

SR:

**JUEZ SEPTIMO (7) ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DEL CIRCUITO DE CALI
DICTAMEN MÉDICO CIENTÍFICO CIRUGÍA GENERAL De: MD. Dr. HENRY
FRANCISCO BAPTISTE CASTILLO PERITO MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA
GENERAL**

**Señor Juez: Remito opinión pericial solicitada por el abogado Dr. Harold Aristizábal
Marin quién obra dentro del proceso en representación de la galena Dra. Anabell
Cuello Pedrozo.**

REF: REPARACION DIRECTA 2021-00037

Asunto: DICTAMEN MÉDICO CIENTÍFICO CIRUGIA GENERAL

De: MD. Dr. HENRY FRANCISCO BAPTISTE CASTILLO

PERITO MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

Respetado señor Juez:

Remito para su conocimiento opinión pericial solicitada por **ANABELL CUELLO
PEDROZO** Ante su Despacho presento respuesta al cuestionario que se me ha puesto
de presente en calidad de perito especialista, con soporte en mis conocimientos,
experticia y basado en la revisión de la historia clínica del paciente **Cristian Orley
Tabares Arroyave** de manera académica e independiente, explico con base en las
razones técnicas, de idoneidad y experiencia que sustentan cada una de las
afirmaciones.

Presento concepto según las siguientes metodologías, materiales y calidades:

De acuerdo al Código General del Proceso en su artículo 226:

- Expreso que cuento con los conocimientos necesarios, soy imparcial y no tengo

impedimento alguno en la peritación que elaboro.

- Declaro que para el interesado que requiere el peritaje no he rendido dictamen pericial en el pasado.

- Se anexa los certificados de formación académica que me acreditan como idóneo

para la presente evaluación pericial.

- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados

son los mismos que he empleado en la práctica profesional como médico reumatólogo.

- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados

son los mismos respecto de aquellos que utilizo en el ejercicio regular de mi profesión, indicando que una cosa es la prestación de los servicios de salud y otra, muy diferente, la elaboración de dictámenes periciales.

- Manifiesto que el dictamen fue elaborado con la historia clínica anexa con la demanda correspondiente al paciente Juan Alejandro Garcia Sanchez.

DATOS DEL PERITO

Tal como está consignado en mi *curriculum vitae*, que se anexa al presente escrito, mi nombre es HENRY FRANCISCO BAPTISTE CASTILLO, me identifico con la cedula 12910075 de Tumaco de estado civil casado Médico especialista en Cirugía general y Laparoscopia avanzada, Cirugía de obesidad y metabólica. TITULO EN MEDICINA GENERAL Universidad de Caldas año 1990. TITULO EN CIRUGÍA GENERAL: Universidad del Valle año 2000 EXPERIENCIA LABORAL ACTUAL: 24 años de ejercicio como cirujano. Cirujano Clínica de alta complejidad Santa Barbara Palmira Cirujano Clínica Rey David Cali EXPERIENCIA DOCENTE: Vigente docente hora cátedra universidad Javeriana. Docente ad honorem de Postgrado en cirugía general de la Universidad del Valle, área de cirugía laparoscópica. RM # 001798-92 correo electrónico: baptistuta2912@gmail.com

DECLARACIÓN RELATIVA A LA PROFESIÓN DEL PERITO Y A LA ACREDITACIÓN DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

Como ya lo manifesté, soy médico de la Universidad de Caldas, especialista en cirugía general y laparoscopia avanzada, cirugía de obesidad y metabólica, con experiencia de más de 22 años, por lo que tengo la capacidad técnica suficiente para rendir el dictamen solicitado, para lo cual adjunto mi hoja de vida con sus respectivos soportes acreditan idoneidad (títulos académicos) y los documentos que certifican la respectiva experiencia profesional.

METODOLOGÍA

Con soporte en historia clínica, y basado en mi experiencia, en la Lex Artis, protocolos de manejo de las condiciones propias del caso particular resolveré el siguiente cuestionario. Los fundamentos del dictamen son verificables con base en la historia clínica del paciente **Cristian Orley Tabares Arroyave**. Los exámenes, métodos, e investigaciones efectuadas para este dictamen no son diferentes respecto de los utilizados en peritajes o conceptos rendidos con anterioridad y que versan sobre la misma materia o de los que utilizo en mi ejercicio profesional.

