos endovenosos, seguimiento clínico tanto médico como especializado, seguimiento de paraclínicos diarios, un soporte nutricional establecido de acuerdo a las viabilidades de su tubo digestivo hasta que se da egreso aproximadamente el día 5 de marzo 2020, para continuar el seguimiento ambulatorio.

25. ¿Fue el manejo para el plastrón apendicular de la Sra Olga Diana Buitrago el adecuado conforme a guías y protocolos? Explique su respuesta

Respuesta: Al revisar la historia clínica y confrontándolas con guías y protocolos del manejo de la sepsis abdominal donde se involucra a este tipo de patologías como el plastrón apendicular y la peritonitis, llámese guías clínicas como las guías IDSA, se puede definir que los parámetros básicos del manejo de la sepsis abdominal fueron cumplidos de la siguiente manera: Primero un esquema de monitorización, reanimación volumétrica y seguimiento en las unidades pertinentes de acuerdo a la complejidad del caso llámese cuidado intensivo, cuidado intermedio y sala general. Segundo un soporte hidroelectrolítico y un esquema antibiótico reglado de acuerdo a los gérmenes que podrían estar involucrados en la sepsis abdominal pertenecientes al tubo digestivo con esquema rotatorio, de acuerdo a los cultivos y con un tiempo prudente de cada uno de los esquemas antibióticos propuestos. Tercero la erradicación temprana del foco una vez es identificado mediante la tomografía inicial que los lleva a ser manejado mediante una laparotomía para el drenaje de la peritonitis, la resolución de los procesos necróticos tanto el plastrón como en el intestino grueso y una segunda revisión que es llamada laparotomía programada 48 horas después para completar la limpieza de la cavidad y lograr un cierre seguro sin recurrencia de colecciones. De esta manera se cumplen los parámetros básicos del manejo de la sepsis abdominal en cualquier eventualidad como se ve involucrado en los procesos en donde el plastrón apendicular ha tenido alguna complicación como la peritonitis generalizada.

26. ¿Por qué ocurre el plastrón apendicular perforado? Explique su respuesta de manera amplia y de manera concreta para este caso.

Respuesta: El plastrón apendicular es una complicación propia de la apendicitis aguda. Cuando las apendicitis agudas pasan a ser perforadas con necrosis, el organismo dentro de sus mecanismos de defensa para mantener localizada la infección, orienta hacia la zona del apéndice el resto del intestino delgado y una estructura móvil repleta de grasa llamada omento mayor o epiplón mayor. El objetivo de esta migración de estructuras es limitar la colección a evitar una peritonitis generalizada y el deterioro del paciente. Cuando los pacientes logran limitar por completo la infección, queda sectorizado el proceso infeccioso a un absceso y puede ser resuelto solamente con antibióticos o en algunos casos simplemente con alguna punción. Hay otros pacientes que no alcanzan a limitar la infección y por algún tipo de fuga o filtración del mismo proceso de migración de las estructuras empieza a presentar peritonitis generalizada y, por ende, una infección más severa que la que se organiza y se localiza alrededor del plastrón.

27. ¿Según su criterio y experiencia, existía otra alternativa médica o clínica para la paciente Olga Diana Buitrago diferente a los procedimientos quirúrgicos realizados?

Respuesta: Como lo anoté en alguna de las preguntas anteriores, el manejo del plastrón apendicular puede tener dos brazos. Un manejo puramente médico con antibióticos, algunas veces con una punción de la colección, reanimación con líquidos endovenosos y manejo del dolor. y un manejo puramente quirúrgico en algunos casos específicos. Al analizar el caso de la paciente Olga Diana Buitrago y revisando la historia, es una paciente que sólo se beneficiaba de un manejo quirúrgico tal cual cómo se realizó en los dos procedimientos, en el cual se realizó el drenaje de la peritonitis, la erradicación del foco infeccioso y, por ende, el retiro del material necrótico que involucra incluso el intestino grueso. De esta forma, se logró resolver el proceso infeccioso y requiere una segunda revisión quirúrgica para un segundo lavado y definir un cierre definitivo de la cavidad. La paciente no se beneficiaba de un manejo médico porque el plastrón había rebasado el término de localización y había tenido ya en este caso una peritonitis generalizada. Por esta razón, el manejo quirúrgico es el indicado en la paciente y no el manejo médico exclusivo con antibióticos que seguramente habría quedado limitado y no habría sido exitoso para resolver el proceso de sepsis abdominal.

28. ¿Según su criterio y experiencia, existe relación entre un cálculo de la vesícula biliar con otra colecistitis y plastrón apendicular perforado? Explique su respuesta

Respuesta: Según mi criterio y experiencia, no existe ninguna relación entre el cálculo de la vesícula biliar y el plastrón apendicular perforado. Son patologías totalmente diferentes originadas en órganos distantes totalmente diferentes, que en algunos casos pueden superponer algún espectro de signos y síntomas y

generar confusión entre ambos diagnósticos, más no correlacionarse un diagnóstico o un desarrollo fisiopatológico uno con el otro. De esta forma, a pesar de que pueden existir algunos hallazgos o algunos casos en que se confundan desde un punto de vista diagnóstico el origen patológico de las enfermedades es totalmente diferente.

