

Bogotá, Noviembre de 2022

Señores.

CORTÉS RUEDA ABOGADOS ASOCIADOS

Dra.

ISABEL CORTÉS RUEDA

Apoderada de la parte actora

E. S. D.

| | |
|------------------------|--|
| REFERENCIA | CONCEPTO PERICIAL MÉDICO |
| | ESPECIALIDAD AUDITORIA MÉDICA DE CALIDAD |
| TIPO DE PROCESO | CIVIL DE RESPONSABILIDAD MÉDICA |
| DEMANDANTE | LEYDI LANDINES LÓPEZ y OTROS |
| DEMANDADO | COMPENSAR EPS y OTROS |

I. MOTIVO DE LA PERITACIÓN

Peritaje para ser aportada al proceso de la referencia y según solicitud del apoderado judicial de la Sra. **LEYDI LANDINES LÓPEZ**, parte demandante en el proceso, quien acompaña dicha solicitud con un cuestionario que contiene preguntas generales y otras particulares aplicadas al proceso de atención de salud que fue brindado a dicha Usuaría, en número de dieciséis (16) para que nuestro médico especialista le diera respuesta.

II. DOCUMENTOS RECIBIDOS Y ANALIZADOS

Nos permitimos precisar la documental que nos fue aportada para la elaboración pericial, así:

- 1. HISTORIA CLÍNICA** de la EPS COMPENSAR, con las atenciones de salud brindadas a la Usuaría Sra. **LEYDI LANDINES LÓPEZ**, junto con sus anexos. Archivo Nro. 1 con 901 páginas.

IMÁGENES DE DIAGNÓSTICO / Las referidas en la HC (lectura de imagenología convencional, TAC y RNM)

III. TÉCNICA EMPLEADA PARA LA PERITACIÓN

- Análisis de la documental allegada para estudio, en su totalidad, aplicando los conocimientos propios de la especialidad médica de ortopedia y traumatología, con base en la literatura médica con MBE sobre el tema objeto de la peritación cual es, en lo propio de la especialidad médica de ortopedia y trauma para lo cual precisamos de asesor temático:
- MALALINEAMIENTO PATELOFEMORAL
- INDICACIÓN QUIRÚRGICA Y COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN RODILLA (RIESGO PREVISTO por CONDROPLASTIA DE ABRASION PARA ZONA PATELAR POR ARTROSCOPIA - RELAJACION DE RETINACULO LATERAL MAS OSTEOTOMIA DE REALINEACION MAS PLICATURA E IMPLANTES STOCK BIOART: 2 TORNILLOS CORTICALES 4.5 X 42 Y 50).
- LESIÓN DE NERVIO CIÁTICO POPLITEO EXTERNO-PERONERO, POSTERIOR A CIRUGÍA DE RODILLA
 - El tema relativo a las obligaciones legales y deontológicas que le son de suyo al médico especialista quirúrgico, previo al desarrollo de cada acto quirúrgico como lo es:
- EL DEBER LEGAL DE LA INFORMACION Y LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se revisó a la luz de lo normado desde la Ley 23 de 1981 y las sucedáneas a ella, así como lo dicho en su sentido por la jurisprudencia nacional. Incluimos en la revisión lo normado por el sistema único de habilitación que integró como un elemento de seguridad con la atención al consentimiento informado y lo incluyo en uno de sus estándares.

Se elaboró el informe escrito, conforme con lo exigido por el Código General del Proceso (CGP), cual cumple y sin excepción con los elementos de forma y de contenido mínimos que este ha de contener.

Selección del perfil del médico especialista para que hiciera la ponencia.

Si bien es cierto que la atención médico- quirúrgica de la cual devino el daño que motiva al abogado a iniciar su acción legal, fue provista por médico especialista en ortopedia y trauma, también lo es que a solicitud del abogado que petitionó el pericial de parte y correspondiéndose lo acaecido en la paciente Leydi LANDINES con el concepto de “complicación”, se versará especialmente sobre la calidad con la atención brindada y sobre el cumplimiento y observancia de las obligaciones legales y deontológicas del profesional médico y de la institución donde se realizó el procedimiento quirúrgico. Por ello seleccionamos un médico especialista administrativo, con experticia en coordinación y gerencia de salas de cirugía así como en auditoría médica de calidad.

IV. COMPETENCIA, IDONEIDAD Y EXPERIENCIA DEL PERITO

DATOS PERSONALES

Nombre: **MIGUEL ÁNGEL CASTRO FLORIÁN**

CC 79.308.804

Cirujano General

Universidad Nacional de Colombia

Tarjeta profesional 12137/2010

Teléfono 3002754505; [Correo: Zeus94castro@hotmail.com](mailto:Zeus94castro@hotmail.com)

PERFIL PROFESIONAL

Médico cirujano egresado de la Universidad Nacional, especialista en auditoría de calidad, medicina laboral y revisoría fiscal; con experiencia profesional mayor de veinte (20) años y aplicación práctica en lo asistencial, en lo administrativo y en lo gerencial de instituciones de salud de primero, segundo y tercer nivel de atención, así como en entidades territoriales como lo es la Secretaria de Salud de Bogotá y en otras internacionales como la Cruz Roja Colombiana.

Con sólidos conocimientos y experticia en el sistema de remisión y contra- remisión, así como en la regulación que desde el CRUE (centro de regulación de urgencias) se hace de un lado, para hacer efectivas las remisiones de niveles bajos y medios de complejidad hacía niveles altos en el Distrito y de otro lado, al regular entre instituciones de alto nivel para el desarrollo de programas complejos y de alto requerimiento de tecnología como lo es el programa de trasplantes, éste último en el nivel nacional.

Con experiencia pericial habida con la ASCOPEM, donde funge como coordinador científico- médico de la producción pericial del servicio de auditoría médica de calidad y especialidades conexas, esto desde el año 2016.

FORMACIÓN ACADÉMICA

Básica Secundaria:

Colegio Nacional Nicolás Esguerra 1.974 – 1.979
Bogotá – Colombia

Universitaria:

Universidad Nacional de Colombia 1.980 – 1.986
Bogotá – Colombia Título Médico Cirujano

Universidad de la Salle 1996-Bogotá – Colombia Título
Diplomado en Gerencia en Salud Ocupacional
Fundación Universitaria Manuela Beltrán 1.996 - 1.997
Bogotá - Colombia Título Especialista en Salud
Ocupacional
Universidad Cooperativa de Colombia diciembre 11 de
2.013 - Bogotá – Colombia
Especialización en Gerencia de la Calidad y Auditoría
en Salud
Universidad Cooperativa de Colombia Segundo
Semestre de 2.013 - Bogotá– Colombia.
Diplomado de Verificadores en Condiciones de
Habilitación. Universidad Libre de Colombia - Sede
Bogotá 2.015 – Bogotá – Colombia Especialización en
Revisoría Fiscal y Auditoría Externa

EXPERIENCIA

*Servicio Social Obligatorio - Medicatura Rural en
Servicio de Atención Médica de Urgencias S.A.M.U.
Cruz Roja Seccional Cundinamarca y Bogotá,
D.C. - Bogotá – Colombia, de mayo de 1.987 a abril de
1.988 – Atención de Pacientes en el Servicio de
Urgencias

*Director Departamental de Salud y Bienestar en Cruz
Roja Seccional Cundinamarca y Bogotá, D.C. - Bogotá
– Colombia, de junio de 1.987 a junio de 1.992, Manejo
de Programas de Promoción y Prevención del
Voluntariado de la Cruz Roja para Comunidades
Vulnerables

*Coordinador Médico de Urgencias en Servicio de
Atención Médica de Urgencias S.A.M.U. Cruz Roja
Seccional Cundinamarca y Bogotá, D.C. - Bogotá –
Colombia, de abril de 1.988 a agosto de 1.994,

Coordinar las actividades de los médicos en la Atención Médica de Urgencias

*Médico de Planta del Servicio de Urgencias del Hospital Militar Central, Bogotá – Colombia, de junio de 1.993 a abril de 1.995, Atención de Pacientes en el Servicio de Urgencias

*Codirector Científico en Asociación de Industriales y Comerciantes de la Zona Centro – ASINDUCOM, Bogotá – Colombia, de julio de 1.992 a diciembre de 1.994, Asesor en el manejo de los paquetes de 1.000 usuarios afiliados al Instituto de los Seguros Sociales