OBJETO DEL PRESENTE DICTAMEN

El presente dictamen pericial se refiere a los Hechos que interesan al proceso y requiere de los conocimientos médicos en Cirugía General, desde el conocimiento científico, experto para responder preguntas de la atención médica asistencial, de diagnóstico y tratamiento realizado al paciente Cristian Orley Tabares Arroyave.

MATERIAL DOCUMENTAL PUESTO A DISPOSICIÓN DEL PERITO

1. Traslado de la Demanda y anexos
2. HISTORIA CLÍNICA obrante en el proceso
3. Cuestionario pericial.

FORMA

Respondo por escrito, atendiendo los cuestionamientos presentados en el orden dispuesto, con cita de la bibliografía científica en la que se soporta.

JURAMENTO

Expreso bajo juramento que no me encuentro impedido por vínculo con los demandantes, demandados y/o sus representantes; prometo idoneidad, independencia, por contar con los conocimientos necesarios para rendir el presente dictamen, correspondiendo a mi convicción profesional como Cirujano general. Además, no me encuentro incurso en las causales contenidas en el artículo 50 del CGP, en lo pertinente.

DISPONIBILIDAD

Manifiesto disponibilidad para ratificar su contenido ante la autoridad judicial. En caso de requerirse solicito se considere no hacerse de manera presencial sino utilizando tecnologías de la información.

CALIDADES ANTERIORES

- 1.No tengo publicaciones, relacionadas con la materia del peritaje, realizadas en los últimos diez (10) años.
2. He realizado antes dictamen pericial en los siguientes asuntos:
 - 2.1(ALLIANZ) DICTAMEN PERICIAL DE PARTE Proceso Radicación: No. 2018-00182 JUZGADO 13 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI.
 - 2.2 (Clinica Versailles) DICTAMEN PERICIAL DE PARTE Proceso Radicación: 2019-00084 juzgado 7 Civil del Circuito de Cali
 - 2.3. (Clinica Versailles) DICTAMEN PERICIAL DE PARTE Proceso Radicación: 2022-00090 juzgado 13 Civil del Circuito de Cali

2.4. Dr. David Rafael Rodriguez) Proceso Rad. 2023-00082 Juzgado 4 Civil Circuito de Cartagena.

2.5. DEMANDANTE: JUAN ALEJANDRO GARCIA SANCHEZ Y OTROS. DEMANDADO: CLÍNICA MARIA ANGEL DUMIAN MEDICAL Y OTROS. RADICACIÓN: 76-147-33-33-001-2024-00209-00 juzgado Primero Administrativo de Cali.

3. Esta información la complementaré en el momento que se me requiera para sustentación, o aclaración y en tanto se me pongan de presente los nombres de las partes de los cuales anticipo, no reconozco relación, cercanía, interés, contratos o labores.

4. Declaración sobre designación como perito en procesos anteriores.

En consonancia con la declaración anterior, manifiesto que los dictámenes periciales en que participé relacionado en el punto 2 lo fue siendo apoderado de la parte que solicito el peritaje el Dr. Harold Aristizábal Marín. No he sido designado en procesos anteriores o en curso por ninguno de los demás apoderados de las partes.

Declaración sobre los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones que se han utilizado en el peritaje.

Declaro que los métodos, exámenes e investigaciones efectuados para rendir el presente peritaje, es el mismo que he utilizado en los casos relacionados, en la medida en que, tomando como punto de partida la historia clínica que me fue remitida, analizo la actuación médica, contrastándola con las guías y protocolos y con la *lex artis* médica, así como con la experiencia común y la técnica que se emplea en la atención medica de las distintas instituciones prestadoras de salud respecto de situaciones como las que acontecieron con este paciente.

