



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DE POPAYÁN
jadmin09ppn@cendoj.ramajudicial.gov.co

Popayán, dieciocho de marzo de dos mil veinticinco (2025)

Expediente	19001-33-33-009-2019-00001-00
Demandante	María Eugenia Perlaza y Otros
Demandados	Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.; Nación – Ministerio de Defensa - Ejército Nacional – Dirección de Sanidad.
Medio de Control	Reparación Directa

Sentencia N° 039

Agotadas todas las etapas previstas sin que se observen causales de nulidad y cumplidos los presupuestos procesales de la acción, pasa el proceso a Despacho para dictar sentencia de primera instancia.

I.- ANTECEDENTES.

María Eugenia Perlaza y otros, quienes actúan por intermedio de apoderado judicial debidamente constituido, en ejercicio del medio de control de **Reparación Directa**, pretenden la declaración de responsabilidad administrativa y patrimonial, por cuenta de la fallas en la atención suministrada médica suministrada a la señora **María Eugenia Perlaza** por parte del **Hospital Universitario San José de Popayán**, durante los días **17 a 24 de noviembre de 2016** y por la **Nación – Ministerio de Defensa - Ejército Nacional – Dirección de Sanidad**, a través del Hospital Militar Central, en relación con el procedimiento quirúrgico practicado el **21 de octubre de 2016**.

1.1. Pretensiones (fls 5 y 6 archivo 2 E.D. Cdno Ppal)

Como consecuencia de lo anterior solicitan que se condene a las entidades accionadas al pago de las siguientes sumas de dinero:

-Perjuicios morales. el equivalente al valor de cien salarios mínimos legales mensuales vigentes (100 smlmv) para cada uno de los demandantes.

-Por alteración grave a las condiciones de existencia, o perjuicios constitucionales y convencionales protegidos: El equivalente al valor de cien salarios mínimos legales mensuales vigentes (100 smlmv) para cada uno de los demandantes.

-Daño a la salud: El equivalente al valor de cien salarios mínimos legales mensuales vigentes (100 smlmv) para **María Eugenia Perlaza**.

Condenar en costas a la entidad accionada y al cumplimiento de la sentencia en los términos de los artículos 192,193 y 195 del CPACA.

1.2 Hechos de la demanda: (fls 6 a 10 archivo 4 Cdno Ppal)

En calidad de beneficiaria del sistema de salud Militar, la señora María Eugenia Perlaza consultó el 17 de noviembre de 2016 al área de sanidad del Ejército Nacional con sede en esta ciudad, y por su condición de salud, fue remitida al Hospital Universitario San José de Popayán para su valoración y eventual práctica de un procedimiento quirúrgico denominado colecistectomía por laparoscopia -COLELAP, dispuesto para la extracción de la vesícula biliar.

El 18 de noviembre de 2016, se le practicó una intervención laparoscópica, pero debido a la ruptura de la vesícula, derrame de líquido biliar y el depósito de sangre coagulada en la cavidad abdominal durante el procedimiento, se requirió una cirugía abierta de abdomen descrita como, "*laparotomía supra umbilical extendida hacia abajo*", realizada con la finalidad de reconstruir la vía biliar afectada. En este último procedimiento, el personal médico tomó la decisión de variar el tipo de cirugía, sin atender la prevención efectuada por la paciente de que no se le podía realizar ningún tipo de cirugía abierta en su zona abdominal, debido a que había sido objeto de cirugía reconstructiva de obliquo por un procedimiento estético de liposucción.

Asegura que al momento de firmar el consentimiento informado, previo y necesario para la práctica del procedimiento laparoscópico, la paciente no fue advertida sobre los riesgos que podían presentarse en desarrollo de la intervención, ni que esta podía desencadenar en una variación a una cirugía advierta de abdomen.

Debido a las complicaciones presentadas como consecuencia de la intervención quirúrgica, la paciente debió permanecer hospitalizada por espacio de 8 días, hasta el 24 de noviembre de 2016, cuando fue dada de alta.

La paciente reingresa a la unidad de urgencias del Hospital Universitario San José de Popayán, por presentar vómito y deposiciones sanguinolentas (denominadas como Hematemesis y Hematoquecia respectivamente) que ameritaron reanimación hídrica, debido al grado de descompensación alcanzado. Al evidenciar dicha sintomatología fue remitida al Hospital Militar Central con sede en Bogotá, donde fue diagnosticada con "*sangrado gastrointestinal de vías digestivas altas y sangre coagulada*", diagnóstico que, al parecer estaba asociado como consecuencia de la colecistectomía laparoscópica y posterior laparotomía practicada a la paciente.

El **9 de octubre de 2017** la señora María Eugenia Perlaza presenta síntomas denominados "*adinamia, osteomalacias (sic) y cefalea*", y crecimiento de un hematoma ubicado en la boca que afecta la ingesta de

alimentos y que pese haber sido extirpado en una anterior oportunidad, persiste en su crecimiento. Sintomatología que, también se asocia como consecuencia de la cirugía practicada en el año 2016.

El **21 de octubre de 2017**, la paciente recibió un nuevo procedimiento quirúrgico denominado Colangiopancreatografía retrograda endoscópica – CPRE, practicado en el Hospital Militar Central, en el cual le fue diagnosticada *"ANASTOMOSIS BILIODIGESTIVA ESTENÓTICA Y CON SEVERA FIBROSIS"*, patología que se consideró consecuencia del mal procedimiento quirúrgico practicado en el año 2016, en razón a que, la mala praxis médica dejó los conductos biliodigestivos muy estrechos, afectando la función hepática, permitiendo la acumulación de bilis y barro hepático, así como la falta de metabolización de las grasas, produciendo además ictericia.

Pese a los dos procedimientos quirúrgicos practicados con posterioridad a la intervención realizada en el año 2016, persiste la afección en la salud de la paciente como consecuencia del mismo, lo cual, se confirma mediante resonancia nuclear magnética de vías biliares.

1.3 Intervención de las entidades accionadas y llamadas en garantía.

- **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN** - (archivo 8 E.D Cdo Ppal)

Se opuso a las pretensiones de la demanda, considerando que la institución hospitalaria examinó y valoró oportunamente al paciente con el fin de obtener la recuperación de su estado de salud.

El **24 de agosto de 2016**, la señora María Eugenia Perlaza evidenció cólicos por presencia de **cálculos biliares** y se le ordenó la práctica de una **Colecistectomía Laparoscópica-COLELAP**.

El **18 de noviembre de 2016**, se le practicó un procedimiento quirúrgico laparoscópico, en cuyo desarrollo le fue extirpada la vesícula biliar y se observaron los siguientes síntomas *"SALIDA DE LIQUIDO BILIAR DE 2 CONDUCTOS QUE CORRESPONDE LOS HEPATICO DERECHO E IZQUIERDO, SE IDENTIFICA LESION DE LA VIA BILIAR "*. En atención a la sintomatología evidenciada, el personal médico asistencial decidió convertir el procedimiento a una *"CIRUGIA ABIERTA PARA RECONSTRUCCION DE LA VIA BILIAR. - SE HACE LAPAROTOMIA SUPRA UMBILICAL EXTENDIDA HACIA ABAJO"*.

En la cirugía practicada se encontraron los siguientes hallazgos:

"DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS QUIRÚRGICOS: - VESICULA BILIAR CON PAREDES GRUESAS CON MULTIPLES CALCULOS DE 1 CM EN SU INTERIOR. CISTICO PUNTIFORME INVOLUCRADO EN UN PROCESO INFLAMATORIO CRONICO (ADHERENCIAS FIRMES) Y CON FIBROSIS QUE IMPIDEN LA ADECUADA IDENTIFICACION DE LOS TEJIDOS. - LESION DE LA VIA BILIAR A LA ALTURA DE LA BIFURCACION DE LOS HEPATICOS."

(...)

"POP DE COLELAP CONVERTIDA, LIBERACION DE ADHERENCIAS tipo III-IV, COLANGIOGRAFIA INTRAOPERATORIA, EXPLORACION Y RECONSTRUCCION DE LA VIA BILIAR, DRENAJE DE HEMOPERITONEO BILIOSO, ANASTOMOSIS HEPATOEYUNO Y YEYUNOEYUNO"

En la recuperación postquirúrgica, se le brindaron todos los cuidados médico-asistenciales del caso, entre ellos, la realización de ecografía abdominal que arrojó como resultado concluyente, una sintomatología definida como, *"Colección residual en lecho quirúrgico vesicular, la cual sugiere pequeño coagulo y cámara de aire. Las demás estructuras de aspecto ecográfico normal"*, diagnostico postoperatorio con adecuada evolución, con buen pronóstico, que permitió darle de alta el **24 de noviembre de 2016**, con recomendaciones sobre: signos de alarma; reconsulta de control en cuatro (4) días siguientes, manejo farmacológico y valoración por especialista en cirugía en 21 días.

El **14 de diciembre de 2016**, la paciente presentó vómito y deposiciones con sangrado, generando un grado de descompensación, que una vez logró su estabilización, fue remitida al Hospital Militar Central, para procurarle el tratamiento oportuno y la práctica de examen diagnóstico, consistente en arteriografía y embolización selectiva para estudio del *"sangrado a nivel de anastomosis yeyuno -yeyuno como probable causa."*

La paciente fue tratada en el Hospital Militar Central de Bogotá el **16 de diciembre de 2016** por el diagnóstico de sangrado de vías digestivas altas, el cual, fue controlado farmacológicamente sin tratamiento quirúrgico, permitiendo darle de alta el **22 de diciembre de 2016**, luego de practicarle una endoscopia de vías digestivas Altas –EVDA y una estereoscopia, que no evidenció la presencia de sangrado alguno.

El **21 de octubre de 2017**, la paciente consulta nuevamente a la unidad de urgencias de la entidad, por presentar sintomatología asociada con "cuadro de ictericia progresiva, acolia, coluria, picos febriles, asociado a dolor en hipocondrio derecho". Remitida ante el Hospital Militar Central con sede en la ciudad de Bogotá, se le practicó una resonancia magnética que, arrojó como diagnóstico, la presencia de "CALCULO DE CONDUCTO BILIAR CON COLECISTITIS(...) Análisis: Paciente con antecedentes de lesión vía biliar post colecistectomía extrainstitucional quien se evidenció en la institución coleocolitiasis residual razón por la cual se lleva a cirugía realizando exploración de vía biliar tras yeyunal y resección intestinal se cierra cavidad abdominal y se deja un dren ...". La evolución post quirúrgica determina que, el **3 de noviembre de 2017** se autoriza el alta por haberse superado la ictericia motivo de consulta.

Se precisó que la paciente es propensa a la producción de cálculos biliares, en tanto que del reporte de su historial clínico, se evidencia recurrente sintomatología para el año 2018.

Frente a la sintomatología asociada con **lesión en la boca**, una vez valorada por la especialidad en otorrinolaringología, se diagnosticó su

patología como una "ránula sublingual "que hace su aparición con una "sialoadenitis", cuadro que no tiene relación con las patologías biliares y que no fue tratado en la institución.

Por lo anterior sostiene que no existe nexo causal entre la falla aducida y el daño, pues la atención brindada en la entidad fue guiada por la discrecionalidad del médico, de acuerdo con el protocolo establecido para dichas circunstancias, por lo tanto, no existe falla en el servicio imputable a la entidad.

Consideró que, los actos médicos practicados a la señora MARIA EUGENIA PERLAZA, no constituyen hechos que deriven en el daño antijurídico reclamado, en tanto que, el proceder de los galenos es de medio y no de resultado, por ende, no puede presumirse la culpa, teniendo en cuenta que, en las atenciones brindadas por el personal médico perteneciente al Hospital Universitario San José de Popayán, se observó la diligencia y el cuidado exigible para dichos procedimientos, sin que pueda endilgarse ninguna responsabilidad a cargo del personal de la institución.

Formuló como excepciones las denominadas: **i)** caducidad; **ii)** Inexistencia de la supuesta falla en el servicio médico por negligencia que se pretende endilgar al Hospital Universitario San José de Popayán; **iii)** La actividad desarrollada por los profesionales de la medicina comporta obligaciones de medio y no de resultado: atención oportuna, perita y prudente; **iv)** Inexistencia de obligación indemnizatoria; **v)** Ausencia de pruebas que acrediten los perjuicios solicitados Por los actores; **vi)** Enriquecimiento sin causa, **vii)** genérica y otras.

El Ejército Nacional – Dirección de Sanidad contestó de manera extemporánea la demanda formulada.

- **Seguros la Previsora S.A.** - llamado en garantía por el HUSJ (archivo 5 E.D. Cuaderno llamamiento)

-Frente a la demanda se opuso a las pretensiones de la demanda, hasta tanto, no se demuestre que el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN incurrió en la responsabilidad que se le endilga, pues asegura que, según lo consignado en la historia clínica, se puede observar que la paciente recibió todos paciente todos los procedimientos médicos-asistenciales protocolariamente establecidos para el tratamiento de su estado de salud, suministrados dentro de los principios de oportunidad e integralidad. La conducta de los profesionales de la salud tratantes, se ajustó a los protocolos y procedimientos establecidos por la ciencia médica a través del sistema de salud, garantizándole la atención necesaria, integral y adecuada requerida, con apego a la lex artis.

Si bien, la paciente ingresó al establecimiento el **16 de noviembre de 2016** con diagnóstico de cálculos en la vesícula, lo cierto es que, los síntomas evidenciados no referían un cuadro agudo de colecistitis que determinara la atención de urgencias, motivo por el cual, se programó la cirugía laparoscópica de extracción del órgano o colecistectomía, la cual, fue debidamente informada y aprobada con la firma de la interesada;

acto en cual, se le previno además, sobre las posibles eventualidades que podrían presentarse en el desarrollo de la intervención, entre ellas: la ruptura de un órgano, el vertimiento de líquido biliar; así como la posibilidad de mutación del procedimiento en una cirugía abierta para superar la presencia de situaciones constitutivas de riesgo inherente a todo procedimiento médico. Algunos de los riesgos expuestos se presentaron al momento de la cirugía, pero fueron superados de manera eficiente, a tal punto, que fue dada de alta sin novedades registradas en su historial clínico.

Consideró que el evento de sangrado en la zona hepática presentada el **14 de diciembre de 2016**, es aislado al procedimiento quirúrgico practicado, toda vez que, se evidenció luego de 21 días de haberse concedido el alta de la paciente. En gracia de discusión, si tal síntoma se hubiese presentado antes de la fecha referida y como lo deja entrever la parte accionante, se cuestiona el hecho del por qué no se consultó de manera oportuna el servicio urgencias hospitalarias.

Pese a lo expuesto y en lo referente a la desmejora posquirúrgica del estado de salud de la paciente, se precisó que, la sintomatología de sangrado en vómito y deposiciones, fue efectivamente controlada por los médicos tratantes, evitando con ello llegar hasta un riesgo inminente de muerte.

Precisó que, la atención medico asistencial dispensada en la referida fecha, fue de carácter correctivo, y se logró su cometido de manera efectiva, a tal punto que, una vez remitida la paciente al Hospital Militar Central, a través de exámenes imagenológicos de diagnóstico, se pudo determinar que no había presencia de sangrado en la cavidad abdominal, estimándose como controlado el riesgo y sintomatología evidenciados.

Sobre la sintomatología que presente actualmente la paciente, asegura que no está íntimamente relacionada con el proceso quirúrgico practicado el 18 de noviembre de 2016 en la institución amparada, ni con la patología biliar tratada en ese momento, en consecuencia, consideró que la misma, debe ser excluida del daño imputable al extremo accionado.

Propuso como excepciones las siguientes: **i)** Inexistencia de responsabilidad extracontractual por ausencia de sus elementos estructurales - no hay falla en el servicio de salud atribuible a ese Hospital Universitario San José de Popayán; **ii)** Ausencia de nexo causal entre el deceso de Luceli Melo (sic) con la conducta institucional de la ese Hospital Universitario San José de Popayán // Imposibilidad de aplicar la teoría de equivalencia de condiciones // concreción de una causa extraña ; **iii)** Ausencia de prueba de la existencia de los perjuicios alegados por la parte actora - Excesividad en las solicitudes indemnizatorias - Animo injustificado de lucro; **iv)** La obligación de los médicos se cataloga como de medios y no de resultados, **v)** Genérica o innominada y otras.

-Frente al llamamiento en garantía aceptó la suscripción de las pólizas de responsabilidad Civil, **i)** No.1001598, con cobertura desde el 22 de junio de 2014 hasta el 10 de enero de 2015; **ii)** No.1003070, con cobertura entre el 20

de enero del 2016 hasta el 11 de enero de 2017 y **iii)** No. 1003576, con cobertura entre el 11 de enero del 2017 al 11 de enero del 2018. Dada la modalidad de amparo Claims Made, consideró que sólo son factibles de afectación, aquellas pólizas cuyo siniestro hubiese sido puesto en conocimiento de la aseguradora y dentro de la vigencia de la cobertura del seguro.

En el caso concreto asegura que los hechos fueron reportados ante la aseguradora tan sólo hasta el 30 de mayo de 2017, fecha en la cual fue citada a la diligencia prejudicial de conciliación, por tal hecho y para el para el cubrimiento del siniestro, solo podrá afectarse la póliza No. 1003576, hasta el valor máximo de cobertura contratado y previa deducción del 15% a partir de la indemnización superior a la suma de 20.000.000, por haber operado el fenómeno extintivo de la prescripción, respecto de las demás pólizas tomadas por el asegurado Hospital Universitario San José de Popayán.

Finalmente asegura que el siniestro nunca ocurrió, porque si bien, en la demanda se acusó al personal de la IPS HUSJ, de haber obrado con negligencia, en la cirugía practicada el 18 de noviembre del 2016, lo cierto es que, en la historia clínica, se reportó que los riesgos de perforación de víscera e infección de los cuales se acusa a la entidad, son inherentes a la cirugía de la zona biliar ofrece, los cuales, fueron previstos y considerados en el consentimiento informado que aceptó y firmó la paciente, con la explicación del médico tratante antes de la práctica de la intervención.

Estimó la falta de acreditación del daño y por ende infundadas las pretensiones reclamadas, en razón a la ausencia de causalidad en el actuar medico asistencial del personal adscrito a la entidad, toda vez que, la parte accionante, no logró probar una falla anormalmente deficiente en la prestación del servicio.

Propuso como excepciones las siguientes: **i)** Prescripción de la acción derivada del contrato de seguro en contra de ESE Hospital Universitario San José de Popayán; **ii)** No se realizó el riesgo asegurado y, por consiguiente, no existe obligación indemnizatoria a cargo de La Previsora s.a. compañía de seguros; **iii)** La póliza de responsabilidad civil No.1001598, la póliza de responsabilidad civil, No.1003070 ni la póliza de responsabilidad civil, No.1003576 cuentan con modalidad de cobertura "claims made"; **iv)** Límites máximos de responsabilidad del asegurador y condiciones de la póliza de responsabilidad civil No.1003576, que enmarca las obligaciones de las partes; **v)** deducible pactado en la póliza de responsabilidad civil no.1003576; **vi)** Causales de exclusión de cobertura de la póliza de responsabilidad civil No.1003576; **vii)** El contrato es ley para las partes – pacta sunt servanda; **viii)** la reparación del daño no puede ser fuente de enriquecimiento para la parte demandante; e **ix)** Inexistencia de solidaridad entre mi mandante y los demás demandados – inexistencia de solidaridad en el marco del contrato de seguro.

1.4. Las pruebas obrantes en el expediente

- Registro civil de matrimonio de la accionante con Jhon Jawer Valencia Riascos (fls 284 archivo 2 Cdno Ppal)
- Registros civiles de nacimiento que acreditan parentesco entre los accionantes (fls 285 a 288, archivo 2 Cdno Ppal)
- Documento de identificación de la accionante María Eugenia Perlaza Quiñonez (fl 19, archivo 2 Cdno Ppal)
- Carné de afiliación a sistema de salud Militar de la accionante María Eugenia Perlaza Quiñonez (fl 19, archivo 2 Cdno Ppal)
- Historia Clínica del Hospital Universitario San José de Popayán (fls 22 a 51, fls 213 a 227, archivo 2; fls 43 a 231, archivo 8; fls 2 a 292, archivo 41 Cdno Ppal)
- Historia Clínica del Hospital Militar Central de Bogotá (fls 52 a 212, archivo 2; fls 11 a 503, archivo 13; archivos 46 y 59 Cdno Ppal)
- Historia de Clínica La Estancia de Popayán (fls 228 a 270, archivo 2 Cdno Ppal)
- Historia Clínica Establecimiento de Sanidad Militar 3005 sede Popayán
- Valoración médica y facturas pago servicios médicos particulares por procedimiento de liposucción (fls 271 a 277, archivo 2 Cdno Ppal)
- Valoración psicológica (fls 278 a 283, archivo 2 Cdno Ppal)
- Álbum fotográfico (fls 289 a 292, archivo 2 Cdno Ppal)
- Información de turno para cirugía y recomendaciones pre y post quirúrgicas del Hospital Universitario San José de Popayán (fls 293, archivo 2 Cdno Ppal)
- Informe sobre los hechos materia de proceso, rendido por gerencia del Hospital Universitario San José de Popayán (fls 293 a 301, archivo 41 Cdno Ppal)
- Resultados exámenes de imagen de 15 diciembre de 2016, del Hospital Universitario San José de Popayán (archivo 44 Cdno Ppal)
- Dictamen de determinación de origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca (archivo 60 Cdno Ppal)
- Dictamen pericial rendido por el Dr. Alejandro Moreno Rojas, de la Universidad de Antioquia (archivo 61 Cdno Ppal)
- Pólizas de responsabilidad civil No.1001598; No.1003070 y No.1003576 tomadas por el Hospital Universitario San José de Popayán (archivo 2; fls 52 a 82, archivo 10 Cdno Llamado Garantía)

-DECLARACIONES

La audiencia de pruebas se recibieron los testimonios las siguientes personas: -Tulio Mesa, -los médicos Anuar Armando Idrobo Escobar y Cecilia Nivet Manzano Guevara, -el interrogatorio de parte de la señora María Eugenia Perlaza, -María Del Mar Meza Cabrera, y el interrogatorio de parte del Señor Jhon Jawer Valencia Riascos.

El 22 de febrero de 2023 se realizó la contradicción del dictamen pericial presentado por el Dr. Alejandro Moreno Rojas.

1.5. Recuento procesal.

La demanda se presentó el 19 de diciembre de 2018 (archivo1; fl 327, archivo 2; fl C; Cdno Ppal) y se admitió mediante auto interlocutorio N° 103 del 30 de enero de 2020 (archivo 5 Cdno Ppal), efectuándose las notificaciones de Ley (archivos 6 y 7 Cdno Ppa)

El Hospital Universitario San José de Popayán, contestó la demanda el 10 de agosto de 2020 (archivo 8 Cuaderno Principal E.D.) y llamó en garantía a la ASEGURADORA LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS. (Archivo 1 C Llamamiento)

El Ministerio de Defensa Nacional, con fecha 1º de agosto de 2020, aportó medios de prueba (archivo 13, Cdno Ppal)

Mediante auto No 1549 del 23 de agosto de 2021, se admitió la reforma de la demanda presentada por la parte actora y se ordenó su notificación (archivos 9 y 10, Cdno Ppal). El Hospital Universitario San José no realizó ningún pronunciamiento al respecto.

La Nación-Ministerio de Defensa- Dirección de Sanidad, contestó la demanda y su reforma, de manera extemporánea (archivo 14, Cdno Ppal)

Mediante auto N° 28 del 19 de enero de 2022, se admitió el llamamiento en garantía, el cual fue notificado a la ASEGURADORA LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, quien contestó de forma oportuna (archivos 3, 4 y 10 Cdno Llamamiento)

De las excepciones propuestas por la entidad demandada y el llamado en garantía se corrió traslado entre el 7 y 10 de junio de 2022, (archivo 15 y 16 Cdno Ppal); sin pronunciamiento de las partes (archivos 15 y 16 Cdno Ppal).

El día 23 de junio de 2022 se realizó audiencia inicial, se agotaron las etapas del artículo 180 de la Ley 1437 y se decretaron las pruebas solicitadas, la grabación y el acta N° 107 fueron incorporados al expediente (archivos 24 y 25 Cdno Ppal.).

La **audiencia de pruebas** se realizó en tres (3) sesiones, desarrolladas los días 6 de octubre, 23 de noviembre de 2022, y 23 de febrero de 2023. En la última fase se concluyó la etapa probatoria y se dispuso correr traslado a las partes para presentar alegatos de conclusión e igualmente para que, el Ministerio Público rindiera su concepto de fondo en caso de estimarlo necesario. (Archivos 42, 43, 57,58, 65 y 66 Cdno Ppal)

1.6 ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

La parte demandante (archivo 67), reiteró el daño padecido por la señora María Eugenia Perlaza, consistente en una lesión de vía biliar como consecuencia de un procedimiento quirúrgico practicado el 18 de noviembre de 2016 y que produjo además, una acumulación de sangrecoagulada en el abdomen, determinante para evidenciar vómito y

deposiciones sanguinolentas que descompensaron a la paciente, las cuales, debieron ser objeto de cirugía correctiva.

La lesión padecida produjo el daño en la salud de la paciente, a tal punto que, hasta la fecha padece de evacuación permanente y anormal de heces blandas o casi líquidas. Sintomatología que, analizada de forma integral con otros padecimientos, determinaron una pérdida de capacidad laboral dictaminada en un equivalente al 37, 02%.

Aduce que la falla en la praxis médica se produjo cuando se extrajo la vesícula biliar de la paciente. Pese a que se le practicaría una cirugía laparoscópica de rutina, con un porcentaje de riesgo del 1%; la paciente fue sometida a una intervención quirúrgica abierta de abdomen que, derivó en complicaciones que pusieron en riesgo la vida de la paciente, con un postoperatorio complicado y por un período prolongado de tiempo, con consecuencias que se presentan hasta la fecha.

La falta de pericia del médico tratante, quien practicó la cirugía laparoscópica, la desinformación respecto de la posibilidad de riesgo de complicación en la cirugía, así como, las inadecuadas garantías de infraestructura y personal médico idóneo para la realización de la intervención, permitieron una mala planeación preoperatoria y un errático proceder intraoperatorio, constituyéndose en la causa eficiente de la falla del servicio, que permiten declarar la responsabilidad Estatal, con la consecuente prosperidad de las pretensiones.

La **Aseguradora La Previsora s.a. Compañía de seguros** (archivo 68 Cdo Ppal), reiteró todos los argumentos defensivos expuestos en la contestación de la demanda y del llamamiento en garantía, solicitando además, negar las pretensiones de la demanda.

Precisó que, al tenor de lo preceptuado por el artículo 1081 del Código de Comercio, la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro, es de 2 años contados desde el momento que el interesado o asegurado haya tenido conocimiento del hecho. Para el caso concreto, el HUSJ tuvo conocimiento del hecho el 30 de mayo de 2017, cuando se declaró fallida la conciliación prejudicial a la cual concurrió ante la agencia del Ministerio Público, por tal motivo, el bienio para afectar la póliza No 1003576 vigente en su momento, feneció el 31 de mayo de 2019, en consecuencia, la notificación del llamado en garantía efectuada el 10 de agosto de 2020, se tornó extemporánea por haber operado el fenómeno extintivo de la garantía.