*Médico de planta en Servicio de Atención Médica de Urgencias S.A.M.U. Cruz Roja Seccional Cundinamarca y Bogotá, D.C. - Bogotá – Colombia, de agosto de 1.994 a enero de 1.998, Atención de Pacientes en el Servicio de Urgencias

*Director Científico en Asociación de Industriales y Comerciantes de la Zona Centro. ASINDUCOM, Bogotá – Colombia, de enero de 1.995 a enero de 1.998, Dirección Científica del Servicio Médico

*Coordinador Administrativo Plan Básico de Salud Ocupacional del Contrato ISS – ASINDUCOM en Asociación de Industriales y Comerciantes de la Zona Centro. ASINDUCOM, Bogotá – Colombia, de Julio de 1.995 a diciembre de 1.996

*Jefe Médico del Servicio de Atención Médica de Urgencias S.A.M.U. de la Cruz Roja Seccional Cundinamarca y Bogotá, D.C. en el Municipio de Facatativá – Cundinamarca, de febrero de 1.998 hasta septiembre de 2.000, Jefatura Médica y Administrativa del Servicio Médico

*Coordinador de la Unidad Operativa Municipal de Facatativá de la Cruz Roja Seccional Cundinamarca y Bogotá, D.C. en Facatativá Cundinamarca, de marzo de 1.998 hasta septiembre de 2.000, Coordinar la Actividad Asistencial médica y de Voluntariado de la Cruz Roja con las Autoridades Civiles, Instituciones y Entidades en el Municipio de Facatativá

*Médico de Urgencias en la Caja de Compensación Familiar y E.P.S. COMPENSAR, de Julio de 1.998 hasta Julio de 2000, Médico del Servicio de Atención Básica Ambulatoria

*Miembro del comité paritario de salud ocupacional en la Caja de Compensación Familiar y E.P.S. COMPENSAR, de enero de 1.999 hasta diciembre de 2.000, presidente encargado desde agosto de 2.000 hasta noviembre de 2.000.

*Médico de Planta del Centro Médico Funza. COLSUBSIDIO, desde febrero 1 de 2.001 hasta agosto 15 de 2005. Médico Asistencial

*Médico de Planta de I.P.S. SALUDCOOP-Facatativá. SALUDCOOP, desde agosto 13 de 2.001 hasta agosto 16 de 2005. Médico Asistencial

*Médico Servicio de Urgencias de Hospital San Rafael de Facatativá II Nivel, desde Julio de 2000 hasta el 31 de enero de 2.014. Médico Asistencial. Sin personas a cargo

*Gerente y Representante Legal de La Cooperativa de Trabajo Asociado de Profesionales en Salud COOPGALENOS, Desde octubre de 2002 hasta agosto 2 de 2005. Funciones: Dirigir, gestionar

negocios, coordinar, verificar los términos de contratación y hacer el enlace entre los cooperados y las directivas del Hospital San Rafael de Facatativá II Nivel, en las áreas de Radiología (técnicos y secretarías), Intrahospitalario, Urgencias y Consulta Externa (Médicos Generales). Enfermería (Enfermeras Jefes y Auxiliares de Enfermería). A cargo 120 personas.

* Jefe de la División de Servicios Ambulatorios y de Apoyo Terapéutico de la Clínica Universitaria Santa Catalina III y IV Nivel en Tunja, desde agosto 18 de 2005 hasta diciembre 9 de 2.008. Funciones: Dirigir, orientar, coordinar y controlar las actividades asistenciales y administrativas de los servicios ambulatorios de urgencias, consulta externa, terapia física, terapia respiratoria y los servicios de farmacia.

* Director Científico de la Clínica Universitaria Santa Catalina III y IV Nivel en Tunja, por vacaciones del titular, abril de 2.007 y diciembre de 2.007 a enero de 2.008

* Gerente y Representante Legal de La Cooperativa de Trabajo Asociado, Profesionales en Salud COOPGALENOS, Desde mayo 01 de 2.008 hasta mayo 31 de 2.010. Funciones: Dirigir, coordinar, verificar los términos de contratación y hacer el enlace entre los cooperados y las directivas del Hospital San Rafael de Facatativá II Nivel, en las áreas de Intrahospitalario, Urgencias y Consulta Externa (Médicos Generales). Enfermería (Enfermeras Jefes) a cargo de 70 personas.

* Médico Modulador del Programa de Trasplante e Implante de Órganos de la Secretaria de Salud de Bogotá, desde octubre 01 de 2.009 hasta el 31 de

octubre de 2.012. Funciones Modular las acciones tendientes a facilitar el Trasplante e Implante de Órganos y Tejidos de los pacientes del área de influencia de la Coordinación Regional 1 de la Secretaría de Salud de Bogotá

* Médico Especialista en Salud Ocupacional en IPS Arcángeles desde octubre 1 de 2.010 hasta el 30 junio de 2.014. Funciones evaluar desde el punto de vista médico-ocupacional la condición de salud de los pacientes que han tenido un Accidente de trabajo o Enfermedad Profesional, emitir conceptos escritos y participar en las Juntas de Evaluaciones de pacientes por Afecciones Profesionales, además realizar exámenes médicos ocupacionales de ingreso, periódicos o de egreso. Sin personas a cargo.

*Coordinador Servicio de Urgencias, Hospital San Rafael de Facatativá II Nivel, desde abril de 2.011 hasta el 07 de febrero de 2.012. Funciones: orientar, coordinar y controlar las actividades asistenciales y administrativas de los servicios ambulatorios de urgencias. A cargo 30 personas.

*Subgerente Servicios de Salud, Hospital San Rafael de Facatativá II Nivel, desde febrero 08 hasta el 13 de agosto de 2.012. Funciones: dirigir, orientar y controlar las actividades asistenciales y administrativas de los servicios de atención en salud: Ambulatorios (Consulta externa y Urgencias); Hospitalización (Convencional, Unidades de Cuidado Intensivo para Adultos y Neonatal); Salas de Cirugía, Parto - Unidad de Alta Dependencia Obstétrica y Apoyo Diagnóstico (Laboratorio Clínico – Imágenes Diagnósticas) y Apoyo Terapéutico (Farmacia, Banco de sangre, Terapia). Además, dirección y control de los convenios Docencia – Servicio con instituciones Educativas del área de la

salud. A cargo 4 líderes de los Servicios Asistenciales, los profesionales, técnicos, tecnólogos y personal de apoyo de los servicios de salud del Hospital (aproximadamente 250 personas).

* Líder (director) del servicio de Salas de Cirugía, Partos - Unidad de Alta Dependencia Obstétrica, Hospital San Rafael de Facatativá II Nivel, desde agosto 14 de 2.012 hasta el día 4 de noviembre de 2.012. Funciones: orientar, coordinar y controlar las actividades asistenciales y administrativas de los servicios de Salas de Cirugía, Salas de Parto y de la Unidad de Alta Dependencia Obstétrica. Además, coordinación de los convenios Docencia – Servicio con instituciones Educativas del área de la salud.. A cargo 40 personas.

*Gerente y Representante Legal de la empresa AUDITORES CASTRO Y CASTRO S.A.S. desde 01 de febrero de 2.014 hasta el momento. Funciones: Dirigir, coordinar, orientar, elaborar, verificar y analizar las actividades asistenciales realizadas por los profesionales y técnicos de la salud en el Hospital San Rafael de Facatativá II Nivel; para lo cual se realizan actividades de Auditoría de Concurrencia, Auditoría del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, Sistema de Información para la Calidad y los Planes de mejoramiento para la Calidad. A cargo 5 personas.

*Coordinador Servicio de Urgencias, Hospital San Rafael de Facatativá II Nivel, desde marzo 19 de 2.015 hasta noviembre 17 de 2.015. Funciones: orientar, coordinar y controlar las actividades asistenciales y administrativas de los servicios ambulatorios de urgencias. A cargo 30 personas.

