

**Radicación No. -2022-00080-00//Contestación llamamiento en garantía, contestación demanda y anexos Dr. AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN**

Lina Borja &lt;lborja@equipojuridico.com.co&gt;

Jue 14/12/2023 11:24

Para: Juzgado 02 Civil Circuito - Valle del Cauca - Guadalajara De Buga <j02ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co>  
CC: juridico <juridico@fhsjb.org>; AYMER OSPINA <aymerospina@hotmail.com>; saritam1809@hotmail.com <saritam1809@hotmail.com>; marciali\_16@hotmail.com <marciali\_16@hotmail.com>; Martín Mafla <mmafla@equipojuridico.com.co>; maicolrodriguez@azurabogados.com <maicolrodriguez@azurabogados.com>; contacto@azurabogados.com <contacto@azurabogados.com>; letty Fernanda Arboleda Cordoba <juridico@hospitaldesanjuanededios.org.co>; Darío Rosero <emssanarsas@emssanar.org.co>; Diana Vanessa BENJUMEA FLOREZ <notificacionesjudiciales@axacolpatria.co>; comunicaciones@cenvalle.com <comunicaciones@cenvalle.com>; notificaciones@solidaria.com.co <notificaciones@solidaria.com.co>; njudiciales@mapfre.com.co <IMCEAMAILTO-njudiciales+40mapfre+2Ecom+2Eco@namprd13.prod.outlook.com>

 1 archivos adjuntos (7 MB)

Contestación llamamiento en garantía, demanda y anexos Dr. AYMER OSPINA.pdf;

Doctora

**SANDRA LETICIA SUA VILLEGAS****JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO****GUADALAJARA DE BUGA-VALLE DEL CAUCA**[j02ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j02ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E. S. D.

Radicación No. **76-111-31-03-002-2022-00080-00**Proceso: **Declarativo - Responsabilidad médica**Demandante: **ARMANDO MUÑOZ RENGIFO Y OTROS**Demandados: **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA y OTROS**

Asunto: **CONTESTACIÓN LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, CONTESTACIÓN DEMANDA PRINCIPAL Y PROPOSICIÓN DE EXCEPCIONES.**

Respetada señora Juez:

**LINA MARCELA BORJA RIVERA**, mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad Cali, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.112.459.279 y portadora de la tarjeta profesional No. 262.921 del C.S. de la J., en mi condición de apoderada judicial del médico especialista en Cirugía General Dr. **AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN** en su calidad de llamado en garantía dentro del proceso de la referencia, por medio del presente escrito, me permito contestar llamamiento en garantía y demanda de responsabilidad civil médica dentro del término legal.

Adjunto en PDF:

- Contestación llamamiento en garantía formulado por la Fundación Hospital San José de Buga del folio No. 1 al folio No. 8
- Contestación de la demanda principal del folio No. 8 al folio No. 43

- Anexos de la contestación del folio No. 44 al folio al folio No. 72

Con atento saludo,

**LINA MARCELA BORJA RIVERA.**

Abogada

Especialista en Responsabilidad y Daño Resarcible

Especialista en Derecho Empresarial

Magíster en Derecho

Teléfono: 321-4701345

Av. 4N #7N-46 oficina 335, Centro Comercial Centenario

Cali, Valle del Cauca.

Doctora  
**SANDRA LETICIA SUA VILLEGAS**  
**JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO**  
**GUADALAJARA DE BUGA-VALLE DEL CAUCA**  
[j02ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j02ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co)  
E. S. D.

Referencia: Radicación No. **76-111-31-03-002-2022-00080-00**  
Proceso: **Declarativo - Responsabilidad médica**  
Demandante: **ARMANDO MUÑOZ RENGIFO Y OTROS**  
Demandados: **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA y OTROS**

Asunto: **CONTESTACIÓN LLAMAMIENTO EN GARANTÍA, CONTESTACIÓN DEMANDA Y PROPOSICIÓN DE EXCEPCIONES**

Respetada señora Juez:

**LINA MARCELA BORJA RIVERA**, mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad Cali, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.112.459.279 y portadora de la tarjeta profesional No. 262.921 del C.S. de la J., en mi condición de apoderada judicial del médico especialista en Cirugía General Dr. **AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN** en su calidad de llamado en garantía dentro del proceso de la referencia, por medio del presente escrito, me permito contestar llamamiento en garantía y demanda de responsabilidad civil médica, con base en los argumentos que expondré.

Manifiesto señor Juez que desde ya me opongo a las pretensiones o peticiones del llamamiento en garantía y de los demandan principal y las declaraciones y condenas solicitadas por carecer ésta de fundamento legal y jurídico, como se demostrara más adelante y a lo largo del proceso y, por lo mismo, las rechazamos de plano.

Contesto a continuación los hechos del llamamiento en garantía primero y luego los de la demanda en el mismo orden en el que están relacionados.

#### **I. A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**

**AL HECHO-1. ES CIERTO** que se ha impetrado demanda contra la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA; los demandantes decidieron no demandar a mi prohijado; no es un hecho que justifique la vinculación como llamado en garantía del Dr. AYMER OSPINA, ya que de él no surge ningún deber legal o contractual, que implique que el galeno deba responder total o parcialmente, o reembolsar dinero alguno al que pudiera ser condenada la llamante. El hecho que exista una demanda en contra de la Institución Prestadora de Salud, no implica necesariamente la procedencia del llamamiento en garantía que nos ocupa.

**AL HECHO-2. PARCIALMENTE CIERTO.**

**ES CIERTO** que el doctor AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN realizó a la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO el procedimiento de colecistectomía laparoscópica el día 11 de febrero de 2018, procedimiento que se llevó a cabo sin complicaciones.

El doctor OSPINA realiza todas las atenciones de la señora MUÑOZ en forma oportuna, pero el manejo médico no fue exclusivo del facultativo que represento, la señora PATRICIA MUÑOZ al ser un paciente institucional, es decir, a cargo del HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, era valorado por otros especialistas, y atendida por el personal en salud del Hospital quienes dispensaron el tratamiento médico adecuado de conformidad a la evolución y condición clínica de la señora MUÑOZ, en cada valoración.

**NO ES CIERTO** que producto de la cirugía que realizó el doctor OSPINA devino la infortunada muerte de la señora MUÑOZ; incluso en el dictamen pericial aportado por los demandantes se concluye en la respuesta al numeral 12, que lo acontecido por la señora MUÑOZ esta reportado en la literatura como riesgos frecuentes a los distintos tratamientos realizados y que en este caso para el personal de salud no se le puede atribuir responsabilidad, pues no se evidencia ningún elemento que configure la culpa.

Todo lo que le ocurrió a la paciente esta reportado en la literatura como riesgos frecuentes a los distintos tratamientos realizados.

A un integrante del personal de salud se le pueden atribuir responsabilidades por: impericia, negligencia, imprudencia, etc, que no aparecen en este caso. Se presentan

**AL HECHO-3. ES CIERTO.** Aun cuando ES CIERTO que el doctor AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN suscribió CONTRATO CIVIL DE PRESTACIONES DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS DE SALUD: CIRUGÍA GENERAL, el simple vínculo contractual no es prueba que acredite que exista derecho legal o contractual del Llamante en contra del Llamado; ni acredita que el doctor OSPINA deba responder por la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA ante una eventual condena por hechos ajenos a su competencia, decisión y facultades.

Nótese por el contrario que en el contrato alegado, ORDINAL 9.- Las OBLIGACIONES DEL ESPECIALISTA, tienen límite en su competencia asistencial para prestar a los pacientes únicamente los servicios objeto de ese contrato, que no son otros que los servicios de salud especializada en Cirugía General a los pacientes del Hospital.

En ese mismo numeral es claro que el servicio está supeditado únicamente a los servicios programados y autorizados por LA FUNDACIÓN. Tan es así que EL ESPECIALISTA no podrá prestar servicios adicionales o de naturaleza diferente sin previa autorización de LA FUNDACIÓN.

- 9.14. Prestar a los pacientes, únicamente los servicios objeto de este contrato, programados y autorizados por LA FUNDACIÓN, EL ESPECIALISTA no podrá prestar servicios adicionales o de naturaleza diferente sin previa autorización de LA FUNDACIÓN.

No se establecen allí obligaciones de tipo administrativo y un vínculo contractual con el Hospital, NO le permita exigir al médico que represento, el pago de la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir, o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer el Hospital como resultado de una eventual condena.

**AL HECHO-4. NO ES CIERTO.** No existe derecho legal y contractual de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, que se derive del vínculo y cláusula que fundamenta el presente llamamiento en garantía en contra del doctor AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN.

Se itera que, el simple vínculo contractual no es prueba que acredite que exista derecho legal o contractual del Llamante en contra del Llamado; ni acredita que el Dr. OSPINA deba responder por la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA ante una eventual condena por hechos ajenos a su competencia, decisión y facultades.

De manera muy clara existe un contrato de servicios, que implica que el médico no es de planta, **ni vinculado laboralmente** con el Hospital SAN JOSÉ DE BUGA. Además, en las cláusulas referidas a las obligaciones establece ese contrato: *"Prestar a los pacientes, únicamente los servicios objeto de este contrato, programados y autorizados por la FUNDACIÓN. **EL ESPECIALISTA no podrá prestar servicios adicionales o de naturaleza diferente sin previa autorización de LA FUNDACIÓN.**"* (Destacado fuera de texto).

Ahora bien, ha de caer en cuenta también su señoría que el llamamiento en garantía no indica el título de responsabilidad que se le imputa, la omisión o acción indebida, cuál fue la supuesta impericia, imprudencia o negligencia, qué tipo de culpa reprocha, que soportara que en razón al contrato que existiera deba responder por ellos ante una eventual condena.

## II. RESPECTO DE LA PRUEBAS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1-El contrato, la fecha de ocurrencia del hecho y la existencia de una demanda no son prueba ni idónea, ni dirigida, y ni siquiera de manera sumaria para demostrar el derecho que pretenden; por otro lado, muestran que entre el doctor AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN y la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA existió vinculación contractual, pero la misma no sustenta la solicitud de llamamiento en garantía.

2-Sobre la constancia expedida por el Departamento de Gestión Humana de Fundación Hospital San José de Buga, no es prueba que se traduzca que mi defendido está llamado a responder en lugar de FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA.

3-La demanda instaurada no es prueba en sí misma por cuanto corresponde a la sola afirmación del demandante, no es prueba de lo que dice.

4-Copia de la Historia Clínica, documento con el que no se acredita que exista derecho legal o contractual del Llamante en contra del Llamado; ni acredita que el Doctor AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN deba responder por quien aquí lo llama ante una eventual condena.

La llamante en garantía aporta documentos que como se ha venido indicando respecto a la calidad de prueba carece del alcance que se le pretende, pues por sí sola no es prueba que acredite un llamamiento en garantía, no prueba nada. El contrato, por ejemplo, se trata sólo de un documento de carácter civil, contractual. Por el contrario, es prueba en contrario pues identifica el objeto de la vinculación lejano a la verdadera razón de ser del proceso.

Al final, simplemente acude a plantear una duda mal intencionada pues se soporta en una interpretación a los fundamentos de la demanda con los cuales pretende exhibir a los profesionales de la salud como causantes del daño. Es abiertamente contradictorio que la hoy llamante en garantía en su contestación de la demanda acredite extensamente que los actos médicos realizados por los profesionales de la salud que intervinieron en la atención de la paciente PATRICA MUÑOZ RENGIFO dentro de la institución hospitalaria fueron adecuados y estuvieron ajustados a los protocolos médicos y que después pretenda atribuir responsabilidad civil a esos mismos profesionales. Acto que no es más que la ausencia de medios para plantear una relación distinta a la que pretende hacer valer en su contestación de la demanda, que no sirven de medio de prueba ni disponen por sí misma una razón de derecho.

### **III. A LA PETICIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

A pesar que la demandada FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA presenta llamamiento en garantía dejó constancia que sólo invoca hechos, prueba sumaria, pruebas y anexos; no existe en el texto una específica petición de que, en caso de una eventual sentencia condenatoria de reconocimiento y pago de perjuicios a favor de la parte demandante, condene directamente al llamado en garantía AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN a pagar directamente las indemnizaciones a que sea condenada la IPS. Por esta razón, sin petición de pretensión del llamamiento ME OPONGO rotundamente por no existir solicitud declarativa ni constitutiva, siendo la responsabilidad civil de manera especial fundada en el petitum de las partes, es decir una justicia rogada, donde no hay cabida a figuras como la condena ultra o extra petita.