La **Nación-Ministerio de Defensa- Dirección de Sanidad (archivo 69) solicitó negar las pretensiones de la demanda y consecuentemente eximir de responsabilidad al Ejército Nacional**, al advertir que del material probatorio recaudado, no puede endilgársele responsabilidad. En caso de acreditarse el daño alegado, este será imputable a la prestación del servicio médico asistencial del HUSJ, por cuanto lesión que afectó la salud y calidad de vida de la paciente, fue

causada con la intervención de extracción de la vesícula Biliar practicada el 18 de noviembre de 2016 en dicha institución.

El Ministerio Público, no rindió concepto de fondo.

II. CONSIDERACIONES.

2.1. Competencia.

Este Despacho es competente para decidir el asunto en primera instancia, de conformidad con el artículo 155 numeral 6º y 156 del CPACA, teniendo en cuenta el lugar de ocurrencia de los hechos (Popayán – Cauca) y por la cuantía del asunto, cuya estimación razonada al tiempo de la demanda no superó los 500 SMMLV.

2.2. Procedibilidad y presentación oportuna del medio de control.

El extremo demandante precisa que el Hospital Universitario San José de Popayán-HUSJ practicó el 18 de noviembre de 2016 a la señora MARIA EUGENIA PERLAZA, una colecistectomía por laparoscopia -COLELAP, dispuesta para la extracción de la vesícula biliar, hecho que manifiesta fue la causa eficiente del daño endilgado.

Tomando en cuenta la referida fecha, el término bienal de caducidad¹ en principio, estaba llamado a expirar el **19 de noviembre de 2018**.

El **9 de marzo de 2017**, la parte accionante presentó la solicitud de conciliación prejudicial ante el Ministerio Público convocando al Hospital San José de Popayán, e interrumpió el término de caducidad hasta el **30 de mayo de 2017**, fecha en la cual se entregó la constancia de agotamiento del trámite prejudicial, que declaró fracasado el intento conciliatorio entre las partes, en consecuencia la parte accionante contaba hasta el **11 de febrero de 2019** para presentar el medio de control (fl 296 y 297, archivo 2 Cdno Ppal).

En relación con el Ejercito Nacional- Dirección de Sanidad, la parte accionante presentó solicitud de conciliación prejudicial el **25 de octubre marzo de 2018**, e interrumpió el término de caducidad hasta el **6 de diciembre de 2018**, fecha de entrega del acta respectiva.

Teniendo en cuenta que la demanda se presentó el **19 de diciembre de 2018** (fl 327, archivo 2 Cdno Ppal; arhivo1 Cdno Ppal), se evidencia su ejercicio oportuno en relación con las dos entidades demandadas.

¹ CPACA **Artículo 164. Oportunidad para presentar la demanda.** La demanda deberá ser presentada: (...) 2. En los siguientes términos, so pena de que opere la caducidad: (...)) Cuando se pretenda la reparación directa, la demanda deberá presentarse dentro del término de dos (2) años, contados a partir del día siguiente al de la ocurrencia de la acción u omisión causante del daño, o de cuando el demandante tuvo o debió tener conocimiento del mismo si fue en fecha posterior y siempre que pruebe la imposibilidad de haberlo conocido en la fecha de su ocurrencia.

2.3. Problema jurídico.

En armonía con la fijación del litigio, el debate se centrará en determinar si las entidades demandadas son responsables administrativa y patrimonialmente por los perjuicios ocasionados a los accionantes, como consecuencia del procedimiento quirúrgico realizados a la señora MARIA EUGENIA PERLAZA, a título de falla en la prestación del servicio médico.

Adicionalmente, en caso de conceder las pretensiones de la demanda, se analizará el grado de responsabilidad en el que pueda incurrir ASEGURADORA LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, como llamado en garantía.

Igualmente, se estudiará si en el asunto sometido a conocimiento de este Juzgado, se configura alguna causal de exoneración que excluya de responsabilidad al extremo accionado y al llamado en garantía.

2.4. Marco Normativo y Jurisprudencial

2.4.1 Los elementos de la responsabilidad del Estado y régimen de responsabilidad.

Según lo prescrito en el artículo 90 de la Constitución Política, la responsabilidad extracontractual del Estado tiene como fundamento la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado, y la imputación del mismo a la administración pública, tanto por acción, como por omisión de un deber normativo.

Se exige entonces que en el elemento imputación se analicen dos esferas, a saber: la del ámbito fáctico y la relacionada con el aspecto jurídico. En esta última, se determina conforme a un deber jurídico, que opera de acuerdo con los distintos títulos de imputación consolidados en la jurisprudencia del Consejo de Estado: **i)** falla del servicio, **ii)** daño especial, y, **iii)** riesgo excepcional. Es así que la responsabilidad estatal exige la afirmación del principio de imputabilidad, según el cual, la indemnización opera cuando medie en el caso concreto, sustento fáctico y la atribución jurídica del daño.²

Ahora bien, la responsabilidad del Estado por actos médicos comprende, de un lado, el acto médico como tal, que se refiere a la atención que brinda directamente el profesional de la medicina en sus distintos momentos, incluyendo el diagnóstico, tratamiento de las patologías y además las intervenciones quirúrgicas; y de otro, las actuaciones ejercidas de manera anterior y posterior a la intervención profesional, que abarcan desde el instante en que el paciente asiste o es trasladado a un hospital, hasta las actividades que se encuentran a cargo de la parte administrativa, tal es el caso del trámite de traslado de un paciente de un

² Sentencia del 20 de marzo de 2013, proferida por la Subsección C de la Sección Tercera; Consejera Olga Melida Valle de la Hoz; Radicación número: 25000-23-26-000-1998-02484-01(24550); Actor: JOSE YAMIL ORDOÑEZ Y OTROS; Demandado: MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - EJERCITO NACIONAL; reitera tesis de la sentencia del 9 de junio de 2010; Rad. 1998-0569.

centro asistencial a otro, el ingreso al sistema y aquellas relacionadas con la autorización de servicios que debe prestar la EPS a través de su red de prestadores.

No ha sido pacífica la jurisprudencia del Consejo de Estado, en relación con el régimen que gobierna asuntos como el presente, es así como en anteriores oportunidades (años 1992 - 2000), era requisito sine qua non para la parte demandante acreditar y demostrar la falla del servicio médico asistencial para la prosperidad de sus pretensiones (falla probada), exigencia que en muchos casos resultaba insuperable en tanto que la recolección del material probatorio escapaba a su capacidad y conocimiento.

Posteriormente (años 2001 a 2006) se indicó que quien debía demostrar la pericia, la diligente atención y el adecuado manejo médico, era la entidad demandada, generándose así una presunción de falla del servicio médico (falla presunta), cuya diferencia con el régimen anterior radicaba en el hecho de a quien competía la obligación de probar.

A partir del año 2006, la jurisprudencia indicó que la prestación del servicio de salud debía analizarse a través de la falla probada del servicio, exigiendo al demandante la carga de probar el nexo causal entre el daño y la responsabilidad estatal, aunque se acepta el indicio como elemento de responsabilidad:

"La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste.

*En relación con la carga de la prueba del nexo causal, se ha dicho que corresponde al demandante, pero dicha exigencia se modera mediante la aceptación de la prueba indirecta de este elemento de la responsabilidad, a través de indicios, al tiempo que no se requiere certeza en la determinación de la causa, sino que se admite la acreditación de una causa probable"*³

En síntesis, la jurisprudencia del Consejo de Estado pasó del régimen inicial de falla probada en el servicio, hacia la falla presunta⁴ y las teorías de la carga dinámica de la prueba⁵ de la probabilidad determinante⁶, para regresar nuevamente al régimen de la falla probada⁷ en el tema de la responsabilidad médica y allí consolidó su posición.

³ Consejo de Estado, Sección 3a, Subsección B. Consejero ponente: Danilo Rojas Betancourt. 28 de febrero de 2013. Radicación número: 66001-23-31-000-2001-00063-01(25075). Actor: Amparo Álzate De Betancur

⁴ Consejo de Estado, expediente 6897. De esta evolución da cuenta el fallo expedido por la misma Corporación el 24 de agosto de 1992. Expediente 6754. Actor: Henry Enrique Saltarín Monroy.

⁵ Sentencia del 22 de marzo de 2001, expediente 13.284 - H. Consejo de Estado. Sección Tercera. Consejero Ponente: Jesús María Carrillo Ballesteros. Expediente 12.706. Sentencia de enero 24 de 2.002

⁶ Consejo de Estado. Sección Tercera. Decisión reiterada recientemente, que tiene su origen en la sentencia de mayo 3 de 1.999

⁷ Consejo de Estado. Sección Tercera. Consejera Ponente: Ruth Stella Correa Palacio. Sentencia de agosto 31

De manera reciente, en sentencia de 10 de abril de 2019, radicado 2005 01794-01 (40916), con ponencia del Doctor Alberto Montaña Plata, se manifestó lo siguiente:

"2.3.1 De la responsabilidad patrimonial por daños en la prestación del servicio médico.

Esta Corporación ha señalado que para comprometer la responsabilidad patrimonial del Estado por el servicio médico debe demostrarse la existencia del daño, ocasionado por el hecho de no prestarse la atención médica con los estándares de calidad exigidos por la lex artis. Al respecto, la jurisprudencia ha precisado que:

*"Es necesario que se demuestre que la atención médica no cumplió **con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso.** Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el **servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance**".⁸*

Así, en materia de responsabilidad por el acto médico propiamente dicho, esto es el diagnóstico, tratamientos, procedimientos y, en general, las conductas del profesional médico orientadas al restablecimiento o recuperación de la salud del paciente, la imputación del daño se hace, por regla general, desde la perspectiva de una prestación de medios y no de resultados, ya que su deber radica en la aplicación de sus conocimientos, entrenamiento, experiencia y todos los medios disponibles orientados a la curación y rehabilitación, sin que le sea exigible el resultado exitoso.

*Esto significa que, para que la administración pueda ser declarada responsable de los daños ocasionados por el ejercicio de la actividad médica hospitalaria, **el demandante tiene la carga de demostrar que el servicio no se prestó adecuadamente, bien porque no fue oportuno, o porque no cumplió con los protocolos y estándares de calidad fijados por la ciencia médica al momento de la ocurrencia del hecho dañoso,** salvo en lo relativo a los deberes que tienen que ver directamente con el servicio y cuyo cumplimiento depende enteramente del prestador, al margen de la condición y evolución de la salud del paciente, como los relativos al acto médico documental y, en especial, al consentimiento informado, y al suministro de la información necesaria para que el paciente propenda por su autocuidado, caso en el que corresponde al servicio médico demandado demostrar su cumplimiento.*

de 2.006. Radicación número 68001-23-31-2000-09610-01 (15772). Actor: María Olga Sepúlveda Ramírez. Demandado: Hospital Ramón González Valencia.

⁸ Sentencia del 11 de febrero de 2009, radicación No. 54001-23-31-000-1993-08025-01(14726)

*En relación con el nexo de causalidad que debe existir entre la atención médica y el daño, en circunstancias en las que la prueba de esta relación fuera una exigencia demasiado alta para los demandantes se han admitido 3 posturas: una, referente a la carga dinámica de la prueba; posteriormente, se habló de la inversión de la carga de la prueba, con fundamento en que la prueba resulta imposible para la víctima, quien se encontraba inconsciente y, para sus familiares que no estaban presentes en el procedimiento, aunado al hecho que se trataba de demostrar actividades de contenido técnico y científico; en un tercer momento, se determinó que **la prueba corresponde al demandante, pero que dicha carga puede atenuarse mediante la aceptación de la prueba indiciaria que debe ser estudiada en conjunto con la conducta de las partes.***

*Así, la jurisprudencia reciente ha considerado que el nexo causal **puede demostrarse por vía indirecta, es decir, a través de indicios**, sin que se trate de una excepción al deber que le asiste a la parte demandante de acreditar lo que, tradicionalmente se ha denominado como el nexo de causalidad que debe existir entre la atención médica y el daño para que se estructure la responsabilidad de la administración”.*

En sentencia de 26 de abril de 2018, con ponencia de la Doctora MARÍA ADRIANA MARÍN, radicado 2004-02010-01(41390), refiere la H. Corporación que el régimen en relación con los servicios médicos por regla general es el de la falla en el servicio, y fija precisas reglas para su aplicación:

“...Así las cosas, a pesar de la dificultad de encuadrar la responsabilidad bajo el título de falla del servicio, la Sala con fundamento en el principio iura novit curia, analizará el presente asunto bajo el régimen de responsabilidad objetivo.

En efecto, tratándose de supuestos en los cuales se discute la declaratoria de responsabilidad estatal con ocasión actividades médico-asistenciales, según jurisprudencia de esta Corporación, la responsabilidad patrimonial que se le atribuye al Estado bien puede ser analizada bajo el régimen de la falla probada del servicio, a lo cual se ha agregado que, en atención al carácter técnico de la actividad médica y a la dificultad probatoria que ello implica, el nexo de causalidad puede acreditarse en virtud del cual, cuando el demandante alega determinado régimen de imputación de responsabilidad -subjeto u objetivo-, y el juzgador encuentra que es otro el que se ajusta a los hechos narrados en el libelo introductorio, puede, si así lo considera necesario, apartarse de aquél y aplicar el que considere correcto.

(...)

En ese sentido, se debe precisar que si bien es cierto que la actividad médica hospitalaria -como resulta natural- implica riesgos inherentes

a su ejercicio (vgr. intervenciones quirúrgicas o exámenes clínicos invasivos, entre otros), los cuales dependen en gran medida de la complejidad de la afectación de la salud del paciente, también es cierto que para evaluar la responsabilidad de las instituciones prestadoras de salud, la jurisprudencia de esta Sección del Consejo de Estado ha precisado que su análisis debe realizarse a partir de la verificación, en cada caso concreto, del cumplimiento de los reglamentos y protocolos a los que se encuentre sometido cada procedimiento.

No obstante, lo anterior, esta Corporación también ha considerado a modo de excepción, que dentro del ejercicio de la actividad médica existen varios escenarios en los cuales resulta posible predicar la existencia de un régimen objetivo de responsabilidad. En efecto, en relación con algunos eventos susceptibles de ser estudiados bajo el régimen objetivo de responsabilidad, se ha precisado que éstos pueden ser:

- i. Aquellos eventos que implican la manipulación de cosas peligrosas, o que el procedimiento o el tratamiento empleado entrañe peligro, pero siempre y cuando la herramienta riesgosa cause el daño de manera directa o por ella misma, pues si la lesión es producto de una ejecución irregular del acto médico, aunque medie un instrumento que represente peligro o riesgo, el caso específico estará regido por la responsabilidad subjetiva o de falla en el servicio.*
- ii. Cuando un medicamento, tratamiento o procedimiento que implique o conlleve un progreso en la ciencia y, por lo tanto, se considere novedoso, se desconozcan las consecuencias o secuelas del mismo a largo plazo;*
- iii. Cuando en el acto médico se empleen químicos o sustancias peligrosas (v.gr. eventos de medicina nuclear);*
- iv. En supuestos de vacunas, porque se asume de manera implícita su eventual peligrosidad y reacciones adversas en los diferentes organismos y*
- v. Cuando el daño sea producto de una infección nosocomial o intrahospitalaria.*

Los eventos antes señalados han sido decididos por esta Sección del Consejo de Estado por un régimen de responsabilidad objetivo precisado que no resulta relevante determinar si el comportamiento de la entidad fue diligente o cuidadoso, por cuanto es el riesgo asociado con el ejercicio de dichas actividades lo que produce en el plano fáctico o causal el daño antijurídico por el que se demanda...”

Bajo estas orientaciones jurisprudenciales procede el despacho a realizar el análisis de los medios de prueba recolectados, con el fin de determinar si le asiste razón a la parte actora, en el sentido de configurarse la

responsabilidad estatal por falla en la prestación del servicio médico o si por el contrario se encuentra acreditada alguna causal exonerativa de responsabilidad.

3.- ANÁLISIS DEL CASO CONCRETO

3.1. El daño

El daño se concreta con la producción de una lesión denominada "LESION LATROGENICA DE VIA BILLAR" (fl 44, archivo 46 Cdno Ppal) como complicación quirúrgica grave, producto de una colecistectomía laparoscópica, practicada el 18 de noviembre de 2016 a la Señora MARIA EUGENIA PERLAZA en el Hospital Universitario San José de Popayán, el cual se corrobora con las anotaciones realizadas en la historia clínica del paciente: (fl 30, archivo 2 Cdno Ppal)

"NOTA OPERATORIA (...)Historia Clínica: 38470323 (...)Fecha Folio: 18/11/2016 12:29:33 pm.(...)Nº Ingreso: 846121 (...)Servicio:7310 CIRUGIA (...)DATOS PERSONALES (...)Nombre Paciente: MARIA EUGENIA PERLAZA QUIÑONEZ (...)Servicio de Procedencia CIRUGIA AMBULATORIA (...)DATOS DE AFILIACIÓN(...)Entidad: 20001 DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR(...)DATOS DE LA CIRUGIA (..)Fecha Hora Inicio Cirugía: 15/11/2016 8:20:00 am (...) Fecha Hora Fin Cirugía 18/11/2018 11.50.54am (...) Nombres y Apellidos cirujano: ME 177 ANUAR ARMANDO IDROBO ESCOBAR (...) INTERVENCIONES PRACTICADAS (...) CIRUGIA LAPAROSCOPICA COLECISTECTOMA (...) CIRUGIA LAPAROSCOPIA COLANGIOGRAFIA INTRAOPERATORIA (INTENSIFICADOR DE IMÁGENES) (...) DERIVACION BILIO DIGESTIVA (...) CIRUGIA LAPAROSCOPICA LIBERACION DE ADHERENCIA III Y IV (...) ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO (...) CALCULO DE VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS (...)DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS QUIRÚRGICOS:

-VESICULA BILIAR CON PAREDES GRUESAS CON MULTIPLES CALCULOS DE 1 CM EN SU INTERIOR - CISTICO PUNTIFORME INVOLUCRADO EN UN PROCESO INFLAMATORIO TONICO (ADHERENCIAS FIRMES) Y CON FIBROSIS QUE IMPIDEN LA ADECUADA IDENTIFICACION DE LOS TEJIDOS. **LESION DE LA VIA BILIAR LA ALTURA DE BIFURCACION DE LOS HEPATICOS** (...) DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

(...)

ASEPSIA Y ANTISEPSIA CAMPOS QUIRURGICOS SE INGRESA A CAVIDAD POR PUERTO UMBILICAL TECNICA ABIERTA, SE INSUFLA NAUMOPERITONEO - SE COLOCAN BAJO VISION DIRECTA 2 PUERTOS ADICIONALES DE 5 MM EN HCD Y UNO DE 10 MM EN EPIGASTRIO LIBERACIÓN LABORIOSA DE ADHERENCIAS DESCRITAS. SE REALIZA IDENTIFICACION DE LO QUE SE PIENSA ES EL CONDUCTO CISTICO SE CLIPA Y SE CORTA- SE REALIZA LA COLECISTECTOMIA CISTOFUNDICA CON HOOK .- SE OBSERVA SALIDA DE LIQUIDO BILIAR DE 2 CONDUCTOS QUE CORRESPONDE LOS HEPATICO DERECHO E IZQUIERDO, **SE IDENTIFICA LESION DE LA VIA BILIAR CON LA AYUDA DEL INTENSIFICADOR DE IMAGENES QUE MUESTRA PASO DEL CONTRASTE HACIA LOS HEPATICOS SIN CONTRASTAR EL COLEDOCO.-** SE PROCEDE A CONVERSION A CIRUGIA ABIERTA PARA RECONSTRUCCION DE LA VIA BILIAR.- SE HACE LAPAROTOMIA SUPRA UMBILICAL EXTENDIDA HACIA ABAJO.- SE DRENA HEMOPERITONEO

TEÑIDO DE BILIS.- SE HACE DISECCION DEL MUÑON PROXIMAL DE LA VIA BILIAR.- SE FERULIZAN LOS CONDUCTOS HEPATICOS CON Sonda NELATON Y DE FIJA CON CATGUT- SE HACE SECCION DE ASA DE YEYUNO CON GRAPADORA LINEAL DE 75 MM A 60 CM DEL ANGULO DE THEITZ- SE HACE LA ANASTOMOSIS HEPATOEYUNO CON YUNTOS SEPARADOS DE PROLENE 4 CEROS VASCULAR SE HACE LA ANASTOMOSIS YEYUNO YEYUNO CON LA AYUDA DE GRAPADORA 75 MM LINEAL Y SE CORRIGE EL DEFECTO QUE DEJA LA GRAPADORA CON VICRYL 3 CEROS (RECONSTRUCCION EN Y DE ROUX) SE REFUELAZ ANASTOMOSIS YEYUNO YEYUNO CON PROLENE 3 CEROS ASEO DE CAVIDAD- SE DEJA SURGICEL EN LECHO HEPATICO POR SANGRADO EN CAPA- SE DEJA DREN CUSTODIO CON TUBO DE TORAX 26, EL CUAL SE ABOCA POR UNO DE LOS PUERTOS DEL HCD Y SE FIJA. CON SEDA CERO-CIERRE DE CAVIDAD POR PLANOS, FASCIA CON VICRYL 1 Y PIEL CON PROLENE 3 CEROS (...)
PRESENTACIÓN COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS (...) Explicación de la Complicación: LESIÓN DE LA VIA BILIAR.” (Resaltado fuera de texto)

Se precisa en la demanda que, como consecuencia de la lesión biliar, persisten hasta la fecha los síntomas que afectan la salud y calidad de vida de la accionante.

3.2. La imputación

La imputación es la atribución jurídica que se le hace a la entidad pública por el daño antijurídico padecido, una vez establecido el nexo de causalidad. En principio, la entidad estaría en la obligación de responder, bajo cualquiera de los títulos de imputación de los regímenes de responsabilidad, esto es, del subjetivo (falla en el servicio) u objetivo (riesgo excepcional y daño especial).

Según la posición jurisprudencial unificada⁹, el juicio de imputación del daño causado con ocasión de la actividad médica debe adelantarse con aplicación del régimen de falla probada del servicio, de modo que incumbe al actor, no solo la demostración del padecimiento de un daño antijurídico, sino también su imputabilidad a la entidad demandada.

Así entonces, es necesario traer a colación la historia clínica de la señora MARIA EUGENIA PERLAZA, para establecer los antecedentes de la atención médica y aquellas anotaciones que figuren en relación con la fecha del hecho que materialmente es considerado como dañoso. En consecuencia, se realizará un recorrido cronológico de las anotaciones del expediente médico, así:

Antecedentes pre - quirúrgicos

- Según el reporte del **historial clínico del Establecimiento de Sanidad Militar No. 3005** con sede en esta ciudad, la señora María Eugenia Perlaza Quiñonez, recibió la siguiente valoración diagnóstica: (fls 163 a 164, archivo 46 Cdo Ppal)

⁹ Consejo de Estado; Sección Tercera, Sentencia del 31 de agosto de 2006, Exp. 15772.

"Fecha de Admisión (...) 26/01/16 (...) Diagnóstico Definitivo (...) mc "TENGO PENDIENTE Cx" PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD, **ECOGRAFIA DE 2014 QUE MUESTRA CALCULO EN VESICULA MIDE 23 X 8 MM CON SOMBRA SONICA POSTERIOR**, ADEMAS SIGNOS ECOGRAFICOS INDIRECTOS RENALES BILATERALES QUE SUGIERE INFECCIONES URINARIAS A REPETICION. **TAMBIEN TIENE DX DE ESTRECHEZ URETRAL Y CISTITIS CRONICA (...)** **ACTUALMENTE REFIERE PERSISISTIR CON DISURIA**, ESTREÑIMIENTO, HABITO INTESTINAL C/2 DIAS. MENCIONA ALZAS TERMICAS (...) REVISIÓN X SISTEMAS: **RECTORAGIA OCASIONAL (...)**AP/PAT: CISTITIS CRONICA/ESTRECHEZ URETRAL/COLELITIASIS/COLON IRRITABLE / HEMORROIDES INTERNAS. // MED: NO REFIERE/ Qx: CESAREA, POMERO Y, MAMOPLASTIA | ALERGIAS: NO CONOCIDAS// FAM: HTA//G₃ C₂ E₁// FUR:01/01/2016 REGULAR ULTIMA CITOLOGIA: HACE 1 AÑO NORMAL// (...) Dx: 1) K808; 2) K589; 3) T842 4) N 302, (...) PLAN: PACIENTE CON MULTIPLES COMORBILIDADES (...) S/S/: ECOGRAFIA VIA BILIAR. CONTROL CON RESULTADOS ADEMAS ECO, PELVICA TV POR ANTECEDENTES DE SD, OVARIOS POLIQUISTICOS, NO HA ESTADO EN CONTROL CON RESULTADO, **DEFINIR REMISIÓN A CX GENERAL** Y A GINECOLIGÍA RESPECTIVAMENTE.PENDIENTE REMISION A UROLOGÍA POR DX YA ANOTADO" (Resaltado fuera de texto)

-25 de abril de 2016:(fls 164 y 165, archivo 46 Cdno Ppal)

"MC" Trae examen" (...) Reporta Eco Hepatobiliar 31/03/16, Litiasis vesicular. (...) Plan: 1) Valoración x Cx General; 2) Valoración por citología; 3) Recomendaciones en la dieta."

-19 de julio de 2016, según valoración médica se reportó la presencia de la siguiente sintomatología: (fls 165 y 166, archivo 46 Cdno Ppal)

"MC:" Marzo" "Alteración del Período" Edad: 34 años; EA: Cuadro (...) de 1 mes de evolución caracterizado por episodios de marzo, asociado a nauseas, no emesis, no cefalea, Además dolor torácico ocasional, en reposo, duración <5", no irradiado (...) **en enero/16 le fue ordenada Eco Pélvica TV, la cual hasta el momento no ha sido posible realizar (...)** **AD: Colelitiasis Pendiente Cx** (...) IDx: 1) Descartar Dislipidemia; 2) N926; 3) **Pdte Eco Pélvica TV**; 4) Valoración prioritaria x Ginecología; 4) Citología. (Resaltado fuera de texto)

Hasta este punto refiere el historial clínico que, dese el año 2.014, la paciente María Eugenia Perlaza Quiñonez, presentó una acumulación de cálculos en su vesícula biliar o Colelitiasis, con una impresión diagnostica que determinaba manejo quirúrgico, motivo por el cual, desde enero de 2016, se dispuso la valoración por especialista en cirugía general.