*Auditor Médico de Calidad en la Subgerencia Servicios de Salud, Hospital San Rafael de Facatativá II Nivel, desde abril 15 hasta el 20 de octubre de 2.016. Funciones: orientar y controlar las actividades asistenciales y administrativas de los servicios de atención en salud: Ambulatorios (Consulta externa y Urgencias); Hospitalización (Convencional, Unidades de Cuidado Intensivo para Adultos y Neonatal); Salas de Cirugía, Parto - Unidad de Alta Dependencia Obstétrica y Apoyo Diagnóstico (Laboratorio Clínico – Imágenes Diagnósticas) y Apoyo Terapéutico (Farmacia, Banco de sangre, Terapia). Además, dirección y control de los convenios Docencia – Servicio con instituciones Educativas del área de la salud. A cargo 4 líderes de los Servicios Asistenciales, los profesionales, técnicos, tecnólogos y personal de apoyo de los servicios de salud del Hospital aproximadamente 250 personas.

*Líder Servicio de Salas de Cirugía, Parto - Unidad de Alta Dependencia Obstétrica, Hospital San Rafael de Facatativá II Nivel, desde Julio 06 de 2.016 hasta el momento. Funciones: orientar, coordinar y controlar las actividades asistenciales y administrativas de los servicios de Salas de Cirugía, Salas de Partos y de la Unidad de Alta Dependencia Obstétrica. Además, coordinación de los convenios Docencia – Servicio con instituciones Educativas del área de la salud. A cargo 40 personas.

*Médico de Contrato de CAMAN – Madrid, para la FUERZA AEREA COLOMBIANA – FAC, desde abril 01 de 2.016 hasta diciembre 24 de 2.016. Médico Asistencial de Consulta Externa y de Consulta Prioritaria.

*ASCOPEM. Coordinador Médico, peritajes de auditoría médica y de calidad, así como de especialidades conexas. Desde 2016 hasta la fecha.

- **ASESOR TEMÁTICO.**

Para el perito ponente fue necesario el precisar de un asesor médico especializado en ortopedia y trauma, para conocer lo propio de la atención brindada a la paciente Leydi LANDINES desde la especialidad de ortopedia y trauma, la indicación quirúrgica, la técnica quirúrgica y las complicaciones de probable ocurrencia con la misma, cuyo perfil profesional se cita a continuación. Médico Ortopedista y Traumatólogo con más de 15 años de experiencia con aplicación práctica en escenarios asistenciales en instituciones de bajo, mediano y alto nivel de complejidad en Colombia y en España. Actividad como docente y como médico perito con la ASCOPEM desde noviembre de 2017. Coordinador de peritajes del servicio de ortopedia y traumatología de la misma organización médica quien firma abajo, en los asistentes a la ponencia pericial.

V. JURAMENTO

Manifiesto bajo juramento, que se entiende prestado con la firma de este documento, que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de impedimento para actuar como perito en el respectivo proceso, acepto el régimen jurídico de auxiliares de la justicia, que poseo la formación académica y experticia profesional para rendir esta opinión pericial. No tengo ningún grado de consanguinidad o parentesco con ninguna de las partes inmersas en este proceso.

De igual forma manifiesto bajo juramento que he actuado leal y fielmente en el desempeño de esta labor, que la opinión pericial que me permito rendir corresponde a mi real convicción profesional, experiencia, con objetividad e imparcialidad en todos mis actos, sin injerencia de ninguna de las partes.

VI. SINOPSIS DE LA ATENCIÓN

(Resumen elaborado conforme con los registros asistenciales aportados para la peritación)

Se trata de una paciente que para la data de febrero de 2018 contaba con 36 años y tenía como antecedentes de importancia, el haberse realizado cirugía de etmoidectomía anterior y posterior y turbinoplastia por sinusitis en el año 2006, asma bronquial, enfermedad ácido péptica y cirugía de resección de quiste ovárico; G2P2 A0, alérgica a la Dipirona y madre DM T2.

Para enero de 2013 consulta por lumbago y en abril del mismo año por dolor en pie y planta de pie MII que se considera como Tendinitis Aquiliana y se trata como tal, en septiembre de 2014 le es diagnosticado síndrome de túnel carpiano, sinovitis y tenosinovitis en MSD, descartándose el túnel carpiano en Diciembre del mismo año; para octubre de 2015 inicia consulta por dolor en rodilla, le solicitan radiología convencional y por gonalgia izquierda remiten al servicio de ortopedia. Valorada en primera oportunidad por el servicio de ortopedia en noviembre de 2015, se considera cursa con trastorno del menisco rodilla MII, debido a desgarró o lesión antigua y solicitan RNM cual es valorada en Diciembre del mismo año y se hace el diagnóstico de lateralización de la rótula con artrosis patelo femoral izquierda, siendo manejada con terapia física y dándole recomendaciones. Ya para ese momento había sido diagnosticada como paciente con sobrepeso e incluso, en cita médica realizada el 30 de diciembre de 2015, se la diagnostico como obesa por exceso de calorías.

Reconsulta para Marzo de 2016 por dolor en la rodilla izquierda posterior a “esfuerzo para levantarse”, consideran tendinitis patelar y bursitis, dejan con terapia física e inter consultan la paciente con el servicio de ortopedia que, valorándola en julio de 2016 considera presenta

trastornos rotulo femorales brindándole manejo orientado a controlar el dolor, analgésicos vía oral y terapia física.

Para el mes de octubre de 2016 la paciente consulta nuevamente por el servicio e ortopedia manifestando que no cede su dolor y que, además, presenta “bloqueos” en su rodilla izquierda, le es solicitado TAC de rotulas y se hace como observación “mal alineamiento” patelofemoral. El TAC reportó mal alineamiento patelofemoral, osteofitos y pérdida del espacio articular, con lo que es llevada a Junta Médica para determinar tratamiento.

En Junta Médica y por el decir subsiguiente, le fue programado procedimiento quirúrgico en su rodilla izquierda para la data del 10 de febrero de 2018, cuyo informe quirúrgico dio cuenta que no se presentaron complicaciones. Se transcribe del informe:

...“Hallazgos ...Mal alineamiento patelofemoral condromalacia GIII-IV patelar. Descripción Incision a nivel de la cresta iliaca izuiqerda incision de musculatura se disea la cresta y se expone, se obtiene injerto triangular bicortical. lavado, cierre de musculatura abdominal , piel. Previa asepsia antisepsia abordaje artroscopico convencional. se realiza sinovectomia anterior, se revisan meniscos los cuales estan normales y estables. se observa la patela encontrando leison condral GIII_IV se realiza condroplastia abrasion y estabilizaicon de bordes condrales. por portal supero externo se observa lateralizaicon patelar. se realiza liberacion del retinaculo lateral. , aun persiste leve lateralizacion. se realiza inciison a nivel de tuberosidad tibial anterior, se disea el tendon patelar, se realiza osteotomia de esta tuberosidad medializandola. se coloca el injerto de cresta y se fija con tornillos corticales numero 2 . fijacion excelente. lavado se observa medializacion patelar. lavado cierre de piel colocaicon de vendajes y se cubre la cresta iliaca. no complicaciones.” (Ver HC pág 185)

Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron:

Procedimientos Quirúrgicos:

0000814725 CONDROPLASTIA DE ABRASION PARA ZONA PATE LAR POR ARTROSCOPIA

0000814705 RELAJACION DE RETINACULO LATERAL MAS OST EOTOMIA DE REALINEACION MAS PLICATURA D

Observaciones IMPLANTES STOCK BIOART: 2 TORNILLOS CORTICALES 4.5 X 42 Y 50 (Ver HC pág 185)

Realizado el procedimiento quirúrgico, la paciente presenta una evolución tórpida y en terapias realizadas, ya para marzo de 2018 presenta:

...