Por otra parte, no está determinada la obligación legal, ni contractual que lo mande, ni conducta reprochable en este llamamiento, ni dolo o culpa grave de mi poderdante.

Se recuerda que la obligación del profesional de la salud es independiente de la del prestador del servicio, a pesar que haya una unidad de fin, razón por la cual tiene responsabilidad directa derivada de la Constitución y la Ley sobre los servicios que presta, lo que indica que no existe fundamento legal, ni contractual que obligue a la llamada en garantía a reembolsar a la llamante suma alguna, o responder en su lugar para el pago de presuntos perjuicios.

### **IV. EXCEPCIONES AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

#### **1. AUSENCIA DE OBLIGACIÓN CONTRACTUAL CLAUSULAS ABUSIVAS E ILEGALES EN CONTRATO DE ADHESIÓN**

El contrato que trae a colación el llamante, no puede sustituir la ley en cuanto a la Responsabilidad Civil; por lo que las cláusulas tendientes a generar efectos contrarios y sustituir lo dispuesto en la ley deberán tenerse por no escritas; pretende el llamante, con la disposición de una cláusula abusiva en un contrato de adhesión, a priori descargar su responsabilidad en el personal de salud que contrata para cumplir su finalidad como empresa prestadora de servicios de salud, situación abiertamente ilegal, pues no se puede sustituir por particulares el régimen de responsabilidad Civil dispuesto en la Ley, de acuerdo con lo anterior, la CLAUSULA TRECE del contrato suscrito entre el Dr. AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN y FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, es una cláusula abusiva e ilegal, puesta ahí en un contrato de adhesión por la parte fuerte de la negociación que es FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA.

De acuerdo con lo anterior no existe entre FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA y el Dr. AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN contrato de seguro u obligación contenida en el contrato de oferta mercantil en que se indique la obligación por parte de mi representada de responder como garante a favor del llamante por una eventual condena. En cualquier caso, de existir esta es abiertamente ilegal pues las partes no pueden sustituir la Ley, como quiera que una cláusula abusiva es INEFICAZ.

## **2. EXCEPCIÓN AUSENCIA DE FUNDAMENTO LEGAL:**

El escrito del llamamiento en garantía como medio probatorio por parte de LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ para legitimar su llamamiento en garantía en contra de mi representado, carece de fundamentos pues no se indica de ninguna manera la conducta médica inadecuada o sobre la cual se genera un reproche que soporte su llamamiento. ¿Inadecuada valoración? ¿No valoración del paciente? ¿No seguimiento de los protocolos? ¿Inadecuado tratamiento?, ni mucho menos el dolo o la culpa grave.

Nada de lo anterior se indica en este llamamiento, por tanto, carece de fundamento. No es suficiente traer como fundamento la cita de la norma, sin que ella sea de alguna manera traída al caso concreto, pues sin hacerlo no es más que una transcripción de un texto de conocimiento público y la misma norma se establece los requisitos de contenido del escrito aplicable a este caso, de donde se desprende que se incumple con el mandato.

A pesar que la demandada LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ presenta llamamiento en garantía, dejo constancia que no existe fundamento de derecho para que se haga efectivo este llamamiento toda vez que el mismo no incluye una pretensión declarativa de responsabilidad administrativa, un título de imputación, un hecho gravemente culposos, o doloso, es decir, dentro del cuerpo del llamamiento en garantía y en el de la contestación de la demanda, no encontramos ningún reproche por parte de la entidad llamante en contra de los profesionales de la salud que participaron dentro de la atención intrahospitalaria que hoy genera la reclamación en contra de esta entidad. Por el contrario: El propio demandado LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ señala en su contestación

de la demanda que el criterio médico y la conducta de los médicos tratantes se realizó con observancia y acatamiento de la LEX ARTIS.

Además de lo anterior, se recuerda que la obligación del médico es independiente de la del prestador del servicio, a pesar que haya una unidad de fin, razón por la cual tiene responsabilidad directa derivada de la Constitución y la Ley sobre los servicios que presta, lo que indica que no existe fundamento legal, ni contractual que obligue al llamado en garantía a reembolsar a la llamante suma alguna, o responder en su lugar para el pago de presuntos perjuicios.

Es por estas razones que no está llamada a prosperar la convocatoria del llamamiento en garantía formulada a mi prohijado, como quiera que no existe obligación legal ni contractual que así lo imponga a la citada profesional de la salud.

### **3. RESPONSABILIDAD DIRECTA DE LA IPS FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**

A partir de la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993, a través de una EPS se realiza la afiliación del usuario al sistema de seguridad social. Acorde a esta ley, el Decreto 2309 de octubre 15 de 2002 habla de lo que se denomina una "garantía de calidad", la cual, se refiere al conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país, y en este punto cabe preguntarse si se está exigiendo a las EPS algo más que diligencia y cuidado, podría llegar a pensarse que la norma quiso imponer una carga superior a las Entidades Promotoras de Salud, respecto a la de los profesionales de la salud. Esta creencia se reitera al tener en cuenta que el artículo 6 del citado decreto, establece como características para mejorar la calidad de la atención de salud, la seguridad, entendiendo por esta el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Las EPS no necesariamente tiene que prestar sus servicios a los usuarios a través de las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud (IPS), pues también cuentan con la posibilidad de desempeñarse de manera directa, esto es, a través de su propia red prestadora, caso en el cual, la entidad prestadora de salud es responsable frente al usuario.

La solidaridad se predica debido a la unidad de objeto prestaciones y la relación existente de los codeudores entre sí y de éstos con el acreedor, ligadas a la identidad del interés lesionado y del daño producido, la que permite hacer el predicamento de solidaridad.

El objeto de la obligación es exactamente el mismo, razón por la que demanda un comportamiento uniforme (tanto de la I.P.S como de sus agentes), guiado por un mismo fin, cual es el cumplimiento de los deberes contractuales originalmente adquiridos. En consecuencia, puede establecerse que, en la medida en que se presente una falla, un daño o una defectuosa prestación del servicio, el paciente cuenta con la facultad de demandar a la IPS (como en el presente), porque el

perjuicio sería consecuencia de un incumplimiento de los deberes que tiene esta institución frente al afiliado.

Atendiendo a lo anteriormente expuesto, es que afirmo que hay responsabilidad directa de la IPS como PRESTADORA de salud, ya que es tal entidad quien tiene la obligación constitucional de la prestación del servicio de salud (a pesar de que lo haga a través de un personal contratado que ejecute su deber). Pretender llamar en garantía a sus contratistas (profesionales de la salud) para que sean garantes de su responsabilidad, es desconocer que ellos se encuentran vinculados al proceso como prestadores del servicio constitucionalmente exigido, no existe norma que los obligue a responder por el hecho ajeno.

A pesar de la unidad en el objeto prestaciones, la responsabilidad directa que a la IPS FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA le atañe, no puede trasladarse a otra persona, por ser ellos a quienes legalmente se les exige la obligación. Debe la IPS FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, responder por las obligaciones que le son exigibles directamente como entidad promotora en vez de pretender trasladar su responsabilidad a quien ejecuta su deber.

De lo anteriormente expuesto, se colige, que le atañe al llamante, una responsabilidad directa, fundamentada en la Constitución y la ley; y frente a dicha responsabilidad directa, no existe derecho legal o contractual que obligue al LLAMADO EN GARANTÍA Dr. AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN a pagar a favor de la demandante en caso de condena; no existe en el proceso prueba si quiera sumaria de la obligación legal o contractual alegada por el LLAMANTE, adicionalmente hay prueba que acredita exactamente lo contrario, es decir, que el Dr. OSPINA no tiene ningún tipo de obligación pendiente, derivada del contrato que sostuvo con IPS FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA.

#### **4. NO EXISTE RELACIÓN PROCESAL ENTRE DEMANDANTE Y LLAMADO EN GARANTÍA.**

La H. CORTE SUPREMA DE JUSTICIA SALA CIVIL, en sentencia del 6 de mayo de 2016, Radicación No. 54001-31-03-004-2004-00032-01; Magistrado ponente Dr. LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA; SC5885-2016 hizo varias precisiones respecto de la figura del llamamiento en garantía:

*“La relación material del llamamiento involucra únicamente al llamante y a la llamada. No se expande a ningún otro sujeto procesal ni siquiera a la parte actora, al punto que solo será objeto de estudio en el evento de prosperidad de las súplicas” (...)*

*Con el llamamiento en garantía, tiene dicho la Corte, se suscita un ‘evento de acoplamiento o reunión de una causa litigiosa principal con otra de garantía que le es colateral, dando lugar a una modalidad acumulativa cuyos alcances precisa el art. 57 del C. de P.C.’ (...), que conjuga dos relaciones materiales distintas. Por un lado, la que une al demandante con el demandado, y por el otro, la que liga al demandado con el llamado: ‘la del demandante contra el demandado, en procura de que este sea condenado de acuerdo con las pretensiones de la demanda contra él*

dirigida; y la del demandado contra el llamado en garantía a fin de que éste lo indemnice o le reembolse el monto de la condena que sufiere' (...)"<sup>1</sup>.

Por supuesto, el llamamiento que la demandada efectúa a un tercero para que responda por ella ante una eventual condena, no puede asimilarse o equipararse a una acción directa de la víctima, muy a pesar de su vinculación al proceso, pues, itérase, el nexo que determinó su inserción a la litis no provino de la actora (afectada por el siniestro). Contrariamente, **significativas diferencias entre esas hipótesis ponen de presente que el llamamiento en garantía dista de establecer una relación equiparable al ejercicio de la acción directa; por ejemplo, a manera meramente explicativa, el llamado en garantía una vez sea vinculada al proceso, no goza de traslado de la demanda y sus anexos, situación natural, pues su vinculación derivó del nexo, legal o contractual, para con el llamante; la relación subyacente que en este caso vincula a los demandantes con la demandada es de índole extracontractual, mientras que la que liga a la llamada en garantía con el convocante es estrictamente contractual; el funcionario judicial al momento de definir la instancia debe resolver el nexo existente entre el llamado y el llamante, más no entre aquel y el actor. En fin, no existe entre la demandante y el llamado en garantía una relación procesal de características similares a la establecida entre aquella y la demandada**<sup>2</sup>.

De acuerdo con lo anterior, lo que debe definir el Juez, al dictar su fallo de fondo, son dos relaciones litigiosas distintas; la primera entre el demandante y la demandada (FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA) donde se ocupará de establecer si el Hospital es Civilmente responsable o no, de acuerdo con lo que pruebe el demandante dentro del proceso (Daño, Culpa y Nexo Causal); al resolver este litigio primigenio es inocuo resolver si existe responsabilidad civil de alguno de los llamados en garantía, pues estos no fueron demandados de manera directa.

Luego, y solo en el remoto evento que la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA resulte declarado civilmente responsable, deberá el Juez resolver el litigio ente este y los llamados en garantía, y determinar en todo caso si existe o no existe obligación de garantía del Dr. OSPINA con el llamante, donde obviamente se deberá tener en cuenta, los elementos axiológicos de responsabilidad civil individual y la responsabilidad que le asiste de manera particular a la institución de salud por trámites administrativos.

## V. A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

- De los antecedentes familiares:

**AL HECHO-2.1. NO NOS CONSTA** debido que se trata de circunstancias particulares de los demandantes que se escapa de la esfera de conocimiento de mi representado, por tal razón todas y cada una de las afirmaciones contenidas en la

<sup>1</sup> CSJ Civil sentencia 15 de diciembre de 2006, exp. 2000-00276-01.

<sup>2</sup> CSJ Civil sentencia de 25 de mayo de 2011, exp. 2004-00142-01.

demanda y en este hecho deberán ser probadas dentro del proceso con los medios idóneos.

**AL HECHO-2.2. NO NOS CONSTA** como estaba conformado el núcleo familiar de la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO.

**AL HECHO-2.3. NO NOS CONSTA** debido que se trata de circunstancias particulares de los demandantes que se escapa de la esfera de conocimiento de mi representado, por tal razón todas y cada una de las afirmaciones contenidas en la demanda y en este hecho deberán ser probadas dentro del proceso con los medios idóneos.

- Del inicio de su Patología:

**AL HECHO-2.4. PARCIALMENTE CIERTO** como lo narra el demandante, sin embargo, es preciso aclarar que la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO, quien contaba con 57 años de edad al momento de los hechos, era una paciente que tenía múltiples comorbilidades según como se describe en la historia clínica. La señora MUÑOZ era una paciente diabética insulino dependiente, hipertensa, con estreñimiento crónico, con cáncer de mama derecha en tratamiento con quimioterapia y radioterapia, desde el año 2016 inicio terapia con un Tamoxifeno que es un medicamento inmunosupresor, es decir, disminuye las defensas del organismo, con hiperprolactinemia, con enfermedad renal crónica, con antecedentes quirúrgicos de una cesárea y cuadrantectomía supero-lateral.