29. ¿Según su criterio y experiencia, considera que existió demoras en el diagnóstico que determinó la realización del procedimiento LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA el 24 de febrero de 2020? Explique su respuesta.

Respuesta: Realizar juicios sobre historias clínicas de manera retrospectiva es más fácil y mucho más cómodo que hacerlo cuando se está evaluando al paciente en el presente y en el momento oportuno. Emitir un juicio con respecto a una demora de la laparotomía exploratoria realizada el 24 de febrero con respecto a un diagnóstico posiblemente retardado de un plastrón apendicular es muy complejo, puesto que en el desarrollo de la historia clínica y en el desarrollo del caso clínico hay algunos exámenes, algunos comportamientos clínicos, algunos signos y síntomas y algunos resultados de paraclínicos que no solamente se superponen entre los dos diagnósticos (colelitiasis y plastrón apendicular), sino que obligan o llevan a que el médico o el grupo médico tenga confusión en la aplicación de un diagnóstico temprano claro, de manera que ante esta pregunta la respuesta no es clara. No es fácil definir si existió una demora, no es fácil definir si existe una mala praxis y tampoco es fácil definir si el pronóstico de la paciente. teniendo un procedimiento quirúrgico más temprano hubiese sido mejor o peor.

30. ¿Según su criterio y experiencia, el dolor que aduce la Sra Olga Diana Buitrago, se debió a demoras en la atención por parte de la Clínica Ospedale Manizales? Explique su respuesta.

Respuesta: Como perito de un caso de sepsis abdominal, siendo cirujano general y especialista en cirugía de trasplantes, considero que es extremadamente complejo definir que el dolor se podía relacionar o se puede relacionar con la demora de una atención médica establecida por la clínica en mención. No es fácil definir si existe una relación causa efecto y sí sobre todo esa relación causa efecto, está influenciado por el tiempo de demora o de oportunidad en la atención. Consideró que deben existir algunos otros especialistas, por ejemplo, algesiologos, que podrían ampliar un poco más la terminología y las preguntas con respecto al dolor crónico que aduce la paciente y su causalidad y su relación con la temporalidad en la ejecución de los tratamientos efectuados en este caso.

31. ¿Cuál fue la razón para tener que practicar a la Sra Olga Diana Buitrago lavados peritoneales? Explique su respuesta

Respuesta: El manejo de la sepsis abdominal establecido no solamente por la medicina basada en la experiencia, sino también por la medicina basada en la evidencia, llámese guías clínicas y protocolos, muchas veces establece que, desde el punto de vista quirúrgico, una sola cirugía no es suficiente para dar

solución a los casos de infecciones intraabdominales. Hay algunas indicaciones definidas por guías, por ejemplo, las IDSA que definen que los pacientes con infecciones masivas intraabdominales, pacientes que no se le haya resuelto por completo el foco infeccioso o encontrado del foco infeccioso intraabdominal o pacientes que tienen riesgo de hipertensión abdominal o en los cuales se efectúa algún tipo de control del daño, se deben manejar con la expectativa de una segunda o una tercera o incluso una cuarta cirugía, que son los llamados lavados peritoneales, en los cuales la resolución de la infección intraabdominal es dada por etapas. Es un concepto que ha ido cambiando en el tiempo y se ha podido ajustar a ciertas indicaciones con el fin de garantizar a los pacientes una mejoría más completa, una resolución más integral de su sepsis abdominal, evitando cirugías definitivas tan prolongadas que pueden inestabilizar aún más el paciente y evitando de esta forma laparotomías demasiado complejas que lo que hacen es el deterioro desde el punto de vista sistémico queriendo solucionar todo en un solo procedimiento. De manera que los lavados peritoneales están sustentados claramente dentro de la literatura como una estrategia de resolución de las patologías intraabdominales infecciosas.

32. Según su criterio y experiencia, los procedimientos realizados en la Sra Olga Diana Buitrago interfieren para el normal desarrollo de su vida sexual y en pareja? Explique su respuesta

Respuesta: Según mi criterio y experiencia, no en todos los pacientes en los cuáles se ha realizado una laparotomía exploratoria e incluso varios lavados abdominales quedan con algún tipo de problema crónico o interferencia en la calidad de vida. Más específicamente hablando en el normal desarrollo de su vida sexual y en pareja, como perito oficio como cirujano general con experiencia amplia en el manejo de la sepsis abdominal, manejando bastantes grupos de patología intra abdominal infecciosa, de manera que la información y los datos más concretos con respecto a esta pregunta podrían ser orientados por un perito diferente al de mi especialidad, llámese un psiquiatra, llámese un psicólogo o llámese un médico de familia que pueda ahondar aún más en los reales problemas que la paciente y su pareja pueden tener en el normal desarrollo de su vida sexual y de su vida en pareja.