CUESTIONARIO

1. *¿Cuál es el protocolo de manejo básico recomendado por las guías de atención vigentes para el año 2020 con relación a los traumatismos abdominales?*

R/ Todo protocolo de atención de pacientes con trauma abdominal cerrado o penetrante, cubre 2 momentos, **la evaluación inicial o primaria**, orientada a determinar si la vía aérea está despejada y si hay o no ventilación espontánea, el estado hemodinámico orientado a descartar estados de choque hemodinámico, el compromiso neurológico grave que genera pérdida de control de las funciones vitales de defensa y la identificación de condiciones como arritmias, neumotórax a tensión para citar las más relevantes, para resolverlas y definir la necesidad o no de un procedimiento de emergencia o inmediato en condiciones controladas o incluso inestables, puesto que ellas se relacionan con sostener la vida y son responsables de las muertes inmediatas.

La evaluación secundaria, seguros de que se han controlado o descartado las que competen al momento anterior, se asumen en este momento las lesiones específicas en el paciente estable y la búsqueda sistemática de lesiones no identificadas en la evaluación primaria. Para un paciente con trauma abdominal

penetrante como el que nos ocupa, definir la penetración y la topografía de la lesión, define con la primera la necesidad o no de observación institucional y el tiempo de esta y la segunda define respuestas como el abordaje en caso de requerirlo, si requiere o no estudios antes del procedimiento y la prioridad de la oportunidad de un procedimiento de requerirlo. Para abreviarlo, si el observador considera con el examen físico en topografías relativamente simple como la que nos ocupa que la herida no penetra en un paciente estable u oligosintomático, en principio no hay una justificación de observación institucional e incluso de evaluaciones de imagen o hematológicas.

- 2. ¿De acuerdo con la historia clínica registrada en la primera atención del paciente Cristian Orley Tabares Arroyave en el Hospital de Yumbo para la fecha 27.01.2020 prestada por la medica de urgencias Anabelle Cuello Pedrozo se ciño al protocolo que Ud. acaba de explicar?**

R/ Ceñido estrictamente a lo descrito en la historia y asumiendo como cierto lo descrito, se hizo una evaluación primaria para descartar las condiciones y estados que comprometen inmediatamente la vida y al no haberlos en un paciente estable, procede a definir la penetración de la Hda a la cavidad abdominal. En este punto la evaluación con su experiencia (médico que ejerce en urgencias y en UCI) y en su contexto hospital de nivel primario, con las herramientas que cuentan, define que no hay penetración y sumado al buen estado del paciente dejarlo en observación me parece responsable y pudiera decir en un paciente en quien se define que no hay penetración, innecesaria. Esto a pesar que existe un porcentaje no alto pero real de fallar en ciertas zonas (toraco abdominal, dorsal por ejemplo), al emplear solo el examen físico, en definir penetración, la norma es que definido por el evaluador la no penetración en un paciente con la evaluación normal como el que nos ocupa, se autoriza la salida con signos de alarma. Casi siempre de haber una Hda abandonada el paciente presenta en las siguientes horas al egreso quejas, que de cumplir con la orientación médica y asistir oportunamente a la reconsulta por urgencias, permitirían resolverlo en cirugía con una morbilidad aceptable y un riesgo aún bajo de morir. El paciente por su riesgo y cuenta consulta al tercer día, siendo improbable la ausencia de síntomas mucho antes de la consulta.

- 3. ¿De acuerdo con la historia clínica registrada en la primera atención del paciente Cristian Orley Tabares Arroyave en el Hospital de Yumbo para la fecha 27.01.2020 prestada por el Médico de Urgencias Dr. Hugo Orlando Moreno se ciñó al protocolo que Ud. acaba de explicar?**

R/ Si como describe el reevaluador a un poco más de 4 horas de su ingreso el paciente persistía sin signos de alarma y con abdomen negativo, probada la vía oral el egreso de la institución como en la historia se describe que hizo, la acción del médico con el egreso está dentro de lo esperado en buena práctica.

- 4. La determinación de la penetración de una herida abierta a la cavidad abdominal puede ser precisa siempre?**

R/ No siempre lo es, la inexactitud del ejercicio de establecer la penetración, depende de muchas variables, la topografía por ejemplo, pues a la cavidad abdominal se puede penetrar por el dorso y las Hdas dorsales representan un reto por la densidad muscular y la columna entre otras cosas; las heridas toracoabdominales, que no solo

cuentan con un sustrato muscular en la pared, sino la presencia de los arcos costales, que generan dificultad en la definición de la penetración, por ejemplo, si lo hacen solo a la cavidad pleural, abdominal o ambas. El biotipo del paciente, los muy musculados, los obesos centrales, también hacen más exigente definir la penetración. Tiene mucha influencia la experiencia del evaluador y el escenario de la evaluación, por lo que cuentan en el resultado la buena iluminación, el apoyo de enfermería, los instrumentos, sin duda el juicio debe ser global, no solo al médico.