	Impresión: 19/12/2022 12:09 <b>RESUMEN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS</b> <b>GINECOOBSTETRICIA</b> <b>FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA</b>	Usuario: JHON ALEXANDER ROJAS URSIBAO C.D. 8888 A.S.A.
	Entidad: EMSSANAR E.S.S. A.R.S.	Fecha Inicio: 13/04/2017 11.00 Fin Atención: 13/04/2017 11.09 # Cuenta: E1903579
	Atención #1788832	Página 1 de 2
<b>PACIENTE</b>		
Tipo Documento: CC No. Documento: 38858198		Nombres: PATRICIA
Dirección: CLLE 4 10 17 - Tel: 2370824 - Cel: 318388410		Edad(AÑOS): 56 Sexo: F Apellidos: MUÑOZ RENGIFO
Causa Externa: Enfermedad general		
<b>MOTIVO CONSULTA (Percepción del Usuario)</b>		
"CONTROL POSTQUIRURGICO"		
<b>ENFERMEDAD ACTUAL</b>		
POP DE CUADRANTECTOMIA SUPRALATERAL HOY ASISTE A CONTROL POSTQUIRURGICO, REFIERE SENTIRSE BIEN		
<b>ANTECEDENTES</b>		
		<b>DD MM AAAA</b>
<b>Tipo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Fecha Registro</b>
Patológicos	DIABETICA INSULINO REQUIRIENTE. HTA. ESTREÑIMIENTO CRONICO. CA DE MAMA DERECHA Ec II CON RH (+) Y HER2 (-) EN TTO. QUIMIOTERAPICO ADYUVANTE (AC 2 CICLOS, DOCETAXEL + CICLOFOSFAMIDA 4 CICLOS). RADIOTERAPIA ADYUVANTE EN ANDAMIENTO. INICIO TERAPIA CON TAMOXIFENO 20mg DESDE 09/15, PARA POSTERIOR SWITCH CON INHIBIDOR DE AROMATASA. HTA, DM TIPO 2 HIPERPROLACTINEMIA ENF RENAL CRONICA SECUNDARIA EN SEGUIMIENTO Y CONTROL	13/04/2017
Alérgicos	NO CONOCIDOS	13/04/2017
Quirúrgicos	CESAREA CUADRANTECTOMIA SUPERO-LATERAL + VGA DERECHO EL 14/12/15. PATOLOGIA P15 5091 REPORTA CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE NOTTINGHAM 4/9. BORDES DE RESECCION LIBRES. GANGLIOS LINFATICOS NEGATIVOS (0/3). TUMOR DE 3.5x3.0cms. CESAREA	13/04/2017
Farmacológicos	INSULINA LANTUS - 30 UI AM - 40 UI PM INSULINA APIDRA - 10 UI PREPRANDIALES - GLULISINA VALSARTAN/AMLODIPINO 160/10 CADA 12 HORS DOSTINEX	13/04/2017
Ginecoobstétricos	MEN 10 AÑOS. MENO 45 AÑOS. G1 C1. AMAMANTO 1 AÑO. NEGA TRH. CCV 2014: NORMAL (SIC). MMG 19/05/15 (DR PALACIO): MASA DE BORDES ESPICULADOS EN CSL DE MAMA DERECHA B 5.	13/04/2017
Anestésicos	REGIONAL Y GENERAL SIN COMPLICACIONES	13/04/2017
Anestésicos	REGIONAL SIN COMPLICACIONES	13/04/2017

Es menester subrayar que el cáncer de mama se considera una enfermedad grave según todos los estudios médicos, el más mortífero en mujeres en todas las partes del mundo<sup>3</sup>. Altera en forma considerable la calidad de vida de la paciente y toda su familia, no solo por la enfermedad en sí, sino por los tratamientos tan severos, llenos de efectos secundarios, desgastantes y con altas tasas de fracaso. Se considera, por definición, una enfermedad sistémica, es decir, que afecta todo el organismo.

**AL HECHO-2.5. NO ES CIERTO** como indica el demandante que los familiares de la señora MUÑOZ le hicieron tomar una Ecografía de Abdomen por recomendación de "conocidos". De conformidad con la historia clínica el ginecólogo Dr. CARLOS ADOLFO DELUQUEZ ALARZA, quien era el especialista que le había realizado a la señora MUÑOZ la cuadrantectomía mama derecha el 08 de abril de 2017, en cita de control por este especialista llevado a cabo el 29 de agosto de 2017 solicitó la ecografía de abdomen total por sospecha de una coledocistitis y cita a control con el resultado de los exámenes solicitados en esta consulta.

Fundacion Hospital San Jose			
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD			
No. de Solicitud		35402	Fecha: 2017-08-29
			Hora: 16:58
Información del prestador		FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	NIT: 891380054
Código Hab:	761110349501	Dirección del	CARRERA 8 # 17 - 52
		Teléfono	2361000
Departament	VALLE DEL CAUCA	76	Municipio: Guadalajara de Buga
			111
Entidad a la que se le		EMSSANAR E.S.S. A.R.S.	Código: ESS118
Datos del Paciente			
MUÑOZ RENGIFO		PATRICIA	
Apellidos		Nombres	
Tipo Documento	CC	Numero Documento	38858198
		Fecha Nacimiento:	1960-11-24
		Género:	F
Dirección Residencia		CLLE 4 10 17	
		Teléfono:	3163686410
Departament	VALLE DEL CAUCA	76	Municipio: Guadalajara de Buga
			76111
Correo			
Cobertura en	SUBSIDIADO		
INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS			
Origen de la Atención		Tipos de Servicios Solicitados	
Enfermedad General		Posterior a la atención inicial de urgencias	
		X Servicios Electivos	
		X Prioritaria	
		No Prioritaria	
Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de		Consulta Externa	
Código Cups	Cantidad	Descripción	Explicación
881302	1.0	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL: HIGADO. PANCREAS. VESICULA. VIAS BILIARES. RIÑONES. B	CA MAMA DERECHA. COLELITIASIS ?
908604	1.0	ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3]	
890402	1.0	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA +	VALORACION Y MANEJO POR ORTOPEDIA.
890302	1.0	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	CONTROL CON RESULTADOS
Justificación Clínica: FOLLOW-UP CA MAMA DERECHA PERSISTE DOLOR EN EL SENO, HOMBRO Y BRAZO. DOLOR EN SENO IZQDO. ESTA TOMANDO CABERGOLINA 0.5mg L-M-J-V. CEFALEA, MAREOS, EPIGASTRALGIA, DOLOR EN LA ESPALDA. TIENE PENDIENTE VALORACION POR GENETISTA...!! SOLICITO VALORACION Y MANEJO PRIORITARIO POR ORTOPEDISTA PARA EVALUAR HOMBRO DERECHO. SOLICITO CA 15-3, ECO ABDOMEN TOTAL PARA EVALUAR HIGADO, VESICULA (COLELITIASIS). AGUARDO ECO MAMAS PARA EVALUAR FIBROSIS. CONTROL CON RESULTADOS.			

El 19 de septiembre de 2017 la señora MUÑOZ es valorada nuevamente por el Dr. CARLOS ADOLFO DELUQUEZ ALARZA, ginecólogo, y con el reporte de la ecografía total de abdomen tomada por el Dr. VACCA el 14 de septiembre de 2017, que reportaba hígado graso leve y litiasis (cálculos) vesicular, el doctor DELUQUEZ solicita valoración y manejo prioritario por la especialidad de cirugía general y

<sup>3</sup> <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

anota que la paciente es candidata a cirugía de colecistectomía laparoscópica, además de solicitar la evolución por parte de otras especialidades como ortopedia y cirugía plástica para tratar otras afecciones que aquejaban a la paciente.

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de		Consulta Externa	
Código Cups	Cantidad	Descripción	Explicación
890402	1.0	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA +	VALORACION Y MANEJO PRIORITARIO POR CIRUGIA GENERAL (CANDIDATA A COLECISTECTOMIA POR VIA LAPAROSCOPICA).
890402	1.0	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA +	VALORACION MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA PARA EVALUAR RETRACCION POR FIBROSIS Y DOLOR ASOCIADO.
890302	1.0	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	CONTROL PARA SEGUIMIENTO POSTERIOR.

Justificación Clínica: FOLLOW-UP CA MAMA DERECHA  
 PERSISTE DOLOR EN EL SENO, HOMBRO Y BRAZO IZQDOS. ESTA TOMANDO CABERGOLINA 0.5mg L-M-J-V. CEFALEA, MAREOS, EPIGASTRALGIA, DOLOR EN LA ESPALDA

ECO MAMAS 07/09/17 (DR VACCA): CAMBIOS DE TIPO FIBROCICATRICIAL EN EL CSL DE LA MAMA DERECHA CON IMAGEN QUE SUGIERE SEROMA DE 24x26x20mm. AMBAS MAMAS CON CAMBIOS DE TIPO FIBROSO. GANGLIOS AXILARES DE TIPO INFLAMATORIO

ECO ABDOMEN TOTAL 14/09/17 (DR VACCA): HIGADO GRASO LEVE. LITIASIS VESICULAR  
 13/09/17: HB GLICOSILADA 7.4 - CA 15-3 8.8

**\*\*SOLICITO VALORACION Y MANEJO PRIORITARIO POR CIRUGIA GENERAL (CANDIDATA A COLECISTECTOMIA POR VIA LAPAROSCOPICA).**

**\*\*VALORACION Y MANEJO POR ORTOPEDISTA PARA EVALUAR HOMBRO DERECHO.**

**\*\*VALORACION MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA PARA EVALUAR RETRACCION POR FIBROSIS Y DOLOR ASOCIADO.**

CONTROL PARA SEGUIMIENTO POSTERIOR.

**AL HECHO-2.6. NO ES CIERTO** como lo indica el demandante en este hecho que una vez concluida la Ecografía de abdomen, la señora MUÑOZ ingreso por urgencias el 11 de febrero de 2018.

Es menester aclarar, que una vez solicitada la interconsulta por parte del Dr. DELUQUEZ con la especialidad de cirugía general, es la paciente quien se debe encargar de tramitar ante su EPS las citas con los especialistas.

Con el reporte de la ecografía que indicaba la colelitiasis, la señora MUÑOZ fue valorada por primera vez por el Dr. AYMER OSPINA TASCÓN el 30 de noviembre de 2017, quien, al realizar el examen físico completo de la paciente que se encontraba para ese momento con un cuadro clínico de dolor tipo cólico abdominal que se irradiaba a la región lumbar, con un panículo adiposo abdominal aumentado, revisar sus antecedentes y condición clínica le informa a la señora MUÑOZ que requiere el procedimiento quirúrgico de colecistectomía laparoscópica, le explica en esa misma consulta a la paciente en que consiste dicho procedimiento y los riesgos del mismo, solicita la realización de los exámenes prequirúrgicos, solicita la valoración preanestésica y previo concepto con el especialista en columna por el antecedente de la señora MUÑOZ de la hernia discal.

En un actuar prudente el Dr. OSPINA realiza todas las acciones tendientes a la que paciente ingrese en las mejores condiciones clínicas para el procedimiento quirúrgico.



Impreso:ferlon 19/12/2022 13:59  
**ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA**  
 FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

Usr Admisión	OSPINA TASCÓN AYMER FERNANDO
Fecha Inicio	30/11/2017 09.50
Fin Atención:	30/11/2017 09.58
# Comprobante	832116

Entidad: EMSSANAR E.S.S. A.R.S.

Atención #2223414

Página 1 de 2

**PACIENTE**

Tipo Documento: CC No. Documento: 38858198 Nombres: PATRICIA  
 Dirección: CLLE 4 10 17 - Tel: 2370824 - Cel: 3163686410 Edad(AÑOS):57 Sexo: F Apellidos: MUÑOZ RENGIFO

Causa Externa:	Enfermedad general	
<b>MOTIVO CONSULTA (Percepción del Usuario)</b>		
COLELITIASIS		
<b>ENFERMEDAD ACTUAL</b>		
PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE DOLOR TIPO COLICO EN HIPOCONDRIO DERECHO QUE SE IRRADIA A REGION LUMBAR, NIEGA COLURIA, TRAE ECOGRAFIA HEPATOBILIAR QUE DESCRIBE COLELITIASIS CON VIA BILIAR NORMAL		
Descripción:		
11. Abdomén: PANICULO ADIPOSO DE PARED ABDOMINAL AUMENTADO, ABDOMEN BLANDO, DOLOR A LA PALPACION DE HIPOCONDRIO DERECHO, MURPHY (-).		
<b>MEDICAMENTOS UTILIZADOS DURANTE LA ATENCION</b>		
Ninguno		
<b>DIAGNOSTICOS (CIE10)</b>		
Impresió	Código	Descripción
Principal	K801	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS
<b>ANALISIS Y CONDUCTA</b>		
SE DA ORDEN PARA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA, EXAMENES PREQUIRURGICOS, VALORACION POR ANESTESIA, SE EXPLICAN RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES, EL PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA. SE LLENA CONSENTIMIENTO INFORMADO. SE DA ORDEN PARA VALORACION POR CIRUGIA DE COLUMNA POR HERNIA DISCAL.		