Dolor MANIFIESTA DOLOR EN TODA LA RODILLA IZQUIERDA Y CUELLO DE PIE DE 8/10 ESCALA ANALOGA VERBAL CONSTANTE AUMENTA AL INTENTAR MOVIMIENTO

Espasmos musculares A NIVEL DE REGION GEMELAR

Puntos gatillo REACTIVOS A NIVEL INFRAPATALAR PANTORILLA CUELLO DE PIE

Fuerza CADERA :GLUTEO MEDIO 3/5 MAYOR 3+/5 PSOAS ILIACO 3/5 ADDUCTORES 2+/5 RODILLA VASTO MEDIAL 1+/5 VASTO EXTERNO 2/5 RECTO ANTERIOR 2/5 ISQUIOTIBIALES 2/5. CUELLO DE PIE TIBIAL ANTERIOR PERONERO LATERAL 1/5 GASTROSOLEOS 1+/5

Flexibilidad MARCADAS RETRACCIONES A NIVEL ISQUIOTIBIAL CUADRICEPS , CINTILLA ILIOTIBIAL GASTROSOLEOS PERONEROS Sensibilidad DISESTESIAS ANIVEL DE PRIMER ARTEJO

Tono muscular NORMAL

Movilidad articular CADERA COMPLETA CON DOLOR ULTIMOS GRADOS DE ABDUCCION Y ROTACION EXTERNA. RODILLA FLEXION ACTIVA 60 ° PASIVA 67° EXTENSION DE -8° CUELLO DE PIE DORSIFLEXION NO REALIZA PLANTIFLEXION COMPLETA. DISMINUCION EN LA MOVILIDAD DE LOS DEDOS Propiocepción ALTERADA NO APOYO Otros MARCHA CON MULETAS 3 PUNTOS DOS TIEMPOS (RESTRICCION DE APOYO POR ORTOPEDIA) PRESENTA PUNTOS DE ARTROSCOPIO EN BUENAS CONDICIONES , HERIDA QUIRURGICA A NIVEL DE ESPINA ILIAC ANTEROSUPERIOR DE DONDE SACAN INJERTO EN BUENAS CONDICIONES . HERIDA QUIRURGICA EN TERCIO SUPERIOR EXTERNO DE LA PANTORILLA DE 5 CM EN BUENAS CONDICIONES . PACIENTE PRESENTA ATROFIA MUSCULAR DEL CUADRICEPS MEDIDA COMPARATIVA PIERNA DERECHA 44 CM IZQUIERDA 48 CM" (Ver HC pág 223- 224)

Para el mes de junio de 2018 a la paciente se le confirma lesión de nervio periférico, veamos Electromiografía de Miembros Inferiores (EMG), cual fuera solicitada por cuadro clínico exhibido con posteridad al procedimiento quirúrgico realizado con pie caído MII, dolor:

..."Caída de la amplitud de los potenciales de acción motor de Peronero izquierdo Ausencia de respuesta del potencial sensitivo de peronero superficial izquierdo El resto de amplitudes, latencias motoras y velocidades de conducción motora correspondientes de los nervios examinados en miembros inferiores son normales. Las latencias sensitivas del nervio sural bilateral y Peronero Superficial derecho, son normales. La exploración con aguja monopolar mostro silencio eléctrico en el reposo con reclutamiento disminuido de unidades motoras Conclusiones: ESTUDIO ANORMAL COMPATIBLE CON LESION PARCIAL MODERADA A SEVERA DEL NERVIO CIATICO POPLITEO EXTERNO IZQUIERDO, AXONAL, NO ACTIVA, SIN EVIDENCIA DE REINERVACION AL MOMENTO DEL EXAMEN.....Dx. Lesión del Nervio Ciático" (Ver HC pág 98)

Así, para el 20 de junio de 2018 y en consulta especializada, se hace lectura del examen de EMG y se la diagnostica como Lesión del Nervio Ciático-Popliteo Externo. Se decide para ella:

..."Conducta: paciente con POP de cirugía de mal alineamiento patelo femoral que presenta lesión parcial moderada a severa del nervio ciático poplíteo externo izquierdo , se recomienda seguir con las terapias físicas , como objetivo de estiramiento de musculatura posterior , mejorar la fuerza del pie izquierdo mejorar el patrón de marcha"

(Ver HC pág 98)

Para mayo de 2019 en estudio de neuro- conducción de miembros inferiores se encuentra lesión parcial de peroneo izquierdo.

La evolución clínica de la paciente es hacia el deterioro y presenta pluri- patología de tal manera que en época posterior al momento quirúrgico es valorada en Junta Médica para efecto de tomar las decisiones terapéuticas, así en noviembre de 2021 hallamos la siguiente descripción y análisis médico sobre el caso

...." **JUNTA MEDICA MEDICINA ESPECIALIZADA** Y CASO PACIENTE *Subjetivo* : JUNTA MEDICA FISIATRIA SOMHER DRA. ANDREA ESPINAL DRA. MARIANA CARRION DRA. ADRIANA CARDENAS PACIENTE CON ANTECEDENTE DE LESION DEL NERVIO CIATICO POPLITEO EXTERNO IZQUIERDO DURANTE REALINEAMIENTO DE ROTULA IZQUIERDA FEBRERO 2018 , ANTECEDENTE TVP MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, GONARTROSIS . REFIERE DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO DE CADERA A CUELLO DE PIE, ASOCIADA A DEBILIDAD, Y OCASIONAL LIMITACION FUNCIONAL, REFIERE AUMENTO DE RESTRICCION DE MOVILIDAD CON MARCHAS PROLONGADAS. ACTUALMENTE REALIZANDO MARCHA CON AYUDA DE BASTON CANADIENSE. EN MANEJO ACTUAL CON GABAPENTIN 300 MG 1 TABLETA CADA 12 HORAS, TRAMADOL 5 GOTAS CADA 8 HORAS, INDICADO POR CLINICA DE DOLOR. ACTUALMENTE EN MANEJO POR PSIQUAITRIA POR SINDROME DEPRESIVO EN ESPERA DE INICIAR MANEJO FARMACOLOGICO REFIERE QUE SIN TOMA DE MEDICAMENTOS REFIERE DOLOR 10/10, CON TOMA DE MEDICAMENTOS 8/10. EL 19 DE JULIO 2021 CLINICA DE DOLOR REALIZA BLOQUEO SIN MEJORIA. PENDIENTE CONTROL . HA RECIBIDO MANEJO CON TERAPIA FISICA EN IPS RANGEL CON POCA MEJORIA. EL DIA DE MAÑANA INICIA HIDROTERAPIA. CALIFICACION DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL POR JUNTA NACIONAL (FEB 2021): 45.25%, DONDE INCLUYEN: 1.#TRASTORNO ROTULO FEMORALES 2.#CONDROMALACIA 3.#LESION DEL NERVIO CIATICO POPLITEO EXTERNO 4.#TRASTORNO DE ANSIEDAD 5.#BURSITIS DE TROCANter 6.#EPISODIO DEPRESIVO MODERADO 7.#SINDROME DE MANGUITO ROTADOR (SIN LATERALIDAD) EL DIA DE HOY TRAE: -#RMN RODILLA IZQUIERDA (26 SEP 2021): TENDENCIA PATELA ALTA, PATELA TIPO 2, CAMBIOS DEGENERATIVOS PATELOFEMORALES CON FORMACIONES OSTEOFITICAS Y CAMBIOS POSTOPERATORIOS, OSTEOTOMIA PROXIMAL Y ANTERIOR DE TIBIA CON SIGNOS DE CONSOLIDACION IMNOVILIZADA CON ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS, LEVE IRREGULARIDAD DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR. -#EMG/NCV M INFERIORES (MAYO 2019): LESION PARCIAL PERONERO IZQUIERDO. - RMN COL LUMBOSCARA (MAYO 2021): DISCOPATIA L5-S1 CON ABOMBAMIENTO ASIMETRICO DERECHO NO COMPRESIVO. *Objetivo* : ARCOS DE MOVILIDAD PASIVOS CONSERVADOS, PATRONES MOTORES CONSERVADOS, FUERZA GLOBAL 4/5, EXCEPTO DORSIFLEXION IZQUIERDA 3+/5, DOLOR EN PARAESPINALES LUMBARES BAJOS Y GLUTEOS , MARCHA INDEPENDIENTE EN DISTANCIAS CORTAS CON DISMINUCION DE APOYO EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO. EN MOVILIZACION DE HOMBRO DERECHO HAY DOLOR PARA ROTACIONES SIN CLAROS SIGNOS DE PINZAMIENTO. *Análisis* : SE TRATA DE PACIENTE CON HISTORIA CLINICA ANOTADA, ACTUALMENTE EN PROGRAMA OSTEOARTICULAR EN IPS RANGEL, EN ESPERA DE DEFINIR REEMPLAZO TOTAL RODILLA IZQUIERDA SEGUN REFIERE LA PACIENTE, CON CALIFICACION DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL POR JUNTA NACIONAL (FEB

2021): 45.25%. SE BENEFICIA DE MANEJO LOCAL A NIVEL LUMBAR, SE DAN RECOMENDACIONES DE CONTROL DE PESO, ESTILO DE VIDA, ACTIVIDAD FISICA REGULAR. Plan: SE INDICA: - VALORACION POR NUTRICION. - INFILTRACION PARAESPINALES LUMBARES BAJOS 4 PUNTOS - CONTROL JUNTA MEDICA EN 3 MESES. PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA" (Ver HC pág. 841)

Como se observa la paciente evolucionó hacia el deterioro presentando pluri- patología, incluyendo patología de manejo psiquiátrico, y en este momento se halla en tratamiento por diferentes especialidades médicas; desde el punto de vista de ortopedia, sin ser la excepción, ha evolucionado también hacia el deterioro con zenda dificultad hoy para la marcha y en controles por clínica del dolor.