- Según **Historial Clínico del Hospital Universitario San José de esta ciudad**, se dispensó a la paciente, la siguiente atención médico-asistencial:

- **El 24 de agosto de 2016;** (fls 19 a 21, archivo 41 Cdno Ppal)

"MOTIVO DE CONSULTA: **TENGO CALCULOS EN LA VESICULA (...)**
ENFERMEDAD ACTUAL: **PACIENTE CON COLICOS BILIARES, TIENE ECOGRAFIA ABDOMINAL QUE MUESTRA CALCULOS Y ECOGRAFIA TV CON MIOMATOSIS UTERINA Y OVARIOS POLIQUISTICOS. (...)** ANTECEDENTES (...) **LIPOSUCCION HACE 6 AÑOS (...)** EXAMEN FISICO (...) **Abdomen: ANORMAL CICATRIZ DE LIPECTOMIA, NO MASAS (...)**
ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE: BUEN ESTADO GENERAL (...)
IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE – 10 (...) K802 CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS (...) PRINCIPAL (..) PRESUNTIVO (...) CONDUCTA: **SE SOLICITAN PREQUIRURGICOS, TURNO PARA COLELAP (...)** COMENTARIO CLINICO- PACIENTE CON COLELITIASIS **QUE REQUIERE MANEJO QUIRURGICO (...)**
IDROBO ESCOBAR ANUAR ARMANDO (...)” CIRUGIA GENERAL

Para cumplir con lo ordenado, se solicitó el turno de quirófano en los siguientes términos: (fl 22 a 23, archivo 41 Cdno Ppal)

"Fecha y hora de solicitud del turno: 24/08/2016 16:49:58 (...)
Tiempo calculado de cirugía en horas: 02:00 (...) *Carácter del Procedimiento: Regular. Especialidad que solicita el turno: 137 CIRUGIA GENERAL (...)* *Nombre y Apellidos del profesional que solicita: ANUAR ARMANDO IDROBO ESCOBAR (...)* *Diagnostico Preoperatorio: K802 CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS (...)* *PROCEDIMIENTOS A REALIZAR (...)* 512104 COLECISTECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA (...) REQUERIMIENTOS ADICIONALES PARA CIRUGIA ELECTIVA INCLUIDA CONSULTA EXTERNA (...) *Estancia Postquirúrgica (...)* *Talento Humano: Anestesiólogo (...)* IDROBO ESCOBAR ANUAR ARMANDO (...) FIRMA MEDICO TRATANTE”

- El **14 de octubre de 2016,** la paciente es valorada por médico especialista en anestesiología, donde se determina lo siguiente: (fl 27 a 29, archivo 41 Cdno Ppal)

"ANAMNESIS: LA OPERAN DE LA VESICULA BILIAR (...)
ANTECEDENTES (...) Quirúrgicos (...) 05/09/2016 (...)
LIPOSUCCION HACE 6 AÑOS (...) Otros: Cuales: OVARIOS POLIQUISTICO (...) **Cirugías Previas: SI (...)** **Cuales: ABDOMINOPLASTIA, MAMOPLASTIA, CESAREAS, LAPARATOMIA POR EMBARAZO ECTOPICO (...)** Medicación Actual: NINGUNA (...) Esteroides último año: NO (...) **Anticoagulantes: NO (...)** **Aspirina: NO (...)** **IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CEI – 10 (...)** K808 OTRAS COLELITIASIS (...) **PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS A REALIZAR: COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA (...)** Tipo probable anestesia: GENERAL (...) EXAMEN FISICO (...) **ABDOMEN: ANORMAL**
Explicación: CICATRICES POR ABDOMINOPLASTIA (...)
Conducta y Recomendaciones: **SE PUEDE PROGRAMAR,**

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AYUNO (...) JUSTO GERARDO REVELO DAVID (...) ANESTESIOLOGÍA"(Resaltado fuere de texto)

- El **17 de noviembre de 2016**, la paciente ingresó al Hospital Universitario San José de Popayán a las 6:36 pm, en cumplimiento del turno programado de cirugía (fl 30, archivo 41 Cdno Ppal)

-El **18 de noviembre de 2016**, en nota de verificación pre quirúrgica de enfermería, se estableció lo siguiente (fl 31 a 32, archivo 41 Cdno Ppal)

"ANTECEDENTES (...) LIPOSUCCION HACE 6 AÑOS (...) II. VERIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA EN EL SERVICIO POR ENFERMERIA (...) Procedimiento a realizar: 512104 COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA RES/INT (...) Tipo anestesia: GENERAL (...) Tipo de Cirugía: AMBULATORIA (...) **Firmó los consentimientos informados** (Quirúrgico, anestesia, Transfusiones): **SI** (...) **Se confirmó reserva de hemoderivados: NO REQUIERE** (...) No. Uds:0 (...) ENFERMERA (...) DUBEY COQUÉ" (Resaltado fuera de texto)

- En la misma fecha, se realizó el test sobre las ESCALAS DE VALORACION DE RIESGOS (FLEBITIS, MORSE, BRADEN), estimando los siguientes aspectos: (fl 31 a 32, archivo 41 Cdno Ppal)

"Nº Historia Clínica: 38470323 (...) FOLIO: 7 Fecha Folio: 18/11/2016 7:02:11 a. m. (...) Nº Ingreso: 846121 (...) Servicio: 7330 – CIRUGIA (...) Nombre Paciente: MARIA EUGENIA PERLAZA QUIÑONEZ (...) I. ESCALA DE VALORACION DE RIESGO DE FLEBITIS (...) CLASIFICACION: CON RIESGO (...) II. ESCALA DE VALORACION DE RIESGO DE CAIDAS - ESCALA DE MORSE (...) CLASIFICACION: RIESGO BAJO (...) III. ESCALA DE VALORACION DE RIESGO DE ULCERAS - ESCALA DE BRADEN (...) CLASIFICACION: SIN RIESGO"

-El procedimiento quirúrgico se realizó el **18 de noviembre de 2016** con "Fecha Hora Inicio Cirugía: 18/11/2016 8:20:00 a. m. Fecha Hora Fin Cirugía: 18/11/2016 11:50:54 a. m."(fl 39, archivo 41 Cdno Ppal)

-Según la Nota Operatoria, expedida el "18/11/2016 12:29:33 p. m." la intervención quirúrgica se desarrolló de la siguiente forma: (fl 39 a 41;42, archivo 41 Cdno Ppal)

"DATOS DE LA CIRUGIA (...) Fecha Hora Inicio Cirugía: 18/11/2016 8:20:00 a. m. Fecha Hora Fin Cirugía: 18/11/2016 11:50:54 a. m. (...) Nro. Quirófano:3 (...) Nombres y Apellidos Cirujano: ME177 ANUAR ARMANDO IDROBO ESCOBAR (...) Nombres y Apellidos Ayudante No. 1 (...) 12186581(...) LUGO CALDERON ALFREDO (...) MEDICO GENERAL; (...) Nombres y Apellidos Ayudante No. 2: MG152 MEZA CABRERA MARIA DEL MAR (...) nombres y Apellidos Anestesiólogo: ME121 SARZOSA PERAFAN ROSA SUSAN (...)

INTERVENCIONES PRACTICADAS (...) 2104 512104
COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA RES/INT (...)513701
7254 DERIVACION BILIO DIGESTIVA (...)468603 468603 CIRUGIA
LAPAROSCOPICA LIBERACION DE ADHERENCIAS III Y IV (...)459101
7740 ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO (...) Tipo de Cirugía:
AMBULATORIA (...) Tipo de Anestesia: GENERAL
(...)DIAGNOSTICOS(...)Diagnóstico Preoperatorio: K802 CALCULO DE
LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS(...)Diagnóstico
Postoperatorio: K802 CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN
COLECISTITIS (...)

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS QUIRÚRGICOS (...)

-VESICULA BILIAR CON PAREDES GRUESAS CON MULTIPLES
CALCULOS DE 1 CM EN SU INTERIOR (...)

-CISTICO PUNTIFORME INVOLUCRADO EN UN PROCESO
INFLAMATORIO CRONICO (**ADHERENCIAS FIRMES**) Y CON
**FIBROSIS QUE IMPIDEN LA ADECUADA IDENTIFICACION DE
LOS TEJIDOS**

**-LESION DE LA VIA BILIAR A LA ALTURA DE LA BIFURCACION
DE LOS HEPATICOS.**

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

- ASEPSIA Y ANTISEPSIA
- CAMPOS QUIRURGICOS
- SE INGRESA A CAVIDAD POR PUERTO UMBILICAL TECNICA
ABIERTA, SE INSUFLA NAUMOPERITONEO.
- SE COLOCAN BAJO VISION DIRECTA 2 PUERTOS ADICIONALES
DE 5 MM EN HCD Y UNO DE 10 MM EN EPIGASTRIO. LIBERACIÓN
LABORIOSA DE ADHERENCIAS DESCRITAS.
- **SE REALIZA IDENTIFICACION DE LO QUE SE PIENSA ES EL
CONDUCTO CISTICO, SE CLIPA Y SE CORTA.**
- **SE REALIZA LA COLECISTECTOMIA** CISTOFUNDICA CON
HOOK.
- SE **OBSERVA SALIDA DE LIQUIDO BILIAR** DE 2 CONDUCTOS
QUE CORRESPONDE LOS HEPATICO DERECHO E IZQUIERDO, SE
IDENTIFICA
- **LESION DE LA VIA BILIAR** CON LA AYUDA DEL
INTENSIFICADOR DE IMAGENES QUE MUESTRA PASO DEL
CONTRASTE HACIA LOSHEPATICOS SIN CONTRASTAR EL
COLEDOCO.
- **SE PROCEDE A CONVERSION A CIRUGIA ABIERTA PARA
RECONSTRUCCION DE LA VIA BILIAR.**
- SE HACE LAPAROTOMIA SUPRA UMBILICAL EXTENDIDA HACIA
ABAJO.
- SE DRENA HEMOPERITONEO TEÑIDO DE BILIS.
- SE HACE DISECCION DEL MUÑON PROXIMAL DE LA VIA BILIAR.
- SE **FERULIZAN LOS CONDUCTOS HEPATICOS CON SONDA
NELATON Y DE FIJA CON CATGUT.**
- SE HACE **SECCION DE ASA DE YEYUNO** CON GRAPADORA
LINEAL DE 75 MM A 60 CM DEL ANGULO DE TREITZ.
- SE HACE LA **ANASTOMOSIS HEPATOEYUNO** CON PUNTOS
SEPARADOS DE PROLENE 4 CEROS VASCULAR.

- SE HACE LA **ANASTOMOSIS YEYUNO - YEYUNO** CON LA AYUDA DE GRAPADORA 75 MM LINEAL Y SE CORRIGE EL DEFECTO QUE DEJA LA GRAPADORA CON VICRYL 3 CEROS-**(RECONSTRUCCION EN Y DE ROUX).**
- SE REFUERAZA **ANASTOMOSIS YEYUNO CON PROLENE 3 CEROS.**
- ASEO DE CAVIDAD.
- **SE DEJA SURGICEL EN LECHO HEPATICO POR SANGRADO EN CAPA.**
- SE DEJA DREN CUSTODIO CON TUBO DE TORAX # 26, EL CUAL SE ABOCA POR UNO DELOS PUERTOS DEL HCD Y SE FIJA CON SEDACERO.
- CIERRE DE CAVIDAD POR PLANOS, FASCIA CON VICRYL 1 Y PIEL CON PORLENE 3 CERO.

PLAN POSTOPERATORIO:

- **HOSPITALIZAR.**
- LEV DEXTROSA EN SSN A 80CCH.
- OMEPRAZOL 40 MG EVL CADA 24H.
- DIPIRONA 2.5 GR EVL CADA 6 H.
- TRAMADOL 25 MG EVL CADA 4H.
- METOCLOPRAMIDA 10 MG EVL CADA 8H.
- DEJAR SIN VIA ORAL.
- **VIGILAR Y CUANTIFICAR PRODUCCION POR DREN ABDOMINAL**

Clasificación de la Cirugía: **LIMPIA - CONTAMINADA** (...) Se utilizó intensificador de imágenes: SI (...) IDROBO ESCOBAR ANUAR ARMANDO” (Resaltado fuera de texto)

Luego del procedimiento quirúrgico, la paciente es hospitalizada para posterior seguimiento de su evolución así:

Fecha	Ubicación	Evolución	Archivo 41 Cdnó Ppal- Fls
18-11-2016 Hora: 12:46:43 p.m.	Sala de Recuperación Cirugía	PACIENTE EN POP INMEDIATO, ALERTA TRANQUILA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, NO SIRS, BUEN PATRON RESPIRATORIO, EN VIGILANCIA POSTOPERATORIA, EN MANEJO ANALGESICO, POSTERIOR A RECUPERACION POST ANESTESICA POR ORDEN DE DR IDROBO SE DA MANEJO INTRAHOSPITALARIO, NADA VIA ORAL, CUIDADOS DE DREN CUSTODIO ABDOMINAL Y VIGILAR DOLOR ABDOMINAL. SE INDICA A FAMILIAR Y PACIENTE EL PROCEDIMIENTO REALIZADO, NO HUBO COMPLICACIONES, SE INDICA LA NECESIDAD DE CONTINUAR MANEJO INTRAHOSPITALARIO, ACEPTAN Y ENTIENDEN LO INFORMADO	43 a 47
18-11-2016 Hora: 1:08:34 p.m.	Sala de Recuperación Cirugía	Contesta y se oriente en lugar y persona- mueve todas las extremidades-dolor moderado y controlado por vía intravenosa- Herida seca y limpia-	50 a 51

19-11-2016 Hora: 12:28:50 a.m.	Hospitalización UNIDADES DE CUIDADO CRITICO- CIRUGIA	AL MOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE REFIERE LEVE DOLOR DE HERIDA QUIRURGICA Y NAUSEAS, NO SINTOMAS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO EMESIS.O: SIGNOS VITALES PA: 119/73 FC: 81 FR: 16 SAO2: 100% CON OXIGENO POR VENTURY AL 50%; HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, NO SIRS, AL EXAMEN FISICO: PINR, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS, TORAX NORMOEXPANSIBLE, ARDIOPULMONAR: RS CS RITMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CLARO NO SOBREAGREGADOS, ABDOMEN: FAJADO, HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA, LIMPIA, NO ESTIMGAS DE SANGRADO, NO HEMATOMAS, PRESENCIA DE DREN CUSTODIO CON DRENAJE HEMATICO ESCASO, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, PERISTALTISMO PRESENTE, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES: SIMETRICAS, LLENADO CAPILAR MENOR 2 SEGUNDOS, NO EDEMA, PULSOS DISTALES PRESENTES, SNC: ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADO EN SUS 3 ESFERAS, NO DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE.	64 a 67
19-11-2016 Hora: 7:55:00 a.m.	Hospitalización UNIDADES DE CUIDADO CRITICO- CIRUGIA	-EF: BUENAS CONDICIONES GENERALES, FC 100, FR 22, AFEBRIL, MUCOSAS HIDRATADAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CUELLO SIN LESIONES, CARDIOPULMONAR BIEN VENTILADA, ABDOMEN CON ABUNDANTE PANÍCULO ADIPOSO, BLANDO, LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN PROFUNDA SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, HERIDA SUPRAUMBILICAL SIN SANGRADO, DREN CUSTODIO CON PRODUCCION BILIOSA, EXTREMIDADES SIN LESIONES	68
19-11-2016 Hora: 12:42:44 P.m.	Hospitalización UNIDADES DE CUIDADO CRITICO- CIRUGIA	Estado: ABDOMEN DEPRESIBLE, ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO, DOLOR DIFUSO A PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, DREN CUSTODIO EN FLANCO DERECHO CON PRODUCCION DE LIQUIDO HEMATICO. PERISTALTISMO LENTO, HERIDA QUIRURGICA MEDIANA INFRA SUPRA UMBILICAL LIMPIA (...) SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA.	77
20-11-2016 Hora: 12:47 P.m.	Hospitalización UNIDADES DE CUIDADO CRITICO- CIRUGIA	ANALISIS: PACIENTE CON CUDRO DESCRITO CON PRODUCCION FRANCAMETNE BILIAR POR DREN CUSTODIO, CONSIDERAMOS CURSA CON FISTULA BILIAR, AHORA CON GOTEO DE OCTEOTRIDE, CON FISTULA ORIENTADA <u>SIN SIGNOS</u> <u>DE IRRITACION PERITONEAL POR LO</u> <u>QUE NO TIENE DE MOMENTO</u> <u>INDICACION DE</u> <u>REINTERVENCION,</u> CONTINUAR MANEJO INSTARURADO, NO INICIO	85

		AUN DE VIA ORAL, SE COMENTARÁ CASO CON CX GASTROENTEROLOGO.	
20-11-2016 Hora: 3:40: 34 P.m.	Hospitalización UNIDADES DE CUIDADO CRITICO-CIRUGIA	Estado: ABDOMEN DEPRESIBLE, ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO, DOLOR LEVE A PALPACION DE MESOGASTRIO SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PERISTALTISMO PRESENTE, TOLERA VIA ORAL. HERIDAS QUIRURGICAS LIMPIAS. POR DREN CUSTODIO LIQUIDO BILIOSO EN MODERADA CONTIDAD (...): SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA.	87
21-11-2016 Hora: 12:23 P.m.	Hospitalización UNIDADES DE CUIDADO CRITICO-CIRUGIA	EF: BUENAS CONDICIONES GENERALES, FC 80, FR 22, AFEBRIL, MUCOSAS HIDRATADAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CUELLO SIN LESIONES, CARDIOPULMONAR BIEN VENTILADA, ABDOMEN CON ABUNDANTE PANÍCULO ADIPOSO, BLANDO, LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN PROFUNDA SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, HERIDA SUPRAUMBILICAL SIN SANGRADO, DREN CUSTODIO CON PRODUCCION FRANCAMENTE BILIAR 400 CC EN 24 HORAS., EXTREMIDADES SIN LESIONES. SNC ALERTA, NO FOCALIZAD. (...) DIAGNOSTICO: K833 FISTULA DEL CONDUCTO BILIAR¹⁰ (...) PLAN: PACIENTE CON INDICACION DE INICIO DE VIA ORAL. SUSPENDER ORDEN DE OCTREOTIDE. GRACIAS	92 y 94
21-11-2016 Hora: 6:34 P.m.	Hospitalización UNIDADES DE CUIDADO CRITICO-CIRUGIA	AL MOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE REFIERE LEVE DOLOR DE HERIDA QUIRURGICA Y NAUSEAS, NO SINTOMAS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO EMESIS; HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, NO SIRS, AL EXAMEN FISICO: PA 120/70 FC 78 FR 20 T 36 --- CABEZA NORMOCEFALP -- OJOS PINR, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS, TORAX NORMOEXPANSIBLE, CARDIOPULMONAR: RS CS RITMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CLARO NO SOBREGREGADOS, ABDOMEN: FAJADO, HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA, LIMPIA, NO ESTIMGAS DE SANGRADO, NO HEMATOMAS, PRESENCIA DE DREN CUSTODIO CON DRENAJE HEMATICO ESCASO , BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, PERISTALTISMO PRESENTE, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES: SIMETRICAS, LLENADO CAPILAR MENOR 2 SEGUNDOS, NO EDEMA, PULSOS DISTALES PRESENTES,	96

¹⁰ **La fístula biliar postraumática** es el paso anormal del contenido líquido del tracto biliar hacia un órgano, cavidad o cuando se tiene un drenaje artificial hacia la superficie externa del abdomen. Es una secuela postraumática relativamente rara, ocurre en entre 0.5 y 2.6% de los casos de trauma hepático. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000200024#:~:text=La%20f%C3%ADstula%20biliar%20postraum%C3%A1tica%20es,los%20casos%20de%20trauma%20hep%C3%A1tico.

		SNC: ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADO EN SUS 3ESFERAS, NO DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE (...) DIAGNOSTICO: K833 FISTULA DEL CONDUCTO BILIAR- K802 CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS	
22-11-2016 Hora: 1:55 P.m.	Hospitalización UNIDADES DE CUIDADO CRITICO-CIRUGIA	EVENTOS: PACIENTE REFIERE MEJORES CONDICIONES GENERALES , NO HA PRESENTADO EPISODIOS FEBRILES, DRENAJE SIN PRODUCCION. AL EXAMEN FISICO: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIGNOS VITALES DENTRO DE LA NORMALIDAD, AFEBRIL, MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CUELLO SIN LESIONES, CORAZON RITMICO, NO SOPLOS, PULMONES VENTILADOS, ABDOMEN CON ABUNDANTE PANÍCULO ADIPOSO, BLANDO, LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN PROFUNDA SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, HERIDA QUIRURGICA SIN SANGRADO, SIN SECRECION, NO SIGNOS DE INFECCION, DREN CUSTODIO SIN PRODUCCION EN LAS ULTIMAS 24 HORAS. EXTREMIDADES SIN LESIONES. SNC ALERTA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO.	103
23-11-2016 Hora: 4:03 P.m.	Hospitalización UNIDADES DE CUIDADO CRITICO-CIRUGIA	ANALISIS: PACIENTE DE 34 AÑOS CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS EN EL MOMENTO CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, SIN SINTOMAS GASTROINTESTINALES, CON ESCASO DRENAJE DE BILIS POR DREN CUSTODIO CON ECOGRAFIA QUE REPORTA PEQUEÑA COLECCION EN LECHO QUIRURGICO, NO EVIDENCIA DE COLECCIONES INTRAPERITONEALES, SE INDICA ENTONCES CONTINUAR VIGILANCIA CLINICA, AVANZAR DIETA SOLIDA HIPOGRASA, SE SOLICITA CUADRO HEMATICO DE CONTROL PARA MAÑANA, DEPENDIENDO DE EVOLUCION SE CONSIDERARA EGRESO. POR EL MOMENTO NO RETIRAR DREN.	108
23-11-2016 Hora: 4:03 P.m.	Hospitalización UNIDADES DE CUIDADO CRITICO-CIRUGIA	ECOGRAFIA ABDOMINAL: El hígado es homogéneo de forma y tamaño normal sin lesiones focales. No hay masas, quistes ni colecciones. Vesícula biliar ausente por cirugía previa, con lecho quirúrgico ocupado por una pequeña colección que mide 23x27 mm, volumen aprox. 4 cc, la cual contiene aire. Vía biliar intra y extrahepática no dilatada, colédoco de 5 mm. Páncreas y retroperitoneo no visualizados por interposición de gas intestinal. Bazo y riñones presentan forma, tamaño, contorno y ecogenicidad normal, sin lesiones focales. Aorta abdominal de calibre normal, mide: 13 mm, no hay aneurismas ni adenopatías a su alrededor. Vejiga urinaria distendida normal, sin cálculos ni detritus. No se observa líquido libre ni colección intra-abdominal (...) CONCLUSION: - Colección	

		residual en lecho quirúrgico vesicular la cual sugiere pequeño coagulo y cámara de aire (...) Las demás estructuras de aspecto ecográfico normal (...) K833 FISTULA DEL CONDUCTO BILIAR	
23-11-2016 Hora: 4:03 P.m.	Hospitalización UNIDADES DE CUIDADO CRITICO-CIRUGIA	Estado: ABDOMEN DEPRESIBLE, DOLOR LEVE A PALPACION SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, TOLERA VIA ORAL.POR DREN CUSTODIO MINIMA PRODUCCION DE LIQUIDO HEMATICO. HERIDA QUIRURGICA LIMPIA. (...) Estado: SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA	110
24-11-2016 Hora: 10:54 a.m.	Hospitalización UNIDADES DE CUIDADO CRITICO-CIRUGIA	ANALISIS: PACIENTE DE 34 AÑOS CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CON EVOLUCION SATISFACTORIA, SIN ICTERICIA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, TOLERANDO ADECUADAMENTE LA VIA ORAL, SIN DISTENSION ABDOMINAL, SIN SIRS, CON ESCASA PRODUCCION DE DREN CUSTODIO. LLAMA LA ATENCION QUE PRESENTA LESION ELEVADA A NIVEL SUBLINGUAL EN SOSPECHA DE SIALOADENITIS SE SOLICITA VALORACION POR ORL. POR PARTE DE CIRUGIA SE DECIDE DAR EGRESO UNA VEZ SEA VALORADA POR ORL, CON INDICACION DE ACUDIR A RETIRO DE DREN EN 4 DIAS, CONTROL POR CONSULTA EXTERNA CON CIRUGIA GENERAL EN 3 SEMANAS, SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR Y RECOMENDACIONES GENERALES	115

En esta instancia, se evidencia en la valoración médica una sintomatología bucal de la paciente, con impresión diagnostica asociada a **SIALOADENITIS¹¹**, la cual, fue valorada por médico especialista quien reportó lo siguiente:

Fecha	Ubicación	Evolución	Archivo 41 Cdno Ppal- Fls
24-11-2016 Hora: 2:25:45 p.m.	Sala de Recuperación Cirugía	Análisis Subjetivo: PTE CON ANTECEDENTES NAOTADOS, REFIERE CUANDRO DE 2 DIAS DE AUMENTO DE VOLUMEN SOBRE SUELO DE BOCA DERECHO, LIGERO DOLOR, NO FIEBRE, NO DISFAGIA. NO OTRS SINTOMAS A ESCALA DE ORL (...) Análisis Objetivo: RINOSCOPIA: SEPTUM CENTRAL, CORNETES NASALES EUTROFICOS, SIN RINORREAS. OROFARINGE: UVULA CENTRAL, AMIGDALAS PALATINAS GII BILATERAL, MUCOSA DE ASPECTO NORMAL. AUMENTO DE VOLUMEN DE 2 X 3 CM	119

¹¹La sialoadenitis es una infección bacteriana de una glándula salival, en general debida a la obstrucción por un cálculo o a la hiposecreción glandular. Los síntomas son hinchazón, dolor, eritema y dolor a la palpación. El diagnóstico es clínico. La TC, la ecografía y la RM pueden ayudar a identificar la causa. El tratamiento consiste en la administración de antibióticos.
<https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-otorrinolaringol%C3%B3gicos/trastornos-bucal-y-far%C3%ADngeos/sialoadenitis>

		SOBRE SUELO DE BOCA DERECHO, DEPRESIBLE, NO ADHERIDO, LEVE DOLOR, NO SUPURACION ACTIVA POR CONDCUTO DE WARTON. OTOSCOPIA: OI-OD. NORMAL, CUELLO: SIN MASAS PALPABLES (...) DETALLE RESPUESTA: PTE CON CUADRO DE SIALODENITIS AGUDA, REQUEIRE MANEJO MEDICO AMBULATORIO, SIN CRITERIOS DE DRENAJE QUIRURGICO EN EL MOMENTO DE LA VALORACION (...) TRATAMIENTO: CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO: AMOXACILINA + CLAVULANATO X 7 DIAS, GARGARAS CON SSN, SIALOGOGOS, CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 7 DIAS POR ORL. (...) Diagnóstico: K118 OTRAS ENFERMEDADES DE LAS GLANDULAS SALIVALES□ (...) ALINA LEYDU DELGADO MELENDEZ□ (...) OTORRINOLARINGOLOGIA	
--	--	---	--

Conforme la evolución de la paciente, se ordena su egreso con la siguiente descripción y recomendaciones:

Fecha	Ubicación	Evolución	Archivo 41 Cdn Ppal- Fls
24-11-2016 Hora: 10:54 a.m.	Hospitalización UNIDADES DE CUIDADO CRITICO- CIRUGIA	ANALISIS: ADULTO JOVEN CON HISTORIA CLINICA Y DIAGNOSTICOS DESCRITOS. RECIBIO MANEJO ANTIBIOTICO CON CEFTRIAXONA + METRONIDAZOL. EN EL MOMENTO PACIENTE ALERTA, ORIENTADO, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIGNOS VITALES DENTRO DE LA NORMALIDAD, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, CON FAVORABLE EVOLUCION POSTQUIRURGICA. TIENE PARACLINICOS DE CONTROL SIN ALTERACION LEUCOCITARIA, SIN NEUTROFILIA, HEMOGLOBINA LIGERAMENTE BAJA SIN REPERCUSION CLINICA, PLAQUETAS NORMAL. PACIENTE EN MANEJO POR CIRUGIA GENERAL CON INDICACION DE EGRESO CON CONTROL AMBULATORIO. EL DIA DE HOY FUE VALORADA POR OTORRINOLARINGOLOGIA CONSIDERANDO SIALOADENITIS AGUDA, CON INDICACION DE MANEJO ANTIBIOTICO AMBULATORIO Y CONTROL EN 7 DIAS. SE EXPLICA SITUACION Y CONDUCTA AL FAMILIARY PACIENTE, QUIENES MANIFIESTAN ENTENDER (...) SE GENERA EGRESO CON: RECOMENDACIONES GENERALES Y ESPECIFICAS DE CUIDADO-RECOMENDACIONES	120

		DIETARIAS: EVITAR COMIDAS CON ALTO CONTENIDO DE AZÚCAR, GRASAS, HARINAS; INCREMENTAR EL CONSUMO DE FRUTAS Y VEGETALES-- SE EXPLICAN CLARAMENTE LOS SIGNOS DE ALARMA PARA REINGRESO INMEDIATO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS, COMO: DOLOR QUE NO CEDA CON LA ANALGESIA SUMINISTRADA, FIEBRE, <u>SANGRADO</u> O SECRESIONES POR HERIDAS QUIRURGICAS (...) CONTROL CON MEDICO GENERAL EN 3 DÍAS EN NIVEL I DE ATENCIÓN--ACUDIR A RETIRO DE DREN EN 4 DIAS, PRESENTARSE EN EL HUSJ EN EL 3ER PISO, ALA QUIRURGICA, PREGUNTAR POR LA DRA YENNY ARROYAVE O EL RESIDENTE ENCARGADO.-- CONTROL CON CIRUGIA GENERAL EN 21 DIAS-- CONTROL CON OTORRINOLARINGOLOGIA EN 7 DIAS.	
--	--	--	--

Se aporta la constancia de egreso de la paciente calendada el 24 del noviembre de 2016, firmada por su pareja, señor JHONJAN VALENCIA, donde manifiesta haber recibido a entera satisfacción y con calidad los servicios prestados por el Hospital Universitario San José de Popayán (fl 41, archivo 2)

Se advirtió a la paciente que, dentro de los 3 días siguiente a su egreso, es decir a 29 de noviembre de 2016 debía concurrir a la entidad hospitalaria a efecto de procurar el control por medicina general, pero o hay evidencia de que la paciente haya acudido a control.