33. Conforme al análisis realizado a la Historia Clínica, indique, ¿en algún momento de las hospitalizaciones de la Sra. Olga Diana Buitrago, estuvo en estado de "coma" como lo manifiesta la parte demandante? Explique su respuesta.

Respuesta: Al revisar la historia clínica desde el momento en que consultó inicialmente por su patología abdominal sugestiva de una patología de la vesícula, hasta el momento que es egresada después de los procedimientos efectuados para su patología del plastrón apendicular, encuentro que la paciente tiene dos momentos en los cuales se encuentra bajo sedación y con soporte ventilatorio mecánico. El primer momento es posterior a la cirugía realizada el 24 de febrero, en el cual la paciente está bajo ventilación mecánica con soporte invasivo respiratorio y sedo analgesia, esto como una estrategia terapéutica dada

por su estado de sepsis abdominal y con el fin de llevar al segundo día (26 de febrero) a la revisión quirúrgica. Posterior a esta revisión quirúrgica el 26 de febrero, la paciente persiste bajo ventilación mecánica y sedación, solucionando sus problemas de sepsis abdominal con un aporte de oxígeno y el apoyo ventilatorio propio de este tipo de manejos logrando ser retirada del ventilador y recobrando el estado de alerta natural al retirar los sedo analgésicos el 27, de manera que el 28 de febrero estaba en estado de alerta completo. El estado de coma se refiere a un estado en el cual la paciente está por fuera del control neurológico y de esta forma, la paciente no puede comandar tampoco su ventilación, diferente a lo que se hizo con esta paciente, que corresponde a un estado de sedo analgesia inducido por medicamentos, mientras la paciente tiene un soporte ventilatorio con un tubo oro-traqueal. Eso hace parte del esquema de manejo de múltiples patologías entre las cuales está la sepsis abdominal. De manera que, el estado de coma es un componente neurológico diferente con un deterioro, llámese agudo o crónico de las funciones cerebrales y no un estado de sedo analgesia inducida como en lo que se refiere a la historia clínica con esta paciente que es absolutamente distinto a un estado de coma.

34. De acuerdo con su experiencia y criterio, cuál sería el resultado de no haberle practicado a la Sra Olga Diana Buitrago los procedimientos Colecistectomía y laparotomía exploratoria?

Respuesta: De acuerdo con mi experiencia y actuando como perito de cirugía general. Es complejo saber si la paciente al no practicarse la colecistectomía hubiera tenido una buena evolución o no, debido a que no es fácil saber en este caso, si las dos patologías estaban en simultánea o fue primero la patología vesicular y se desarrolló en un segundo tiempo la patología del plastrón apendicular. Lo que sí es cierto es que de no practicarse la laparotomía exploratoria para erradicar el foco infeccioso y retirar los focos necróticos y por ende el segundo lavado quirúrgico, lo más probable es que el desenlace de la paciente no hubiera sido el mejor, llevándola a la muerte, puesto que en este tipo de patologías uno de los pilares fundamentales como ésta anotado en las preguntas anteriores en la erradicación del foco infeccioso de forma prioritaria. Entonces saber si la paciente se beneficiaba o no de la colecistectomía es muy complejo, analizando en retrospectiva el caso, pero sí es muy fácil establecer de que el beneficio de la laparotomía exploratoria y el segundo lavado superó el riesgo que demanda este tipo de procedimientos a favor del beneficio en la vida de la paciente.

35. De acuerdo con su experiencia y criterio, ¿podría haber existido dos procesos patológicos diferentes en la paciente Sra. Olga Diana Buitrago que justifique el manejo realizado?

Respuesta: Tras revisar la historia clínica y analizar el caso desde el punto de vista de la experiencia como cirujano general, no es fácil establecer si el cuadro clínico de la paciente ocurre en dos procesos patológicos o todo es secundario a un solo proceso patológico. Primero, la paciente si tiene un diagnóstico de una coleditiasis con colecistitis y el cuadro clínico inicial del 14 de

febrero fue de un dolor abdominal superior que podría ser explicado por los cálculos de la vesícula, más aún cuando al revisar el resultado de la patología se encuentra que la vesícula tiene inflamación crónica y cálculos en su interior. Esto podría justificar que inicialmente la paciente consulta con un proceso de patología vesicular y en un segundo tiempo desarrolla una patología del apéndice. Sin embargo, tampoco es fácil definir si todo fue por un solo proceso, que en este caso sería el plastrón apendicular, porque todo el cuadro clínico es totalmente atípico al cuadro clínico de una apendicitis que se define por un dolor en la fosa ilíaca derecha, o sea, en el abdomen bajo y no en el abdomen superior, como lo presentó inicialmente la paciente, de manera que ser concluyentes con la pregunta para tratar de definir si esta paciente tuvo dos enfermedades, una tras la otra, o todo correspondía a una sola enfermedad, es prácticamente imposible definirlo desde un punto de vista retrospectivo.