En cita de control en abril de 2022 por medicina física y rehabilitación se conceptúa para la paciente lo siguiente:

..."TELE CONSULTA FISIATRIA SE REALIZA CONSULTA EN FORMA VIRTUAL ME IDENTIFICO COMO: MARCELA RODRÍGUEZ, MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, IPS RANGEL. SE LE EXPLICA LOS ALCANCES DE ESTA CONSULTA, COMO FUNCIONA LA ATENCIÓN MEDIANTE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES, EL ALCANCE, EL MANEJO DE LA PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD, PACIENTE MANIFIESTA ENTENDER Y ACEPTA. SE REALIZA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA EL NUMERO: 311417778 Objetivo : PACIENTE DE 40 AÑOS. OCUPACIÓN CALL CENTER. Dx: GONARTROSIS ANTECEDENTE DE OSTEOTOMIA DE REALINEAMIENTO P-F IZQUIERDA (2018) LESION DE NERVO CIATICO POPLITEO EXTERNO IZQUIERDO S/ DOLOR TIPO PICADA EN LA RODILLA IZQUIERDA. VAS 8/10 AL ADOPTAR BIPEDA DESPUES DE SEDENTE PROLONGADO O AL SUBIR ESCALERAS. TRATAMIENTO: ANALGESICO: - ACTUAL: DICLOFENAC Y METOCARBAMOL -ANTERIOR: IBUPROFENO + METOCARBAMOL (CLINICA DEL DOLOR CLL 26 NOV/2021) - BLOQUEO DE N. GENICULADOS RODILLA IZQUIERDA JUL/2021 SIN BENEFICIO Y CON EFECTO NEGATIVO. REHABILITACION: - FINALIZO EN DIC/2021 CICLO DE HIDROTERAPIA 12 SESIONES, SIN CAMBIOS O BENEFICIO ANALGESICO. - FINALIZO EN DIC/2021 EL PROGRAMA DE REHABILITACION OA EN IPS RANGEL SIN BENEFICIO A NIVEL ANALGESICO Y/O FUNCIONAL. - HA REALIZADO MULTIPLES CICLOS DE FST EN IPS PRIMARIA, SIN BENEFICIO ÚLTIMO EN ABR/2021. - REALIZA PLAN CASERO INTERDIARIO UNICAMENTE BICICLETA FIJA. PARACLINICOS: - RM CLS MAY/2021: DISCOPATÍA L5-S1 CON ABOMBAMIENTO ASIMÉTRICO DERECHO NO COMPRESIVO DEL DISCO INTERVERTEBRAL - RM RODILLA IZQUIERDA FEB/2021: CAMBIOS QUIRRUGICOS DE OSTEOTOMIA CONSOLIDADA EN LA TUBEROSIDAD ANTERIOR DE LA TIBIA FIJADA CON MATERIAL DE OSTEOSINTESIS. TENDENCIA A LA PATELA ALTA LATERALIZADA, PUEDE ESTAR RELACIONADA CON MAL ALINEAMIENTO. TENDENCIA AL APLANAMIENTO DEL SURCO TROCLEAR CON REMODELACION DE LA SUPERFICIE, SUGIERE DISPLASIA CONSILAR. CAMBIOS DEGENERATIVOS SECUNDARIOS TRICOMPARTIMENTALES CON FORMACION DE OSTEOFITOS MARGINALES E IRREGULARIDAD DEL CARTILAGO ARTICULAR EN LOS CONDILOS FEMORALES Y LESIONES CONDRALES LATERALES EN LA PATELA. ENGROSAMIENTO DEL LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL, ESCASO LIQUIDO ARTICULAR SIN FRANCO DERRAME." (Ver HC pág. 878)

En última evolución médica de HC aportada de Compensar - esto para noviembre de 2022 -, cual me fue aportada para desarrollar mi actividad pericial, se encuentra que:

....“*Subjetivo* : DEBIDO A LA PANDEMIA DE COVID 19 Y PARA EVITAR SU DISEMINACION EN LA POBLACION DE BOGOTA, SE AUTORIZÓ POR PARTE DE COMPENSAR EPS LA REALIZACION DE LA TELECONSULTA POR PARTE DE SOMHER SAS IPS. PACIENTE CON CITA DE FISIATRÍA PROGRAMADA PARA EL DIA 30 NOVIEMBRE 2022 , SE REALIZA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA AL NÚMERO 3112417778. PACIENTE ACCEDE A TOMAR EL SERVICIO DE TELEORIENTACIÓN, CON LAS LIMITACIONES QUE ESTO REPRESENTA. *Objetivo* : CONTROL IDX GONARTROSIS KELLGREN Y LAWRENCE GRADO 2 BILATERAL. ANTECEDENTE DE OSTEOTOMÍA DE REALINEAMIENTO P-F IZQUIERDA (2018) LESIÓN DE NERVIO CIÁTICO POPLÍTEO EXTERNO IZQUIERDO ÚLTIMA VALORACIÓN 12 08 22 SE REPORTÓ EN SEGUIMIENTO GRUPO DE OA IPS RANGEL, Y JUNTA FISIATRÍA SOMHER CURSANDO CON CUADRO DE DOLOR EN CUELLO DE PIE IZQUIERDO, ASOCIADO A SENSACIÓN DE INESTABILIDAD Y EDEMA, NO RESPUESTA A INFILTRACIONES. CON EVIDENCIA EN RNM DE ADELGAZAMIENTO SIGNIFICATIVO DE LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALINO ANTERIOR. COALICIÓN FIBROSA CALCANEONAVICULAR. SE INDICÓ VAL POR ORTOPEDIA PIE, TERAPIA FÍSICAFOCO ESTABILIZADORES CUELLO DE PIE. CONTROL CON CONCEPTO ORTOPEDIA. EL DÍA DE HOY PACIENTE REFIERE ASISTIÓ A TERAPIA FÍSICA CON EMPEORAMIENTO DE SÍNTOMAS. PENDIENTE VALORACIÓN POR ORTOPEDIA (MAÑANA). VENCIMIENTO DE ORDEN MÉDICA PARA BASTÓN CANDIENSE, SOLICITA RENOVACIÓN DE DICHA ORDEN. EN SEGUIMIENTO POR IPS RANGEL POR GONARTROSIS. VALORADA POR CLÍNICA DEL DOLOR (10 11 22) QUIEN INDICA PARCHES DE LIDOCAÍNA, ACETAMINOFÉN, NO CONSIDERA BENEFICIO DE TERAPIAS. PENDIENTE VAL ORTESIS PARA ORTESIS Y PROTESIS. PARACLÍNICOS: RM#SIMPLE DE TOBILLO#IZQUIERDO 03/07/2022: IMAGEN QUE SUGIERE UNA COALICIÓN FIBROSA CALCANEONAVICULAR.ADELGAZAMIENTO SIGNIFICATIVO Y DEFINICIÓN PARCIAL DEL LIGAMENTO PERONEOASTRAGALINO ANTERIOR,PROBABLEMENTE SECUELAR A UNA RUPTURA PARCIAL SIGNIFICATIVA.ESCASO LÍQUIDO PERIARTICULAR TIBIOASTRAGALINO SIN FRANCO DERRAME RX RODILLAS COMPARATIVAS 1 06 2022: GONARTROSIS KELLGREN Y LAWRENCE GRADO 2 BILATERAL. EDX#MS IS ABRIL 2022 LESIÓN DE NERVIO PERONERO IZQ, LESIÓN AXONAL CRÓNICA REINERVACION PARCIAL , #FASE SECUELAR RNM RODILLA IZQUIERDA 26 09 21 TENDENCIA A LA PATELA ALTA POCA PROFUNDIDAD DEL SURCO TROCLEAR PATELA TIPO III. CAMBIOS DEGENERATIVOS PATELOFEMORALES CON FORMACIONES OSTEOFÍTICAS.CAMBIOS QUIRÚRGICOS DE OSTEOTOMÍA PROXIMAL Y ANTERIOR DE LA TIBIA, DE APARIENCIA NO RECIENTE CON SIGNOS DE CONSOLIDACIÓN, INMOVILIZADA Y MANTENIDA CON ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS, PRODUCE ALGUNOS ARTIFICIOS EN LA IMAGEN LIMITANDO LA VALORACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS. AUMENTO DE SEÑAL POR LÍQUIDO INTRASUSTANCIA DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON LEVE IRREGULARIDAD EN LA ORIENTACIÓN DISTAL DE LAS FIBRAS, POR LESIÓN PARCIAL, NO SE DESCARTA ENGROSAMIENTO SINOVIAL ASOCIADO.NO SE OBSERVA UNA RUPTURA COMPLETA -RM CLS MAY/2021: DISCOPATÍA L5-S1 CON ABOMBAMIENTO ASIMÉTRICO DERECHO NO COMPRESIVO DEL DISCO INTERVERTEBRAL *Análisis*: PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS DESCRITOS, EMPEORAMIENTO DE SINTOMATOLOGÍA EN PIE IZQUIERDO CON TF, PENDIENTE VALORACIÓN POR ORTOPEDIA PIE. VENCIMIENTO DE ORDEN MÉDICA PARA PRÉSTAMO DE BASTÓN