El cuarto día siguiente a su egreso esto es, a más tardar el 30 de noviembre de 2016, debía acudir al ala quirúrgica del HUSJ para el retiro del drenaje que se dejó instalado de manera preventiva para la eliminación de secreciones o liquido biliar, dentro del período de readaptación a su vida cotidiana en casa.

En la historia clínica, se evidencia que la señora MARIA EUGENIA PERLAZA QUIÑONEZ, acudió el **9 de diciembre de 2016** a consulta especializada en el HUSJ de Popayán para una valoración por Ginecología, debido a la patología de ovario poliquístico" (...) *REFIERE QUE HACE 20 DIAS SE LE REALIZÓ COLECISTECTOMIA ABIERTA AHORA REFIERE DOLOR ABDOMINAL DE MODERADA INTENSIDAD*". En el examen físico reportó lo siguiente: "*Abdoomen (sic): ANORMAL. HERIDA QUIRURGICA MEDIANA SUPREINFRAUMBILICAL EN PROCESO DE CICATRIZACION, DOLOR MODERADO A LA PALPACION*" (fls 126 a 128, archivo 41)

La consulta médica especializada permite inferir que después de 20 días de practicado el proceso COLELAP, la paciente no refirió ningún síntoma de alarma frente a la cirugía practicada, que ameritaran cuadros clínicos de urgencia, como "*SANGRADO* " o "*SECRESIONES POR HERIDAS QUIRURGICAS*"(fl 115 y 120, archivo 41 Cdno Ppal)

En el caso concreto, se estimó el período de 3 semanas como un punto prudencial para revalorar el estado de la paciente, es decir, se tomó un espacio intermedio con tal finalidad, dentro del rango máximo de tiempo para la recuperación plena de la paciente, con el fin de valorar la presencia de posibles complicaciones post quirúrgicas.

Con fundamento en lo expuesto, se precisa entonces que, en la intervención quirúrgica practicada a la paciente, encontraron adherencias en el cístico, con fibrosis que impedían la adecuada identificación de los tejidos, sin embargo, se clipó lo que, en su momento el médico tratante consideró como el referido conducto. Acto seguido, procedió a la extracción o extirpación de la vesícula, con un equipo idóneo para evitar sangrado y procurar la coagulación como lo es, el Hook-L ó Gancho de Coagulación Monopolar.

Con el procedimiento quirúrgico se produjo el corte de dos (2) conductos de transporte de líquido biliar, esto es, conductos hepáticos principales derecho e izquierdo, que requirieron de un equipo intensificador de la imagen o colangiografía operatoria, para precisar la ubicación y magnitud de las lesiones, para atender y contrarrestar la emergencia, para lo cual, fue necesario transformar la cirugía laparoscopia de medio cerrado a una cirugía abierta para reconstrucción de la vía biliar.

Dada las incidencias del proceso de COLELAP transformado en laparotomía supra umbilical, el médico cirujano enfocó su proceder en la ejecución inmediata de los siguientes procedimientos correctivos: a) ferulización de los conductos hepáticos para normalización del fluido biliar; b) sección o corte de asa o parte del yeyuno o intestino delgado; c) anastomosis o unión yeyuno - yeyuno y d) anastomosis o unión hepatoyeyuno en Y de Roux, y e) dren custodio o tubo de drenaje para extraer líquido de la cavidad abdominal generado por la intervención quirúrgica y hasta orden médica de su retiro.

La historia clínica transcrita, evidencia las complicaciones intraoperatorias que se presentaron en el acto quirúrgico, en desarrollo de la intervención de Colecistectomía laparoscópica- COLELAP programada y que desencadenó en la cirugía de LAPAROTOMIA SUPRA UMBILICAL (Cirugía abierta).

Al respecto asegura la parte demandante que la lesión de la vesícula biliar se produjo por un error técnico del cirujano que realizó el procedimiento quirúrgico, ocasionado por su falta de pericia en el manejo de la cirugía practicada. Debe precisarse lo siguiente:

-Según "ECOGRAFIA DE 2014 QUE MUESTRA CALCULO EN VESICULA MIDE 23X 8 MM CON SOMBRA SONICA POSTERIOR", la paciente evidenciaba un cuadro de afección de la vesícula biliar, con "AD: Colelitiasis", que ameritaban valoración por "CX GENERAL" (fls 163 a 166, archivo 46 Cdno Ppal)

-Conforme resultado ecográfico del "31/03/16 "se confirmó el diagnóstico de "Litiasis vesicular.¹² Y como plan de manejo se ordenó la práctica de cirugía COLELAP ¹³ (fls 19 a 21, archivo 41 ,fls 164 y 165, archivo 46 Cdno Ppal)

De la historia clínica aportada, se destaca que la paciente sufría de los síntomas de esta patología desde hace aproximadamente de dos (2) años. También se advierte de tres antecedentes quirúrgicos que comprometían la zona abdominal y adyacente, tales como: i) ABDOMINOPLASTIA O LIPOSUCCIÓN, ii) CESAREAS y iii) LAPARATOMIA POR EMBARAZO ECTOPICO.

Respecto de la zona abdominal, se determinó como, "ABDOMEN: ANORMAL" por presencia de "CICATRICES POR ABDOMINOPLASTIA". Factores determinantes e influyentes para posible presencia de "**UN PROCESO INFLAMATORIO CRONICO (ADHERENCIAS FIRMES) Y CON FIBROSIS QUE IMPIDEN LA ADECUADA IDENTIFICACION DE LOS TEJIDOS**"(fls 27 a 29, 39 a 41;42, archivo 41 Cdno Ppal)

En declaración rendida por el Médico cirujano tratante, Dr. ANUAR ARMANDO IDROBO ESCOBAR, se realizaron las siguientes precisiones en relación con la intervención quirúrgica practicada a la accionante MARIA EUGENIA PERLAZA QUIÑONEZ: (archivo 42; cdno Ppal)

"P: ¿Entonces por favor médico, sírvase a indicarle al despacho cuál fue la atención por usted brindada y el tratamiento que le dispensó a dicha paciente?

C: Esta es una paciente que ingresó de manera ambulatoria por la consulta externa .No recuerdo la edad exacta, pues, pero eso sucedió hace ya bastante tiempo, en para esa época debería tener por ahí unos 34 o 35 años si no estoy mal, ingresó de manera ambulatoria para la realización de un procedimiento quirúrgico era una paciente que tenía antecedentes de cálculos en la vesícula y había tenido igualmente, pues dolores tipo cólico, eventos de Cólico biliar se denomina medicina por esta causa, por eso consultó. Yo la vi en la consulta externa y le definimos manejo quirúrgico por las complicaciones que puede tener a futuro no realizarle un procedimiento como ese como son el riesgo de coleditiasis, el riesgo de infecciones de la vía biliar, el riesgo de transformación maligna de las paredes de la vesícula. Bueno, son muchas las indicaciones para operar los pacientes con cálculo de la vesícula, por eso le dimos indicación de operarla de manera programada y eso fue lo que se programó, pues para cirugía. Esa fue la atención inicial. **P:**¿Gracias médico, usted me puede indicar qué condiciones clínicas presentaba la paciente específicamente para que se optara por el criterio practicarle una colecistectomía laparoscópica? **C:** El hecho de tener cálculos en la vesícula biliar en un paciente adulto implica el procedimiento quirúrgico de por sí es una indicación clara de realizar el procedimiento y además, que era una paciente sintomática, una paciente con Cólicos Biliares y posiblemente eventos de colecistitis a repetición en cada uno de esos eventos de Cólico biliar por eso tenían la indicación, pues del procedimiento. **P:** ¿Doctor, qué riesgos se pueden producir frente a esta cirugía específicamente o este procedimiento? **C:** Es una cirugía que realizamos con frecuencia, es una cirugía pues, es que yo ahora soy cirujano

¹² Litiasis vesicular : " La litiasis biliar o coleditiasis se define como la existencia de cálculos dentro de la vesícula biliar. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541224000891>

¹³ Una colecistectomía es una cirugía que se utiliza para extirpar la vesícula.

<https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/cholecystectomy/about/pac-20384818>

pediatra, de cirujano general se realiza con más frecuencia que de cirujano pediatra, sin embargo, todavía lo hacemos, también se hace en niños, sobre todo en niños mayores. **pero implica muchos riesgos, es una cirugía grande, no es una cirugía menor, pero cuando el paciente tiene una indicación, pues toca llevar los riesgos, pues son los de la mayoría de las cirugías que implican el sangrado, la infección de las heridas, hernias sobre los sitios que hacemos, la incisión para los abordajes laparoscópicos, las lesiones de la vía biliar, las fugas de bilis a veces pueden fugar el conducto que uno liga puede quedar suelta, la grapa que uno pone ahí puede haber fugas de bilis, o a veces quedan cálculos hacia el hígado que obstruyen el conducto distalmente y pueden estallar eso que uno deja clipado ahí y pueden haber fugas de bilis, a eso le llaman fuga o fístulas biliares Las lesiones biliares, pues que, es una de las complicaciones, pues más temidas por nosotros, pero que se presentan también que, es la sección del conducto del conducto coledocohepático, dependiendo del nivel donde haya ocurrido la lesión. Las colecciones intraabdominales ya sea de sangre, de bilis.** Esos son como las complicaciones que pueden ocurrir. Bueno, en esta señora. **Nosotros generalmente cada que se programa un paciente, hacemos un consentimiento informado, no, en el cual se le informa a los pacientes sobre este tipo de riesgos que existen, en el consentimiento informado a esta paciente, esté completamente seguro que deben estar escritos todos estos riesgos, incluso la conversión a cirugía abierta, pues también debe estar. Si ustedes han revisado la historia, es muy probable que lo hayan visto que esté,** cuando no se puede hacer por laparoscopia, que es el gold Standard, pues de manejo de la de los cálculos de la vesícula, cuando usted no lo puede hacer por esa vía o tiene dificultades o no, tiene que convertirlo a cirugía abierta, **eso también lo dejo, pues yo explícito, porque eso lo coloca uno entre los posibles riesgos de la cirugía. En caso de que uno no pueda continuar con el procedimiento laparoscópico.** **P:** En el caso de la paciente, doctor, ¿cuáles fueron las razones que llevaron a la conversión de la primera cirugía a una cirugía abierta? **C:** **Las razones que llevaron a la conversión a cirugía abierta fue porque hubo una lesión de la vía biliar que teníamos que reparar.** Entonces esa cirugía es una cirugía aún mayor, la reconstrucción de la vía biliar, que fue lo que se le se le hizo a esta paciente. Por vía laparoscópica, se puede realizar uno la puede realizar, sin embargo, los estudios han demostrado que la comparación entre la reconstrucción de la vía biliar entre la vía laparoscópica y la vía abierta, pues la vía abierta supera la vía laparoscópica en este tipo de cirugía mayor en la reparación de la de la vía biliar. Entonces por eso decidimos para ese momento convertir a cirugía abierta por el beneficio de la paciente y hacer la reconstrucción de la de la vía biliar como se hizo. **P:** Doctor, específicamente en el caso de la señora María Eugenia Perlaza, ¿se evidenció algún o alguna causa que hiciera que ustedes tomaron esa decisión de conversión? **C:** Sí, como te digo, **es la lesión de la vía biliar la que nos obligó,** pues a convertir a cirugía abierta para hacer la reconstrucción de la de la vía biliar. Como les explicó los estudios han demostrado, pues, una superioridad de la reconstrucción de la vía biliar de manera abierta, que, por vía laparoscópica, entonces por eso tomamos la determinación de hacerlo. Esta paciente, pues tenía unos riesgos inherentes a ella, como les había mencionado anteriormente, es una paciente que ya venía con episodios de Cólico biliar. Esos episodios de cólico biliar implican que esos cálculos que tiene dentro de la vesícula se impactan generalmente en el cuello de la vesícula cuando la vesícula quiere expulsar su contenido, ese cálculo obstruye esa salida del líquido. Y **la vesícula empieza a contraerse de manera abrupta para tratar de evacuar su contenido y empieza a inflamar las paredes, esa**

inflamación de las paredes se denomina colecistitis crónica. Es una inflamación del tejido de manera crónica y esa inflamación generalmente va en contra de que uno puede identificar adecuadamente los tejidos en los pacientes, nos pasa mucho en los pacientes que tienen cólico biliar y no se hacen operar a tiempo, les da el primer cólico, les ponen analgesia en el centro de salud o donde acudan, se les quita el dolor o el cálculo sale del cuello de la vesícula y mejoran, entonces no se hacen operar, vuelve y pasa el evento. Es generalmente repetitivo y como mejora no se hacen operar, **pero esos procesos inflamatorios recurrentes a nivel de la vesícula y del árbol biliar hacen que se generen fibrosis y el proceso inflamatorio genera fibrosis y limitación para la identificación clara de los tejidos por eso es un factor de riesgo muy importante para este tipo de lesiones. Las lesiones de la vía biliar, pues no son muy frecuentes, no son muy frecuentes,** afortunadamente porque la reconstrucción no es fácil, generalmente en buenas manos tiene complicaciones, afortunadamente con ella nos fue bien en la reconstrucción, **pero puede ocurrir, puede ocurrir. Hay tasas hasta el 2% de ocurrencia de lesiones de la vía biliar, unas series.** Yo he operado, yo creo que ya perdí la cuenta de los pacientes que he operado de vesícula y tal vez es la única lesión creo que estoy por debajo del promedio del porcentaje de ocurrencia de lesiones que pueden pasar, pero en esta paciente, desafortunadamente pues ocurrió y para fortuna de ella y fortuna nuestra, pues pudimos hacer la reconstrucción y pues mantenerle su vía biliar, pues de manera óptima, pues inicialmente creo que, ella tuvo después un evento de Sangrado, pero muy seguramente no estaba relacionado con el con el evento quirúrgico.

P: ¿Médico, usted me puede indicar si es posible establecerlo, si la lesión de la vía biliar que encontraron en María Eugenia Perlaza cuál pudo ser su causa, su origen? **P:** Esta es, una lesión, pues que la causa más que la causa, no, sino como **la dificultad que tuvimos con ella,** era lo que les había acabado de explicar, **una paciente que venía con cólicos biliares y esos fenómenos inflamatorios generan fibrosis a nivel del árbol biliar que dificulta la identificación clara de los conductos.** Entonces, en la disección, **en la disección de los conductos, ocurrió la lesión de la vía biliar por ese proceso de fibrosis que tenía ella a ese nivel.**

P: Médico, usted me puede aclarar si la laparoscopia que inicialmente se le trató de practicar a ella, pudo originar de alguna manera esa lesión o que se complicara la misma. **C:** No, no, para nada la laparoscopia es él es el gold estándar de manejo de en este momento, si el gold estándar de manejo del de la colelitiasis, pues que es lo que tenía esta paciente con un nivel de superioridad inmenso sobre la cirugía abierta no hay, no hay ninguna discusión en ese sentido. **P:** ¿Usted recuerda o sabe cuál fue el seguimiento que se le realizó a la paciente después de realizarle la intervención quirúrgica? **C:** Claro que sí, si es una paciente que como te dije anteriormente afortunadamente evolucionó bien, creo que estuvo alrededor de 4 o 5 días hospitalizada posterior a la cirugía y la egresamos como el cuarto quinto día con una muy buena evolución, **es una cirugía mayor de las cirugías grandes que hacemos como cirujano general,** pues es de las cirugías grandes reconstructivas y esta, aparentemente evolucionó muy bien. Creo que, el cuarto, quinto día ya estaba en su casa y le hicimos un seguimiento, se fue comiendo y fue sin dolor le dejamos un dren, **pues un dren custodio que lo quitamos el cuarto o quinto día que se citó a ella a la consulta,** y la evolución, pues en realidad para el tipo de cirugía que se le realizó reconstructiva fue muy buena, muy buena, una paciente, pero relativamente joven que evolucionó de manera satisfactoria. **P:** Médico, ¿de alguna manera puede incidir en este tipo de prácticas que, la paciente anteriormente hubiese sido sometida a una

cirugía estética, específicamente a una lipectomía? **C:** En cuanto a la cirugía del árbol biliar, no tienen ninguna relación. Puede haber dificultad para nosotros a la hora del ingreso porque con la lipectomía se modifican el ombligo, por ejemplo, el ombligo es un, es una vía de abordaje nuestra para la parte laparoscópica y en ese sentido, si nos puede, nos puede limitar el ingreso hacia la cavidad, pudiera haber estado relacionado con lesiones de otro tipo, pues hacia las otras estructuras como el intestino o alguna estructura cercana, porque ellos modifican el ombligo pero por lo demás, no, le veo ninguna relación con la con la complicación que hubo. **P: Específicamente ¿en el caso de la paciente, se tuvo en cuenta este antecedente para diagnosticar o realizar el procedimiento que le fue practicado?** **P: Sí se tuvo en cuenta, pero no tiene ninguna contraindicación el hecho de que tenga el antecedente quirúrgico con no, poder realizarle el procedimiento terapéutico que se le hizo. (...)** **P:** En varias oportunidades el tema de procedimiento ambulatorio para claridad del despacho explíqueme en qué consiste ese procedimiento o cirugía colecistectomía por laparoscopia y de manera ambulatoria para para mayor claridad de nosotros, que no, no somos expertos en la materia médica. **C:** Un procedimiento ambulatorio es un procedimiento, pues que el paciente se capta por la consulta externa son pacientes que como ya le decía anteriormente, han consultado por urgencias en muchas oportunidades por cólicos Biliares y posiblemente en relación a colecistitis aguda, que es la inflamación de la vesícula por la obstrucción que generan los cálculos entonces estos pacientes como acuden de esa manera y no se hacen operar o no se remiten de manera oportuna, pues a veces no tienen acceso o los mismos pacientes deciden no consultar de manera rápida al cirujano, finalmente, cuando ya están cansados del mismo episodio, muchas veces se relaciona con la comida el evento en cuando uno come es que la vesícula expulsa su contenido, entonces ellos comen, les da alcoholico biliar el cálculo se impactan en la en el cuello de la vesícula les da el dolor, entonces eso es lo que más los obliga después a consultar y como ya no son pacientes que están agudos y tienen el antecedente de la ecografía con cálculos, el médico lo remite al cirujano de manera ambulatoria entonces nosotros los vemos por la consulta externa revisamos, por lo que nos los han enviado, miramos la ecografía como les había dicho con anterioridad los cálculos en la vesícula son indicación de manejo quirúrgico entonces los programamos hacemos una cirugía electiva programada, como se hizo en esta paciente. A diferencia del paciente que llega agudo, que llega a urgencias pero que llega a un hospital donde hay cirujano, pues ese paciente se evalúa, se mira, se toma la ecografía, si tiene colecistitis aguda en el momento o si tiene colelitiasis, o sea, cálculos en la vesícula y está muy sintomático, generalmente los operamos para que no se vuelvan a ir a la casa y siga, pues el mismo proceso con los mismos episodios de colecistitis y pues que nos desencadenen fibrosis sobre el árbol, el árbol biliar y nos dificulte después. **P:**, explíqueme al despacho la diferencia entre una colecistectomía por laparoscopia y de tipo abierto. **C:** La colecistectomía laparoscópica es cirugía de mínima invasión, se hace a través de unos puertos pequeños, generalmente el puerto de ingreso, aunque no siempre es así, es el ombligo. Por ahí hacen colocamos un puerto y unos elementos especiales que se llaman trocas, se pone por el ombligo a través de ese de ese puerto se coloca una Cámara que es un puerto óptico, pues nos da una imagen a través de una pantalla y si colocan otros puertos adicionales para la introducción de las pinzas con las cuales se elabora el procedimiento. En eso consiste el procedimiento laparoscópico, tiene sus ventajas, como te digo, contra el procedimiento abierto, la cirugía laparoscópica te da una imagen 20 veces aumentada de lo que puedes ver con el ojo humano, o sea que es una imagen amplificada 20 veces, por lo tanto, disminuye el riesgo de lesiones,

pues en los pacientes. Yo me he enfocado casi toda mi vida en la laparoscopia, es un procedimiento con muchas ventajas, y casi todo lo resuelvo ahora por laparoscopia, incluso en los niños, tengo una experiencia amplia en eso, más ahora pues que trabajo en niños. Y el procedimiento abierto pues es la cirugía que se realizaba hace aproximadamente unos 15 años, que era el gol estándar para ese tiempo, es una cirugía que se hace por una incisión subcostal, se hace una herida subcostal, sobre todo el rebote costal derecho, una incisión amplia para poder acceder y poder ver identificar bien los conductos y por ahí se accede, se hace de manera manual con las desventajas, pues que tenía con anterioridad, empezando por la cicatriz, que era una cicatriz muy, grande, amplia, dolorosa. Y pues con las ventajas que les hablo de la cirugía laparoscópica, pues que son muchas, el dolor, la recuperación, los pacientes con incluso con colecistectomías laparoscópicas algunos, egresamos en el postquirúrgico si lo operamos en la mañana, los podemos egresar en la tarde, si no ha habido ninguna complicación, si no está muy inflamada la vesícula. Se pueden egresar si un paciente que por laparoscopia responde muy bien. El procedimiento abierto sí es un poco más doloroso, es una incisión que dolía mucho, molestaba bastante y entonces por eso se abandonó un poco y se ha dejado únicamente para cuando hay complicaciones que no se pueden resolver por laparoscopia. **P:** OK, entonces, conforme lo que manifestó anteriormente. Si no hubiese ocurrido la lesión del conducto biliar que usted manifestó anteriormente, la paciente se le había dado de alta el mismo día, es decir, no había tenido que estar 5 días hospitalizada, como lo manifestó anteriormente, cuando la señora Juez le preguntó. **C:** Era probable que, si no hubiera habido ninguna complicación se hubiera podido egresar el mismo día o al siguiente día, dependiendo la hora de realización del procedimiento. Sí, pero cuando hay, como te digo, si hay alguna inflamación, si hay alguna infección, si hay algún evento durante la cirugía, no solo quirúrgico, sino de pronto anestésico, pues, los pacientes se dejan en observación y se egresan, pues en el momento en el que estén en condiciones para irse para su casa. **P:** OK, **¿cómo ocurrió la lesión de la biliar o del conducto biliar?** **C:** Durante el procedimiento en la manipulación de los tejidos, como te digo anteriormente, es una paciente que tenía antecedentes de Cólicos Biliares e inflamación crónica de los conductos biliares en la manipulación de los conductos ocurrió la lesión que pudimos identificar uno la puede identificar cuando ve salida de bilis, uno aquí algo pasó entonces y como es un tejido tan fibrótico, los conductos que están inmersos ahí dentro de esa fibrosis, a la hora de disecarlos, pues que uno tiene que hacerlo con mucho detalle y mucha delicadeza para que no ocurra eso. **Sin embargo, pues como te digo, puede ocurrir hasta en el 2% de los pacientes se pueden generar, ya sea lesiones parciales o completas de esos conductos, es un conducto que mide entre 3 y 5 mm cuando no hay cálculos que estén obstruyendo, o sea, que es un conducto relativamente es muy delgado.** Por laparoscopia, tenemos la posibilidad de que se vea un poquito más amplificado, pero **esta paciente tenía un colédoco un cístico perdón, un conducto cístico y un colédoco de un calibre pequeño. Como dentro de un proceso fibrótico que dificultaba como la identificación clara de esas conductas a raíz de eso, en la identificación y la manipulación ocurrió la lesión, pues que afortunadamente identificamos en el mismo acto cuando vimos la salida de bilis.** Hicimos una colangiografía para comprobar qué era lo que estaba pasando, por qué había ocurrido la salida de bilis, porque generalmente no pasa que uno vea salida de bilis solo con la manipulación de los de los conductos, y cuando ocurre eso, pues uno hace una colangiografía para mirar a ver qué está pasando y veo una lesión si fue una lesión parcial, si fue una fuga únicamente de bilis, si se puede corregir de una vez por laparoscopia,

cuando hicimos la colangiografía pudimos ver que se había seccionado casi en la totalidad el conducto colédoco cuando eso ocurre tratar de pegarlo de manera término terminal, o sea, boca con boca .No es la mejor opción porque como es un conducto tan delgadito a la hora de ponerle puntos se estenosa, se ocluye, entonces le deja a uno un problema al paciente. Entonces, al identificar que estaba casi seccionado y pensar en ponerle puntos, pues no era la mejor opción, por eso decimos convertirle, hacerle una reconstrucción completa de la vía biliar.