En ese sentido se rinde peritaje solicitado por la CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES SA quien obra como parte demandada en el proceso de la referencia.

BIBLIOGRAFIA

Diagnosis and Management of Complicated Intra-abdominal Infection in Adults and Children: Guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America Clinical Infectious Diseases, Volume 50, Issue 2, 15 January 2010, Pages 133–164, <https://doi.org/10.1086/649554>

WSES Jerusalem guidelines for diagnosis and treatment of acute apendicitis. World Journal of Emergency Surgery volume 11, Article number: 34 (2016)

Di Saverio S, Piccinini BA, Catena F, Biscardi A, Tugnoli G. How reliable is Alvarado score and its subgroups in ruling out acute appendicitis and suggesting the opportunity of nonoperative management or surgery? Annals of Surgery. 2016. June 8, 2016 published ahead of print.

Di Saverio S, et al. The NOTA Study (Non Operative Treatment for Acute Appendicitis): prospective study on the efficacy and safety of antibiotics (amoxicillin and clavulanic acid) for treating patients with right lower quadrant abdominal pain and long-term follow-up of conservatively treated suspected appendicitis. Ann Surg. 2014;260(1):109–17.

Svensson JF, et al. Nonoperative treatment with antibiotics versus surgery for acute nonperforated appendicitis in children: a pilot randomized controlled trial. Ann Surg. 2015;261(1):67–71.

Varadhan KK, Neal KR, Lobo DN. Safety and efficacy of antibiotics compared with appendicectomy for treatment of uncomplicated acute appendicitis: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2012;344, e2156.

Andersson RE, Petzold MG. Nonsurgical treatment of appendiceal abscess or phlegmon: asystematic review and meta-analysis. Ann Surg. 2007;246(5):741–8.

Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. Ann Emerg Med. 1986;15(5):557–64.

Samuel M. Pediatric appendicitis score. J Pediatr Surg. 2002;37(6):877–81.

Andersson M, Andersson RE. The appendicitis inflammatory response score: a tool for the diagnosis of acute appendicitis that outperforms the Alvarado score. World J Surg. 2008;32(8):1843–9.

Chong CF, et al. Development of the RIPASA score: a new appendicitis scoring system for the diagnosis of acute appendicitis. Singapore Med J. 2010;51(3):220–5.

Sammalkorpi HE, Mentula P, Leppaniemi A. A new adult appendicitis score improves diagnostic accuracy of acute appendicitis--a prospective study. BMC Gastroenterol. 2014;14:114.

Atema JJ, et al. Scoring system to distinguish uncomplicated from complicated acute appendicitis. Br J Surg. 2015;102(8):979–90.

Debnath J, et al. Alvarado score: is it time to develop a clinical-pathological-radiological scoring system for diagnosing acute appendicitis? Am J Emerg Med. 2015;33(6):839–40.

Ohle R, et al. The Alvarado score for predicting acute appendicitis: a systematic review. BMC Med. 2011;9:139.

Atentamente



Guillermo Vallejo Vallecilla.

Cédula de ciudadanía No. 10299642 de Popayán

Dirección: Cra 15ª #30N – 07 casa 1. Urbanización Campo Bello. Popayán.

Teléfono: 3003059060.

E mail: criaderourapanes@hotmail.com. criaderourapanes@gmail.com

Título obtenido: Especialista en cirugía general. Especialista en cirugía de trasplantes de órganos abdominales.

HOJA DE VIDA.



DATOS PERSONALES.

Nombre: Guillermo Vallejo Vallecilla.

Cedula de ciudadanía: 10299642 de Popayán.

Lugar y fecha de nacimiento: Popayán, 4 de diciembre de 1981.

Estado civil: Casado.

Dirección: Cra 15ª #30N – 07 casa 1. Urbanización Campo Bello. Popayán.

Teléfono: 3003059060.

E mail: criaderourapanes@hotmail.com

FORMACION ACADEMICA.

EDUCACION BASICA.

Título obtenido: Bachiller académico.

Institución: Colegio los andes. Popayán.

Fecha de grado: 16 de junio de 1999.

EDUCACION SUPERIOR.

Título obtenido: Medico y cirujano.

Institución: Universidad del Cauca. Popayán.

Fecha de grado: 16 de junio de 2006.

Título obtenido: Especialista en cirugía general.

Institución: Universidad del Cauca. Popayán.

Fecha de grado: 2 de diciembre de 2011.

Título obtenido: Especialista en cirugía de trasplantes de órganos abdominales.

Institución: universidad ICESI – Fundación Valle del Lili. Cali.

Fecha de grado: 25 de agosto de 2018.

RECONOCIMIENTOS:

- Mención por mejor promedio de calificaciones. Periodo académico I del 2002. Departamento ciencias quirúrgicas. Universidad del Cauca.
- Mención por Matrícula de honor. 9 de agosto de 2004. Facultad ciencias de la salud. Programa de medicina. Universidad del Cauca.
- Medalla Universidad del Cauca en la denominación “Manuel José Mosquera” por promedio de calificaciones superior a 4.8 durante la especialización en cirugía general. Universidad del Cauca. 19 de diciembre de 2011.