CANADIENSE, POR LO CUAL SE RENUEVA. EN SEGUIMIENTO POR GRUPO DE OA IPS RANGEL (GONARTROSIS) Plan : SS BASTÓN CANADIENSE EN ALUMINIO, AJUSTABLE EN ALTURA AL PACIENTE, MANGO EN CAUCHO ERGONÓMICO No. 1 (UNO) EN CALIDAD DE PRÉSTAMO DURANTE 6 MESES. CONTROL DOCUMENTOS ENVIADOS A CORREO ELECTRÓNICO: LANDINESMILEYDI@HOTMAIL.COM”

(Ver HC pág. 895 de 901)

Respecto del procedimiento quirúrgico que le fue realizado al paciente he de llamar la atención que en archivos que me fueron entregados, si bien es cierto se menciona en la HC que se tenía el consentimiento informado, también lo es que como tal, el documento mismo, no me fue allegado, de allí que no pueda opinar en ese sentido. De momento hago precisión en que dicho documento de consentimiento informado no me fue aportado con la HC que me fue aportada para estudio.

VII. CUESTIONARIO

Respecto de la cirugía ortopédica de realineación patelo-femoral, favor diga al Despacho:

1. Qué procedimientos quirúrgicos y de acuerdo a los registros asistenciales, le fueron realizados a la Sra. Leydi LANDINES?

Respuesta. Conforme con los registros asistenciales, sobre su rodilla izquierda le fue realizado:

- a) CONDROPLASTIA DE ABRASION PARA ZONA PATE LAR POR ARTROSCOPIA
- b) RELAJACION DE RETINACULO LATERAL MAS OST EOTOMIA DE REALINEACION MAS PLICATURA D
- c) (Observaciones) IMPLANTES STOCK BIOART: 2 TORNILLOS CORTICALES 4.5 X 42 Y 50

(Ver HC pág 185)

2. El procedimiento quirúrgico realizado a la Sra. Leydi LANDINES estaba indicado?

Respuesta. Sí, de hecho fue lo indicado para ella en sede de Junta Médica de ortopedia y trauma.

3. Cuál es el Riesgo Previsto (complicaciones más frecuentemente presentadas) con el procedimiento quirúrgico realizado a la Sra. Leydi LANDINES?

El riesgo previsto para el procedimiento quirúrgico precitado es, entre otros:

- Infección
 - Sangrado
 - Lesión neurológica
 - Síndrome Compartimental
 - Dolor residual- crónico de la cara anterior de la rodilla
 - Lesión del ciático-poplíteo externo, raro pero es probable
 - No consolidación de la osteotomía
 - Lesión vascular – arteria poplítea
 - Necesidad de re intervención quirúrgica
4. Favor diga al Despacho si es usual que se presente lesión del nervio ciático poplíteo externo o peronero en una cirugía de rodilla, con abordaje anterior, de realineamiento patelo-femoral?

Respuesta.

Sí, hace parte del riesgo previsto con el procedimiento quirúrgico aunque es rara en su ocurrencia, máximo en cirugías de rodilla con abordaje anterior. Pudo ocurrir por compresión o trauma indirecto en la cirugía abierta. Se ha descrito también como probable en su ocurrencia en las artroscopias de rodilla

5. Favor explique al Despacho y respecto de la anatomía del nervio ciático poplíteo externo, a nivel de la rodilla, cuál es su trayecto, dónde se le encuentra y si está en el mismo plano quirúrgico que se corresponde con una osteotomía de tuberosidad tibial, en un realineamiento patelofemoral?

Veamos,

Respecto del nervio ciático a nivel de la rodilla, tenemos que:

*...”después de formarse en la región pélvica, se dirige hacia la parte posterior de la extremidad inferior pasando entre los grupos musculares superficial y profundo de la región glútea; en el muslo, el nervio tibial da ramas para la inervación los músculos del compartimiento posterior. Ambos nervios llegan, generalmente, en un tronco común hasta la fosa poplítea, donde se separan. El nervio tibial toma el nombre de nervio tibial posterior, da la inervación para los músculos de la cara posterior de la pierna, el flexor común de los dedos y el flexor propio del primer dedo y los músculos intrínsecos de la planta del pie, y la inervación sensitiva para la piel de la región posteromedial del pie y la planta. **El nervio peroneo** luego de rodear el cuello del peroné se divide en nervio peroneo superficial, que inerva los músculos peroneos (largo y corto) situados en la cara lateral de la pierna, y nervio peroneo profundo (o tibial anterior) que inerva los músculos del compartimiento anterior de la pierna y el músculo pedio. Ambos dan la inervación sensitiva para la piel de la región anterolateral de la pierna y dorsal del pie”.*

Ver. CES Med. vol.25 no.1 Medellín Jan./June 2011 ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA O TECNOLÓGICA Lesión del nervio ciático: aproximación médico legal Sciatic nerve injury: medical legal correlation FLOR ÁNGELA TOBÓN MARULANDA¹, JULIÁN VALLEJO MAYA², LEÓN MARIO TORO CORTÉS

El nervio aunque no está en el mismo plano quirúrgico, está en cercanía y puede ser lesionado en la tracción o en la separación de tejidos con los instrumentos usados para tal fin.

Respecto del deber legal del galeno de la información y de la obtención del consentimiento informado para el caso de procedimientos quirúrgicos, favor diga al Despacho:

6. Qué ha de informarse al paciente?

Respuesta. En un procedimiento quirúrgico ha de informarse al paciente y en lenguaje claro y sencillo, comprensible para el paciente, entre otras sobre su diagnóstico, sobre las posibilidades terapéuticas que tiene a la luz de la *Lex Artis Ad Hoc*, sobre qué ocurriría si no se realiza el procedimiento quirúrgico que tiene indicado, sobre la técnica en la realización del procedimiento, sobre las complicaciones o riesgo previsto que le son de suyo al procedimiento, tanto sobre el riesgo previsto general como para el particularizado para el caso objeto inclusive.

7. Quién ha de informar al paciente?

Respuesta.

En sede de principio quien ha de informar al paciente es el médico tratante, quien le llevará al acto quirúrgico.

En modelos de atención donde el médico que indica la cirugía es diferente del médico que la realiza, es menester que el médico que indica la cirugía brinde la información y que el médico que realizará la cirugía, haga el reproceso antes del acto quirúrgico.