P: OK, entonces como para mirar si, entendimos la explicación, se inició el procedimiento por vía laparoscópica dentro de ese procedimiento, se lesiona la vía biliar y luego se convierte a tipo abierto. **C:** Sí, señor, exactamente. **P:** OK. Usted manifestó que la idea no era, es que quedara estonizado, no sé, no recuerdo el término Dentro de la historia clínica sí se observa que esos conductos quedaron estenosados, es decir, quedaron como con una cicatriz, quedaron un poco más gruesos, según me explicaron algunos médicos. ¿Entonces, a qué se debió? **C:** No, **al contrario, esta señora ya venía con la fibrosis a ese nivel, los conductos que son muy pequeños, como te lo digo, son, estaban metidos dentro de ese proceso fibrótico eso en realidad fue como el factor de riesgo para que sucediera la lesión del conducto biliar a la hora de tratar de identificar esos conductos manipulándolos porque no los manipula con las pinzas.** Y eso, pues está amplificado, no en la disección puede generar una lesión como esas, pero no era que hayan quedado estenos después de la cirugía, no, por el contrario, si lo hubiéramos intentado anastomosar, que se llama pegar, pues los dos conductos es como una manguerita, una manguerita pegarla cabo con cabo en un conducto tan pequeñito ponerle puntos, Juntos pueden generar fibrosis y esa fibrosis genera la obstrucción, o sea, estenosis se llama eso, o sea, que el conducto se ocluya por completo y no le quede pasando la bilis entonces por este motivo hicimos la reconstrucción, subimos un asa de intestino y se la pegamos a ese conducto que quedó eso se le llamó muñón, que es como un muñón del conducto que queda y le subimos un asa del intestino para que la bilis quedará llegando directamente al intestino, ahí que, esa es la reconstrucción que se hace para evitar esas estenosis y esas cosas que son difíciles de manipular después. **P: OK ¿frente al tema de la disección, como la inició?** **C:** La disección de esta paciente, no, eso nosotros, eso está protocolizado. Todas las cirugías tienen unos protocolos de manejo, esta paciente, pues se hizo un manejo reglado de la vía biliar, de la vesícula. Pues uno empieza tratando de identificar los conductos, que es. lo primero que hacemos durante la cirugía, con la imposibilidad que tuvimos con ella, pues por la fibrosis y eso fue como empezando el procedimiento, porque tuvimos mucha dificultad con ella a la hora de tratar de identificar esos conductos y en ese período de la cirugía fue que identificamos la salida de bilis y se pudo identificar la lesión, pero fue realmente un procedimiento reglado, estábamos casi como empezando la cirugía, porque es como la primera parte, la identificación de los conductos, porque hay unos que tenemos que clipar y después sacar la vesícula biliar entonces eso fue como iniciando la cirugía en la primera parte, que es la identificación de los conductos.(...) **P:** ¿Frente al bacinete¹⁴ alcanzó a realizar alguna actuación dentro del proceso quirúrgico que le realizó la señora María Eugenia ? **C:** No entiendo. **P:** El bacinete es dilatación de la pared vesicular en el cuello. Allí se alcanzó a realizar alguna actuación de su parte porque usted manifestó que iniciando la cirugía fue que

¹⁴ La bolsa de Hartmann es una dilatación de la pared vesicular en el cuello. Se le conoce también como bacinete vesicular.

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492021000300362#:~:text=La%20bolsa%20de%20Hartmann%20es,conoce%20tambi%C3%A9n%20como%20bacinete%20vesicular.

ocurrió el hecho, entonces esa es la pregunta. **C:** No, realmente no, no entiendo tu pregunta. **P:** El doctor José Luis Gómez Gómez establece unos parámetros para que un tipo de estas cirugías que se supone que ya se pasó por la curva de aprendizaje, pues no tengan el mayor riesgo, y uno de los parámetros es ese, entonces por eso le hago la pregunta. **C:** Ya, bueno existen, existen muchas formas de cirugía segura de Colectectomía como te digo, yo tengo una, yo tengo una amplia experiencia en cirugía laparoscópica. Desde que me gusta la cirugía, pues desde que era médico interno entraba a cirugía y me he inclinado por la cirugía laparoscópica, trabajé con un cirujano laparoscopista especialista en cirugía laparoscópica y me entrené con él en cirugía. Me entrené con él en cirugía segura de colectectomía, hice cursos también de cirugía porque existen cirugía segura de Colectectomía y sí, existen algunas formas de tratar de evitar, como te digo, en ella se hizo de forma revelada el procedimiento, hay algunas maneras, como intentar evitar, **sin embargo, no hay algún cirujano que te pueda garantizar 100% que una lesión como esta no te pueda ocurrir durante un evento, un evento quirúrgico, así tenga toda la experiencia del mundo, a cualquiera le puede pasar, como te digo, el porcentaje de ocurrencia de una lesión de estas es del 2% hasta el 2% las manos más entrenadas, 0.5% de ocurrencia de una lesión.** Entonces puede ocurrir, puede ocurrir, como te digo, yo creo y me puedo ufanar de eso, de que de que, tengo unos porcentajes menores de ocurrencia, creo que, es la única lesión que tengo, mejor dicho, **es la única lesión que tengo de vía biliar, de todo lo que llevo de cirujano, que son más de 10 años de experiencia entonces puede ocurrir, puede ocurrir, es una, está escrito en el consentimiento informado y es una de las complicaciones que pueden ocurrir en este tipo de procedimientos.** **P:** ¿OK, la paciente presentaba adherencias hepáticas y decir así qué procedimiento realizó al respecto? **C:** No, para poder acceder a la, a los conductos en esta paciente, ella por el, por el, los antecedentes que tenía de Cólicos y de Colectitis a repetición, tenía bastantes adherencias, nosotros tenemos dentro de nuestro organismo, en el abdomen, un manto de grasa que se llama el Omento, ese omento, generalmente en los episodios de inflamación de cualquier tipo de cualquier índole ya sea en un ovario, ya sea en el apéndice, ya sea en la vesícula, ese omento tiene una capacidad de identificar esos procesos inflamatorios e irse hacia allá hacia ese sitio y los intenta encapsular para que el proceso no continúe para fortuna de los pacientes, pues existe el omento. para infortunio nuestro de los cirujanos, **ese omento cuando va y encapsula esos procesos inflamatorios, se adhiere, se pega, se hace adherencias, entonces se pega sobre el hígado, se pega sobre la vesícula, se pega sobre la los conductos y para poder acceder a los conductos, a la vesícula y a todo lo que necesitan operar, toca liberar de esas adherencias que hace el omento,** el omento cuando ocurren eventos crónicos, es un enemigo nuestro en el evento agudo, es un amigo porque nos controla el episodio agudo de inflamación pero, cuando ya se ha superado el evento agudo, **el omento es un obstáculo para la cirugía, porque genera adherencias y dificultad en la identificación de los tejidos, esta paciente tenía adherencia sobre el hígado, sobre la vesícula y también a nivel de los conductos,** el omento se había ido adhiriendo ya, por los eventos que ha tenido anteriormente. **P:** OK ¿dentro del proceso laparoscópico se utilizan clips quirúrgicos? **P:** sí, señor. **P:** Explíquenos el procedimiento realizado con respecto a ellos. **C:** Los clips se utilizan bueno, la vesícula está conectada con la vía biliar, la vía biliar es el conducto que trae la bilis desde el hígado y la vesícula es una bolsita de reservorio que se conecta por un conducto, a ese conducto que trae la bilis del hígado a través de ese conducto que es el conducto cístico, la bilis se deposita

y se almacena en la vesícula, cuando uno come, el cerebro manda una orden a la vesícula para que ella se contraiga y mande la bilis hacia el conducto colédoco y de ahí al intestino para que, multiplique los alimentos y se puedan absorber, lo que uno tiene que hacer cuando existen cálculos en la vesícula, es clipar ese conducto cístico, lo clípa y con un electro bisturí, reseca o extirpa la vesícula biliar, toda la bolsita con cálculos y todo, lo saca, uno lo puede hacer así por, con clips, pero también se puede hacer amarrado, dependiendo de la habilidad quirúrgica que tiene, pero los clips son muy seguros, son, son muy seguros, no he tenido fugas biliares por clips, pueden generar complicaciones los clips, pero generalmente están relacionados con estenosis. que un clip de eso coja el colédoco, eso puede pasar, que se estenose por eso, pero no fue la situación de esta paciente. **P:** OK dentro del proceso usted utilizó electro cauterización y láser. **C:** Electro, siempre usamos para poder extirpar la vesícula, hay que, utilizarlo para poder liberar las adherencias, hay que utilizarlo, el electrobisturí, porque de otra forma no, no es posible con tijera, quedan sangrando los tejidos, hay que utilizar, siempre se utiliza y para poder soltar la vesícula que está adherida al hígado, hay que soltarla con electrobisturí. **p:** ¿Y qué tan frecuente lo utilizó? En el procedimiento. **C:** ¿en esta paciente? **P:** Sí. **C:** Noo, se usan, se usan todo el tiempo, se usa todo el tiempo. (...) **P:** Gracias doctor, médico, usted puede indicar los términos más sencillos que se puedan ¿En qué consiste la estenosis de Anastomosis bilioentérica? **C:** En qué consiste eso, es que, el conducto, lo vamos a explicar aquí(el declarante utiliza sus dedos para describir o explicar el procedimiento) , el conducto en donde ocurrió la lesión, nosotros lo que hacemos es subir un asa de intestino y se la pegamos a este, a ese a ese conducto, entonces la bilis queda pasando directamente al intestino, posteriormente a eso hacemos una reconstrucción sí, porque como es asa de intestino, la recortamos y la subimos ahí hacemos una reconstrucción que queda en forma de Y. Por acá queda pasando el alimento y por aquí del hígado queda bajando la bilis, queda una forma de Y, así esa es la reconstrucción, aquí, esta asa la subimos, la pegamos con esta, por acá viene del estómago y queda bajando el alimento por acá y por acá viene el hígado, el conducto, el asa que subimos allá y la bilis queda pasando para que se multipliquen y quede reconstruida su vía biliar, eso es lo que hacemos en cirugía. Lo que hablan de estenosis, la Anastomosis Biliopancreática es que, se haya estenosado esto aquí, donde uno pega este conducto, con el asa que uno subió de intestino, eso puede ocurrir generalmente cuando los conductos son muy pequeños, son muy pequeños porque uno tiene que, literal, hacer costura ahí, para que esto quede pasando directamente ahí y no fugue y no fugue, **entonces a futuro puede ocurrir, puede ocurrir que se estenose**, no es frecuente en las lesiones de la vía biliar, puede ser más frecuente porque los conductos no están dilatados. Generalmente estas reconstrucciones, cuando no es por lesión de vía biliar, la hacemos, cuando hay un cálculo que ha obstruido la distal, entonces el conducto se dilata porque está obstruido, se dilata y nos da un conducto de 2 cm, hacemos la reconstrucción, esos conductos de 2 cm, pues tú los pegas con el asa intestino que subes y es muy difícil que se estenose, porque queda un conducto muy grueso, pero los conductos que no han estado obstruidos, como en el caso de esta paciente que, tenía unos conductos muy delgados, existe ese riesgo de que se pueda estenotar a futuro, sin embargo, pues no fue el caso de esta paciente. El paciente, como les digo, evolucionó muy bien ella se fue muy rápido para su casa y estuvo mucho tiempo, pues viviendo de una manera normal, **yo creo que ella hizo un evento de y yo me enteré hizo como un evento de sangrado, pero como un mes después de la cirugía, pues que en realidad no, está relacionado, pues con el evento quirúrgico, finalmente creo que no se pudo identificar si realmente sangró o**

*no se pudo identificar el sitio de sangrado, se le hicieron múltiples estudios, pero finalmente no se pudo identificar si sangró porque le hicieron, endoscopia, colonoscopia, enteroscopia, lo que sí era claro era que, la paciente había sangrado por alguna parte, pero por el intestino no, no, no, no se identificó un sitio de sangrado. Entonces finalmente, eso como que afortunadamente el 80% de los sangrados digestivos se resuelven espontáneamente, como ocurrió en ella, porque ella finalmente no le hizo ningún procedimiento al respecto y creo que algún cirujano en Bogotá lo relaciono con el evento quirúrgico, pero no sé, no sé en qué se habrá basado el que un paciente vaya a sangrar como un mes después por un procedimiento quirúrgico es muy, muy raro. En medicina, cualquier cosa puede pasar, pero es muy raro, pues que un paciente sangre un mes después de un procedimiento quirúrgico y que esté relacionado con el con el procedimiento, no? . como te digo, en medicina cualquier cosa puede pasar, esto no es una ciencia exacta. (...) P: Doctor Anuar, de acuerdo a respuestas anteriores, usted manifestó haber encontrado adherencias. ¿Puede escribirnos si junto con estas adherencias y los hallazgos intraoperatorios se trató de una cirugía laboriosa o no? y explicarme su respuesta, por favor. C: Sí, con anterioridad ya lo he manifestado y, esta paciente tenía bastantes adherencias y áreas de fibrosis y fue una cirugía bastante laboriosa, bastante laboriosa, no de las más laboriosas que haya tenido yo, pero sí muy laboriosa, este es un procedimiento que hacemos con mucha frecuencia como cirujanos generales y fue bastante laborioso, incluso, algunos cirujanos le tienen más miedo al procedimiento agudo que, al procedimiento cuando el paciente es crónico, cuando tiene episodios crónicos, yo le temo más a los pacientes que han, que son crónicos, por aquello de la fibrosis, es como una cicatriz, la cicatrices son duras, las cicatrices son y eso es lo que, lo que sucede, cuando suceden las adherencias, son, son adherencias muy fuertes que, tornan muy laborioso un procedimiento y riesgoso y riesgoso, esta paciente, pues por sus antecedentes, **tenía ese riesgo, obviamente por eso lo dejé en el consentimiento informado**, bien descrito, que tenía riesgo de lesiones de la vía biliar, que tenía riesgo de conversión a cirugía abierta, precisamente porque uno, ya sabe que estos pacientes, que son, que son crónicos, que tienen varios episodios de cólicos biliares, muy seguramente uno se va a encontrar esas cosas. Siempre en mis procedimientos, dejo implícitos, la posibilidad de que los consentimientos, la posibilidad de conversión a cirugía abierta, porque a pesar de cómo les digo, tengo una buena experiencia en cirugía laparoscópica, es muy poca la cirugía que convierte la cirugía abierta, pero siempre lo dejo escrito porque eso puede pasar, ¿no?, uno, no está exento de que no lo pueda realizar por por vía laparoscópica y hay que convertir la cirugía abierta por el beneficio del paciente.”*

De lo expuesto, puede precisarse que, el médico tratante estimó como causa eficiente de la lesión vesicular biliar, las especiales condiciones anatómicas de la paciente y que fueron determinantes para abandonar el procedimiento COLELAP iniciado y mutarlo en la Laparotomía correctiva, protocolariamente dispuesta como el medio idóneo para la corrección del evento previsible en este tipo de intervenciones y conjurar la afección de la paciente, preservando su salud y vida hasta la fecha.

Ahora bien, en el dictamen pericial rendido por el Dr. Alejandro Moreno Rojas, M.D. Profesor de cirugía general de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, se conceptúa lo siguiente: (archivo 61; Cdo Ppal)

"9. ¿Cuál fue la causa de la lesión de la vesícula biliar de la paciente MARÍA EUGENIA PERLAZA?"

Las lesiones de vía biliar durante una colecistectomía laparoscópica o abierta es con frecuencia multifactorial y es difícil, infrecuente definir una única causa o factor que contribuyó a generó dicha complicación.

Se han descrito varios factores que se asocian a mayor probabilidad de lesión de la vía biliar preferencia N° 26

Entre ellas están

- *Obesidad*
- *Sexo masculino*
- *Colecistitis crónica*
- *Colecistitis subaguda*
- *Cirugías hepatobiliares previas*
- *Adherencias por cirugías previas*
- *Colecistectomía emergente*
- *Coledocolitiasis*
- *Hígado aumentado de tamaño*
- *Cirrosis hepática*
- *Cáncer de vesícula o Colangiocarcinoma*
- *Variantes anatómicas*
- *Fistula billiodigestiva*
- *Sangrado intraoperatorio*
- *Absceso en intraoperatoria*
- *Síndrome de Mirizzi*
- *Malformaciones congénitas de la vesícula y/o de la vía biliar intra y/o extrahepática*
- *Factores externos al paciente:*
 - *Falla del instrumental o del laparoscopio entre ellos la fuente de luz, electrocauterio disfuncionante, fallas con el neumoinflador, mala calidad de los clips*
 - *Factores de distracción en el quirófano (temperatura, ruidos, entre otros)*
 - *Dificultades con el procedimiento anestésico durante el procedimiento quirúrgico*
 - *Experiencia limitada del cirujano.*

*Para esta paciente, el cirujano describe una "vesícula biliar con paredes engrosadas con conducto cístico puntiforme involucrado en un proceso inflamatorio crónico (adherencias firmes) y con fibrosis que impidieron la adecuada identificación de los tejidos", **lo que puede corresponder a una colecistitis subaguda o crónica.***

Lo descrito son unas condiciones anatómicas y patológicas de la vesícula biliar y del hilio vesicular que acarrea un mayor riesgo de lesión de la vía biliar.

Existen otras condiciones anatómicas, fisiológicas, comportamiento de la paciente durante el acto anestésico, el instrumental suministrado por la institución que pudo influir en la decisión del cirujano, por tanto, se requiere una ampliación de la descripción operatoria por parte del cirujano que estuvo a cargo.

10. ¿Considera que había una manera de realizar el procedimiento de colestestomía por laparoscopia, a la paciente sin lesionarle la Vesícula biliar? ¿Cuál?

La recomendación general ante un paciente con un proceso inflamatorio que limita o imposibilita la visión crítica de seguridad es considerar varias opciones:

1. Realizar una colecistectomía subtotal por laparoscopia
- 2. Colangiografía intraoperatoria**
3. Abortar el procedimiento quirúrgico planeado y realizar una colecistostomía percutánea por radiología intervencionista o realizar una colecistostomía¹⁵ por laparoscopia.
4. **Conversión a técnica abierta y colecistectomía total o subtotal según los hallazgos a la laparotomía** y la experiencia del cirujano.
5. Una segunda opinión de otro cirujano que atienda el llamado intraoperatorio.

La elección de las opciones disponibles depende de la condición clínica del paciente, la disponibilidad de ayudas diagnósticas y apoyo logístico que dispone el hospital y el criterio del cirujano basado en su experiencia.

Todas las alternativas presentadas pueden acarrear complicaciones y más en las condiciones que se encontraba la anatomía de la paciente según lo anotado en la descripción operatoria; por tanto, no es posible asegurar o garantizar un procedimiento quirúrgico sin riesgos ni complicaciones potenciales

11. ¿La lesión de la vesícula biliar de la paciente MARÍA EUGENIA PERLAZA, tuvo que ver directamente con la pericia del personal que atendió el procedimiento de colestestomía por laparoscopia?

Las complicaciones post-colecistectomía laparoscópica con frecuencia son multifactoriales, incluyendo las condiciones clínicas del paciente, los hallazgos operatorios, el instrumental suministrado, **la disponibilidad de ayudas diagnósticas intraoperatorias como colangiografía intraoperatoria**, el verde de indocianina (ICG), la experticia del cirujano, disponibilidad de otro cirujano de mayor experiencia o un cirujano subespecialista en cirugía hepatobiliar que pueda ayudar en caso que el cirujano tratante lo requiera.

Referente a definir la pericia del cirujano es muy difícil conceptuarlo por varias razones. Se requieren otras pruebas como por ejemplo el video del procedimiento quirúrgico, una ampliación de la descripción operatoria, testimonio del ayudante quirúrgico entre otras.

Para definir la pericia del cirujano existen diversos aspectos a considerar como son:

¹⁵ Drenaje de la vesícula al exterior para permitir el vaciamiento de la bilis. Puede hacerse quirúrgicamente o, como se suele realizar en la actualidad, por vía percutánea
<https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/colecistostomia>

1. Título de especialista en cirugía general, por una universidad con registro calificado ante el ministerio de educación
2. Antecedentes disciplinarios o judiciales ante el tribunal de ética médica, o demandas por mala práctica.
3. Opinión y recomendaciones a favor o en contra de directivos de la institución hospitalaria, de la universidad asociada, de colegas, profesores o compañeros de trabajo
4. Experiencia limitada con el procedimiento quirúrgico
5. Otras como Afiliación a asociaciones científicas de la especialidad, años de experiencia, profesor de la especialidad en una universidad, laborar en una institución hospitalaria con convenios docente asistenciales.

(..)

13. ¿La lesión de la vesícula biliar de la paciente MARÍA EUGENIA PERLAZA, era evitable?

Era potencialmente evitable. **No se puede aseverar que era totalmente evitable dado los hallazgos operatorios descritos** como también existen riesgos a las alternativas de manejo o cambios en la técnica quirúrgica y por tanto no se puede garantizar no lesionar la vía biliar u otra complicación en el intra o posoperatorio.

A continuación traduzco uno de los párrafos de la introducción del artículo Ref. N° 25 (Drs Joshua T. Cohen, MD, Kevin P. Charpentier, Rachel E. Beard de un centro de prestigio en USA) **que hace referencia la incidencia de las lesiones de la vía biliar, que aunque son infrecuentes, siempre existirá el riesgo.**

"Aunque la inmensa mayoría de las operaciones van bien y los pacientes se recuperan sin problemas y obtienen resultados satisfactorios, pueden surgir complicaciones graves. **Quizá la complicación más temida, tanto en la colecistectomía abierta como en la laparoscópica es la lesión iatrogénica del conducto biliar común (CBC).** En la colecistectomía laparoscópica, **la incidencia de lesión de la vía biliar se sitúa entre el 0,4% y el 0,6%.** A pesar de la creciente experiencia y familiaridad con la cirugía laparoscópica, en el curso de las últimas 3 décadas, **la incidencia de lesión iatrogénica de la vía biliar la colecistectomía laparoscópica sigue siendo entre 2 y 3 veces superior a la de la colecistectomía abierta (0,2%-0,3%).** Sin embargo, informes recientes han empezado a demostrar tasas similares de lesión de la vía biliar principal con abordajes abiertos y laparoscópicos."

No es posible asegurar o garantizar un procedimiento quirúrgico sin riesgos ni complicaciones potenciales " (Resaltados fuera de texto)

De lo expuesto, pude precisarse que, la COLELAP no ofrecía certeza absoluta de que el procedimiento quirúrgico no presentara complicaciones en el desarrollo de la intervención, por el contrario, las condiciones anatómicas y fisiológicas podían generar complicaciones que, pese a la idoneidad del médico cirujano y la disponibilidad de equipos quirúrgicos adecuados, trajera consigo la lesión previsible de la vía biliar y que obligara al ajuste del protocolo médico para la práctica de una laparotomía o cirugía abierta correctiva del impase, inevitable pero corregible y que

a la postre permitiese garantizar la salud y calidad de vida de la paciente, como efectivamente ocurrió en el caso concreto.

En consecuencia, las especiales circunstancias de la paciente, determinaron que no era posible **"asegurar o garantizar un procedimiento quirúrgico sin riesgos ni complicaciones potenciales"**, (fl 8 , archivo 61 Cdno Ppal)

En la contradicción del dictamen pericial practicado, el médico especialista precisó lo siguiente: (archivo 65, Cdno Ppal)

"P: Sí, doctor, quisiera que usted nos resumiera. ¿Qué conclusiones usted extrajo del dictamen que practicado? **C:** En manera de resumen es un caso clínico en el cual fue llevado a cirugía por una colecistitis aguda y en el procedimiento quirúrgico se ocasionó una lesión de vía biliar que se diagnosticó intraoperatoriamente y el cirujano decidió hacer la reparación de la reconstrucción de la vía biliar. El paciente tuvo una evolución aceptablemente en el postoperatorio, pero al año tuvo que una re intervención nuevamente por una estenosis de la anastomosis, se hizo una nueva reconstrucción en el Hospital Militar Central y hasta los documentos que me enviaron muestran, pues que la paciente viene en aceptable condición general no ha tenido otras complicaciones de cómo tipo estenosis o cirrosis biliar, etcétera.(...) **P:** Muchas gracias de acuerdo, a su experiencia, cómo califica la intervención que realizó el médico para tratar a la paciente? **C:** Pues bueno, es que la calificación de un procedimiento realmente es muy, muy amplia la forma de definirlo, comencemos la **indicación del procedimiento quirúrgico fue acertada, ese era el procedimiento que había que realizar según los hallazgos y el concepto de la condición clínica de la paciente**, en ese punto no hay ninguna observación. **En el procedimiento quirúrgico como tal, ahí se ocasionó una lesión de vía biliar en el que, es difícil precisar cuál fue la causa específica que se haya generado la lesión de la biología.** El cirujano que la operó, **él menciona que, había un proceso inflamatorio importante en el hilo vesicular que, es uno de los factores que favorecen que se genere una lesión de vía biliar**, cuando hay un proceso inflamatorio importante, significativo y él lo menciona en la historia clínica. Con respecto a la técnica o paso a paso que el cirujano realizó no están detalladamente escritos, ni tampoco me hicieron llegar ningún video de la cirugía. Yo aclaro que con alguna cirugía las podemos grabar, los equipos del aparato que permiten hacer grabaciones del procedimiento quirúrgico y yo desconozco que exista ese ese ese registro, entonces si haya o no vídeo del procedimiento quirúrgico. **P:** Me podría usted indicar en relación con la intervención quirúrgica en términos porcentuales, ¿cuál es el riesgo de que se presente la lesión biliar que usted nos manifestó? **C: Una lesión de vía biliar en promedio, está ocurriendo en menos del 1% de los pacientes** Y con el pasar de los años, esto ha venido mejorando, inclusive podemos hablar ya de 0.1 0.5, eso es variable dependiendo de los artículos que uno revise, pero está oscilando en ese número. **El problema es que se aumenta la probabilidad de lesión de vía biliar cuando uno solamente selecciona a los pacientes que tiene problemas inflamatorios, obesos, pacientes que tienen alguna deterioro de la anatomía o un cisto inversos, etcétera, es base que pueda aumentar el porcentaje en versión de viabilidad**, pero es un porcentaje de manera global, es un porcentaje bajo. **P:** Específicamente en relación con la paciente. ¿Ella presentaba algún síntoma o características que hiciera más riesgoso que se presentara esta lesión que finalmente se generó en la cirugía? **C: En el preoperatorio, no, no, no se**

detectó algún factor específico que pudiese prever que podría ocurrir que pudiera ocurrir una lesión de vía biliar, pero la decisión operatoria del cirujano, sí menciona que, *había un riesgo inflamatorio importante y eso puede cambiar la anatomía y generar dificultades para el cirujano para la identificación de la anatomía como tal, porque el proceso inflamatorio no solamente puede cambiar la anatomía, sino también cambia la textura del tejido puede ser más viable algunas veces uno con solo sujetar la vesícula con la pinza, la puede romper o hay unas que no tienen un proceso inflamatorio severo uno la puede sujetar perfectamente y darle algo de tracción y fuerza, y no pasa nada, entonces el posible puede variar, inclusive variar la anatomía y variar la textura y la resistencia del tejido a la disección.*

P: Doctor, este proceso inflamatorio que se detectó previamente podría haber cambiado la forma en que se realizó el procedimiento o necesariamente ese era el que debía realizarse para tratar la paciente.