CURSOS REALIZADOS:

- Advanced cardiac life support. Fundación Salamandra. 19 al 20 de diciembre de 2009.
- Basic life support. Fundación Salamandra. 18 de diciembre de 2009.
- Manejo integral en cuidado intensivo. Fundación Salamandra. 18 al 20 de diciembre de 2009.
- Curso en reparación de hernias por laparoscopia. Covidien. 5 de marzo de 2011.
- Total nutritional therapy. Federación latinoamericana de nutrición parenteral y enteral. Enero de 2008.
- Curso de Split de hígado. ICESI – FVL. Agosto de 2016.
- Diplomado manejo del paciente hipersensibilizado. ICESI – FVL. Abril 2018.
- Curso actualización Cirugía hepatobiliar. ICESI – FVL. Octubre 2018.

INVESTIGACIONES REALIZADAS:

- Correlación entre los hallazgos de la tomografía axial computarizada de abdomen preoperatoria y los hallazgos intraoperatorios del cáncer gástrico. Popayán 2011.
- Control del daño en trauma de tórax del paciente anciano. Popayán 2013.
- Manejo de fistula enteral en tuberculosis peritoneal. Popayán 2013.
- Reconstrucción de pared torácica en tórax inestable. Popayán 2013.
- Caracterización de la población de pacientes Hipersensibilizados en lista activa de trasplantes o trasplantados renales en la Fundación Valle del Lili. Cali 2018.
- Grado de correlación en criterios de asignación en trasplante renal en la Fundación Valle del Lili. Cali 2018.
- Predictores de coledocolitiasis. HUSJ – Clínica La Estancia. Popayán 2019.
- Experiencia en falla intestinal. Clínica la Estancia. Popayán. 2020
- Nueva técnica para control de contaminación de fistulas entero atmosféricas en abdomen abierto Björck IV. Método de Capilaridad (MECA), experiencia de 4 casos. Clínica la Estancia. Popayán. 2021

EXPERIENCIA LABORAL.

Empresa: Hospital Nivel 1 de Piendamó.

Lugar: Piendamó – Cauca.

Cargo desempeñado: Médico SSO.

Fecha: 1 de julio de 2006 al 31 de enero de 2007.

Empresa: Hospital Universitario San José.

Lugar: Popayán – Cauca.

Cargo desempeñado: Médico general sala quirúrgica.

Fecha: 1 de febrero de 2007 al 30 de noviembre de 2007.

Empresa: Servicios médicos profesionales.

Lugar: Popayán – Cauca.

Cargo desempeñado: Médico urgencias.

Fecha: 1 de febrero de 2007 al 30 de junio de 2007.

Empresa: Unidad cuidados intensivos Clínica la Estancia.

Lugar: Popayán – Cauca.

Cargo desempeñado: Médico UCI.

Fecha: 25 de octubre de 2009 hasta la fecha.

Empresa: Clínica la Estancia.

Lugar: Popayán – Cauca.

Cargo desempeñado: Cirujano general. Cirujano de trasplante de órganos abdominales. Jefe del programa cirugía hepatobiliar y trasplante. Jefe del programa de falla intestinal.

Fecha: 2 de diciembre de 2011 hasta la fecha.

Empresa: Hospital Universitario San José.

Lugar: Popayán – Cauca.

Cargo desempeñado: Cirujano. Cirujano de trasplante de órganos.

Fecha: 2 de diciembre de 2011 hasta la fecha.

Empresa: Universidad del Cauca.

Lugar: Popayán – Cauca.

Cargo desempeñado: Profesor departamento de ciencias quirúrgicas.

Fecha: 1 de febrero de 2013 hasta la fecha.

Empresa: Fresenius medical care.

Lugar: Popayán – Cauca.

Cargo desempeñado: Cirujano unidad renal.

Fecha: 1 de octubre de 2013 hasta la fecha.

REFERENCIAS.

REFERENCIAS PERSONALES:

- Luis Armando Caicedo Rusca.

Jefe unidad de trasplantes. Fundación Valle del Lili. Cali.

Tel: 3163510462.

- Jorge Augusto Herrera Chaparro.

Director científico. Clínica la Estancia. Popayán.

Tel: 3155859174.

- Daniel Orlando Delgado Ramírez.

Gerente asociación cirujanos del Cauca. Popayán.

Tel: 3185784807.

REFERENCIAS FAMILIARES:

- Alberto Vallejo Duran.

Magistrado tribunal de ética médica del cauca. Popayán.

Tel: 3006175016.

- Gloria María Vallecilla Ortega.

Gerente Jardines de Paz. Popayán.

Tel: 3148908184.

- Verónica Torres Gallego.

Gerente Sustentark.

Tel: 3006190892.