- 5. De acuerdo con la lectura a la historia clínica del paciente Cristian Orley Tabares Arroyave considera ud se presenta alguna falencia en el manejo prestado al paciente durante los días 27.01.20 y 30.01.20 en el hospital La Buena Esperanza de Yumbo?**

R/ Ya se respondió en las preguntas 2 y 3 del cuestionario.

- 6. En la historia clínica figura que al paciente Cristian Orley Tabares Arroyave se le dan unas recomendaciones en el alta de la primera atención prestada en el hospital de Yumbo, puede ud decir si el incumplimiento de estas recomendaciones podría haber influido en el desenlace del caso ?**

R/ Sin duda una reconsulta oportuna seguramente hubiera permitido una intervención Qx mucho más temprana y un estado de sepsis no tan avanzado. Esto con seguridad impacta en el resultado final, morbilidad y mortalidad. Una nueva consulta a las 72 horas de su primera atención ha permitido se instalen condiciones irreversibles que favorecen una mala respuesta al manejo médico y quirúrgico.

- 7. Cuando se define que un paciente con herida abierta penetrante abdominal es quirurgico ?**

R/ Si un paciente está inestable hemodinámicamente, sin respuesta a las conductas de reanimación inicial o hay signos de irritación peritoneal, el paciente es quirúrgico como una emergencia. Si por topografía hay una Hda toracoabdominal izquierda, es indispensable descartar herida de diafragma, presente con una frecuencia alta independiente de la ausencia de síntomas; también cuando un estudio de imagen o endoscópico, en pacientes con hallazgos clínicos dudosos o por la topografía de las heridas, para dar un ejemplo las Hdas transpélvicas que requieren estudios de las vía urinarias y del recto, cuando estos son positivos, independiente de que el paciente esté estable y/o con hallazgos clínicos pobres o negativos, mucho más si los tiene.

- 8. ¿Sírbase indicar que es una laparotomía exploratoria?**

R/ Como su nombre lo indica es una cirugía en la que se aborda la cavidad abdominal para establecer si la sospecha clínica de una lesión es real y proceder según lo hallazgos, en caso de que lo que se presume no se encuentre, pero si se encuentran otros hallazgos susceptibles de reparo se reparan; de no haberlas, se considera no terapéutica y nunca se considera un procedimiento fallido.

- 9. ¿Qué riesgos existen en una laparotomía exploratoria no necesaria?**

R/ Existen, los relacionados con la anestesia y de la cirugía una lesión colateral vascular o visceral, no advertida que puede desencadenar en el postquirúrgico mediato o inmediato grave morbilidad o mortalidad.

10. Había indicaciones de imágenes diagnosticas o de cirugía en la primera consulta del paciente al hospital de Yumbo ?

R/ Si nos ajustamos a lo descrito en la historia clínica en relación con el examen físico, la evolución del paciente en las horas de observación institucional y definida la no penetración, no cabría racionalmente ni una imagen, lo usual que es la solicitud de hemograma, no aportaría mucho, ya que si la hemoglobina es baja, puede ser por una causa antecedente y las bajas relacionadas con el evento casi siempre general compromiso hemodinámico de algún orden y no es lo que se describe en este paciente y un aumento de glóbulos blandos es esperable en una lesión que genera estrés como una Hda traumática y esto no representa penetración.

11. Había indicaciones de imágenes diagnosticas o de cirugía en la segunda consulta del paciente al hospital de Yumbo ?

R/ En presencia de abdomen agudo quirúrgico como se describe este paciente en su segunda consulta, la conducta apropiada fue remitirlo donde la atención de un grupo quirúrgico, se hiciera cargo de su atención integral como se hizo, no es la prioridad hacer imágenes.

12. Según la historia clinica respecto a la atención prestada al paciente Cristian Orley Tabares Arroyave en la clínica Cristo Rey de Cali a partir del 30.01.20 hasta su deceso que opinión le merece ?