La evaluación prequirúrgica por anestesiología fue realizada por el Dr. LUIS SALCEDO, donde el anestesiólogo la clasifica en ASA 2, considera que no existe contraindicación desde el punto de vista anestésico y autoriza la realización de la cirugía.

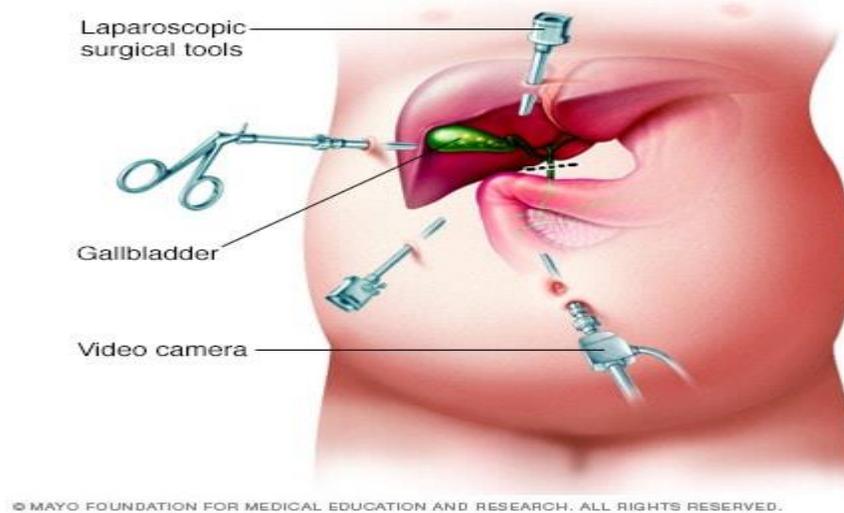
Se itera, que es la paciente quien debe tramitar ante la EPS todas los exámenes y autorizaciones para que el procedimiento quirúrgico se puede llevar a cabo.

**AL HECHO-2.7. ES CIERTO** la cirugía de colecistectomía laparoscópica se llevó a cabo el 11 de febrero de 2018, en los hallazgos intraoperatorios se describió: Panículo adiposo de la pared abdominal aumentado, vesícula biliar con paredes engrosadas y con cálculos en su interior, cístico dilatado, hígado friable, con sangrado fácil, se efectuó el procedimiento sin complicaciones.

Codigo	Procedimiento	Via	Descripción	Tarifa
37508	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	1		3 GRUPO
Código CIE10	Descripción	Tipo		
K801	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS	Pre-Operatorio		
K801	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS	Post-Operatorio		
<b>HALLAZGOS OPERATORIOS</b>				
PANICULO ADIPOSO DE PARED ABDOMINAL AUMENTADO, VESICULA BILIAR CON PAREDES ENGRÓSADAS Y CALCULOS EN SU INTERIOR, CISTICO DILATADO, HIGADO FRIABLE Y DE SANGRADO FACIL				
<b>TECNICA QUIRURGICA</b>				
ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON CLORHEXIDINA, INSERCCION DE TROCAR UMBILICAL CON TECNICA ABIERTA, INSERCCION DE NEUMOPERITONEO Y DEMAS TROCARES BAJO VISION DIRECTA, DISECCION Y LIGADURA DE ARTERIA CISTICA ANTERIOR CON 1 CLIP, DISECCION Y LIGADURA DE CONDUCTO CISTICO CON 4 CLIPS, DISECCION Y LIGADURA DE ARTERIA CISTICA POSTERIOR CON 1 CLIP, DISECCION CISTICOFUNDICA DE LA VESICULA LIBERANDOLA DEL LECHO HEPATICO, EXERESIS DE PIEZA QUIRURGICA, CONTROL DE HEMOSTASIA DEL LECHO HEPATICO CON ELECTROCAUTERIO, SE CORROBORA HEMOSTASIA, LAVADO DE CAVIDAD CON SSN TIBIA HASTA RETORNO CLARO, EXTRACCION DE TROCARES Y NEUMOPERITONEO BAJO VISION DIRECTA, CIERRE DE FASCIA CON PROLENE 0 Y PIEL CON PROLENE 3-0, SANGRADO MINIMO, COMPRESAS COMPLETAS, NO COMPLICACIONES.				

Es importante destacar que la literatura médica indica que, la enfermedad litiasica de la vesicular biliar (colecistitis) es la indicación más frecuente de la colecistectomía. La colecistectomía laparoscópica (imagen No.1) es la extirpación de la vesícula biliar utilizando una cámara de vídeo y la visualización se hace en una pantalla de alta definición que aumenta varias veces el tamaño real de la cavidad y los órganos, lo que permite una mejor visión para el cirujano y que todos los presentes en el quirófano observen lo que ocurre durante la cirugía, se utilizan instrumentos especiales que permite llegar a la cavidad y extraer la vesícula que contiene los cálculos, ya que de no extraer una vesícula con cálculos puede causar una infección grave en la vesícula, vías biliares o páncreas.

Imagen No. 1



El Doctor OSPINA llevo a cabo el procedimiento cumpliendo a cabalidad todos los protocolos médicos que demanda la lex artis para esta clase de cirugías y con la técnica quirúrgica adecuada. No se presentaron complicaciones intraoperatorias y no se lesionó la vía biliar en este procedimiento.

La literatura médica científica explica que cuando se presenta una fuga o lesión de la vía biliar producto de una intervención quirúrgica, estas fugas biliares son generalmente asintomáticas y se resuelven espontáneamente<sup>4</sup>. Las fugas biliares mayores en cambio, se detectan entre los 2 y 10 días posteriores a la colecistectomía y desarrollan síntomas como fiebre, dolor abdominal, ictericia, ascitis biliar, vómito, distensión abdominal y bilirragia<sup>5</sup>. Notase que ninguna de estas condiciones la tenía la paciente al momento que se le dio egreso después de la colecistectomía laparoscópica.

Igualmente es importante destacar que el Dr. OSPINA con sujeción a las guías y protocolos médicos como lo describe en la nota operatoria una vez logro extraer la vesícula sin complicaciones, realizó "CONTROL DE HEMOSTASIA EL LECHO HEPÁTICO", es decir, que con el electrocauterio se cercioro que no quedara

<sup>4</sup> Lesiones iatrogénicas de las vías biliares Iatrogenic lesions of the biliary tract. Himerón Limaylla-Vega<sup>1,2</sup>, Emilio Vega-Gonzales<sup>3</sup> © 2017 Sociedad de Gastroenterología del Perú.

<sup>5</sup> Ibidmen.

sangrado la vía biliar y corroboro nuevamente "HEMOSTASIA"; realizo "LAVADO DE LA CAVIDAD CON SSN HASTA RETORNO CLARO", la finalidad del lavado con abundante solución salina normal es con la finalidad de identificar fugas o sangrado, lo hizo hasta que el líquido salió claro, es decir, no había fuga que indicara que se había lesionado la vía biliar, por último retiro los trocares y el extrajo el neumoperitoneo (gas) bajo visión directa de la cámara.

De lo anterior se colige que el Dr. OSPINA utilizó una técnica quirúrgica adecuada y siguiendo las normas de seguridad establecidas, con la finalidad de disminuir la incidencia de complicaciones tanto intra como postoperatorias y que no se presentó una lesión de le vía biliar en la cirugía como lo sostiene el demandante.

**AL HECHO-2.8. NO ES CIERTO** lo que afirma el demandante que durante la colecistectomía laparoscópica se "ocasionaron lesiones" y que: "*el reporte de TAC se evidencia esteatosis hepática, colección localizada en lecho vesicular, y colección líquida en el fondo de saco, derrame pleural bilateral de pequeño volumen, las cuales no debería existir si el procedimiento quirúrgico (colelap) hubiese estado ejecutado de maneracorrecta.*"

Este hecho es contrario abiertamente las conclusiones del perito que el mismo demandante aportó.

Como lo argumenta el Perito de los demandantes en la respuesta al numeral 4 C respecto de la técnica quirúrgica, señala:

**"C. En la descripción a continuación no hay nada que permita decir algo en contra de la técnica de la colelap realizada. Estuvo acorde con la lex artis."**  
(Destacado fuera de texto).

En la respuesta a la pregunta al numeral 5, donde el abogado pretende direccionar al perito para que diga que no fe correctamente ejecutada la cirugía el perito dice lo siguiente:

*"Si el procedimiento fue ejecutado de manera correcta no deberían existir esos hallazgos de la TAC, es correcto. Pero no debemos olvidar que el resultado definitivo no solo depende del cirujano sino de factores otros como (ver referencia bibliografía 1):*

*Anomalías anatómicas de la vía biliar que son muy frecuentes.*

***Inflamación de las estructuras en cuestión como la vesícula en este caso.***

***Friabilidad del hígado como en este caso.***

*Adherencia y fibrosis por inflamación crónica muy frecuentes.*

*Adherencias y fibrosis de cirugía previas.*

***Obesidad de la paciente como en este caso.***

***Cirugía urgente vs electiva como en este caso.***

***Dificultad en la exposición de las estructuras por inflamación y sangrado como en este caso. Impericia del cirujano y/o de los demás participantes en la cirugía.***

***Enfermedades asociadas del paciente que aumentan el riesgo como en este caso: diabetes, cáncer, obesidad..."*** (Negrilla tomada textual del dictamen)

En la aclaración del dictamen pericial en la respuesta al numeral 5 a, el perito señala que:

"RESPUESTA: En primer lugar, la palabra comorbilidad no está bien utilizada en este caso para referirse a las colecciones vistas en la TAC, las colecciones son complicaciones, no son comorbilidad.

Segundo, no es lo mismo, con respecto a las posibles complicaciones que pueden aparecer después de una colecistectomía, operar un paciente electivo que un paciente:

- **Urgente.**
- **Obeso.**
- **Vesícula engrosada como consecuencia de inflamación crónica.**
- **Conducto cístico dilatado.**
- **Hígado friable.**
- **Sangrado del lecho hepático.**

Como fue el caso de esta paciente.

**No olvidar que los resultados del TAC no son fruto del acto quirúrgico (colecistectomía) solamente, sino de la complicación que se presentó a continuación. Esta última situación es la responsable prioritaria.**" (Destacado fuera de texto)

Lo anterior nos permite concluir, que el perito lo que indica en sus respuestas es que la técnica quirúrgica fue adecuada y que las situaciones de salud propias de la paciente son las que la hacen propensa a que se presente lo que sucedió, tal como lo refrenda en la respuesta No. 12:

**"Todo lo que le ocurrió a la paciente esta reportado en la literatura como riesgos frecuentes a los distintos tratamientos realizados."** (Destacado fuera de texto).

**AL HECHO-2.9. NO ES CIERTO** que la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO "estuvo en observación un par de horas, como quedó registrado en la Historia Clínica" como lo indica el apoderado de los demandantes. Contrario a esta afirmación y como se evidencia con la historia clínica la cirugía que se llevó a cabo el 11 de febrero de 2018, inicio a las 12:40 pm y finalizó sin complicaciones a las 13:15 horas, es decir, el procedimiento 35 minutos que es un adecuado tiempo quirúrgico.