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, cursive letters that appear to be 'GV'.

GUILLERMO VALLEJO VALLECILLA.

10299642 de Popayán.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10299642**

VALLEJO VALLECILLA
APELLIDOS

GUILLERMO
NOMBRES

Guillermo Vallejo Vallecilla
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-DIC-1981**
POPAYAN
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.73

ESTATURA

O+

G.S. RH

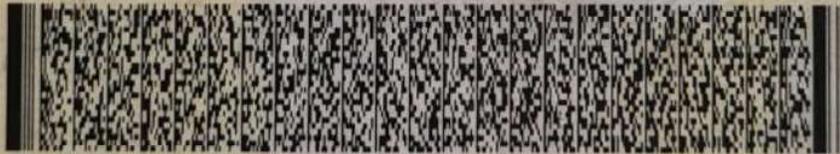
M

SEXO

02-OCT-2001 POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1100100-36101074-M-0010299642-20020221

04497 02051H 01 108926403



El Secretario General de la Universidad del Cauca expide la siguiente copia:

ACTA DE GRADO No. 08 del 16 de junio de 2006.

En Popayán, capital del Departamento del Cauca, República de Colombia, a las 5:00p.m. del viernes dieciséis (16) de junio de dos mil seis (2006) y en cumplimiento de la Resolución R-458 del 15 de junio de 2006 expedida por el Rector del Alma Máter, se realizó un acto solemne de grado en el Paraninfo Francisco José de Caldas, para la entrega de títulos conferidos por la Universidad del Cauca. El Secretario General, una vez instalada la Ceremonia, lee la resolución afirmando que el graduando cumple con los requisitos legales y reglamentarios. El Rector le toma el juramento y le otorga el título de:

MEDICO Y CIRUJANO

A:

GUILLERMO VALLEJO VALLECILLA

cc10.299.642 de Popayán

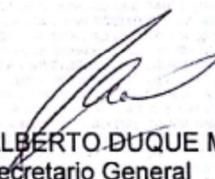
El diploma acredita su idoneidad para ejercer la profesión de Médico y Cirujano.

Se registra en el Libro N°:070; Folio N°:385; Diploma N°:385-06

La ceremonia finaliza a las 6:00p.m..

Para constancia se expide la presente copia de acta de grado. (Firmado) DANILO REINALDO VIVAS RAMOS, Rector; ALONSO ARTURO RUIZ PEREA, Decano (E) de la Facultad de Ciencias de la Salud; JORGE ALBERTO DUQUE MEJIA, Secretario General.

Es fiel copia tomada del original y se expide en Popayán, Ciudad Universitaria, a dieciséis (16) de junio de dos mil seis (2006)


JORGE ALBERTO DUQUE MEJIA
Secretario General

ACTA DE GRADO
No. 188
(25 de agosto de 2018)

Por medio de la cual se otorgó el título de

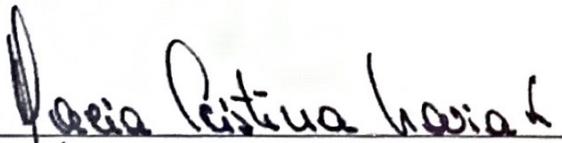
Especialista en Cirugía de Trasplantes de Órganos Abdominales

a

Guillermo Vallejo Vallecilla
C.C. 10.299.642 de Popayán

El título se registró el 25 de agosto de 2018, al folio 54-519 del Libro de Diplomas 3 de la Universidad Icesi. Se confirió mediante la Resolución de Rectoría No. 1.168, expedida en la misma fecha.

Para constancia se firma y sella en Santiago de Cali, a los veinticinco días del mes de agosto del año dos mil dieciocho (2018).



MARÍA CRISTINA NAVIA KLEMPERER
SECRETARIA GENERAL



El Secretario General de la Universidad del Cauca expide la siguiente copia:

ACTA DE GRADO No. 08 del 16 de junio de 2006.

En Popayán, capital del Departamento del Cauca, República de Colombia, a las 5:00p.m. del viernes dieciséis (16) de junio de dos mil seis (2006) y en cumplimiento de la Resolución R-458 del 15 de junio de 2006 expedida por el Rector del Alma Máter, se realizó un acto solemne de grado en el Paraninfo Francisco José de Caldas, para la entrega de títulos conferidos por la Universidad del Cauca. El Secretario General, una vez instalada la Ceremonia, lee la resolución afirmando que el graduando cumple con los requisitos legales y reglamentarios. El Rector le toma el juramento y le otorga el título de:

MEDICO Y CIRUJANO

A:

GUILLERMO VALLEJO VALLECILLA

cc10.299.642 de Popayán

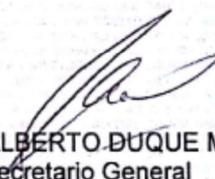
El diploma acredita su idoneidad para ejercer la profesión de Médico y Cirujano.