C: No la paciente, venía conforme con una colecistitis y se había tenido indicación, como lo mencioné antes, tenía indicación de colecistectomía laparoscópica **ya los hallazgos operatorios quedan en el cotidiano, el ejercicio cotidiano de la profesión. El cirujano, dependiendo los hallazgos, operatorios define qué puede realizar porque tiene varias alternativas. (...)**

P: Doctor en el cuestionario que se le envió frente a la pregunta número dos que decía si se cometieron errores médicos en la realización de la colecistectomía por Laparoscopia, usted respondió que ocurrió una falla en la atención médico quirúrgica de la paciente el 18 de noviembre del 2016. ¿La pregunta es, en qué consistió la falla que se aduce en el dictamen?

C: Se ocasionó una lesión de vía biliar.

P: Esa fue la falla, la lesión de la vía biliar.

C: Sí, usualmente, pues en general, como lo menciono en la siguiente pregunta, la número 3 se generaron dos situaciones que fue la lesión de la vía biliar y la estenosis de la anastomosis bilioentérica que se realizó en ese mismo acto operatorio, como como cirugía de reparo, reconstrucción de la lesión de la vía biliar.

P: Frente a la A la pregunta número 13. Cuando se le pregunta si la lesión de la vía biliar de la paciente María Eugenia Perlaza era evitable, usted responde que era potencialmente evitable. ¿A qué se refiere con la frase potencialmente evitable?

C: **Porque yo no puedo garantizar el éxito de un procedimiento quirúrgico porque hay muchos factores unos controlados y controlables y otros que no lo son entonces es muy difícil que, es irresponsable, no es procedente mencionar que es completamente evitable una lesión de vía biliar.** Porque hay varios factores que pueden contribuir a que se de y que **,son factores que puede que no sean de las responsabilidades de los cirujanos, sino más de la enfermedad misma del paciente o las condiciones en que está** o las fallas del equipo que ocurre o un infarto durante la cirugía, por ejemplo, un infarto agudo de miocardio que se generen durante el acto operatorio y eso genera un cambio en la conducta y en el procedimiento como tal, **entonces nosotros no podemos mencionar que es completamente evitado porque no hay ninguna cirugía en la medicina actual que tenga un porcentaje el ciento por ciento de seguridad, no existe. Lo que menciono potencialmente es que, me refiero al porcentaje, usualmente son lesiones infrecuentes,** entonces porque generalmente el cirujano cuando entra a operar este tipo de pacientes, entra a hacerle la extirpación de la vesícula, teniendo en cuenta todos los cuidados que hay que hacer para no generar ninguna complicación intraoperatoria, que no le quede suelta a la arteria cística porque va a tener un sangrado intraoperatorio o pos operatorio grave o que haya agresión del duodeno o del hígado o una lesión de la vía o que hay una contaminación importante, todo eso son procedimientos, situaciones que el cirujano, todo

cirujano entra a realiza, entonces la gran mayoría se logra, **por eso es que menciono que es potencialmente evitable porque no puedo garantizar que sea ciento por ciento evitable una lesión de vía biliar**, eso no ocurre, **hasta en las mejores manos que existen porcentajes muy bajitos, pero existen. (...)** **P: Digamos** las probabilidades de éxito sin lesión de estas cirugías ambulatorias pueden surgir del estudio que se conozca de la paciente o puede haber que o puede ocurrir que durante digamos los exámenes que se le hicieron a la paciente no pueden haber logrado algo que pueda poner en riesgo la prosperidad de la cirugía. **C: Bueno, hay unos factores que se han asociado a aumento de la probabilidad de lesión de la vía biliar como por ejemplo** son muy obesos **pacientes con** celestinitas crónicas subagudas o **cirugías** hepatobiliares **previas que ya hayan sido operado ahí en ese sector en esa área del abdomen** o que el paciente tenga un hígado muy aumentado de tamaño, que tenga una cirrosis o que tenga además un cáncer de vesícula **o que haya una variedad anatómica**, no todos somos iguales anatómicamente, y puede haber una variante anatómica **que ese es un factor de riesgo, la presencia de fístulas Bilioentérica**, biodigestivos o que haya un sangrado importante durante la cirugía que **eso hace que el cirujano comience a hacer el control y puede generar una lesión de la vía biliar** o que haya abscesos infecciones locales. puede haber entonces en el examen preoperatorio, ya que era una cirugía ambulatoria solamente la **ecografía es un examen que generalmente no se hace el día anterior o ese mismo día, son ecografías que se hacen días o semanas previos al procedimiento quirúrgico y puede que no sean, no den una información amplia y exacta de la condición en que uno va a encontrar al paciente al momento de la cirugía**, entonces puede cambiar entonces muchas veces, uno no, si hay algunos factores que uno puede prever, por ejemplo **a este paciente ya lo han operado dos veces ese abdomen**, una úlcera que uno se dice **puede tener muchas adherencias** o estar muy adherido a esto, o puede parecer esa esa intervención de vesícula puede pensar en un cáncer, **pues ahí aumenta las probabilidades de lesión de la vía biliar**. Son factores previos a la cirugía, cierto, y hay **otros factores que uno ya dentro de la cirugía puede. ya durante el acto operatorio, se da cuenta que existen riesgos** que, por ejemplo, **la vesícula tiene muchas adherencias, porque un proceso inflamatorio crónico o que se agudizó que venía ya no tan no tan tranquila de la vesícula**, no tan desinflada, sino se volvió a inflamar días antes y les llegó al cirujano una inflamación, ya mucho más aguda o **encuentra una alteración de la anatomía que por ecografía no se puede mirar con exactitud entonces ya en cirugía se encuentra que hay una variante anatómica**, o que ocurre otras cosas, como por ejemplo el síndrome bilis, un cálculo en la vesícula y esté comprendiendo la vía biliar, que se pegue la vesícula, la vía biliar y **eso aumenta mucho la probabilidad de una lesión de la vía. (...)** **P:** Ok doctor, frente a la primera pregunta que le hice sobre, si se cometieron errores que usted manifestó que era una falla en la atención y que esa falla consistía en la lesión en términos comunes, qué podemos entender como falla según pues el dialecto médico que ustedes utilizan. **C: Una falla es que el resultado que se había previsto para el procedimiento quirúrgico no se haya logrado de manera completa** y sin ningún tipo de morbilidad por ejemplo, si el paciente llegó con una neumonía y se dio el tratamiento pertinente para la neumonía y el paciente se mejoró y no tuvo ningún inconveniente durante su especialización, pues no hubo fallo en la atención médica de ese paciente, se logró el objetivo, mejorar el paciente y si es en cirugía, pues no solamente la atención en anestésica y el cuidado postoperatorio, sino el procedimiento quirúrgico y el cuidado postoperatorio haya sido adecuado. **En este paciente, sí hubo una lesión de vía biliar y**

posteriormente y con la reconstrucción que se hizo durante el mismo acto operatorio, a posteriormente se formó una estenosis de la reconstrucción de la anastomosis bilioentérica que requirió un segundo procedimiento. **P:** Es muy común que se requiera ese segundo procedimiento en este tipo de lesiones. **C:** Sí, este procedimiento es un procedimiento que se debe considerar cuando haya una lesión de vía biliar porque les va mejor, hay dos opciones, uno, dejarlos y creo que hay una lesión de vía biliar por el punto y esperar qué ocurre y después hacer una diagnóstico claro, pero todo depende del recurso y de la disponibilidad y de la y del nivel de atención, a la que uno está trabajando. Entonces, pero usualmente cuando hay una lesión de vía biliar que uno la diagnostica intraoperatoria, **debe proceder a corregir a esa lesión de vía biliar y una de las maneras de corrección es hacer anastomosis bilioentérica como el cirujano lo realizó**, también aclaro, **que una estenosis de la anastomosis bilioentérica ocurre con frecuencia eso sí, es mucho más frecuente, y eso es algo que los cirujanos hepatobiliares se enfrentan en ellos porque muchos de ellos hacen la reconstrucción bilioentérica después de una lesión de vía biliar** y a ellos les toca seguir y estar pendientes de los pacientes porque, pueden con el paso del tiempo pueden generar nuevamente estenosis y hacer nuevas reconstrucciones de la vía biliar por eso cuando la reconstruyeron nuevamente hicieron la corrección estenosis bilioentérica en Bogotá, en el hospital Militar, el cirujano hizo una técnica para poder ayudar a dar un acceso si se volviera estenotar esa vía biliar, pero hasta la historia que me enviaron no había secuelas del punto de vista de una nueva respecto de esa anastomosis, pero eso, esa sí ocurre con mucho más frecuente, una estenosis de la reconstrucción biliar. **P:** ¿Con qué frecuencia se cambia la cirugía ambulatoria a otro tipo de cirugía más compleja en estos procedimientos de colecistectomía por laparoscopia? **C:** Bueno, usualmente cuando uno programa una vesícula ambulatoria, usualmente lo hace usualmente lo hace, se logra el procedimiento ambulatorio, es decir, que se opera y a las pocas horas después de recuperación en quirófanos se puede enviar a la paciente para la casa, pero es infrecuente, lo que pasa es que si uno detecta que el paciente tiene algún factor de riesgo que puede que el paciente sea una cirugía en los que la convierte en ambulatoria a una paciente que requiere una hospitalización después de la cirugía eso no puede detectarse, pero algunas cosas no, porque es lo que ocurre también en cirugía. Por ejemplo, si el paciente me sangró mucho, y la vesícula estaba muy empotrada, es decir, muy adherida al hígado y yo la desprendo y me sangra y empezó a ser bastante hemostasia y me sangró 200; 300 cm³ cúbicos y me tocó dejar un dren, ese paciente, obviamente no lo puedo mandar para la Casa, me toca hospitalizarlo y hacerle un seguimiento y una vigilancia y un cuidado postoperatorio estrecho para este paciente, para no tener otras complicaciones, entonces el cambio de la decisión, es muchas de las veces, por lo ocurrido, o con la anestesia. o que esa es otra situación que el paciente entra a ser anestesiado y el paciente puede presentar una arritmia o durante la cirugía presentó una arritmia o algún evento que generó una incertidumbre en el anestesiólogo, entonces es prudente que los pacientes se hospitalicen. Pero su pregunta inicial, ¿qué frecuente es? Es poco frecuente que, uno programe un ambulatorio y lo deje hospitalizado, usualmente el paciente joven sin un proceso infeccioso sin ninguna enfermedad debilitante o una enfermedad concomitante sin antecedentes de cirugías abdominales, pacientes que tienen no están tomando ninguna medicación, en especial no tienen un antecedente de cáncer dentro de su cavidad abdominal y que el procedimiento y la anatomía esté muy clara y muy sencilla, muy posiblemente también te va a hacer ambulatorio (...) **P:** (...) donde su merced se refiere a una falla consistente en la lesión de la vía biliar,

amablemente le solicitó si puede ampliar en el sentido de manifestarle al despacho si la lesión de la vía biliar es un riesgo o una complicación que puede presentar en la colecistectomía Inherente a este tipo de cirugía. **C:** Sí todo paciente que se somete a una ostomía laparoscópica tiene riesgo biliar no existe una seguridad ciento por ciento que no hayan un riesgo biliar, es falso hablar de que esto existe. (..) **P:** (...) Pudiera ampliar la respuesta en indicarnos si esta complicación definida por usted como la lesión de la vía biliar fue una de las causas para que se modificara la técnica quirúrgica de Laparoscopia a Laparotomía **C:** Si claro. Sí, el cirujano fue en ese caso, cómo lo he podido catalogar correcto en ver que, hay una lesión de vía biliar, en detectarla y convertirla en cirugía abierta y hacer el procedimiento que a él le pareció pertinente, que ese, es un procedimiento que lo hacemos con mucha frecuencia esa es la reconstrucción de la lesión de la vía biliar. **P:** Gracias, doctor, de acuerdo a su respuesta, número 9, de manera respetuosa voy a voy a permitirme leer dos apartes que ha consignado, abro comillas para esta paciente, el cirujano describe una vesícula biliar con paredes engrosadas con conducto cístico puntiforme involucrado en un proceso inflamatorio crónico, adherencias firmes y con fibrosis que impidieron la adecuada identificación de los tejidos, lo que puede corresponder a una colecistitis subaguda o crónica. Lo descrito son unas condiciones anatómicas y patológicas de la vesícula biliar y del hilo vesicular, que acarrea un mayor riesgo de la lesión de la vía biliar, cierro comillas, doctor, para complementar esta respuesta, podría decirle al despacho, por favor, si estas condiciones descritas en la respuesta número 9 hacen que se incremente las posibilidades de que ocurra esta complicación que usted denomina lesión de la vía biliar. **C:** Sí, claro, aumenta la probabilidad de riesgo de lesión de la vía biliar. (...) **P:** (...) en respuesta del dictamen, en la número 9 se señala que en la parte final que lo escrito para esta paciente, el cirujano describe una vesícula biliar con paredes engrosadas o conducto cístico puntiforme involucrado en un proceso inflamatorio crónico y con fibrosis que impidieron la adecuada identificación de los tejidos. Lo descrito son unas condiciones anatómicas y patológicas de la vesícula de la vesícula biliar y del hilo Vesicular, que acarrea con mayor riesgo de la lesión de la vía biliar P/. Estas condiciones anatómicas se encontraron ya en los hallazgos intra hospitalarios o hay algún método que indujera al médico que sea que presentaba estas estos hallazgos. **C:** No, eso fue un hallazgo Intraoperatorio"

De las pruebas recaudadas y el dictamen pericial realizado, se establece que, la señora MARÍA EUGENIA PERLAZA presentaba un cuadro crónico de colelitiasis o acumulación de cálculos en la vesícula biliar que no había sido objeto de intervención efectiva durante un espacio considerable de tiempo; síntomas que ameritaban una intervención quirúrgica de corrección, motivo por el cual, se programó el procedimiento denominado colecistectomía laparoscópica, método mínimamente invasivo para tratar el diagnóstico efectuado..

En desarrollo del procedimiento quirúrgico, el médico tratante indica que encontró condiciones fisiológicas y anatómicas específicas de la paciente que impidieron su normal ejecución tales como, la presencia de fenómenos inflamatorios que generaron fibrosis a nivel del árbol biliar que dificultaron la identificación clara de los conductos hepáticos.

En consecuencia no se evidencia ninguna prueba que permita establecer, como se aduce en la demanda que la lesión vesicular tuviese origen en un mal procedimiento, o en la impericia del cirujano; contrario a ello,

advierte el Despacho, que si bien las lesiones vesiculares son muy poco frecuentes en este tipo de intervenciones, en el presente caso, el cirujano tratante encontró una serie de condiciones físicas o anatómicas de la paciente que generaron la lesión en la vía biliar, pero apenas se evidenció dicho contratiempo, el cirujano tomó la decisión de convertir el procedimiento en una cirugía abierta para evitar complicaciones mayores; práctica que es de común uso, tal y como lo advirtió el médico perito.

Al tenor de lo expuesto, se colige que la lesión vesicular biliar es un riesgo que se corre en los procesos quirúrgicos de colecistectomía laparoscópica; por lo tanto, no es posible afirmar que su ocurrencia genera per se una falla en el servicio médico, dado que la presencia de este evento está considerado como uno de los posibles riesgos; y pese a ello, se conjuró de manera eficiente, en cumplimiento de los cánones protocolarios establecidos sobre la materia.

Por lo expuesto, no prospera el cargo formulado por la parte demandante, toda vez que no se acreditó en debida forma que la lesión de la vesícula biliar obedeció a un error técnico del cirujano o a su falta de pericia. Por el contrario, la idoneidad profesional del galeno tratante permitió conjurar la crisis intraoperatoria, garantizando la salud y vida de la paciente hasta la fecha.

- Frente a la falta de consentimiento informado.

Refiere la accionante que la falta de consentimiento informado, impidió prevenirle sobre los riesgos o dificultades que podía ofrecer la práctica de la intervención laparoscópica, y no se le permitió manifestar su voluntad para practicar una laparotomía o cirugía abierta para reconstrucción de la vía biliar lesionada durante la intervención quirúrgica.

Al respecto el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo; Sección Tercera, Subsección A, con ponencia de la magistrada María Adriana Marín, mediante pronunciamiento del 30 de agosto de 2022, dentro del radicado número: 76001-23-31-000-2010-01727-02 (66340), dispuso lo siguiente:

"La Corte Constitucional ha considerado el consentimiento informado como un desarrollo específico de varios derechos fundamentales, principalmente el de la autonomía personal. En la sentencia T-1229 de 2005 señaló:

Ha considerado esta Corporación en su jurisprudencia que el derecho constitucional y en particular en lo relacionado con los derechos fundamentales de toda persona, el paciente tiene el derecho a conocer, de manera preferente y de manos de su médico tratante, la información concerniente a su enfermedad, a los procedimientos y/o a los medicamentos que podrán ser empleados para el mejoramiento de su estado de salud, con el fin de que pueda contar con los suficientes elementos de juicio que le permitan, en uso de sus derechos a la libertad, a la autodeterminación y a la autonomía personal, otorgar o no su asentimiento acerca de las actuaciones médicas que incidirán en su salud, y en su propia vida.

Todo consentimiento informado debe cumplir con las exigencias contenidas en los artículos 15 y 16 de la Ley 23 de 1981 y los artículos 9 a 12 del Decreto 3380 de 1981¹³. De acuerdo con la jurisprudencia de la Sala, el paciente debe ser debidamente informado de las consecuencias del tratamiento que se le va a realizar:

Se tiene entonces que el consentimiento, para someterse a una intervención médico-quirúrgica debe ser expreso, y aconsejable que se documente, y que siempre se consigne su obtención en la historia clínica, debe provenir en principio del paciente, salvo las excepciones consagradas en la ley y atendidas las particulares circunstancias fácticas que indicarán al Juez sobre la aplicación del principio. El consentimiento idóneo se presenta cuando el paciente acepta o rehúsa el procedimiento recomendado luego de tener una información completa acerca de todas las alternativas y los posibles riesgos que implique dicha acción y con posterioridad a este ejercicio tomar la decisión que crea más conveniente. (...) El consentimiento que exonera, no es el otorgado en abstracto, in genere, esto es para todo y para todo el tiempo, sino el referido a los riesgos concretos de cada procedimiento; sin que sea suficiente por otra parte la manifestación por parte del galeno en términos científicos de las terapias o procedimientos a que deberá someterse el paciente, sino que deben hacerse inteligibles a éste para que conozca ante todo los riesgos que ellos implican y así libremente exprese su voluntad de someterse, confiado a su médico.

Asimismo, ha precisado que el consentimiento va más allá de una simple formalidad y se puede deducir del comportamiento médico:

El consentimiento informado va más allá de la suscripción de un documento, al médico se le exige que no limite este importante acto al diligenciamiento de un formato. **También es deber del juez verificar si por otros medios probatorios se logra determinar la existencia del consentimiento informado, definido como aquella obligación de carácter legal que tiene un médico de explicar a su paciente, en forma clara, completa y veraz, su patología y opciones terapéuticas, con la exposición de beneficios y riesgos, a fin de que el paciente, ejerciendo su derecho a autodeterminarse, acepte o rechace las alternativas planteadas.**

También, de conformidad con la jurisprudencia de esta Corporación, es posible afirmar que el paciente puede emitir tácitamente su consentimiento:

La exteriorización de la voluntad libre del paciente, vale decir, su querer interno no necesariamente debe ser manifestado en forma expresa. Si bien la voluntad debe traducirse en un acto material, puede darse a conocer directamente mediante el lenguaje o la declaración verbal o escrita, a través de cualquier otro signo como sería el comportamiento. De modo que la manifestación del paciente no requiere -para que emerja válidamente- un comportamiento expresivo específico como sería el lenguaje convencional en su modalidad escrita o solemne, **sino que la voluntad puede ser reconstruida a partir de la conducta asumida por el paciente que adquiere un significado jurídico, al revelar el propósito del mismo.** Expresión volitiva tácita o indirecta que es manifestación inequívoca, clara y precisa de la voluntad y por lo mismo está dotada de igual fuerza vinculante que la forma directa de exteriorizar el querer, como que produce los mismos efectos que si hubiese sido expresada de manera explícita en un documento escrito. **De ahí que si bien resulta deseable que el consentimiento informado sea manifestado externamente por el paciente de manera directa y expresa en un**

documento escrito, toda vez que este tipo de lenguaje es quizás el medio más idóneo para exteriorizar la voluntad en este tipo de situaciones, nada impide para aquella se establezca a partir de otros instrumentos, como sería el comportamiento desplegado por el propio paciente frente a las indicaciones del médico tratante, que revelan su voluntad implícita manifestada en una declaración tácita. Así las cosas, si un paciente es informado a lo largo del tratamiento de los eventuales riesgos que acarrearía asumir un determinado procedimiento quirúrgico y, a pesar de ello, decide continuar adelante con el mismo, su conducta adquiere una significación dentro del contexto fáctico en que tiene lugar. En una palabra, del comportamiento del paciente que se revela en el silencio ante las múltiples advertencias emana la forma de un consentimiento tácito. Es más, *mutatis mutandis*, podría incluso afirmarse parafraseando al profesor Hinestrosa, **que la conducta humana no se agota en la declaración, que existen otras formas y esta es justamente, el comportamiento o conducta de la cual se deduce la voluntad.**”(Resaltado fuera de texto)

Sobre el consentimiento informado de la accionante, se aportan los siguientes documentos

- Según el reporte de valoración del 24 de agosto de 2016, realizado por el médico especialista por Cirugía General, se deja constancia del procedimiento quirúrgico a practicar a la paciente. (fls 19 a 21, archivo 41 Cdo Ppal)

Al respecto, en declaración realizada por el cirujano tratante, médico ANUAR ARMANDO IDROBO ESCOBAR, indicó haber obtenido el consentimiento informado de la paciente, cuando expresamente refirió lo siguiente: (archivo 42. Cdo Ppal)

"Nosotros generalmente cada que se programa un paciente, hacemos un consentimiento informado, no, en el cual se le informa a los pacientes sobre este tipo de riesgos que existen, en el consentimiento informado a esta paciente, esté completamente seguro que deben estar escritos todos estos riesgos, incluso la conversión a cirugía abierta, pues también debe estar. Si ustedes han revisado la historia, es muy probable que lo hayan visto que esté, cuando no se puede hacer por laparoscopia, que es el gold Standard, pues de manejo de la de los cálculos de la vesícula, cuando usted no lo puede hacer por esa vía o tiene dificultades o no, tiene que convertirlo a cirugía abierta, eso también lo dejo, pues yo explícito, porque eso lo coloca uno entre los posibles riesgos de la cirugía. En caso de que uno no pueda continuar con el procedimiento laparoscopia (...) tenía ese riesgo, obviamente por eso lo dejé en el consentimiento informado, bien descrito, que tenía riesgo de lesiones de la vía biliar, que tenía riesgo de conversión a cirugía abierta"

Por su parte, la accionante al absolver interrogatorio de parte, refirió expresamente lo siguiente: (archivo 42 Cdo Ppal)

"P: Ok señora María Eugenia, por favor indíquenos si el día que a usted la intervinieron quirúrgicamente, usted suscribió o firmó, revisó algún documento de las posibles consecuencias de lo que le iba a ocurrir o de lo que le podía ocurrir ? **C:** Sí, se, se firma, es que le toca a uno firmar por obligación, le toca uno firmar. Si usted no firma, no lo operan, a usted por obligación, le toca que firmar. Usted no puede dejar de firmar porque no lo opera, le toca que dar la autorización de que lo opere, (...) **P:** O sea, por

favor, confírmeme, ¿usted conocía, cuáles eran o cuáles podían ser las consecuencias de la intervención quirúrgica que se le iba a realizar? C: Siempre tuve una intervención quirúrgica, digamos el pro, digamos que puedes tener, puedes, puede, cómo te digo, puede haber cambios, digamos a ver, a ver puede cambiar. No puede salir bien todo, pero lo que uno piensa cuando se mete a una operación, no es que va a quedar ahí o que le van a hacer daño en la operación, porque uno confía en los médicos que están, porque supuestamente están preparados, para... eso, para eso estudian. Entonces por eso uno se confía en ellos, sino usted no entraría a un médico, a una operación si no confiara en ellos, que todo va a salir bien. P: Me reitero, podría responder sí o no, si conocía las consecuencias de la intervención. C: Pues sí, se conocía, pero no sabía que iba a ser una consecuencia súper grande como la que estoy viviendo yo."

-En la valoración realizada por el médico especialista en anestesiología del **14 de octubre de 2016**, se precisan las recomendaciones de la cirugía y el "**CONSENTIMIENTO INFORMADO**": (fl 29, archivo 41 Cdno Ppal)

- Nota de verificación pre quirúrgico de enfermería del **18 de noviembre de 2016**, en la que se deja la siguiente constancia: "**Firmó los consentimientos informados** (Quirúrgico, anestesia, Transfusiones): **SI** (fl 31 a 32, archivo 41 Cdno Ppal)

-En nota de acto quirúrgico trans-operatorio y endoscopia bajo responsabilidad del cirujano tratante del **18 de noviembre de 2016**, se reporta: "**Se cuenta con el consentimiento informado completamente diligenciado: SI**" (fl 37, archivo 41 Cdno Ppal)

De las pruebas aportadas, se establece que en el caso analizado la señora MARÍA EUGENIA PERLAZA, emitió su consentimiento informado para la práctica de los procedimientos quirúrgicos respecto de los cuales, fue debidamente documentada por parte del médico cirujano tratante.

Por lo expuesto y sin mayores elucubraciones sobre el tema, se puede verificar probatoriamente la existencia del consentimiento informado, motivo por el cual no prospera el cargo formulado por la parte accionante sobre este tópico.

Sobre la atención dispensada el 15 de diciembre de 2016

Luego de la cirugía practicada en el HUSJ, la señora María Eugenia Perlaza fue dada de alta el 24 del mismo mes y anualidad, con las siguientes indicaciones: (fl 120, archivo 41 Cdno Ppal)

"CON: RECOMENDACIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS DE CUIDADO--RECOMENDACIONES DIETARIAS: EVITAR COMIDAS CON ALTO CONTENIDO DE AZÚCAR, GRASAS, HARINAS; INCREMENTAR EL CONSUMO DE FRUTAS Y VEGETALES--**SE EXPLICAN CLARAMENTE LOS SIGNOS DE ALARMA PARA REINGRESO INMEDIATO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS, COMO: DOLOR QUE NO CEDA CON LA ANALGESIA SUMINISTRADA, FIEBRE, SANGRADO O SECRESIONES POR HERIDAS QUIRURGICAS (...)**CONTROL CON MEDICO GENERAL EN 3 DÍAS EN NIVEL I DE ATENCIÓN-- ACUDIR A RETIRO DE DREN EN 4 DIAS, PRESENTARSE EN EL HUSJ EN EL 3ER PISO, ALA QUIRURGICA, PREGUNTAR POR LA DRA YENNY ARROYAVE O EL RESIDENTE ENCARGADO.-- CONTROL CON CIRUGIA GENERAL EN 21 DIAS--CONTROL CON OTORRINOLARINGOLOGIA EN 7 DIAS.." (Resaltado fuera de texto)

En declaración del médico cirujano tratante, se preciso que: (archivo 42; cdno Ppal)

*"Creo que, el cuarto, quinto día ya estaba en su casa y **le hicimos un seguimiento, se fue comiendo y fue sin dolor, le dejamos un dren, pues un dren custodio que lo quitamos el cuarto o quinto día que se citó a ella a la consulta, y la evolución,** pues en realidad para el tipo de cirugía que se le realizó reconstructiva **fue muy buena, muy buena, una paciente, pero relativamente joven que evolucionó de manera satisfactoria**"*

En la valoración del 1 de diciembre de 2016, se establece un buen estado de salud, sin evidencia de complicaciones postoperatorias.