R/ Que fue la adecuada y que la progresión a la muerte es una evolución probable en el contexto de un paciente atendido por la tardanza en la reconsulta, insisto por la peritonitis y respuesta inflamatoria sistémica, en un punto en el que seguramente se habían establecido las condiciones superan cualquier posibilidad de salvarlo.

13. Según la historia clínica y el reporte de necropsia cual en su concepto fue la causa del fallecimiento del paciente?

R/ Disfunción orgánica múltiple, secundaria sepsis abdominal por peritonitis, por perforación intestinal secundaria a herida por arma cortopunzante.

14. Que es una fistula intestinal y cuál puede ser su repercusión en un caso como este ?

R/ Se define como la comunicación anormal entre dos cavidades revestidas con epitelios, en el caso de las fístulas del intestino, estas cuando no están orientadas, drenan al peritoneo con la peritonitis secundaria con sus consecuencias, si no se atienden oportunamente; se pueden después de múltiples procedimientos orientar al exterior como fístulas enterocutáneas; se pueden orientar al exterior a través de drenajes o pueden espontáneamente comunicarse con otro segmento del intestino como una fístula entero entérica interna; con otras estructuras como la vía urinaria, la vagina, el útero o incluso establecer espontáneamente comunicación al exterior por la piel.

En el mejor de los casos lograda su orientación y con ello la contaminación y sus efectos, puede cerrar espontáneamente. Cuando esto no se produce, pasadas 6

semanas, controlada la sepsis y en condiciones nutricionales y funcionales mejoradas, se procede al reparo quirúrgico.

15. **¿Pueden existir otros factores que pudieran haber contribuido con el desenlace ominoso del paciente Cristian Orley Tabares Arroyave?**

R/ Sin desconocer que definir la penetración en este paciente establece un primer punto donde la evolución pudo modificarse, es indiscutible que con los medios y la experiencia de quien lo define fueron los apropiados por lo que se describe: “herida que compromete la piel y expone la grasa subcutánea”, esto establece con lo que el evaluador observa que no es penetrante; pero sin duda un paciente que con signos de alarma al egreso reconsulta por las razones que fuera al tercer día de su primera alta hospitalaria y tuvo sin dudas signos mucho antes que de asistir oportunamente, establece un periodo de latencia muy largo que permite que en su respuesta orgánica al trauma y a la infección, se inicien mecanismos irreversibles que influyen a una muy mala respuesta a cualquier intervención hecha luego de esto orientada a salvar su vida.

BIBLIOGRAFÍA

1- Predictores de mortalidad en trauma abdominal: Revisión sistemática y metaanálisis.

Flórez B., Peñaranda D., Cabarcas A., Ruiz M., Bolaños L.
Rev. Cir. 2024;76(4):360-371

2- Trauma Abdominal

Factores Predictivos de Complicación y Muerte.

Cabrales RA; Castaño J; García F.
1994 - Vol. 9 N° 3 Rev. Col. CIRUGIA

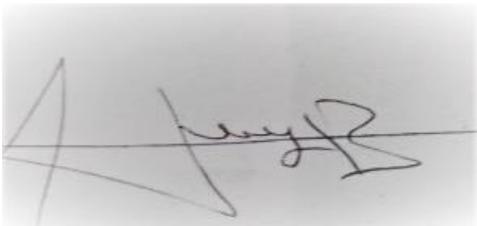
3- Manejo no operatorio de las heridas abdominales por arma de fuego basado en la tomografía computadorizada.

Ocampo CM; Restrepo A; Morales C;
Rev Colomb Cir. 2018;33:62-70

4- Manejo selectivo del trauma abdominal por arma de fuego: Estudio prospectivo.

Baptiste H; García A; Franco J; Niño F; Ferrada R.
Trabajo presentado en el XXV congreso de la asociación Colombiana de cirugía, Medellín, Colombia; 24-27 de agosto de 1999. Colombia-médica.

Atentamente,



HENRY FRANCISCO BAPTISTE CASTILLO

Cirugía general y laparoscopia avanzada

Cirugía bariátrica y metabólica

CC # 12910075 de Tumaco

RM # 001798-92