Se registra en el Libro N°:070; Folio N°:385; Diploma N°:385-06

La ceremonia finaliza a las 6:00p.m..

Para constancia se expide la presente copia de acta de grado. (Firmado) DANILO REINALDO VIVAS RAMOS, Rector; ALONSO ARTURO RUIZ PEREA, Decano (E) de la Facultad de Ciencias de la Salud; JORGE ALBERTO DUQUE MEJIA, Secretario General.

Es fiel copia tomada del original y se expide en Popayán, Ciudad Universitaria, a dieciséis (16) de junio de dos mil seis (2006)


JORGE ALBERTO DUQUE MEJIA
Secretario General



CONSTANCIA SECRETARIAL: Se le informa al señor Juez, que mediante auto del 16 de enero del año avante, se resolvió admitir la presente demanda y efectuar los ordenamientos correspondientes, entre ellos, la notificación a las demandadas Clínica Ospedale Manizales S.A. y EPS Sanitas.

Cabe precisar, que la notificación a las demandadas se realizó a través del Centro de Servicios de los Juzgados Civil Familia, a los correos electrónicos aportados con el escrito de demanda, en calenda del 24 de enero de hogaño, allegando las correspondientes constancias, así: Clínica Ospedale Manizales juridica@clinicaospedalemanizales.com (anexo 22) y EPS Sanitas notificacionesjudiciales@keralty.com (anexo 23).

Los términos correspondientes les corrieron de la siguiente manera:

Recepción de correo electrónico: 24 de enero de 2023

Dos (2) días ley 2213 de 2022: 25 y 26 de enero de 2023

Notificación efectiva: 27 de enero de 2023

Veinte (20) días de traslado: Del 30 de enero al 24 de febrero de 2023

Días inhábiles: 29 y 29 enero, 4, 5, 11, 12, 18 y 19 de febrero de 2023

Dentro del término legal, solo la codemandada Clínica Ospedale Manizales, presentó escrito de contestación (21 de febrero de 2023), en donde formuló excepciones de mérito, solicitó ampliación de los términos para la presentación del dictamen pericial (anexo 24 fls.2 al 61), y además, realizó llamamiento en garantía de la aseguradora Chubb Seguros Colombia S.A. (anexo 24 fls. 870 al 873)

En la fecha, 27 de febrero de 2023, remito la actuación al señor Juez para resolver lo pertinente.

ÁNGELA IVONNE GONZÁLEZ LONDOÑO
SECRETARIA



REPUBLICA DE COLOMBIA
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO
Manizales, diez (10) de marzo de dos mil veintitrés (2023)

PROCESO : VERBAL - RESPONSABILIDAD MEDICA
RADICADO : 17-001-31-03-002-2022-00252-00
DEMANDANTE : OLGA DIANA BUITRAGO
 LUISA FERNANDA JIMENEZ BUITRAGO
 OSCAR FERNANDO JIMENEZ ESTRADA
DEMANDADA : CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A.
 EPS SANITAS S.A.S.

Auto I. # 176-2023

En el presente proceso, los codemandados Clínica Ospedale Manizales S.A. y EPS Sanitas S.A.S. se notificaron a través del Centro de Servicios de los Juzgados Civil Familia de esta municipalidad, a los correos electrónicos aportados con el escrito de demanda, en calenda del 24 de enero de hogaño, allegando las correspondientes constancias, así: Clínica Ospedale Manizales juridica@clinicaospedalemanizales.com (anexo 22) y EPS Sanitas notificacionesjudiciales@keralty.com (anexo 23), cuyos términos de traslado corrieron conforme se avizora en la constancia secretarial que antecede.

Dentro de los términos legales (21 de febrero de 2023), la Clínica Ospedale Manizales aportó contestación a la demanda en donde formuló excepciones de mérito, solicitó ampliación de los términos para la presentación del dictamen pericial (anexo 24 fls.2 al 61), y además, realizó llamamiento en garantía de la aseguradora Chubb Seguros Colombia S.A. (anexo 24 fls. 870 al 873), en consecuencia, su escrito de contestación se admite conforme a lo normado en el Art. 96 del C.G.P.

Así las cosas, en virtud a que el llamamiento en garantía cumple con lo consagrado en el artículo 64 del C.G.P., se admite el mismo, y se tramitará según lo consagrado en el artículo 66 de la obra adjetiva, esto es, se le notificará de forma personal y se le correrá traslado por veinte (20) días, concluyendo esta determinación judicial con la advertencia contenida en el articulado anteriormente mencionado, de tener por ineficaz el llamamiento en garantía si no se realiza dentro de los seis (6) meses siguientes a la notificación de este auto.

Ahora, no resulta procedente tener por notificada a la entidad llamada en garantía conforme a los documentos anexos, pues solo mediante esta providencia se está admitiendo y verificando el referido llamado; por tanto, deberá realizarse en debida forma el acto de enetramiento a la entidad de seguros convocada.