El 9 de diciembre de 2016, la paciente acude por sus propios medios a una valoración médica por la especialidad en ginecología del HUSJ de Popayán, sin ninguna evidencia de complicaciones o síntomas de alarma que ameritaran cuadros clínicos de urgencia, o que pusieran en riesgo su salud.

En dicha oportunidad, la médica realiza una revisión del estado postquirúrgico de la paciente y consiga en su historial clínico lo siguiente: (fls 126 a 128, archivo 41)

"(...) REFIERE QUE HACE 20 DIAS SE LE REALIZÓ COLECISTECTOMIA ABIERTA AHORA REFIERE DOLOR ABDOMINAL DE MODERADA INTENCIDAD" (sic). Al respecto, el examen físico reportó lo siguiente: "Abdoomen (sic): ANORMAL. HERIDA QUIRURGICA MEDIANA SUPREINFRAUMBILICAL EN PROCESO DE CICATRIZACION, DOLOR MODERADO A LA PALPACION"

Se evidencia entonces, que después de 15 días de haber sido dada de alta, la paciente no evidenciaba síntomas o signos de alarma respecto al procedimiento quirúrgico practicado.

El 15 de diciembre de 2016, en valoración de control post quirúrgico con médico especialista en cirugía general, la accionante afirmó que había presentado un cuadro de sangrado, razón por la cual el Hospital Universitario San José, la ingresó nuevamente para estudiar las causas del sangrado y su tratamiento: (fl 129, archivo 41 Cdno PPal)

*"FORMATO UNICO DE ATENCION URGENCIAS ADULTOS (...)º **Historia Clínica:** 38470323 **FOLIO:** 59 15/12/2016 3:29:42 a. m. **Fecha Atención:** 15/12/2016 **3:03:03** a. m. Servicio: 7301-5 - URGENCIAS ADULTOS CUBICULO (...) **MOTIVO DE CONSULTA:** VOMITO CON SANGRE (...) **ENFERMEDAD ACTUAL:** EL ESPOSO DE LA PACIENTE REFIERE QUE HA TENIDO VOMITO CON SANGRE TODOS LOS DIAS DESDE EL 24 DE NOVIEMBRE Y EN ALGUNAS OCASIONES TAMBIEN TIENE DEPOSICIONES CON SANGRE NEGRA, EL DIA DE 14/DIC A LAS 10 PM EMPIEZA CON DOLOR EN LA ESPALDA INTENSO CON POSTERIOR DOLOR ABDOMINAL Y VOMITO CON SANGRE EN 3 OCASIONES CON SENSACION DE DESVANECIMIENTO, MAREO, POR LO CUAL LA TRAEN, LA PACIENTE INGRESA EN MAL ESTADO GENERAL, PALIDA, CON DIAFORESIS¹⁶ INTENSA, HIPOTENSA 70/30 MMHG, SE PASA DE INMEDIATO A*

¹⁶ La diaforesis **es un término médico que hace referencia a la sudoración excesiva o abundante** que puede ser normal (fisiológica), **resultado de** la actividad física, de las condiciones ambientales o **síntomas de una enfermedad.**

CHOQUE PARA REANIMACION HIDRICA.¹⁷ REFIERE QUE RECIENTEMENTE TUVO CIRUGIA ABDOMINAL EN ESTA INSTITUCION. NIEGA CONSUMO ACTUAL SE ASA O AINES. NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS (...) **ASPECTO GENERAL(...)** MAL ESTADO GENERAL , PALIDA, CON DIAFORESIS INTENSA, HIPOTENSA. (...) **IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE – 10 (...)** K922 HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL- NO ESPECIFICADA (...) **Presuntivo (...)** **ANALISIS (...)** PACIENTE FEMENIA QUE CONSULTA POR HVDA¹⁸ CON HIPOTENSION Y SINCOPE EN EL DOMICILIO, INGRESA HEMODINAMICAMENTE INESTABLE PERO RESPONDE AL PRIMER BOLO DE LEV, SE SOLICITA VALORACION X CIRUGIA GENERAL URGENTE (...) **PLAN (...)** OBSERVACION URGENCIAS CAMILLA CON BARANDAS EN ALTOCABECERA ELEVADA ACOMPAÑANTE PERMANENTE CANALIZAR 2 ACCESOS VENOSOS LEV HARTMAN 1500 CC EN BOLO, LUEGO DEJAR A 100 CC/H OMEPRAZOL AMP 40MG. APLICAR 80 MG IV AHORA Y LUEGO DEJAR EN GOTEO A 8 CC/H SS/ HEMOGRAMA, CR, BUN, ELECTROLITOS, TIEMPOS DE COAGULACION, CRUCE Y RESEVRA DE 3 U DE GR , RX DE TORAXSS VALORACION X CIRUGIA GENERAL CONTROL DE SIGNOS VITALES INFORMAR CAMBIOS GRACIAS (...) FLOREZ ARANDA IRY DEL MAR (...) MEDICINA GENERAL”

En el Historial Clínico de la paciente, se reporta la valoración médica realizada por la Especialista en Cirugía General, Dra Cecilia Nisvet Manzano Guevara: (fl 132. archivo 41 Cdno Pppal)

"Nº Historia Clínica: 38470323 (...) **Folio Nro.60(...)** Fecha:15/12/2016 3:49:32 a. m(...) **Servicio:** URGENCIAS ADULTOS (...) **RESPUESTA A INTERCONSULTA:** Análisis Objetivo: (...) Paciente en regulares condiciones generales, palidez mucocutánea marcada, con los siguientes signos vitales: Pa: 84/64, Fc: 98 lpm, Fr: 24 rpm, T: 36°, SatO2: 97%. Normocéfala, escleras anictéricas, pupilas isocóricas y fotorreactivas, mucosas secas y pálidas, a nivel oral presenta en el piso de la boca, masa grande de aproximadamente 3 cms de diámetro, de aspecto varicoso. Cuello sin adenopatías ni megalias, cardiopulmonar sin mayores alteraciones, abdomen blando, depresible, no doloroso, no se palpan masas ni visceromegalias, ruidos intestinales presentes. Extremidades sin edemas, pulsos distales presentes. SNC: alerta, orientada, sin déficit neurológico aparente (...) **DETALLE RESPUESTA** Paciente con antecedentes quirúrgicos descritos, ahora en contexto de hemorragia de vías digestivas altas con descompensación hemodinámica, en el momento sin nuevos episodios de hematemesis, respuesta parcial a cristaloides por lo que se indica transfusión de 2 UGR, reanimación con LEV agresiva y manejo medico con omeprazol, ácido tranexámico y demás órdenes. Paciente en condición crítica, se le explica su estado actual al familiar ya la paciente (...) **TRATAMIENTO:** Monitorizacion continua no invasiva de signos vitales.- Glucometria ahora y cada 6 horas - Cabezera a 90°. - Sonda vesical a cistoflow. -Cuantificacion estricta de liquidos administrados y eliminados. - 2 accesos venosos con con Yelco # 18. - Transfundir 2 UGR compatibles y certificados y reservar 4 UGR y 2 unidades de PFC. - LEV tibios así: Bolo de 1000 cc de Hartman y mantenimiento a 100 cc/hora. - Acido tranexamico 1 gr en 100 cc de SSN pasar en bolo y luego 1 gr en 500 cc de SSN para 8

<https://www.doctoraki.com/blog/diccionario-medico/sintomas/diaforesis/>

¹⁷ La reanimación hídrica intravenosa es una terapia esencial en el manejo de los pacientes hospitalizados, en especial en aquellos con enfermedad aguda o crítica

<https://www.medicigraphic.com/pdfs/circir/cc-2018/cc184j.pdf>

¹⁸ La **hemorragia de vías digestivas altas (HVDA)** es una emergencia habitual; su etiología más común es la úlcera péptica. La restauración del volumen intravascular y la presión arterial son la prioridad del manejo previo al identificar la causa del sangrado.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572013000400002#:~:text=La%20hemorragia%20de%20vías%20digestivas,identificar%20la%20causa%20del%20sangrado.

horas. - omeprazol 80 mg EV en bolo y dejar 8 mg/hora a goteo continuo por BIC. - Oxigeno suplementario para mantener saturacion mayor a 95%. - ss hemograma, creatinina, BUN, electrolitos, tiempos, perfil hepatico completo, Lactato, gases arteriales, **EVDA, Ecografia abdominal total.** - ss valoracion por UCI. Diagnóstico: K922 **HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL- NO ESPECIFICADA**” (resaltado fuera de texto)

El mismo día, 15 de diciembre de 2016, le realizaron exámenes de diagnóstico en el Hospital Universitario San José de Popayán, que arrojaron los siguientes resultados: (archivo 44 Cdno Ppal)

EXAMEN	RESULTADO	Archivo 44 , fl
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA BAJO SEDACIÓN	ESOFAGO: Sin lesiones mucosas, no se observa hernia hiatal ni várices. ESTOMAGO: Lago gástrico claro en moderada cantidad, se lava y se aspira Fondo y región subcardial sin lesiones mucosas, cuerpo y Antro con patrón mucoso amarillo pálido, Píloro centrado y permeable. DUODENO: Bulbo, primera, segunda y tercera porción no se identifican lesiones CONCLUSIONES: 1 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA 2 GASTRITIS CRONICA DE CUERPO Y ANTRO	3
COLONOSCOPIA TOTAL BAJO SEDACIÓN	INSPECCION: Normal TACTO RECTAL: Inter con tono conservado, paredes lisas ANOSCOPIA: Normal COLONOSCOPIA TOTAL: Se avanza endoscopio hasta ciego se identifican orificio apendicular y válvula ileocecal observando mucosa de aspecto normal desde ciego hasta recto COLONOSCOPIA TOTAL NORMAL	4

Por su parte, el médico especializado en cirugía general Dr. ALEXEI BERNARDO ROJAS DIAS, reportó en el historial clínico lo siguiente: (fl 174 y 175, archivo 41 Cdno Ppa)

“(Fecha: 16/12/2016 12:27 p. m. (...)) Servicio: URGENCIAS ADULTOS SALA DE EMERGENCIA (...)ANALISIS: ***PACIENTE CON ANTECEDENTE DE DERIVACION BILIODIGESTIVA POR RECONSTRUCCION DE VIA BILIAR SECUNDARIA A LESION EN COLECISTECTOMIA, AHORA EN EL CONTEXTO DE SANGRADO GASTROINTESTINAL A ESCLARECER, QUE REQUIRIO HEMODERIVADOS. CUADRO HEMATICO POSTTRANSFUSION MUESTRA HB EN 11.1. **POR SOSPECHA DE ORIGEN A NIVEL DE ANASTOMOSIS YEYUNO-YEYUNO SE DECIDE REMITIR PARA REALIZACION DE ARTERIOGRAFIA+EMBOlizACION SELECTIVA. ACEPTADA EN LA CIUDAD DE BOGOTA.** PENDIENTE

AUTORIZACION DE AMBULANCIA AEREA MEDICALIZADA. SE EXPLICA AL PACIENTE LA CONDUCTA A SEGUIR, QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR (...) PLAN: ***EVOLUCION DIA URGENCIAS CIRUGIA (...) *PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS: **-1-HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN A ESCLARECER-** -2- ANTECEDENTE DE DERIVACION BILIODIGESTIVA POR RECONSTRUCCION DE VIA BILIAR SECUNDARIA A LESION EN COLECISTECTOMIA * **EVENTOS: PACIENTE CON CONDICION CLINICA ESTABLE, SIN NUEVOS EPISODIOS DE SANGRADO INTESTINAL, MELENAS O HEMATOQUEXIA.** (...) EXAMEN FISICO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MURMULLO VESICULAR PRESENTE, SIN SOBREGREGADOS, CORAZON RITMICO, SIN SOPLOS, ABDOMEN BALNDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES SIMETRICAS, SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR <2S, SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO (...) ESCALA DEL DOLOR: 0 SIN DOLOR DIAGNOSTICO (...) Diagnostico Principal" (Resaltado fuera de texto)

La paciente fue estabilizada hemodinámicamente en el Hospital San José y se ordenó la remisión al Hospital Militar Central, para despejar la sospecha del origen de la sintomatología presentada.

El Hospital Militar Central recibe a la paciente el 16 de diciembre de 2016 y después de realizar algunos exámenes diagnósticos, concluye lo siguiente: (fls 137 a 9, archivo 59 Cdno PPal)

"HOSPITAL MILITAR CENTRAL (...) EPICRISIS (...) Consecutivo de epicrisis: 106623 Confirmado (...) Información Paciente: MARIA EUGENIA PERLAZA QUIÑONEZ Tipo Paciente: Contributivo (...) Nº106623 (...) INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS (...) Servicio de Egreso Ninguna Fecha Egreso: 22 de diciembre de 2016 13:02 Estado Paciente: VIVO (...)

Motivo Consulta: ' 'REMITIDA DE POPAYAN POR SANGRADO ' '

Enfermedad Actual: PACIENTE FEMININA REMITIDA DE POPAYAN CON ANTECEDENTE DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA (18/11/16) CON LESION DE VIA BILIAR QUE REQUIRIO REAMINIACION HIDRICA , TRASFUSION DE GLOBULOS ROJOS Y DERIVACION BILIODIGESTIVA . CONSULTO HACE 2 DIAS POR EMESIS DE CONTENIGO HEMATICO Y DEPOSICIONES MELENICAS REFIERE ULTIMO EPISODIO DE HEMATEMESIS Y HEMATOQUEZIA EL DIA DE AYER. CON S¿¿¿

Revisión del Sistema: SIN NUEVOS EPISODIOS DE MELENAS

*Indica Med/Conducta: PACIENTE REMITIDA DE POPAYAN CON ANTECEDENTE DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA QUE REQUIRIO REANIMACION HIDRICA, DERIVACION BILIODIGESTIVA Y 4 UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS. SE REALIZA ENDOSCOPIA 15/12/16 QUE REPORTA GASTRITIS CRONIA DE CUERPO Y ANTRO Y COLONOSCOPIA DENTRO DE LIMITES NORMALES. EN EL MOMENTO SIN NUEVOS EPISODIOS DE MELENAS NI HEMATEMESIS. HEMODINAMICAMENTE ESTBALE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA. **LA REMITEN POR SOSPECHA DE SANGRADO***

DE SITIO QUIRURGICO Y REALIZACION DE ANGIOGRAFIA Y EMBOLIZACION SELECTIVA. SE SOLICITA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL

PARACLINICOS 16/12/2016

WBC 7.74, NEUTR 60.20 %, HCTO 36.2, HEMOGLOBINA 11.90, PLAQUETAS 305000, TP 10.9, CONTROL TP 10.7, TTP 29.8, TTP CONTROL 29.0

PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS DE EDAD CON IDX DE SANGRADO DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS EN ESTUDIO, CON CUADRO CLINICO QUE INICIA DESDE EL 14 DE DICIEMBRE DEL PRESENTE AÑO, NO PRESENTA SANGRADO DESDE EL DÍA DE AYER. SE ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, YA HA SIDO TRANSFUNDIDA EXTRAINSTITUCIONALMENTE. **DEBIDO A LA ESTABILIDAD DE LA PACIENTE, PARACLINICOS DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES Y A LA AUSENCIA DE FOCO CONFIRMADO DE SANGRADO, NO SE SUGIERE POR EL MOMENTO LA REALIZACIÓN DE ALGÚN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.** SE SOLICITA VALORACIÓN POR GASTROENTEROLOGIA PARA EL DIAGNOSTICO Y ABORDAJE DE LA HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS. SEGUIMOS ATENTOS A LA EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE.

PLAN:

NADA VIA ORAL.

INTERCONSULTA GASTROENTEROLOGIA

OMEPRAZOL 40 MG IV C/ 12 HORAS.

LACTATO DE RINGER A 80CC/HORA.

SEGUIMOS ATENTOS A LA EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE.

17/12/2016 06:17 a. m. PARRA CAICEDO MAURICIO

(...)

19/12/2016 06:10 a. m. (...) PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS QUIEN SE ENCUENTRA ACTUALMENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SRIS CLINICO ACTIVO, BUEN PATRON CARDIOPULMONAR, NO SIGNOS DE HIPOVOLEMIA, **NO NUEVOS EPISODIOS DE SANGRADO DE VIA DISGESTIVA.** PENDIENTE REALIZAR ENTEROSCOPIA POR PARTE DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA. CONTINUA MANEJO POR ESTA ESPECIALIDAD Y CIRUGIA GENERAL COMO SERVICIO INTERCONSULTANTE.

19/12/2016 09:33 a. m. (...)

PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, SIN SIGNOS DE SANGRADO ACTIVO, NO EMESIS NO MELENAS, ESTABLE DESDE EL PUNTO DE VISTA HEMODINAMICO **SE REALIZA ENTEROSCOPIA SIN EVIDENCIA DE SANGRADO DIGESTIVO ALTO EN LO EVALUADO,** SE CONSIDERA VIGILANCIA CLINICA SE HOSPITALIZA POR GASTROENTEROLOGIA. SE INDICA VIA ORAL. Y SE SOLCITAN PARACLINICOS DE CONTROL.

(...)

21/12/2016 08:28 a. m. FLOREZ SARMIENTO CRISTIAN FABIAN

ANALISIS

PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, SIN SIGNOS DE SANGRADO ACTIVO, TOLERANDO VIA ORAL, NO EMESIS, NO MELENAS, SIN SIRS. SE REALIZO ENTEROSCOPIA SIN EVIDENCIA DE SANGRADO DIGESTIVO ALTO EN LO EVALUADO. MANTENEMOS VIGILANCIA CLINICA. CONTINUAMOS MANEJO MEDICO ESTABLECIDO. DE ACUERDO A

CONDICION CLINICA, MAÑANA EGRESO. SE EXPLICA A PACIENTE, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

De los reportes médicos anotados, se precisa que la paciente MARIA EUGENIA PERLAZA, desde el 24 de noviembre de 2016, que egreso del Hospital Universitario San José de Popayán-HUSJ; adelantaba un post operatorio sin ningún tipo de complicaciones.

Si bien se afirma en la demanda, que la paciente presentó sangrados diarios desde el 24 de noviembre y 15 de diciembre de 2016, lo cierto es que en el interrogatorio de parte, la señora MARIA EUGENIA PERLAZA, desvirtuó tal argumento, al precisar que el sangrado que obligó su reingreso al centro hospitalario se presentó de forma súbita el 15 de diciembre de 2016.

No hay prueba de que el sangrado que motivó una nueva hospitalización, fuera consecuencia o estuviese asociado a al procedimiento quirúrgico de colecistectomía realizado el 18 de noviembre de 2016, puesto que los exámenes diagnósticos practicados no permiten evidenciar un nexo causal eficiente entre el sangrado y la cirugía practicada días atrás.

3.7.1. Intervención quirúrgica del 17 de octubre de 2017

Se aduce en la demanda, que luego del egreso de la paciente Hospital Militar Central de Bogotá (22 de diciembre de 2016), los síntomas persistieron, asociándolos a la colecistectomía realizada el 18 de noviembre de 2016.

El 19 de octubre de 2017, la accionante presente un nuevo cuadro de sintomatología biliar, es decir, pasados 11 meses desde la práctica de la intervención quirúrgica en mención.

La sintomatología evidenciada por la señora MARÍA EUGENIA PERLAZA para el mes de octubre de 2017 se reporta en su historial clínico en los siguientes términos: (FL 187, archivo 41 Cdo Ppal)

"HOSPITAL UNIVERITARIO SAN JOSE (...) N° Historia Clínica: 38470323 Folio Nro.94 (...) Fecha:19/10/2017 4:13:53 a. m.(...)Servicio: URGENCIAS ADULTOS (...) **MOTIVO INTERCONSULTA:** PACIENTE FEMENINA CON ANTECEDENTE DE COLECISTECTOMIA EN NOV 2017 (SIC) , AHORA CONSULTA POR CUADRO CLINICO POSTERIOR A LA CIRUGIA DE DOLOR ADBOMINAL EN HIPOCONDRIO Y FOSA ILIACA DERECHA ASOCIADO A HEMATURIA Y EN OCASIONES EMESIS, HA CONSULTADO EN VARIAS OCASIONES POR CONSULTA EXTERNA SIN MEJORIA DEL CUADRO CLINICO Y POR REAGUDIZACION DEL CUADRO ES REMITIDA DESDE NIVEL I.PACIENTE OCN CUADRO CRONICO DE DOLOR ABDOMNINAL EN HIPOCONDRIO Y FLANCO DERECHOS, EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SIN ABDOMEN AGUDIO, SIN ICTERICIA, SE SOLICITAN PARACLINICOS Y VALORACION POR CIRUIGA GENERAL PUES **PACIENTE VALORADA EL EN SEPT 2017 POR CIRUGA GENERAL QUIEN SOSPECHA ESTENOSIS DE**

ANASTOMIOSIS BILIOENTERICA CON NECESIDAD DE DILATACION VC COLOCACION DE STENT.(...) ECO PELVICA TRASNSVAGINAL: 4 SEPT 2017: MIOMATOSIS UTERINA, QUISTE FOLICULAR EN OVARIO IZQUIERDO (...) . ECO ABDOMINAL TOTAL: 4 SEPT 2017: MIOMATOSIS UTERINA, PEQUEÑO QUISTE RENAL IZQUIERDO, QUISTE FOLICULAR IZQUIERDO (...) COLANGIORMN: 22 SEPT 2017: DR EDGAR EOJAS RADIOLOGO: NO SE OBSERVA COLEDOCO SECUNDARIO A Y ROUX, NO DILATACION DEL ARBOL BILIAR, ADECUADA OPACIFICACION DE ASAS."
(Resaltado fuera de texto)

En el examen diagnóstico de colangiografía, no se observan alteraciones de la zona hepato-biliar corregida mediante COLELAP práctica el 18 de noviembre de 2016, ni refiere patrones de anormalidad.

La ecografía de abdomen total, arrojó como resultado una normalidad de las vías y zona biliar, en los siguientes términos: (fl 192, archivo 41 Cdn Ppal)

"HOSPITAL UNIVERITARIO SAN JOSE (...) Nº Historia Clínica: 38470323 (...) Fecha:19/10/2017 12:03 a. m. (...) Servicio: URGENCIAS ADULTOS (...) ANALISIS (...) ANALISIS: PACIENTE CON ANTECEDENTE QUIRURGICO DESCRITO CURSANDO CON DOLOR A NIVEL DE HIPOCONDRIO DERECHO CON SOSPECHA DE ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA POR CLÍNICA Y FOSFATASA ALCALINA ELEVADA EN 801 CON ELEVACION DE BILIRRUBINAS A EXPENSAS DE LA DIRECTA. AL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON MEJORIA DEL DOLOR ABDOMINAL, AUN CON DOLOR MODERADO A LA PALPACIÓN A NIVEL DE HIPOCONDRIO DERECHO, CON LEVE TINTE ICTERICO EN ESCLERAS. **LA ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL REPORTA QUE NO HAY DILATACION DE LA VIA BILIAR INTRAHEPATICA Y NO LOGRA VISUALIZARSE EL COLEDOCO POR PRESENCIA DE ABUNDANTE CANTIDAD DE GAS INTESTINAL A NIVEL DE EPIGASTRIO E HIPOCONDRIO DERECHO.** LA PACIENTE FUE MANEJADA EN EL HOSPITAL MILITAR DE BOGOTÀ POSTERIOR A SU CIRUGIA, PERO NO SE CUENTA CON LA HISTORIA CLINICA, **SE HA PLANTEADO LA POSIBILIDAD DE INICIAR TRAMITES DE REMISION A ESA INSTITUCION POR PATOLOGIA LITIASICA Y RECAIDA DE SU ENFERMEDAD, PERO ANTES DE ELLO SE DECIDE REMITIR PACIENTE CON DRA LILIANA ESPECIALISTA EN CIRUGIA HEPATOBILIAR PARA ORIENTAR CONDUCTA A SEGUIR.**

Se indica en la historia clínica que la paciente solicita la remisión al Hospital Militar Central, manifestando que ofrece mejores condiciones de atención para su caso particular: (fl 196 y 197, archivo 41 Cdn Ppal)

"HOSPITAL UNIVERITARIO SAN JOSE (...) HISTORIA CLÍNICA (...)19/10/2017.(...) DETALLE RESPUESTA(...)DRA CAICEDO CIRUGIA HEPATOBILIAR Y TRANSPLANTES DR FERNANDEZ RESIDENTE: PACIENTE CON CUADRO DE LARGA DATA EQUIERIO DERIVACION BILIODIGESTIVA EN EL MOMENTO SIN CATEGORIZACION DE LA DILATACION DEL ARBOL BILIAR ESTUDIO PORRESONANCIA TAMPOCO ES CONCLUYETE INTERNTAR UN ABORDAJE ENDOSCOPICO ES IMPOSIBLE POR LAS CARACTERISTICAS QUIRURGICAS DEL PACIENTE, EL ABORDAJE TRASNPARIETOHEPATICO SIN UN ARBOL BILIAR DILATADO ES DIFICIL TECNICAMENTE Y NO ASEGURA EL ADECUADO RENDIMIENTO TERAPEUTICO, QUEDA COMO OPCION EL ABORDAJE QUIRURGICO QUE **LA PACIENTE EN SU DESEO RECHAZA**

REALIARSE EN ESTA INSTITUCION, SE DECIDE LA REMISION A NIVEL DE ATENCION SUPERIOR. HOSPITAL MILITAR POR SU SANIDAD CIERRE DE INTERCONSULTA (...) TRATAMIENTO: REMISION A NIVEL DE ATENCION SUPERIOR"

Efectuada la remisión de la paciente al Hospital Militar Central, se define el diagnóstico, asociado a **Coledocolitiasis** por presencia de cálculo en la confluencia de los hepáticos con dilatación de la vía biliar, que requiere de nueva colecistectomía correctiva.