Página 1 de 1 Impreso: ferlon 09/10/2019 17:01

FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA - HOJA QUIRURGICA

Admisión:	806212	# Cuenta:	1163002	
Entidad:	EMSSANAR E.S.S. A.R.S.			
PACIENTE				
Tipo Doc:	CC	No. Doc:	38858198	
Edad:	57	Sexo:	F	
Nombres:	PATRICIA			
Apellidos:	MUÑOZ RENGIFO			
Cirugía:	31099	Hoja Quirúrgica id:	30852	
Inicio Incisión:	11/02/2018 12:40	Fin:	11/02/2018 13:15	
Anestesia General:	SI	Anestesia Regional:	NO	
Otro Tipo de Anestesia:				
Sala:	SALA 3			
Tipo Herida:	Limpia-Contaminada			
GRUPO QUIRURGICO				
Anestesiologo:	LASSO LUIS FERNANDO		Instrumentad:	LAURA CECILIA RODRIGUEZ DURAN
Ayudante:	SARA MANUELA LOPEZ CONCHA		Circulante:	DIANA MARCELA RUIZ PLAZA
Codigo	Procedimiento	Via	Descripción	Tarifa
37508	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	1		3 GRUPO

A las 13:35 horas la señora MUÑOZ es trasladada a la sala de recuperación respirando por sus propios medios, despierta, y en buenas condiciones generales.

NOTA #:	3833591	Fecha:	11/02/2018 13:35	DD MM AAAA
traslado y acompañamiento paciente a sala de recuperación en camilla con barandas de protección elevadas pos-operatorio de colecistectomía por laparoscopia (COLELAP) bajo efectos de anestesia general tolerando oxígeno a medio ambiente sin signos de disnea, responde al llamado, acceso venoso en antebrazo izquierdo permeable pasando 500cc de hartman sin signos de infección ni febricitudes, incisiones quirúrgicas en región abdominal epigástrico- umbilical- hipocondrio derecho cubiertas con gasa mas micropore limpio y seco, paciente que se presenta antigua cicatriz en mama derecha por cuadrantectomía, entrego con historia clínica completa consentimientos debidamente diligenciados en físico, se monitoriza coloca oxígeno por mascarilla				
Enfermero(a)				
Nombre:	DIANA MARCELA RUIZ PLAZA			<i>Diana Marcela Ruiz Plaza</i>
Especialidad:	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido		Firma
Tarjeta Profesional	760948			

En la unidad de cuidados postoperatorios la señora MUÑOZ se recupera de forma satisfactoria, pasa la tarde tranquila, no refiere síntoma alguno y duerme a intervalos largos según como se registra en las notas de enfermería.

A las 20:50 horas la señora MUÑOZ es trasladada a la sala de hospitalización despierta, sin soporte de oxígeno, al examen físico del abdomen no doloroso a la palpación.

NOTA #:	3835053	Fecha:	11/02/2018 21:50	DD MM AAAA
Ingresa paciente al servicio de hospitalización segundos piso, a la cama 225, procedente del servicio de quirófano, en compañía de familiares. paciente con un diagnóstico de médico de DM INSULINO REQUIRIENTE. HTA. ESTREÑIMIENTO CRÓNICO. CA DE MAMA DERECHA Ec II CON RH (+) Y HER2 (-) EN TTO. QUIMIOTERAPIA, post operatorio de una coelap, se observa con líquidos endovenosos en antebrazo del MSI fijo con esparadrapo, conectado a extensión mas llave de tres vías pasando ssn de 1000cc para cada 8 horas, con cicatriz en cuadrante superior externo, con retracción severa, con herida quirúrgica abdominal en epigástrico, umbilical y hipocondrio derecho, cubiertas con apósito mas micropore limpio y seco, <b>abdomen blando no doloroso a la palpación</b> , resto de piel sana e íntegra, paciente con alto riesgo de caída, alto de upp, se educa sobre los deberes y derechos el llamado de enfermería, la manilla de identificación, se educa sobre la importancia de tener las barandas en alto, que no se puede manipular los equipos, nota hecha por la auxiliar natalia zapata				
Enfermero(a)				
Nombre:	MONICA YISETH VARGAS PEDROZA			<i>Monica Vargas P.</i>
Especialidad:	ENFERMERIA	Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido		Firma
Tarjeta Profesional	76-6800			

La señora PATRICA según como se reporta en las notas de enfermería pasa la noche consiente, orientada, tranquila, afebril, hemodinámicamente estable, sin signos desfavorables en su salud, tolerando oxígeno a medio ambiente y tratamiento médico ordenado, sin signos de dificultad respiratoria, con dolor leve en heridas quirúrgicas que mejora con el inicio de analgésico ordenado.

NOTA #:	3835411	Fecha:	12/02/2018 00:00	DD MM AAAA
Paciente que pasa la noche en cama número 225, en compañía de familiar, conciente, orientada, tranquila, afebril, hemodinámicamente estable, sin signos desfavorables en su salud, tolerando oxígeno a medio ambiente y tratamiento médico ordenado, sin signos de dificultad respiratoria, con dolor leve en heridas quirúrgicas que mejora con el inicio de analgésico ordenado.				
se cambia fijación de acceso venoso por tegaderm, se pone conector libre de aguja y se anexa macrogotero para administración de medicamentos endovenosos con horario.				
se realiza cambio de posición voluntario a decubito supino. paciente sigue bajo observación médica, elimina espontáneo, no ha realizado deposición.				
nota realizada por la auxiliar natalia zapata.				
Enfermero(a)				
Nombre:	MONICA YISETH VARGAS PEDROZA			<i>Monica Vargas P.</i>
Especialidad:	ENFERMERIA	Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido		Firma
Tarjeta Profesional	76-6800			

El 12 de febrero de 2018 a las 13:45 horas, es decir, 24 horas después del procedimiento de coelap la señora PATRICA es valorada por el Dr. JOSÉ DAVID AGUIRRE FERNANDEZ quien al evaluar su evolución y no encontrar ningún signo ni síntoma que hiciera sospechar una complicación postquirúrgica, da egreso a la paciente con recomendaciones, signos de alarma y cita control.

En la nota de enfermería se describe las condiciones de salida de la señora MUÑOZ después de evolucionar adecuadamente.

NOTA #:		3837776		Fecha:		12/02/2018 14:35		DD MM AAAA	
Tipo Doc:	CC	No. Doc:	38858198	Nombres:	PATRICIA				
Edad:	57	Sexo:	F	Apellidos:	MUÑOZ RENGIFO				
Notas de Enfermería									
paciente quien egresa de la institución, en silla de ruedas, en compañía de camillero y familiar, paciente consciente, alerta, tolerando ambiente, se retira acceso venoso de integro de antebrazo tercio medio izquierdo quedando sin signos de infección. se coloca algodón compresivo mas micropore, y se retira manilla de identificación,									
Enfermero(a)									
Nombre:		CIFUENTES NORENA MANUELA ALEJANDRA							
Especialidad:		ENFERMERIA			Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido				
Tarjeta Profesional		767442			Firma 				

De evolución de la señora MUÑOZ, 24 horas después de la intervención realizada por mi prohijado, se tiene que no tenía fiebre y ni ICTERICIA al momento de su egreso; la ictericia es considerado en signo cardinal ante una lesión de la vía biliar según como lo señalan los expertos en el área, al examen abdominal, se encontraba blando y depresible.

La literatura médica científica explica que cuando se presenta una fuga o lesión de la vía biliar producto de una intervención quirúrgica, estas fugas biliares son generalmente asintomáticas y se resuelven espontáneamente<sup>6</sup>. Las fugas biliares mayores en cambio, se detectan entre los 2 y 10 días posteriores a la colecistectomía y desarrollan síntomas como fiebre, dolor abdominal, ictericia, ascitis biliar, vómito, distensión abdominal y bilirragia<sup>7</sup>. Notase que ninguna de estas condiciones la tenía la paciente en el momento que se le dio salida de la institución hospitalaria.

Lo anterior significa que la señora MUÑOZ no tenía ninguna manifestación de compromiso peritoneal, que hiciera contraindicar el alta médica.

Por otro lado, es preciso indicar como lo describe el mismo perito de los demandantes que **"Todo lo que le ocurrió a la paciente esta reportado en la literatura como riesgos frecuentes a los distintos tratamientos realizados"**. En caso bajo estudio no puede perderse de vista que las comorbilidades de la señora MUÑOZ, fueron determinantes para su evolución médica, la diabetes, hipertensión arterial, falla renal y la enfermedad maligna avanzada de Cáncer de mama, que incluso en algunos apartes de la historia clínica se sospechó METASTASIS TUMORAL, demuestra fallas severas de las defensas de la paciente. Aunado a ello quimioterapia múltiple y agresiva, que junto con la radioterapia y hormonoterapia anti-estrogénica (Tamoxifeno), destruyen las células de defensa del organismo haciéndola infortunadamente más propensa a presentar complicaciones. Sin embargo, la cirugía estaba totalmente indicada, pues de no realizarse la operación hubiese también podido sufrir complicaciones, infecciones graves e incluso la muerte.

*-De los problemas posteriores al procedimiento quirúrgico del 11 de febrero de 2018:*

**AL HECHO-2.10. NO NOS CONSTA**, como quiera que el doctor AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN no participó en las circunstancias narradas en este hecho, en

<sup>6</sup> Lesiones iatrogénicas de las vías biliares Iatrogenic lesions of the biliary tract. Himerón Limaylla-Vega<sup>1,2</sup>, Emilio Vega-Gonzales<sup>3</sup> © 2017 Sociedad de Gastroenterología del Perú.

<sup>7</sup> Ibidmen.

primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

**AL HECHO-2.11. NO ES CIERTO** lo que indica el demandante que: *“fue la primera intervención quirúrgica en donde se le ocasionaron lesiones a la paciente en el lecho hepático y la vía biliar, sustentado lo anterior en el reporte de TAC que describe: esteatosis hepática, colección localizada en lecho vesicular, y colección líquida en el fondo de saco, derrame pleural bilateral de pequeño volumen, las cuales no debería existir si el procedimiento quirúrgico (colelap) hubiese estado ejecutado de manera correcta”*

Omite el apoderado del extremo activo de listis señalar que el reporte del TAC tomado a la señora MUÑOZ el 19 de febrero de 2018, indica que no existe compromiso de la vía biliar hepática, ni extrahepática, es decir, la vía biliar no se lesiono durante la cirugía practicada por el Dr. OSPINA.

Fecha : 19/02/2018  
 11:35:00 am  
 Paciente : PATRICIA MUÑOZ RENGIFO  
 Servicio :879420 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL) - Admisión  
 Nro: 335265  
 ESTUDIO 46058  
 MEDIO DE CONTRASTE INTRAVENOSO 100CC, IOVERSOL (OPTIRAY 320 FRASCO X 50ML), MEDIO DE CONTRASTE ORAL 20CC, MD- GASTROVIEW X 30ML.  
 MEDIO DE CONTRASTE RECTAL 10CC, MD- GASTROVIEW X 30ML.  
 TECNICA:  
 Adquisición helicoidal del abdomen previa y posterior a la administración de contraste intravenoso ilustrándose fase simple, arterial y portal, desde las bases pulmonares hasta la sínfisis púbica. Se ha utilizado además solución yodada gastrointestinal por vía oral y rectal.  
 HALLAZGOS:  
 El hígado aparece con su tamaño levemente aumentado pero con su atenuación disminuida en comparación con la del bazo en todas las fases del estudio, sin afectación de sus sistemas venosos ni compromiso de la vía biliar intrahepática ni extrahepática. El hallazgo se corresponde con esteatosis hepática de origen a determinar. No se advierte vesícula biliar, presencia de estigmas quirúrgicos locales acompañados de colección sobre su lecho con volumen aproximado de 35ml.

Como se indicó anteriormente, en la respuesta a la pregunta al numeral 5, donde el abogado pretende direccionar al perito para que diga que no se ejecutó correctamente la cirugía el perito aportado por los demandantes dice lo siguiente:

*“Si el procedimiento fue ejecutado de manera correcta no deberían existir esos hallazgos de la TAC, es correcto. Pero no debemos olvidar que el resultado definitivo no solo depende del cirujano sino de factores otros como (ver referencia bibliografía 1):*

*Anomalías anatómicas de la vía biliar que son muy frecuentes.*

***Inflamación de las estructuras en cuestión como la vesícula en este caso.***

***Friabilidad del hígado como en este caso.***

*Adherencia y fibrosis por inflamación crónica muy frecuentes.*

*Adherencias y fibrosis de cirugía previas.*

***Obesidad de la paciente como en este caso.***

***Cirugía urgente vs electiva como en este caso.***

***Dificultad en la exposición de las estructuras por inflamación y sangrado como en este caso. Impericia del cirujano y/o de los demás participantes en la cirugía.***

***Enfermedades asociadas del paciente que aumentan el riesgo como en este caso: diabetes, cáncer, obesidad...”*** (Negrilla tomada textual del dictamen)

Lo anterior nos permite concluir, que el perito lo que indica en sus respuestas 4 y 5 es que la técnica quirúrgica fue adecuada y que las situaciones de salud propias de la paciente son las que la hacen propensa a que se presente lo que sucedió.