Caso contrario sucedió con la EPS Sanitas, que según la notificación realizada al correo electrónico aportado notificacionesjudiciales@keralty.com (anexo 23), no efectuó pronunciamiento alguno dentro del término legal,. Sin embargo, consultado el certificado de existencia y representación legal de dicha entidad en la página web RUES, arrojó que el correo de notificaciones judiciales es notificajudiciales@keralty.com, evidenciando diferencia con respecto a la primera, en efecto el certificado indica:



Dirección para notificación judicial: Ac 100 No. 11B-95
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: notificajudiciales@keralty.com
Teléfono para notificación 1: 6016466060
Teléfono para notificación 2: No reportó.
Teléfono para notificación 3: No reportó.

Bajo esta óptica, comprobado el correo electrónico de notificaciones judiciales de la EPS Sanitas, provendrá realizar una nueva, a través del Centro de Servicios para los Juzgados Civil Familia, acto que se dirigirá al correo notificajudiciales@keralty.com. Por la secretaria del despacho, se ordena proceder de conformidad, con la salvedad de que compete a la parte interesada, estar al pendiente de su consumación, so pena de hacerse acreedora a lo dispuesto en el art. 317 del C.G.P., para lo cual, una vez finiquitado dicho acto, deberá ser adjuntada la constancia tocante al dossier por parte del área asignada.

Concluyendo, que una vez se encuentre totalmente integrada la litis, se les correrá traslado de las excepciones propuestas y lo relacionado con el llamamiento en garantía.

De otro lado, en relación a la solicitud de conceder un plazo razonable para la presentación de dictamen pericial por “*especialidad en cirugía general*” por parte de la demandada Clínica Ospedale Manizales S.A., por resultar procedente, a la misma se accede, y se otorgará el termino de veinte (20) días, los cuales comenzaran a correr, a partir del día siguiente a la publicación por estado del presente proveído, ello en atención de lo previsto en el artículo 227 del CGP

Finalmente, se reconoce personería procesal al abogado Byron David Tobón Patiño identificado con C.C1.053.808.594 y T.P. 346.730 del C.S. de la J., para que actúe en nombre y representación de la Clínica Ospedale Manizales S.A. de conformidad con el poder a él conferido.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Manizales, Caldas, **RESUELVE**

PRIMERO: Téngase por debidamente notificada la demandada Clínica Ospedale Manizales S.A., en el presente asunto.

SEGUNDO: Téngase por contestada la demanda por parte de la Clínica Ospedale Manizales S.A., dentro del presente proceso Verbal de Responsabilidad Civil Médica, promovido por Olga Diana Buitrago y otros, en contra de EPS Sanitas y otros.

TERCERO: Admitir el Llamamiento en Garantía formulado por la Clínica Ospedale Manizales S.A. a la empresa aseguradora Chubb Seguros Colombia S.A.

CUARTO: Se requiere a la parte demandada llamante en garantía, para que en el término legal proceda con la notificación de la entidad llamada, so pena de aplicar las consecuencias del artículo 66 del CGP.

QUINTO: Se ordena la notificación personal a la codemandada EPS Sanitas, al correo electrónico señalado en la parte considerativa, la cual se efectuará directamente a través del Centro de Servicios para los Juzgados Civil Familia. Por la secretaria del despacho, se ordena proceder de conformidad, con la salvedad de que compete a la parte interesada, estar al pendiente de su consumación, so pena de hacerse acreedora a lo dispuesto en el art. 317 del C.G.P., para lo cual, una vez finiquitado dicho acto, deberá ser adjuntada la constancia al dossier por parte del área asignada.



SEXTO: Se accede a la solicitud elevada por la demandada Clínica Ospedale Manizales S.A., de conceder un plazo razonable para la presentación de dictamen pericial por “*especialidad en cirugía general*”, y en consecuencia, se otorgará el termino de veinte (20) días, los cuales comenzaran a correr, a partir del día siguiente a la publicación por estado del presente proveído.

SÉPTIMO: Una vez se encuentre totalmente integrada la litis, se les correrá traslado de las excepciones propuestas.

OCTAVO: Reconocer Personería procesal al abogado Byron David Tobón Patiño identificado con C.C1.053.808.594 y T.P. 346.730 del C.S. de la J., para que actúe en nombre y representación de la Clínica Ospedale Manizales S.A. de conformidad con el poder a él conferido.

NOVENO: Se les recuerda a las partes el deber que les asiste de remitir a los demás sujetos procesales de todos los escritos que presenten al proceso, con la excepción de medidas cautelares; ello, de conformidad con lo establecido en el numeral 14 del art. 78 del C.G.P. y el art. 3 de la Ley 2213 de 2022.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

JORGE HERNÁN PULIDO CARDONA
JUEZ

ARQ

Firmado Por:
Jorge Hernan Pulido Cardona
Juez
Juzgado De Circuito
Civil 002
Manizales - Caldas

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **ab7fe8beae53b7deace19ac0d523626f63242b149124027295b83908af440ab4**

Documento generado en 10/03/2023 04:29:46 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>