Se realiza junta médica de la institución el 23/10/2017 9:56:01 a. m., para definir el tratamiento en los siguientes términos: (fl 221, archivo 59)

*"Paciente con antecedente de colecistectomía extra institucional hace un año con posterior complicación de la misma que requirió laparotomía, y anastomosis bilioentérica, la remiten por cuadro de ictericis progresiva, acolia, coluria, picos febriles, asociado a dolor en hipocondrio derecho, al examen físico al ingreso paciente tasquiardica con dolor persistente en hipocondrio derecho sin signos de irritación peritoneal con paraclínico que evidencia elevación de c´perfil hepatobiliar con leve elevación de reactantes de fase aguda, en sospecha de Coledocolitiasis de probabilidad intermedia **se decide toma de Colangio RNM la cual se revisa en junta quirúrgica evidenciando calculo en la confluencia de los hepáticos con dilatación de la vía biliar extrahepatica**, obstruyendo derivación biliodigestiva, se considera dado los antecedentes y sin posibilidad de intervención por vía endoscópica llevar a exploración de la misma para realizar descompresión de la vía biliar y reconstrucción de la misma según hallazgos intraoperatorias, **se explica a paciente posibles riesgos y complicaciones del mismo** y en consecuencia firma consentimientos. (Resaltado fuera de texto)*

El 21 de octubre de 2017, se realiza una nueva intervención quirúrgica:

*"HOSPITAL MILITAR CENTRAL (...) HISTORIA CLÍNICA (...) SALAS DE CIRUGIA (...) HISTORIA CLINICA: 38470323 INGRESO:4107969 (...) NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA EUGENIA PERLAZA QUIÑONEZ (...) F. DE INGRESO: 21/10/17 16:57 (...) PREQUIRURGICO Diagnóstico: K805 CÁLCULO DE CONDUCTO BILIAR SIN COLANGITIS NI COLECISTITIS (...) POSQUIRURGICO Diagnóstico: K805 CÁLCULO DE CONDUCTO BILIAR SIN COLANGITIS NI COLECISTITIS (...) PATOLOGIA: SI (...) 1. PRODUCTO DE RESECCION SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO 2. BODAS DE OSTOMIA (...) **HALLAZGOS QUIRURGICOS** (...) SEVERO PROCESO ADHERENCIAL, VISCEROVISCERAL Y VISCEROPARIETAL. CON SEGMENTO DE ASA DE INTESTINO DELGADO FIRMENTE ADHERIDO A LA LINEA MEDIA DE PARED ABDOMINAL ANTERIOR, SIN PLANO DE CLIVAJE PARA SU LIBERACION, DURANTE DE LA DISECCION SE PRODUCE ENTEROTOMIA > 50 % DE LA CIRCUNFERENCIA POR LO CUAL SE REALIZA RESECCION SEGMENTARIA. APROX 10 CM Y ANASTOMOSIS LATEROLATERAL. ANASTOMOSIS HEPATICOYEUINAL A APROXIMADAMENTE 60 CM DE ANASTOMOSIS YEYUNOYEYUNAL (Y DE ROUX), CON SEVERA FIBROSIS QUE CONDICIONA A ESTENOSIS DE MAS DEL 90% DE SU LUZ CON PASO FILIFORME, ACOMPAÑADO DE LA PRESENCIA DE LITO EN EL COLEDOCO DE APROX 1 CM*

DE DIAMETRO Y ABUNDANTE BARRO BILIAR. BASTON YEYUNAL DE APROX 20 CM DE DIAMETRO. FASCIA DE PARED ABDOMINAL DE MALA CALIDAD.(...)
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (...)PREVIA FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, PARADA DE SEGURIDAD, PROFILAXIS CON ANTIBIOTICO, ASEPSIA Y ANTISEPSIA, COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS ESTERIL, INCISION MEDIANA SUPRAUMBILICAL, DISECCION POR PLANOS, ABORDAJE DE CAVIDAD ABDOMINAL EVIDENCIANDO LOS HALLAZGOS DESCRITOS, LIBERACION SISTEMATICA DE ADHERENCIAS PERITONEALES VISCEROVISCERALES Y VISCROPARIETALES CON BISTURI FRO E HIDRODISECCION, SE EVIDENCIA ASA DE INTESTINO DELGADO FIRMEMENTE ADHERIDA A LA LINEA MEDIA DE PARED ABDOMINAL ANTERIOR, SIN PLANO DE CLIVAJE PARA SU LIBERACION, DURANTE SU DISECCION SE PRODUCE ENTEROTOMIA > 50 % DE LA CIRCUNFERENCIA POR LO CUAL FUE NECESARIO SU RESECCION SEGMENTARIA (APROX 10 CM) Y ANASTOMOSIS LATEROLATERAL CON 02 DISPAROS DE ENDOGIA 45mm Y 60 mm PURPURA (A 70 CM DE LA VALVULA ILEOCECAL), SE CONTINUA CON LA DISECCION DEL HILIO HEPATICO, EVIDENCIANDO ANASTOMOSIS BILIODIGESTIVA ESTENOTICA Y CON SEVERA FIBROSIS, SE REALIA ENTEROTOMIA LONGITUDINAL SOBRE LA CARA ANTERIOR DEL BASTON YEYUNAL, SE REALIZA DILATACION DE ANASTOMOSIS HEPATICOYEYUNAL, HASTA LOGRAR EL PASO DE PINZA RANDALL A LA VIA BILIAR PRINCIPAL, SE EXTRAE LITO DE APROX 1 CM Y BARRO BILIAR, SE REALIZA IRRIGACION CON SSN, CON EVIDENCIA DE BUEN RETORNO DE BILIS, SE CANALIZA VIA BILIAR CON SONADA NELATON N° 14 Y SE REALIZA COLANGIOGRAFIA ETROGRADA TRANSYEYUNAL CON MEDIO DE CONTRASTE AL MEDIO, SIN EVIDENCIA DE DEFECTOS DE LLENAMIENTO EN LA VIA BILIAR PRINCIPAL, SE REALIZA CIERRE DE ENTEROTOMIA LONGITUDINAL EN DOS PLANOS CON PDS 3/0, PRIMER PLANO PUNTOS DE CONELL MAYO, SEGUNDO PLANO PUNTOS DE LEMBERT, SE REvisa INTEGRIDAD Y HERMETICIDAD DE ANASTOMOSIS BILIODIGESTIVA CON ESCASA SALIDA DE BILIS SOBRE LA CARA POSTERIOR, EN PEQUEÑA AREA DE DEHISCENCIA DE 1 mm, QUE SE REARA CON PUNTO SIMPLE DE PDS 4/0, SEGUIDAMENTE SE REALIZA ANASTOMOSIS TERMINOLATERAL EN DOS PLANOS CON PDS 3/0 DEL BASTON YEYUNAL SOBRE LA CARA ANTERIOR DEL ANTRO GASTRICO PARA ABODAJE DE LAS ANASTOMOSIS BILIODIGESTIVA POR VIA ENDOSCOPICA, SE REALIZA REVISION SISTEMATICA DE LA CAVIDAD CON EVIDENCIA DEISQUEMIA EN ANASTOMOSIS DEL ILEON TERMINAL, POR LO CUAL SE REALIZA RESECCION DE LA MISMA Y NUEVAMENTE ANASTOMOSIS DE ILEON TERMINAL, LATEROLATERAL L CON 02 DISPAROS DE ENDOGIA 60mm PURPURA A 60 CM DE LA VALVULA ILEOCECAL. SE LAVA Y SECA CAVIDAD, SE DEJA DREN DE JACKSON PRATT SUBHEPATICO, SE EXTERIORIZA A TRAVES DE FLANCON DERECHO, SE FIJA A PIEL CON SEDA 3/0, SE APLICA GUARDIX 15 GR EN TODA LA CAVIDAD, CIERRE DE HERIDA POR PLANOS, APONEUROSIS CON PDS XLH 1/0M SE LAVA HERIDA Y SE CIERRA PIEL CON PROLENE 3/0. CUBRIMIENTO DE LA HERIDA.PROCEDIMIENTO TERMINADO SIN COMPLICACIONES.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO/CODIGOS

LAPAROTOMIA EXPLORATORIA// 7121
LIBERACION DE ADHRENCIAS PERITONALES //7190
RESECCION SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO//7722
ANASTOMOSIS LATEROLATERAL DE ILEON TERMINAL//7740
ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL// 7630
EXPLORACION DE VIA BILIAR TRANSYEYUNAL // 7271
ENTERORRAFIA // 7743
COLANGIOGRAFIA RETROGRADA TRANSYEYUNAL//18400

OBSERVACIONES

COMPLETO

PROCEDIMIENTO I - 7121 LAPAROTOMIA EXPLORADORA

PROCEDIMIENTO II- 7190 SECCION ADHERENCIAS PERITONEALES

PROCEDIMIENTO III- 7722 RESECCION INTESTINAL INCLUYE
DUODENECTOMIA ENTEROCOLECTOMIA
ENTERECTOMIA YEYUNECTOMIA

PROCEDIMIENTO IV- 7740 ANASTOMOSIS INTESTINO DELGADO

PROCEDIMIENTO V- 7630 ANASTOMOSIS DEL ESTOMAGO INCLUYE
GASTRODUODENOSTOMIA GASTROYEYUNOSTOMIA

DIAGNOSTICO

K805- CALCULO DE CONDUCTO BILIAR SIN COLANGITIS NI COLECISTITIS
(...)Definitivo" (fl 226,archivo 59 Cdno Ppal)

Ahora bien, en la sustentación del dictamen pericial realizado por el Dr Alejandro Moreno Rojas, indicó que la laparotomía fue una consecuencia derivada de la primera COLELAP, (archivo 65 Cdno Ppal)

*"P: Gracias, Doctor usted también manifestó, usted que, pues la base de la afectación que sufrió la señora María Eugenia Perlaza fue una lesión de vía biliar. Podría ahondar en ¿Cuál de los dos procedimientos, tanto en el que fue hecho en 2016 o en el y en el hospital Militar Central, ¿cuál de los dos fue el que, en dónde se originó esa lesión de vía biliar, por favor? C: Primero, en el realizado el 18 de noviembre de 2016 en la colecistectomía, que estaba programada para la colecistectomía laparoscópica. Ahí se generó la lesión de la vía biliar, ahí se ocasionó. P: Y el procedimiento realizado en el hospital militar central, En qué consistió, o sea, ¿Por qué tuvo que hacerse y cuales fueron, pues, las implicaciones de ese procedimiento, por favor? C: Porque la reconstrucción de la Vía biliar de 18 de noviembre después de la colecistectomía **generó una estenosis de la de la anastomosis bilioentérica**, es decir, del empate que le hicieron de la vía biliar al intestino, esa **se estrechó, se disminuyó de diámetro, se estenizó, y por** tanto, la paciente fue sometida el 23 de octubre a una corrección de esa, de esa estenosis de la **anastomosis bilioentérica**, allá le hicieron una bilioplastia y una gastro yeyunostomía e inclusive una resección intestinal que tuvieron que hacer. P: ¿Es decir, que este último procedimiento era necesario, dado esa esa estrechez que se generó desde el primer procedimiento? C: Sí, sí, la, la segunda era, era necesaria.*

Contrario a lo indicado por el perito, en el historial clínico de la paciente se precisa que la segunda intervención realizada el 23 de octubre de 2017, en el Hospital Militar Central de Bogotá, se debió a la presencia de un cálculo o lito de gran tamaño que, obstruía el conducto biliar, el cual debió ser extraído y por ende se debió realizar la reconstrucción de las vías biliares.

Teniendo en cuenta la contradicción que existe entre el historial clínico y la respuesta emitida por el perito en la sustentación realizada, el Despacho dará valor probatorio a lo consignado en la historia clínica, en la cual se especifica que la última intervención se debió a la formación y presencia de un cálculo o lito de 1 cm de espesor que ameritó nueva intervención quirúrgica por laparotomía para colecistectomía abierta y adecuación de las vías biliares adyacentes, y no por falencias o desajustes de la intervención practicada el 18 de noviembre de 2016.

Concluido el procedimiento de extracción del cálculo o lito biliar, la readecuación de las vías biliares y luego de post operatorio satisfactorio, se produce el egreso de la paciente, en los siguientes términos: (fl 290, archivo 59 Cdno Ppal)

"SUBJETIVO (...)evolución Cirugía General (...) Paciente de 35 años con diagnóstico de: Coledocolitiasis residual (...) . POP Laparotomía exploratoria + Anastomosis laterolateral de íleon terminal + Anastomosis gastroyeyunal + Enterorrafia (Oct 23/2017) (...). Antecedente de colecistectomía extraínstitucional con lesión de la vía biliar y anastomosis coledocoyeyunal (...) SUBJETIVO/ paciente refiere sentirse bien, sin dolor, con buen patrón de sueño. **Diuresis y deposiciones positivas sin cambios en sus características. (...)** EXAMEN FISICO (...) Paciente aceptables condiciones generales, ni signos de dificultad respiratoria, afebril (...) C/C. Sin ictericia, conjuntivas hipocrómicas cuello móvil simétrico sin adenopatías (...) C/T: ruidos cardíacos rítmicos , Ruidos respiratorios conservados en ambos campos sin agregados (...)ABD: Blando, sin signos de irritación peritoneal, herida quirúrgica sin signos de infección local con salida de material seroso escaso en tercio medio de herida supraumbilical.(...)Extremidades pulsos y perfusión distal adecuadas.(...)Sin signos de focalización sin déficit sensitivo o motor aparente.(...) SIGNOS VITALES PA 115 / 80 FC 78 FR 18 T 36 PESO Kg: TALLA cms: SATURACION 94 GLASGOW 15 /15 (...)PARACLINICOS Y ANALISIS (...)ANALISIS** paciente en quien se realizó extracción de cálculo en asa bilioentérica con posterior resolución de síndrome icterico, en el momento sin fiebre, afebril, clínicamente estable, quien completó el día de ayer esquema de antibioticoterapia. Por lo anterior y por adecuada evolución durante su estancia en piso, **se da egreso con recomendaciones y signos de alarma**, se da cita control con cirugía general grupo trauma. (...)"

Se tiene acreditado entonces, que el procedimiento quirúrgico realizado el 21 de octubre de 2017, obedeció a una nueva definición diagnóstica relacionada con la producción de nuevos cálculos biliares que afectaron los conductos de la referida zona.

En conciencia no prospera cargo en contra del extremo accionando en tanto, según se desprende de la historia clínica, esta intervención no está asociada con la antigua cirugía practicada la paciente, la cual, dicho sea de paso, evidenció buena consolidación en el tiempo por cuanto los exámenes diagnósticos no evidenciaron anomalías, ni tampoco se mencionó alguna irregularidad en la exploración intraoperatoria practicada el 27 de octubre de 2017.

De conformidad con lo acreditado, no se encuentra demostrado el cargo formulado por la parte accionante, en consecuencia, no prospera para los efectos de la presente decisión.

3.2.5 De la afección por evacuación permanente de heces líquidas

Argumenta el extremo demandante que los síntomas que padece la señora MARIA EUGENIA PERLAZA hasta la fecha, son una secuela del proceso quirúrgico COLELAP realizado el 18 de noviembre de 2018.

Revisado el acervo probatorio se establece que en las atenciones médicas brindadas los días 15 de diciembre de 2016 y 19 de octubre de 2017, no se refiere ningún síntoma de los indicados en la demanda.

Tampoco se aporta medio probatorio que corrobore la afirmación realizada la parte interesada, cuando revisados los resultados de un examen de diagnóstico y valoración médica practicado el 19 de septiembre de 2021, es decir, casi 5 años después de la primera

intervención de vías biliares, la señora María Eugenia Perlaza, no refiere problemas gastrointestinales, ni mucho menos secuelas asociadas con los procedimientos quirúrgicos practicados.

Al respecto su reporte de historial clínico refiere lo siguiente: (fls 103 y 105, archivo 46 Cdno Ppal)

"19-09-2021 COLANGIORESONANCIA CLINICA REMEDIOS (VER EN LINEA USUARIO: 38470323 CONTRASEÑA:739738) SE APRECIAN CAMBIOS SUGESTIVOS DE RECONSTRUCCION DE LA VIA BILIAR EN Y DE ROUX, CON UN COLEDOCO NO DILATADO QUE MIDE 3 MM DE ESPESOR Y AMPUTADO A APROXIMADAMENTE 5 CM DE LA REGION AMPULAR. ESTE HALLAZGO SE ACOMPAÑA DE DISCRETA DILATACION DE LA VIA BILIAR INTRA-HEPATICA TANTO EN EL LOBULO DERECHO COMO IZQUIERDO CON VALORES RADICALES QUE ALCANZA A MEDIR EN LA VIA DERECHA 6 MM Y EN LA VIA IZQUIERDA 7 MM, CON ALGUNAS IMAGENES HIPOINTENSAS EN EL INTERIOR QUE PUEDEN CORRESPONDER A BARRO BILIAR O MICROLITIASIS. HAY IMAGEN SUGESTIVA DE ANASTOMOSIS EN Y DE ROUX CON ASA QUE SE LOCALIZA EN TOPOGRAFIA DE LA PORTA HEPATIS ADYACENTE A LA VIA BILIAR. SE REALIZARON SECUENCIAS MULTIPLANARES 3D, OBSERVANDOSE QUE AUNQUE HAY PASO DE LA BILIAR HACIA ASA EN Y DE ROUX, EXISTE DILATACION DE LA VIA BILILAR INTRA-HEPATICA, HALLAZGO QUE DEBE CORRELACIONARSE CON LA HISTORIA CLINICA DE LA PACIENTE QUE DESCONOZCO. **CONDUCTO PANCREATICO SIN ALTERACION. PANCREAS Y BAZO NORMALES.** EN EL PARENQUIMA HEPATICO **NO SE IDENTIFICAN COLECCIONES NI MASAS.** ES EVIDENTE EN LAS SECUENCIAS DE DIFUSION Y T2 LA PRESENCIA DE ALGUNOS RADICALES DERECHOS E IZQUIERDOS DILATADOS CON IMAGENES REFERIDAS DE DEFECTO EN EL INTERIOR QUE PUEDEN CORRESPONDER A BARRO BILIAR O AIRE, DADA LA PRESENCIA DE UNA ANASTOMOSIS ENTEROBILIAR. DEBE CORRELACIONARSE CON LA HISTORIA CLINICA. **NO HAY LIQUIDO LIBRE EN LA CAVIDAD ABDOMINAL.** AORTA Y CAVA PERMEABLES. QUISTE RENAL IZQUIERDO DE ASPECTO SIMPLE. EN HERIDA DE LAPAROTOMIA MEDIANA SE APRECIA IMAGEN QUE PUEDE CORRESPONDER A UN SEROMA EN LA LINEA MEDIA SIENDO IMPORTANTE CORRELACIONAR CON LA HISTORIA CLINICA. **NO HAY COLECCIONES PLEURALES NI ZONAS CONSOLIDATIVAS.**
(...)

ANÁLISIS:

*paciente con derivación bilioentérica y de roux hace +/- 4 años al momento por **asintomática** con colangioresonancia del 19-09-2021 anexa al **sistema sin evidencia de estenosis ni coledocolitiasis**, reviso imágenes y **considero neumobilia esperable**, por antecedente de coledocolitiasis debe continuar ursacol, se da indicación de seguimiento clínico, laboratorios función hepática en 6 mess y colangioresonancia en un año. por hallazgo de colangioresonancia quiste simple renal izquierda se da indicación de urología, y seguimiento por medicina interna por elevación de creatinina. (repte en línea resultados clínica remedios para ver imágenes resonancia usuario 38470323 contraseña 739738) (sic)" (Resaltado fuera de texto)*

De conformidad con lo expuesto, se considera no probada la afirmación de la parte accionante y, en tal sentido, no prospera el cargo alegado.

3.2.6 De la afección en cavidad bucal

Otro de los asuntos a tratar y referidos por la parte accionante corresponde a una sintomatología evidenciada en la cavidad bucal y que

fue objeto de impresión a diagnóstica del "24-11-2016 Hora: 10:54 a.m." en área de Hospitalización UNIDADES DE CUIDADO CRITICO-CIRUGIA del Hospital universitario San José de Popayán y comentada como " LLAMA LA ATENCION QUE PRESENTA LESION ELEVADA A NIVEL SUBLINGUAL EN SOSPECHA DE **SIALOADENITIS** SE SOLICITA VALORACION POR ORL" (fl 115, archivo 41 Cdno Ppal)

Según valoración del médico especialista en otorrinolaringología, se estableció el siguiente diagnóstico y tratamiento: (fl 119, archivo 41 Cdno Ppal)

"24-11-2016 Hora: 2:25:45 p.m (...) Sala de Recuperación Cirugía (...) **DETALLE RESPUESTA:** PTE CON CUADRO DE SIALODENITIS¹⁹ AGUDA, **REQUIERE MANEJO MEDICO AMBULATORIO, SIN CRITERIOS DE DRENAJE QUIRURGICO EN EL MOMENTO DE LA VALORACION (...)** **TRATAMIENTO:** CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO: AMOXACILINA + CLAVULANATO X 7 DIAS, GARGARAS CON SSN, SIALOGOGOS, CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 7 DIAS POR ORL. (...) **Diagnóstico:** K118 OTRAS ENFERMEDADES DE LAS GLANDULAS SALIVALES (...) ALINA LEYDU DELGADO MELENDEZ (...) OTORRINOLARINGOLOGIA" (Resultado fuera de texto)

Con el paso de los años, se definió el diagnóstico de la sintomatología expuesta y se procuró su tratamiento en los siguientes términos: (fl 201, archivo 59 Cdno Ppal)

"HOSPITAL MILITAR CENTRAL (...) HISTORIA CLÍNICA (...) Número de Folio: 25(..) Fecha de Folio: 22/12/2016 1:00 p. m. (...) SUBJETIVO (...) NOTA DE GASTROENTEROLOGIA (...) SE VALORA PACIENTE POR OTORRINOLARINGOLOGIA Y CX MAXILOFACIAL PACIENTE CON DX DE RANULA EN BOCA, SE HABLO CON RESIDENTE DANIELA MARULANDA LA CUAL VALORA PACIENTE CON ESPECIALISTA, POR EL MOMENTO PACIENTE SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA TOLERA VIA ORAL SIN EMBARGO CON MOLESTIA MASTICATORIA, REQUIERE MARSUPIALIZACION LA CUAL SE PUDE MANEJAR POR CONSULTA EXTERNA SEGUN MANIFIESTAN. POR EL MOMENTO PACIENTE QUE PUEDE CONTINUAR POR CONSULTA EXTERNA POR PARTE DE NUESTRO SERVICIO SE DAN RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA PARA REINGRESO POR URGENCIA (...) DIAGNOSTICO: K119 ENFERMEDAD DE GLANDULA SALIVAL. **NO ESPECIFICADA**"

"VALORACIÓN AMBULATORIA 18/11/2021 12:42:37 (...) CÓDIGO DE CONSULTA: 890201 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL(...) FINALIDAD DE LA CONSULTA: Atención por enfermedad general (...) MOTIVO DE CONSULTA: DOLOR EN PIE Y LESION EN BOCA (...) ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE FEMENINA CON ANTECEDETNE Y DX COLEDOCOLITIASIS RESIDIVANTE E HIPOTIROIDISMO, RINITIS ALERGICA - QUISTE RENAL --- SD OVARIO POLIQUISTICO - MIOMATOSIS UTERINA --- **QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLX DE 1 SEMANA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN LESION PROTUBERANTA E NIVEL DE SUBLINGUAL REGION IZQ, NO ASOCIADO A OTRO SINTOMA .NIEGA FIEBRE ----** ADEMAS REFIERE DOLOR A NIVEL TALON IZQ (PIE) QUE SE EXACERBA CON

19La sialoadenitis es la inflamación de las glándulas salivales, generalmente debida a una infección bacteriana en los conductos excretores. Ocurre con mayor frecuencia de forma unilateral en las glándulas parótidas. Puede ser una afección aguda o crónica y recurrente

LAMARCHA (...) EXAMEN FÍSICO (...) CONDICIONES GENERALES: HEMODINAMICAMENTE ESTABLE --- CAVIDAD ORA CON EVIDENCIA DE ULCERA EDEMATIZADA A NIVEL SUBLINGUAL IZQ --- BLANDA, SIN CAMBIOS INFLAMATORIOS ACTIVO. CUELLO MOVIL, NO DOLOR, NO SE PALPAN ADENOPATIAS. PIE IZQ CON DOLOR A LA PALPACION PROFUNDA A NIVEL TALON. --- NO SE PALPA DEFORMIDAD OSEA.(...) **AL MOMENTO PACIENTE ASINTOMATICA, SE CONSIDERA PERTINENTE EVALUACION POR MED FLIAR PARA CONSIDERAR DRENAJE O ESTUDIO COMPLEMENTARIO POR LESION MENCIONADA.**ADEMAS SE INDICA TOMA DE RX DE TALON IZQ.”(fls 131 y ss, archivo 46 Cdno Ppal)

Siendo valorada la paciente respecto de la sintomatología evidenciada, lo cierto es que no hay prueba que permita asociar este diagnóstico al procedimiento quirúrgico de COLELAP practicado el 18 de noviembre de 2016.

Conclusiones

Conforme lo expuesto se concluye que la lesión biliar que padeció la Señora **María Eugenia Perlaza**, no es imputable a la entidad demandada a título de falla probada en el servicio, en tanto que está acreditado que la variación del procedimiento **Colecistectomía Laparoscópica-COLELAP**, a una cirugía abierta de *LAPAROTOMIA SUPRA UMBILICAL EXTENDIDA HACIA ABAJO*”, se debió en forma exclusiva, al estado de salud de la paciente, y sus condiciones anatómicas. En consecuencia, le corresponde a la paciente asumir un riesgo que era previsible en cirugías de este tipo, el cual, si bien es de poca ocurrencia, desafortunadamente se presentó en el asunto analizado, atribuible a las condiciones anatómicas adyacentes del órgano a intervenir. Al existir una probabilidad latente de su ocurrencia, dicho riesgo fue advertido en el consentimiento informado, que de forma libre y voluntaria firmó como prerequisite para la práctica de la cirugía.

De esta manera, se establece que no existe evidencia probatoria que permita establecer una mala o inadecuada praxis por parte de los galenos el Hospital Universitario San José de Popayán-HUSJ, ni del Hospital Central Militar, que evidencien una falla médica en el servicio prestado. Por lo tanto se negarán las pretensiones de la demanda por cuanto le correspondía a la parte accionante probar los fundamentos fácticos y jurídicos expuestos en la demanda.

4. Costas:

En virtud de lo dispuesto en el artículo 188 de la Ley 1437 de 2011, dentro de la sentencia el Juez deberá pronunciarse sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código General del Proceso.

Conforme al numeral 1º del artículo 365 del CGP correspondería, sin más, condenar en costas a la parte vencida, sin embargo, el asunto debe analizarse en conjunto con el numeral 8º del mismo artículo, según el cual solo hay lugar a condenar en costas cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación.

En esas circunstancias, una vez revisado el expediente, el Despacho no encuentra elementos que acrediten la causación de costas, motivo por el cual se negará este rubro.

5. DECISIÓN

Por lo expuesto el **Juzgado Noveno Administrativo de Popayán, administrando** justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO: Negar las pretensiones de la demanda.

SEGUNDO: Sin condena en costas, por expuesto.

TERCERO: Una vez ejecutoriada ARCHÍVESE el expediente.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

La Jueza,

MARITZA GALINDEZ LÓPEZ

Firmado Por:

Maritza Galindez Lopez
Juez Circuito
Juzgado Administrativo
9
Popayan - Cauca

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:
fa885d9dd97cd4022e04e4f0e3d7d383c1f313487c78249b893a6866dbfc3d7a
Documento generado en 18/03/2025 03:54:59 PM

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