En igual sentido, el perito aportado por los demandantes indica que la respuesta No. 6, que:

*“En ninguna parte de la historia reza que “se le ocasionaron a la señora PATRICIA MUÑOZ lesiones en el lecho hepático y la vía biliar”. **La vía biliar esta indemne como se reportó en la CPRE que se le practico.**”*

**AL HECHO-2.12. NO ES CIERTO** como lo narra el demandante. El 18 de febrero de 2018 cuando la señora MUÑOZ ingresa por el servicio de urgencias del Hospital SAN JOSÉ, es valorada por inicialmente por la Dra. DIANA MARCELA BEJARANO JARAMILLO a las 19:52 horas, posteriormente es valorada por el especialista en cirugía general el Dr. MIGUEL ESMERAL LEAL a las 21:24 horas, para ese momento la señora MUÑOZ, se encontraba sin fiebre, no tenía ictericia, dolor en hemiabdomen superior, no tenía signos de irritación peritoneal, y no tenía blumberg<sup>8</sup>.

EXAMEN FISICO  
PACIENTE EN CAMILLA  
ORIENTADA, CONCIENTE, COLABORA, AFEBRIL  
FC 80 FR 15 AFEBRIL  
ESCLERAS ICTERICAS  
CP NORMAL

ABDOMEN HERIDAS CICATRIZADAS, DOLOR EN HEMIABDOMEN SUPERIOR, MAYOR HACIA HCI, NO MASAS, NO BLUMBERG, PERISTALTISMO POSITIVO

DX  
DOLOR ABDOMINAL ES ESTUDIO  
POP DE COLECISTECTOMIA  
PANCREATITIS VS BILIPERITONEO

Lo anterior significa que la señora MUÑOZ no tenía ninguna manifestación de compromiso peritoneal, que hiciera considerar en ese momento al especialista la posibilidad de una intervención quirúrgica. Sin embargo, en un actuar prudente se sospechó por este facultativo una pancreatitis vs un biliperitoneo, por lo que dejó la paciente en hospitalizada para la toma de ayudas diagnósticas y poder definir la conducta.

Es menester indicar que toda impresión diagnóstica debe ser confirmada o descartada de ahí que se deba esperar el reporte de las ayudas diagnosticas solicitas y demás exámenes de laboratorio.

La TAC de Abdomen reveló una Esteatosis hepática, colección en el lecho vesicular y en el fondo del saco pélvico y derrame pleural bilateral pequeño se inició antibióticos Ampicilina Sulbactam 3 gramos cada 8 horas, como la señora PATRICIA los días posteriores persistía con dolor, náuseas, no deposiciones, episodios de hipoglicemia, el Dr. AYMER OSPINA decidió pasar turno a Laparoscopia para drenaje de la Colección y paso de catéter Central, pues en ese momento era difícil canalizar venas periféricas de la paciente.

Como lo señala el mismo dictamen allegado por los demandantes, en respuesta al numeral 3, sobre este punto afirmo:

<sup>8</sup> Signo característico de peritonitis. Ref. Clínica Universidad de Navarra.

**“RESPUESTA:** Toda demora en la ejecución de una acción médica una vez establecido con claridad un diagnóstico, puede empeorar un pronóstico. Desafortunadamente también, la realización de una acción médica sin diagnóstico definido y solamente por la sospecha clínica, no está exenta de riesgos y de iatrogenia.

El mismo día del ingreso la valoro CG. No encontró indicación quirúrgica en el momento. Ordenó los estudios de laboratorio adecuados y una TAC abdominal. Por trámites no evidenciables en la historia, la TAC se demoró 48 horas. Leída por el cirujano y después de obtenido el reporte del radiólogo, inmediatamente se procedió a realizar una cirugía laparoscópica perfectamente bien indicada. De haberse conocido la situación al ingreso, esas 48 horas hubieran favorecido a la paciente, pero no cambiarían el desenlace, porque esta parte de la historia no explica lo que sucedió posteriormente.” (Destacado fuera de texto).

### AL HECHO-2.13. PARCIALMENTE CIERTO.

**ES CIERTO** que el Dr. OSPINA en un actuar diligente realizó el procedimiento de Laparoscopia exploradora a la señora PATRICA MUÑOZ el 21 de febrero de 2018, previa explicación de los riesgos del procedimiento a la paciente tal y como se consigna en la historia clínica. Como quiera que la EPS no había autorizado el procedimiento el Dr. OSPINA realiza la cirugía como una urgencia vital en aras de intervenir a la señora MUÑOZ de forma oportuna.

Diagnosticos					
Impre. DX	Código	Descripción			
Principal	Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS			
Relacionado 1					
Relacionado 2					
Suministros:					
Recomendaciones:					
Riesgos: INFECCION, ABSCESEO, SANGRADO, COLECCION, LESION INTESTINAL, LESION DE VIA BILIAR, FISTULA, LESION VASCULAR, LAPAROTOMIA, ABDOMEN ABIERTO, DOLOR CRONICO, RECHAZO DE MATERIAL SE SUTURA, DEFECTO CICATRIZAL, REINTERVENCION, MUERTE					
Tipo de Anestesia:	GENERAL	Hospitalización (días):	Previa:	Posterior:	
Medico Tratante					
Nombre:	OSPINA TASCÓN AYMER FERNANDO				
Especialidad:	CIRUGIA GENERAL	Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido			
Registro Médico:	760412-97	Firma 			
Orden # 2382688			Fecha:	21/02/2018 17:00	DD MM
Análisis y Conducta: <u>SUBIR A CIRUGIA COMO URGENCIA VITAL</u>					

Los hallazgos intraoperatorios fueron múltiples adherencias del epiplón al peritoneo e hígado, escaso líquido bilioso en la gotera parietocólica derecha y subhepática, pero no observó salida de bilis del muñón del conducto cístico por el proceso inflamatorio (¿interroga posible Fístula del Cístico?), realizó la liberación de las adherencias, drenó la colección, lavado de la cavidad abdominal y dejó un dren en la región subhepática, todo el procedimiento lo realizó de conformidad a los protocolos y guías de manejo.

**NO ES CIERTO** lo que afirma el apoderado del extremo activo de la Litis que: “Con la anterior descripción quirúrgica, nos confirma que la intervención anterior –colelap– fue laboriosa y se hizo mucha manipulación de los órganos de la paciente lo que ocasionó las adherencias y las colecciones que se describieron anteriormente...”

Es pertinente aclarar que las adherencias no son causadas por el cirujano, según como lo describe la literatura médica las adherencias abdominales

postoperatorias<sup>9</sup> (AAP) ocurren en más del 90% de los pacientes sometidos a cirugía de abdomen. La formación de adherencias se debe a un desequilibrio entre la fibrinogénesis y la fibrinólisis, es tejido conectivo formados al azar entre las asas intestinales, el peritoneo y la pared abdominal. Son una reacción **fisiológica** (natural) a la agresión de los tejidos por los procesos quirúrgicos. En el caso de la señora MUÑOZ hay que recordar que tenía una cesárea previa, circunstancia que favorece a la presencia de adherencias abdominales.

Respecto a esta afirmación del demandante que el Dr. OSPINA hizo mucha manipulación en la cirugía inicial el dictamen aportado por los demandantes, el perito sostiene en respuesta al numeral en el punto 7, lo siguiente:

*"Para hablar de si "la intervención anterior fue laboriosa y se hizo mucha manipulación de los órganos de la paciente, lo que ocasionó las adherencias y las colecciones que se describieron anteriormente" está la descripción operatoria de la primera cirugía. **Allí no se describe que hubo manipulación excesiva de los órganos.***

*Ahora, en esta segunda cirugía debemos tener en cuenta, que no solo hay participación de la primera cirugía en los hallazgos, sino una complicación que agrega más participación por ser un proceso inflamatorio no controlado. **En mi concepto y experiencia, los hallazgos descritos corresponden más a la complicación que a la primera cirugía.**"* (Destacado fuera de texto).

De acuerdo con lo anterior el perito descarta una excesiva manipulación en cirugía como causa de las adherencias y colecciones, además concluye que los hallazgos en de esta cirugía corresponden a una complicación propia del procedimiento (riesgo inherente) que a la realización de la primera cirugía.

**AL HECHO-2.14. PARCIALMENTE CIERTO** como lo narra el apoderado de los demandantes. Con base en los hallazgos de la cirugía del 21 de febrero de 2018, el Dr. OSPINA, en un actuar diligente y propendiendo por hacer todo que está a su alcance para conjurar la complicación postoperatoria (riesgo propio de la intervención), solicitó una COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA CPER-TRANSDUODENAL para efectuar esfinterotomía y dejar Stent en la vía biliar, según nota del 21 de febrero de 2018.

Orden # 2382901		Fecha: 21/02/2018 19:22	DD MM
Análisis y Conducta: 1. TRASLADO A PISO 2. DIETA LIQUIDA EN 6 HORAS 3. SSN 0.9% 1000 cc / 8 HORAS 4. METOCLOPRAMIDA 10 mg EV / 8 HORAS 5. DAPIRONA 2 g EV / 6 HORAS 6. AMPICILINA/SULBACTAM 3 g EV / 8 HORAS 7. SS / CPER 8. CONTROL SIGNOS VITALES - AVISAR CAMBIOS			
<b>SERVICIOS SOLICITADOS</b>			
Código	Descripción	Cantidad	Texto Explicativo
511102	COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA ( TRANSDUODENAL )	1	
<b>Medico Tratante</b>			
Nombre:	OSPINA TASCÓN AYMER FERNANDO		
Especialidad:	CIRUGÍA GENERAL		
Registro Médico:	760412-97		
			Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido
			Firma 

<sup>9</sup> Adherencias abdominales postoperatorias: patogénesis y técnicas actuales de prevención. Cir. cir. vol.87 no.6 Ciudad de México nov./dic. 2019. Epub 22-Nov-2021 <https://doi.org/10.24875/ciru.18000511> ARTÍCULOS DE REVISIÓN

El 01 de marzo de 2023, se realizó el procedimiento de COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA CPER-TRANSDUODENAL ordenado por el Dr. OSPINA, se hace de suma relevancia en este punto indicar que los profesionales de la salud son los que indican las ordenes médicas y son las EPS las encargadas de realizar todos los tramites atientes a que dichas ordenes se cumplan; en estos temas de autorizaciones no tiene injerencia el profesional de la salud.

Al día siguiente de haberse realizado al CPER el 02 de marzo de 2018 a las 15:10 horas, la señora PATRIA es valorada por el Dr. MIGUEL ESMERAL LEAL, cirujano general, quien describe a la paciente hemodinamicamente estable y sin dificultad respiratoria y consigna el resultado del procedimiento:

AP: PACIENTE DE 57 AÑOS CON ANTECEDENTE DE COLELAP RECIENTE QUIEN SE ENCUENTRA EN POP DE LAPAROTOMIA 21/02/2018 MULTIPLES ADHERENCIAS DE EPIPLON A PERITONEO E HIGADO POR CIRUGIA PREVIA, ESCASO LIQUIDO BILIOSO EN GOTERA, PARIETOCOLICA DERECHA Y SUBHEPATICA, NO SE OBSERVA SALIDA DE BILIS DEL LECHO HEPATICO POR PROCESO, INFLAMATORIO, SE REALIZO EL DIA DE AYER CPER MUESTRA VIA BILIAR EXTRAHEPATICA SIN DILATACION CON FUGA DE MEDIO DE CONTRASTE A NIVEL CISTICO, VIA INTRAHEPATICA NO DILATADA, SE REALIZA ESFINTEROTOMIA, IMPLANTE DE PROTESIS PLASTICA BILIAR DE OFR POR 10 CM DE LONGITUD. EN EL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA SE AJUSTA ANALGESIA Y SE CONTINUA CON IGUAL MANEJO MEDICO.

DX  
PANCREATITIS POSTCOPER  
PLAN  
SUSPENDER VIA ORAL  
ANALGESIA CON MEPERIDINA  
AMILASAS, AMILASURIA  
RX DE TORAX Y SERIE DE ABDOMEN

Medico Tratante

Nombre: ESMERAL LEAL MIGUEL

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Registro Médico: 16525

Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido

Firma

De la COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA CPER-TRANSDUODENAL, se establece como lo indica el perito que aportaron los demandantes, que no hubo una lesión de la vía biliar durante el procedimiento que realizó el Dr. AYMER OSPINA TASCÓN, como quiera que la filtración del cístico que se indica en la CPER es como consecuencia el aflojamiento de uno de los clips que se utilizan en cirugía.