8.Cuál es el objetivo de brindar al paciente la información suficiente en cantidad y calidad sobre la patología que en él acaeció y sobre el procedimiento quirúrgico que requiere?

Respuesta.

El objeto de informar al paciente *de un lado* es facilitarle el proceso de decisión, cuidando de él su autonomía y su libertad respecto de la decisión que tome sobre su cuerpo y sobre la vivencia del riesgo y *de otro lado*, es obtener de él su consentimiento para la realización del procedimiento quirúrgico

9. En un procedimiento quirúrgico programado, en qué momento ha de informarse al paciente y obtener de él su consentimiento informado?

Respuesta.

Con antelación a la realización del procedimiento quirúrgico, días antes e incluso semanas antes

10. Las instituciones prestadoras del servicio de salud en nuestro país deben garantizar que a los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas y otras que impliquen para él riesgo, sean informados por el galeno y se obtenga de él su consentimiento informado de forma válida?

¿Quién vigila su cumplimiento al interior de la institución?

Respuesta.

Sí, está previsto y es normativo desde el sistema único de habilitación

En las instituciones prestadoras de servicios de salud se vigila la realización del deber legal de la información y la obtención del consentimiento informado previo a los procedimientos que implican riesgo para el paciente desde auditoría médica de calidad y desde el programa de “seguridad del paciente”.

Conforme los registros asistenciales que le fueron aportados para su elaboración y concepto pericial, respecto del deber legal de la información que tiene el galeno y de la obtención del consentimiento informado, para el caso de la Sra. Leydi LANDINES favor diga al Despacho

- 11.** La paciente fue informada sobre su patología y sobre el procedimiento quirúrgico que se le realizaría y de manera especial sobre su riesgo previsto general y sobre el particularizado en su caso?

Respuesta

En los registros asistenciales que me fueron aportados no hallé prueba indirecta de la información dada, en las evoluciones médicas previas al procedimiento.

No halle tampoco el documento de Consentimiento Informado, cual sería prueba directa de la realización del deber legal y deontológico de la información.

- 12.** La paciente fue informada sobre los riesgos con el procedimiento quirúrgico que se le indicó con anterioridad al momento de realización de la cirugía y se obtuvo de ella su “consentimiento informado” antes de la realización de la cirugía?

Respuesta.

No hallo prueba ni de la información dada en tiempo precedente al acto quirúrgico ni de la consecuente obtención del consentimiento informado

- 13.** Siendo la lesión del nervio ciático poplíteo externo rara pero de probable ocurrencia con el procedimiento quirúrgico que le fue realizado a mi mandante, Ud. evidenció que le hubiese sido informado ese riesgo de lesión del nervio ciático-poplíteo externo?

Respuesta.

He de reiterar, no hallo evidencia *-en los registros asistenciales que me fueron aportados-* ni de la obtención del consentimiento informado ni de la información que hubo de brindársele a la paciente con ocasión del procedimiento quirúrgico que se le realizó.

- 14.** En una cirugía de realineación patelo femoral y al utilizar el separador homan, es factible que éste instrumento pudiere desplazarse hasta el territorio cercano de la cabeza del peroné y lesionar el nervio ciático poplíteo externo?

Sí.

Revisada la literatura médica especializada es probable que con el separador se lesionen estructuras que no están incluso en el mismo plano quirúrgico. Aunque en manos expertas y en cirugías como la practicada a la Sra. Leydi LANDINES es raro que ocurra lesión del nervio ciático poplíteo externo, sí es probable que ocurra, de allí que se considere y esté descrita en la literatura médica como una complicación.

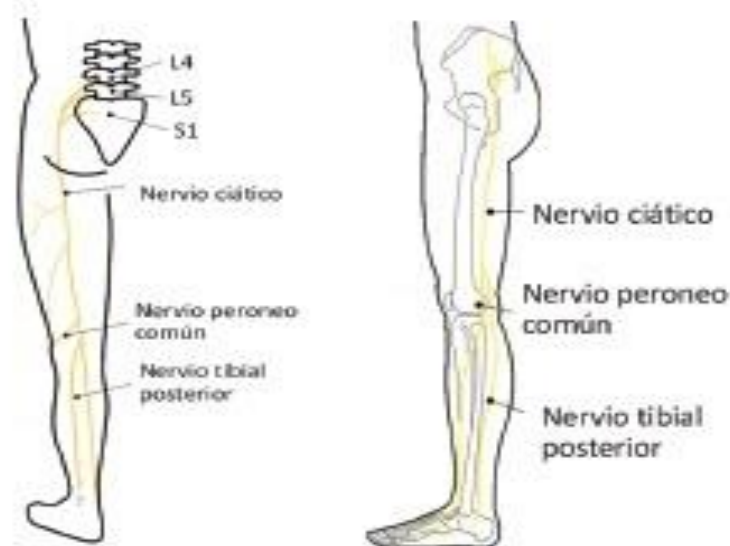
- 15.** Cuáles son los signos y síntomas que le son propios a una lesión del nervio ciático-poplíteo externo. Favor explique al Despacho

Para determinar cuáles son los síntomas y signos que le son propios a la lesión del nervio ciático-poplíteo externo, es menester el revisar su origen y el trayecto que sigue en el miembro inferior, en sede de principio su lesión ocasiona dolor neuropático en territorio del nervio, pie caído e imposibilidad para la movilidad del pie y consecuente alteración del patrón de marcha. Veamos:

...“El nervio ciático nace en la región lumbar cerca a la cadera, siendo el más largo y grueso del organismo humano; es mixto porque tiene fibras motoras y sensitivas. Se forma con contribuciones de fibras nerviosas espinales de L4 hasta S3, Está conformado por dos nervios, el lateral: peroneo común y el medial: tibial. Después de formarse en la

región pélvica, se dirige hacia la parte posterior de la extremidad inferior pasando entre los grupos musculares superficial y profundo de la región glútea; en el muslo, el nervio tibial da ramas para la inervación los músculos del compartimiento posterior. Ambos nervios llegan, generalmente, en un tronco común hasta la fosa poplítea, donde se separan.

El nervio tibial toma el nombre de nervio tibial posterior, da la inervación para los músculos de la cara posterior de la pierna, el flexor común de los dedos y el flexor propio del primer dedo y los músculos intrínsecos de la planta del pie, y la inervación sensitiva para la piel de la región posteromedial del pie y la planta. El nervio peroneo luego de rodear el cuello del peroné se divide en nervio peroneo superficial, que inerva los músculos peroneos (largo y corto) situados en la cara lateral de la pierna, y nervio peroneo profundo (o tibial anterior) que inerva los músculos del compartimiento anterior de la pierna y el músculo pedio. Ambos dan la inervación sensitiva para la piel de la región anterolateral de la pierna y dorsal del pie (1). La figura [1a](#) y [1b](#) ilustran el recorrido del nervio ciático.



Figuras 1a y 1b. RECORRIDO DEL NERVO CIÁTICO POR LA CARA POSTERIOR DE LA EXTREMIDAD INFERIOR

El nervio se puede lesionar en cualquier punto de su trayectoria, pero es más frecuente luego de su salida del canal vertebral (hernias discales), en la región glútea (trauma pélvico) y en la rodilla (lesión del nervio peroneo), donde rodea la cabeza del peroné. La manifestación clínica de la lesión depende de la parte de su recorrido donde se presente el trauma: si la lesión es en su origen, la manifestación es segmentaria; a nivel de la

cadera, puede comprometer el nervio de manera parcial o completa y, si es por debajo de la rodilla, generalmente compromete una de las ramas en que se divide.

Una lesión completa del nervio ciático produce una pierna inútil, compromete la flexión de la rodilla, así como la extensión, flexión, inversión y evasión del pie. Se conserva el movimiento del muslo y la extensión de la rodilla. Los músculos inervados se atrofian y se pierde la sensibilidad de casi toda la pierna (6). La lesión del nervio tibial posterior genera parálisis de los músculos de la pantorrilla, lo que imposibilita la extensión del pie (empinarse) y la abducción o aducción de los dedos de los pies, lo que produce una marcha característica en la cual se arrastra el pie. Se altera la sensibilidad de su parte lateral inferior de la pierna y la cara dorsal del pie y de los dedos hasta la segunda falange. Se altera la sensibilidad de la planta y los dedos del pie.

La lesión del nervio peroneo superficial (que se lesiona fácilmente a la altura del cuello del peroné), imposibilita la evasión del pie y ocasiona pérdida de la sensibilidad de la cara externa de la pierna y del dorso del mismo, produciéndose pie equinovaro ([figura 2a](#)). La lesión del peroneo profundo compromete los extensores del pie y de los dedos, produciendo pie caído ([figura 2b](#)), lo que origina una marcha anormal, debido a la imposibilidad de efectuar la flexión dorsal del pie, haciendo que la persona al caminar levante más la pierna para no arrastrar el pie, luego, apoya primero en la punta y finalmente en la planta del pie (la denominada marcha en "estepaje").

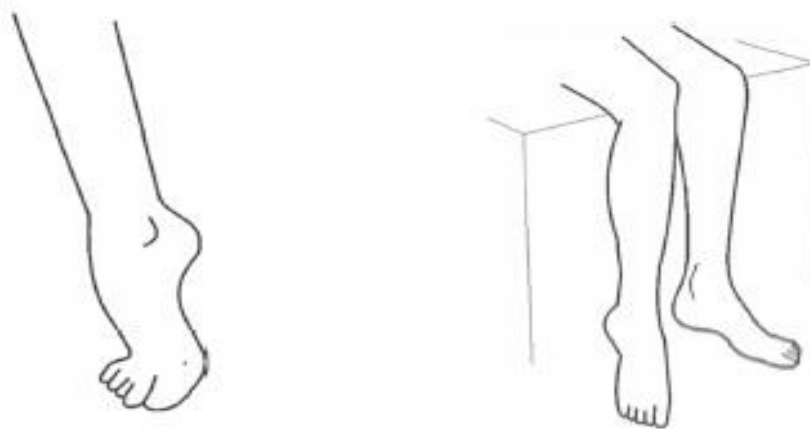


Figura 2. CONSECUENCIAS DE LA LESIÓN DEL NERVO CIÁTICO.
FIG.2A PIE EQUINOVARO. FIG. 2B PIE CAÍDO.

Entre las causas de trauma del nervio ciático, se destacan: 1) Mecánicas: factores compresivos debidos a posiciones en algunas cirugía, hernia del núcleo pulposo, cirugías de miembro inferior, hematomas, torniquetes, vendajes e inmovilizaciones que compriman el nervio, 2) Traumáticas: por fracturas de pelvis, luxaciones posteriores de la cabeza del fémur y aplicación intraglótea inadecuada de un medicamento que puede producir fibrosis y daño axonal, que es la causa más común en la experiencia de nuestro centro; aquí es importante resaltar que el nervio ciático puede presentar variantes

anatómicas en su división y recorrido, dividiéndose en las dos ramas terminales a nivel del glúteo o de la región posteromedial del muslo, convirtiéndose así en un factor potencial de daño de tipo imprevisible, debido a que no existe un método diagnóstico confiable que las determine previamente, lo cual equivaldría en términos jurídicos a un caso fortuito.

Ver. CES Med. vol.25 no.1 Medellín Jan./June 2011 ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA O TECNOLÓGICA Lesión del nervio ciático: aproximación médico legal Sciatic nerve injury: medical legal correlation FLOR ÁNGELA TOBÓN MARULANDA¹, JULIÁN VALLEJO MAYA², LEÓN MARIO TORO CORTÉS³

16. Es probable que la lesión intraquirúrgica del nervio ciático poplíteo externo, pase silente y no sea identificada en controles médicos posteriores? Favor explique su respuesta

No.

Conforme con el texto que precedió, es muy poco probable que una lesión del nervio ciático poplíteo externo pase inadvertida en controles médicos realizados por médico especialista en ortopedia.

VIII. CONCLUSIÓN

Las conclusiones respecto de la atención brindada a la Sra. Leydi LANDINES y el resultado en salud para ella a saber, la lesión del nervio ciático poplíteo externo en su miembro inferior izquierdo, evidenciada en momento posterior al acto quirúrgico que le fuera realizado, se han de develar a partir de las respuestas dadas al cuestionario y son de la órbita del Juzgador y de las partes, de allí que para facilitar tal labor, estaré atento para ampliar o complementar cada respuesta según las partes y el Juzgador lo requieran, esto en el escenario jurídico que se corresponde, de allí mi compromiso como médico perito ponente de asistir a sustentar mi decir en audiencia de pruebas.

Sin embargo avanzo hasta proponer que en el caso estudiado:

- La lesión del nervio ciático poplíteo externo muy probablemente se correspondió con una complicación.
- En los registros asistenciales que me fueron allegados para la elaboración pericial, no hallé prueba indirecta – en evoluciones médicas - ni directa de la realización del deber legal de la

información y consecuente obtención del consentimiento informado.

IX. DISPONIBILIDAD DEL PERITO.

El perito ponente manifiesta y de antemano su disposición para sustentar su decir pericial en el escenario de audiencia de pruebas; allí explicará, ampliará y complementará su decir y según el señor Juez y las partes lo requieran.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cito lo normativo revisado

Documentos de Soporte:

- a. Resolución No. 1043, abril 3 de 2006, Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.
- b. Resolución 5261 de 1994, agosto 5, Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- c. Decreto 1760 de 1990, Publicado en el Diario Oficial de fecha 3 de agosto de 1990 Por el cual se establecen y definen los niveles de atención, tipo de servicio de complejidad.
- d. Decreto 2309 de 2002, por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- e. Decreto 1011 de 2006, abril 3, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS - del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- f. Resoluciones 2003 de 2014 y 3100 de 2019

Las restantes referencias bibliográficas con MBE serán aportadas en la audiencia

XI. INFORMACIÓN DEL PERITO

| Numeral | |
|---------|--|
| 1 | MIGUEL ANGEL CASTRO FLORIÁN CC 79308804 DE B O G O T Á |

| | |
|----|--|
| 2 | CALLE 86 #124-14 TELÉFONO 383-7672 -383-7677 CEL 3002754505 zeus94castro@hotmail.com / gerencia@ascopem.com |
| 3 | MÉDICO ESPECIALISTA EN AUDITORÍA MÉDICA DE CALIDAD, EN SALUD OCUPACIONAL y en DOCENCIA UNIVERSITARIA |
| 4 | TENGO ESTUDIOS RELACIONADAS CON LA MATERIA DEL PERITAJE EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS, (lo relativo a los deberes legales y deontológicos del galeno y de las instituciones de salud) |
| 5 | SI HE SIDO DESIGNADO ANTERIORMENTE COMO PERITO. |
| 6 | NO HE SIDO DESIGNADO EN PROCESOS EN CURSO POR EL MISMA PARTE O POR EL MISMO APODERADO DE LA PARTE. |
| 7 | NO ME ENCUENTRO INCURSO EN LAS CAUSALES CONTEMPLADAS EN EL ARTÍCULO 50 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO. |
| 8 | NO HE CAMBIADO EL MÉTODO. |
| 9. | NO APLICA. |
| 10 | EN ESTE MISMO ESCRITO SE RELACIONAN Y ADJUNTAN LOS DOCUMENTOS UTILIZADOS PARA LA ELABORACIÓN DEL DICTAMEN. |

XI. ANEXOS.

- SOPORTES DE HOJA DE VIDA DEL PERITO. Se anexa Hoja de Vida del Dr. MIGUEL ANGEL CASTRO, junto con soportes.
- CÁMARA DE COMERCIO DE ASCOPEM
- RUT DE ASCOPEM

En la eventualidad de requerirse presentar más soportes, a su solicitud los allegaremos

XII. FIRMAS

Médico Ponente



MIGUEL ANGEL CASTRO FLORIAN
CC 79308804 de Bogotá

Md. Especialista en Medicina Ocupacional
Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud
PERITO.

Participaron del comité de ponencia pericial.



JORGE FERNANDO ARANGO OSPINA Md.
PRESIDENTE ASCOPEM



EDISSON MARIN QUIROGA. Md.
VICEPRESIDENTE ASCOPEM



EDISON ALBERTO QUIÑONEZ Md.
Especialista en Ortopedia y Traumatología
ASESOR TEMÁTICO

Fin del peritaje