En la respuesta No. 6 del dictamen se indica:

"En ninguna parte de la historia reza que "se le ocasionaron a la señora PATRICIA MUÑOZ lesiones en el lecho hepático y la vía biliar". **La vía biliar esta indemne como se reportó en la CPRE que se le practico.** Allí habla de una filtración del conducto cístico, cuya razón más frecuente es el aflojamiento de los clips, situación esta que **puede ocurrir al retroceder el edema del conducto en los primeros días posquirúrgicos, evento posible por su cuadro de inflamación detectado y reportado en la descripción operatoria.** En segundo lugar, una colección en el lecho vesicular no es evidencia de lesión de la vía biliar ni del lecho hepático. Dicha colección puede ser producida por liquido inflamatorio, linfa, sangre, restos de la solución de irrigación, incluida la bilis, entre otros. La evidencia de lesión de una vía biliar solo la da:

1. La detección intraoperatoria apreciada por el propio cirujano o,
2. Un examen postoperatorio radiológico directo de la vía biliar en cuestión como la CPRE." (Destacado fuera de texto).

En igual sentido indica el perito en la ampliación del dictamen solicitado por el mismo demandante, donde se intenta direccionar la pregunta a que el cístico fue mal grapado, en la respuesta 7 c; se afirma por el perito lo siguiente:

"RESPUESTA: Si se refiere a la complicación de una fistula biliar puedo responder lo siguiente:

1. Conducto cístico mal grapado. Puede ocurrir por:

- Material defectuoso y diseño del clip, defecto en la pinza aplicadora del clip, dificultad técnica por la anatomía del cístico y la vía biliar, impericia del cirujano, intencionalidad.
  - Otras posibilidades:
    - **cístico grueso y dilatado que impida un correcto grapado.** En este caso se pusieron cuatro clips cosa que no es lo usual. En general se ponen solo dos.
    - Necrosis del cístico, proximal al clip mas cercano al colédoco.
    - **Retroceso de edema en cístico bien grapado inicialmente.**
    - Ruptura pequeña del cístico en su inserción en el colédoco, secundaria a manipulación, no evidenciada en la cirugía.
2. Una fistula no se hace por un dx tardío.
3. Una fistula no se hace por demora." (Destacado fuera de texto).

Téngase en cuenta que el mismo perito indica que una de las condiciones asociadas directamente a la paciente para que se presente la complicación que presento la señora MUÑOZ, como lo refrenda en las respuestas 5 a y b de la aclaración del dictamen pericial es un conducto cístico dilatado como el que tenía la paciente en la cirugía del COLELAP, de ello se colige que el perito señala que la filtración por aflojamiento de clips es muy probable que ocurriera porque el edema del conducto mermara en los primeros días postoperatorios; adicionalmente no se detectó en cirugía sino a través de la ayuda diagnostica CPRE.

Cuando el cirujano extrae la vesícula biliar debe localizar y disecar la arteria cística y el conducto cístico de forma selectiva. Colocar los clips y cortar los conductos. Los clips metálicos (Titanium) son dispositivos rápidos y efectivos para vasos de pequeño y mediano calibre, cuya finalidad es evitar el sangrado, como todo cuerpo extraño dentro del organismo es susceptible de que aun empleando la técnica quirúrgica adecuada y teniendo certeza que quedaron adecuadamente colocados, se aflojen por el proceso inflamatorio, por las condiciones propias de la paciente, por el diseño del dispositivo, entre muchos factores que no dependen exclusivamente del cirujano, incluso la literatura médica reporta migración de clip quirúrgico a la vía biliar común después de cirugía laparoscópica de la vesícula<sup>10</sup>, lo que no significa que ello sea sinónimo de mala praxis.

En gracias de discusión, la filtración que presentó la señora PATRIA MUÑOZ RENGIFO, es un riesgo inherente al procedimiento, riesgo informado y aceptado de manera libre y voluntaria por la señora RENGIFO tal y como consta en el consentimiento informado desde la consulta que se llevó a cabo con el Dr. OSPINA el 30 de noviembre de 2017, casi dos meses y medio, antes del procedimiento quirúrgico.



FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE

Fecha: 30/11/2017

Historia:2223414

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL

Yo, Patricia Mónica Rengifo, mayor de edad identificado con el documento de identidad 38.658.198 de Bogotá, actuando en nombre propio o como representante legal de \_\_\_\_\_ identificado con el documento de identidad \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): OSPINA TASCÓN AYMER FERNANDO y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 37508 - COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico K801 - CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS.

<sup>10</sup> Migración de clip quirúrgico a la vía biliar común después de cirugía laparoscópica de la vesícula / Metallic clip migration to the common bile duct after laparoscopic surgery of the gallbladder Mendoza, Mónica E; Bauni, Carlos E; Vives, Daniel A. Rev. argent. radiol ; 65(1): 59-61, 2001. Ilus Artículo en español | BINACIS | ID: bin-8606 Biblioteca responsable: AR144.1

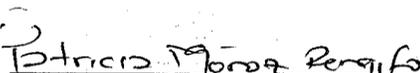
La Cirugía es el tratamiento escogido por mí y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 37508 - COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA:

usea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos anestésicos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiopulmonar, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: INFECCION, ABSCESO, SANGRADO, COLECCION, LESION INTESTINAL, LESION VIA BILIAR, FISTULA, LESION VASCULAR, LAPAROTOMIA, ABDOMEN ABIERTO, RECHAZO DE MATERIAL DE SUTURA, DEFECTO CICATRIZAL, REINTERVENCION, MUERTE

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos: 37508 - COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA:

  
Nombre y Firma del Paciente o representante legal (parentesco y/o relación)

Documento: 38 858 198

  
Nombre y Firma del Testigo

Documento:

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.





Firma del Médico

OSPINA TASCÓN AYMER FERNANDO

CC # 94396257

Registro Médico # 760412-97

Fecha: DD MM AAAA  
30/11/2017

En el caso el propio perito del demandante señala que son las propias condiciones de la paciente que favorece a que se presentara la complicación postoperatoria.

**AL HECHO-2.15. ES CIERTO** de conformidad con la historia clínica. Respecto a las infecciones nosocomiales que lastimosamente adquirió la señora MUÑOZ en su estancia hospitalaria indicó el perito de los demandantes en la respuesta 11:

*"Todos estos microorganismos se llaman **"oportunistas"**, porque aparecen en aquellos pacientes que, por sus condiciones de salud, están en condiciones de inmunidad desventajosa, en un medio donde la **necesaria invasividad** de los tratamientos médicos y quirúrgicos favorecen la entrada de los mismos. La paciente tenía antecedentes como:*

- Diabetes mellitus 2. El antecedente de riesgo más frecuente en una UCI.
- Cáncer de mama. Un cáncer puede haber sido tratado pero la carga genética del paciente canceroso siempre lo pondrá en condiciones de desventaja.
- Obesidad. Factor de riesgo de mortalidad en UCI. Hoy en día con el virus COVID 19 es un marcado de alto riesgo de mortalidad.
- Tuvo una filtración biliar a partir del muñón del conducto cístico y a partir de allí se hizo la primera infección.
- Secundario a lo anterior, debió ingresar a UCI y sobrevienen los gérmenes ya señalados por usted." (Negrilla tomada textual del dictamen)

**AL HECHO-2.16. NO NOS CONSTA**, como quiera que el doctor AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN no participó en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

**AL HECHO-2.17. NO NOS CONSTA**, como quiera que el doctor AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN no participó en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

Sin embargo, es preciso indicar que en la historia clínica de la señora MUÑOZ también se reportó como parte su estado clínico la posibilidad de una metástasis tumoral y no solo menonia nosocomial como lo indica el apoderado de los demandantes.

Descripción del Caso Clínico: NUTRICION Y DIETETICA

PACIENTE DE 57 AÑOS CON DX SEPSIS GRAVE RESUELTA, DERRAME PARA NEUMONIA VS METASTASIS TUMORAL CA DE MAMA DERECHA ESTADIO III, POP, ESTADO POST RÉANIMACION, DM2 CON COMPROMISO MICRO Y MACROVASCULAR, HTA CONTROLADA, OBESIDAD, IRC AGUDIZADA AKI III, CA DE MAMA DERECHA EN QUIMIOTERAPIA, GASTRITIS EROSIVA HIPEREMICA EROSIVA LEVE, ANEMIA.  
PACIENTE CON INDICACION DE SOPORTE NUTRICIONAL POR SONDA NASOYEURUNAL FORMULA GLUCERNA, ALIMENTO PARA PROPOSITOS MEDICOS ESPECIALES COMPLETO Y BALANCEADO PARA PACIENTES CON DIABETES E HIPERGLICEMIA.

FRUSTA, EN MARZO/07 DOLOR PLEURITICO , DERRAME PLEURAL DERECHO, ACIDEMIA METABOLICA , MAS INJURIA RENAL , SE TRASLADA A UCI POR SEPSIS GRAVE:

. NEUMONIA NOSOCOMIAL??

DERRAME PARA NEUMONICO VS METASTASIS TUMORAL.

**AL HECHO-2.18. NO NOS CONSTA**, como quiera que el doctor AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN no participó en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

**AL HECHO-2.19. NO NOS CONSTA**, como quiera que el doctor AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN no participó en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

**AL HECHO-2.20. NO ES CIERTO** como lo narra el demandante, la señora PATRICA MUÑOZ RENGIFO durante su estancia hospitalaria fue atendida y valorada por parte de un equipo multidisciplinario en salud, idóneo y especializado para atender las condiciones clínicas de la paciente, como parte del tratamiento la especialidad de cirugía general sugiere remisión a Nivel 4 de atención para evaluación por la subespecialidad de Cirugía Hepatobiliar, por persistencia de producido biliar, además se solicitó una Colangiorensonancia, que no localiza el stent en la vía biliar (al parecer se había desplazado) y una resonancia magnética nuclear cerebral define encefalopatía hipóxica; se solicitó una nueva CPER para intentar volver a colocar el stent en la vía biliar, procedimiento éste que la EPS autoriza en una clínica de Nivel 4 por la condición clínica de la paciente, el cual infortunadamente no se alcanzó a realizar.

**AL HECHO-2.21. NO NOS CONSTA**, como quiera que el doctor AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN no participó en las circunstancias narradas en este hecho, en primera instancia manifestaremos que no nos consta y nos atenemos a lo consignado positivamente en la historia clínica y lo que se demuestre en el debate probatorio.

**AL HECHO-2.22. AL HECHO 2.32. NO NOS CONSTA** las circunstancias narradas en estos hechos, los demandantes describen circunstancias particulares donde a acudieron a otras instancias judiciales y condiciones de los familiares que se escapan de la esfera de conocimiento del Dr. AYMER OSPINA TASCÓN.

- De las afectaciones a la vida en relación

**AL HECHO 2.33. NO ES UN HECHO.** Son afirmaciones que hace el demandante desde su subjetividad. En todo caso todos los hechos aducidos por los demandantes deben ser probados dentro del proceso.

- Del dictamen pericial.

**AL HECHO 2.34. NO ES UN HECHO.** Son afirmaciones que hace el demandante desde su subjetividad sobre el dictamen pericial, absolutamente contrarias a lo que concluye el dictamen.

Del análisis del Dictamen de los demandantes y su aclaración se puede indicar que:

Indica el demandante que hay complicaciones de la obstrucción por cálculos de la vía biliar:

Respuesta 2 del dictamen pericial:

*“c. Como dije, la mayoría de los pacientes tiene cálculos asintomáticos por muchos años que no tienen sintomatología propia y de fácil determinación. Llega a hacerse el diagnóstico porque se envía un examen radiológico por otras razones y se encuentran los cálculos incidentalmente o porque se manifiestan por una de las siguientes complicaciones: Colecistitis aguda  
Pícolecisto  
Coledocolitiasis  
Colangitis  
Pancreatitis biliar  
Cáncer de vesícula”*

El Perito en la respuesta 4 C indica respecto de la técnica quirúrgica:

**“C. En la descripción a continuación no hay nada que permita decir algo en contra de la técnica de la coelap realizada. Estuvo acorde con la lex artis.”**  
(Destacado fuera de texto).

En la respuesta a la pregunta 5, donde el abogado pretende direccionar al perito para que diga que no se ejecutó correctamente la cirugía dice lo siguiente:

*“Si el procedimiento fue ejecutado de manera correcta no deberían existir esos hallazgos de la TAC, es correcto. Pero no debemos olvidar que el resultado definitivo no solo depende del cirujano sino de factores otros como (ver referencia bibliografía 1):*

*Anomalías anatómicas de la vía biliar que son muy frecuentes.*

**Inflamación de las estructuras en cuestión como la vesícula en este caso.**

**Friabilidad del hígado como en este caso.**

*Adherencia y fibrosis por inflamación crónica muy frecuentes.*

*Adherencias y fibrosis de cirugía previas.*

**Obesidad de la paciente como en este caso.**

**Cirugía urgente vs electiva como en este caso.**

**Dificultad en la exposición de las estructuras por inflamación y sangrado como en este caso. Impericia del cirujano y/o de los demás participantes en la cirugía.**

**Enfermedades asociadas del paciente que aumentan el riesgo como en este caso: diabetes, cáncer, obesidad...”** (Negrilla tomada textual del dictamen)

En la aclaración del dictamen pericial en la respuesta al numeral 5 a, el perito señala que:

*“RESPUESTA: En primer lugar, la palabra comorbilidad no está bien utilizada en este caso para referirse a las colecciones vistas en la TAC, las colecciones son complicaciones, no son comorbilidad.*

*Segundo, no es lo mismo, con respecto a las posibles complicaciones que pueden aparecer después de una colecistectomía, operar un paciente electivo que un paciente:*

- **Urgente.**
- **Obeso.**
- **Vesícula engrosada como consecuencia de inflamación crónica.**
- **Conducto cístico dilatado.**
- **Hígado friable.**
- **Sangrado del lecho hepático.**

*Como fue el caso de esta paciente.*

**No olvidar que los resultados del TAC no son fruto del acto quirúrgico (colecistectomía) solamente, sino de la complicación que se presentó a continuación. Esta última situación es la responsable prioritaria.** ” (Destacado fuera de texto)

Lo anterior nos permite concluir, que el perito lo que indica en sus respuestas es que la técnica quirúrgica fue adecuada y que las situaciones de salud propias de la paciente son las que la hacen propensa a que se presente lo que sucedió.

En la respuesta número 6 del dictamen pericial dice:

*“En ninguna parte de la historia reza que “se le ocasionaron a la señora PATRICIA MUÑOZ lesiones en el lecho hepático y la vía biliar”. **La vía biliar esta indemne como se reportó en la CPRE que se le practico.** Allí habla de una filtración del conducto cístico, cuya razón más frecuente es el aflojamiento de los clips, situación esta que **puede ocurrir al retroceder el edema del conducto en los primeros días posquirúrgicos, evento posible por su cuadro de inflamación detectado y reportado en la descripción operatoria.** En segundo lugar, una colección en el lecho vesicular no es evidencia de lesión de la vía biliar ni del lecho hepático. Dicha colección puede ser producida por liquido inflamatorio, linfa, sangre, restos de la solución de irrigación, incluida la bilis, entre otros. La evidencia de lesión de una vía biliar solo la da:*

- 1. La detección intraoperatoria apreciada por el propio cirujano o,*
- 2. Un examen postoperatorio radiológico directo de la vía biliar en cuestión como la CPRE.”*

En igual sentido indica el perito en la ampliación del dictamen solicitado por el mismo demandante, donde se intenta direccionar la pregunta a que el cístico fue mal grapado, en la respuesta 7 c; se afirma por el perito lo siguiente:

*“RESPUESTA: Si se refiere a la complicación de una fistula biliar puedo responder lo siguiente:*

- 1. Conducto cístico mal grapado. Puede ocurrir por:*

- Material defectuoso y diseño del clip, defecto en la pinza aplicadora del clip, dificultad técnica por la anatomía del cístico y la vía biliar, impericia del cirujano, intencionalidad.
  - Otras posibilidades:
    - **cístico grueso y dilatado que impida un correcto grapado.** En este caso se pusieron cuatro clips cosa que no es lo usual. En general se ponen solo dos.
    - Necrosis del cístico, proximal al clip mas cercano al colédoco.
    - **Retroceso de edema en cístico bien grapado inicialmente.**
    - Ruptura pequeña del cístico en su inserción en el colédoco, secundaria a manipulación, no evidenciada en la cirugía.
2. Una fistula no se hace por un dx tardío.
3. Una fistula no se hace por demora." (Destacado fuera de texto).

Téngase en cuenta que el mismo perito indica que una de las condiciones asociadas directamente a la paciente para que se presente la complicación que presento la señora MUÑOZ, como lo refrenda en las respuestas 5 a y b de la aclaración del dictamen pericial es un conducto cístico dilatado como el que tenía la paciente en la cirugía del COLELAP, de ello se colige que el perito señala que la filtración por aflojamiento de clips es muy probable que ocurriera porque el edema del conducto mermara en los primeros días postoperatorios; adicionalmente no se detectó en cirugía sino a través de la ayuda diagnostica CPRE.

Respecto a la afirmación del demandante que el Dr. OSPINA hizo mucha manipulación en la cirugía inicial el perito en el punto 7 dice:

*"Para hablar de si "la intervención anterior fue laboriosa y se hizo mucha manipulación de los órganos de la paciente, lo que ocasionó las adherencias y las colecciones que se describieron anteriormente" está la descripción operatoria de la primera cirugía. **Allí no se describe que hubo manipulación excesiva de los órganos***

*Ahora, en esta segunda cirugía debemos tener en cuenta, que no solo hay participación de la primera cirugía en los hallazgos, sino una complicación que agrega más participación por ser un proceso inflamatorio no controlado. **En mi concepto y experiencia, los hallazgos descritos corresponden más a la complicación que a la primera cirugía.**" (Destacado fuera de texto).*

De acuerdo con lo anterior el perito descarta una excesiva manipulación en cirugía como causa de las adherencias y colecciones.

Cuando el demandante le pregunta si hubo lesión duodenal en la CPER y si esta es mala práctica en la respuesta a la pregunta 8 respondió:

*"a. La perforación del duodeno es una posibilidad poco frecuente de la CPRE pero el riesgo de mortalidad es alto. Tomado de la referencia 2: "A pesar de ser una prueba segura, existe el riesgo de complicaciones tales como la pancreatitis, la perforación o la hemorragia 1)(2)(3)(4)(7)(8)(9)(11)(12. La incidencia de todas las complicaciones oscila entre el 5,4% y el 23,9% y la mortalidad del 0,1 al 1% 1) (4)(5)(6)(8)(9)(11. La incidencia de solo perforación oscila entre el 1 y el 2% 3)(4)(5)(6)(11)(12 y su mortalidad asciende al 16-18% según las series descritas".*

Respecto al manejo de esta complicación indicó en la misma respuesta 8:

*“b. La literatura médica es muy abundante acerca de este tipo de complicación. Existen pautas muy claras acerca de cuándo operar y cuando hacer manejo conservador como se hizo en este caso.*

*En este caso se sospechó y se intentó comprobar una perforación duodenal postCPRE pero no se pudo comprobar:*

- *TAC de abdomen contraste venoso sin contraste oral que se canceló por falla renal. Los pacientes con daño renal pueden tener mayor lesión renal por el uso de contraste venoso. Si no se da contraste oral no se puede diagnosticar una filtración por una perforación duodenal.*
- *Rx de tórax de pie. Si aparece aire libre a nivel de los diafragmas sugiere perforación de víscera hueca como el duodeno. Fue negativo. Un hallazgo negativo no asegura que no se perforó el duodeno...”*

En la respuesta 9 indica respecto a la afirmación del demandante, que la paciente sufrió infección biliar, manifestó:

**“...Del análisis de la historia clínica no hay evidencia que permita sostener una sepsis de origen biliar. Las ecografías y la CPRE siempre reportaron vía biliar sin obstrucción, sin dilatación y sin cálculos.”** (Destacado fuera de texto).

En la aclaración del dictamen pericial sobre este punto el perito, refrenda en la respuesta al numeral 9 a, lo siguiente:

*“RESPUESTA: En primer lugar, dos cosas relacionadas temporalmente no necesariamente implican nexo de causalidad. En el peritaje anterior se dejó claro que la sepsis de origen biliar se refiere y se origina a partir de una OBSTRUCCION de la vía biliar, cosa que no ocurrió en la paciente en cuestión. Luego lo afirmado en ese peritaje es correcto.*

**Segundo, aquí el problema infeccioso se origina después de la complicación de la fistula biliar, la cual lleva inicialmente a una colección biliar aséptica dentro de la cavidad peritoneal (coleperitoneo), que puede con el tiempo infectarse secundariamente por gérmenes generalmente de origen intestinal, que pueden llegar a la bilis en el peritoneo por translocación bacteriana a través de una pared intestinal, anatómicamente íntegra, pero funcionalmente alterada desde el punto de vista inmunológico, entre otros. En este caso, nunca se comprobó que la bilis hallada en la cavidad peritoneal en el momento de la primera cirugía, fuera francamente purulenta(pus) ni que contuviera gérmenes.”** (Destacado fuera de texto).

Respecto al posterior manejo prolongado en UCI Dijo el perito en la respuesta 10:

*“Existe una diferencia que separa radicalmente la decisión de manejar un paciente en UCI o en sala general: el riesgo que corre el paciente de morir. Luego, el paciente de UCI ya tiene una enfermedad lo suficientemente grave que lo pone en riesgo frente a los tratamientos, tecnología, aparatología, personal médico y paramédico, etc, que se utilizan para tratar de salvarle la vida. Se trata de una decisión de vida o muerte que se comparte con el paciente y /o la familia...”*

*A continuación, un listado útil tomado de la referencia 3:*

¿Quién necesita terapia intensiva? Usted necesita terapia intensiva si tiene una enfermedad o lesión que puede ser mortal, como: • Quemaduras severas • Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) • Ataque cardíaco • Insuficiencia cardíaca • **Diabetes mellitus descompensada.** • **Insuficiencia renal** • **Personas recuperándose de ciertas cirugías mayores** • **Insuficiencia respiratoria** • **Sepsis** • Hemorragia severa • **Infecciones graves** • Lesiones graves como accidentes automovilísticos, caídas y tiroteos • Shock • **Accidente cerebrovascular** • **Cáncer..(Negrilla tomada textual del dictamen)**

Y concluye luego de indicar que aparatos se usan en UCI:

*“Estas máquinas pueden ayudarle a mantenerse con vida, pero muchas de ellas también pueden aumentar su riesgo de infección.*

**“Todos ellos se utilizaron en la paciente.”** (Destacado fuera de texto).

Lo que nos permite colegir que se utilizaron todos los recursos disponibles para tratar a la paciente a quien por sus comorbilidades y estado de salud requería el manejo que se le brindó.

Respecto a las infecciones nosocomiales que lastimosamente adquirió en su estancia hospitalaria indicó el perito en la respuesta 11:

*Todos estos microorganismos se llaman “oportunistas”, porque aparecen en aquellos pacientes que, por sus condiciones de salud, están en condiciones de inmunidad desventajosa, en un medio donde la **necesaria invasividad** de los tratamientos médicos y quirúrgicos favorecen la entrada de los mismos. La paciente tenía antecedentes como: • Diabetes mellitus 2. El antecedente de riesgo más frecuente en una UCI. • Cáncer de mama. Un cáncer puede haber sido tratado pero la carga genética del paciente canceroso siempre lo pondrá en condiciones de desventaja. • Obesidad. Factor de riesgo de mortalidad en UCI. Hoy en día con el virus COVID 19 es un marcado de alto riesgo de mortalidad. • Tuvo una filtración biliar a partir del muñón del conducto cístico y a partir de allí se hizo la primera infección. • Secundario a lo anterior, debió ingresar a UCI y sobrevienen los gérmenes ya señalados por usted.”* (Negrilla tomada textual del dictamen)

Concluyendo que:

**“El tratamiento administrado fue hecho cuidadosamente y de acuerdo a las guías actuales.”** (Subraya y negrilla utilizada por mí para destacar).

Cuando se le cuestiona si fueron los médicos los que le causaron las complicaciones a la paciente indica en la conclusión de la respuesta 12:

**“Todo lo que le ocurrió a la paciente esta reportado en la literatura como riesgos frecuentes a los distintos tratamientos realizados. A un integrante del personal de salud se le pueden atribuir responsabilidades por: impericia, negligencia, imprudencia, etc, que no aparecen en este caso.”** (Destacado fuera de texto).

## VI. A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA.

Con fundamento en la contestación de esta demanda por considerarlas infundadas, por no existir causa, ni nexos causal, ni culpa o conducta ilícita y no existir obligación alguna pendiente, nos oponemos a todas y a cada una de las pretensiones y en especial a que se declare responsable a la Dr. AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN ya que su conducta profesional especializada fue adecuada, correcta y aceptada por la ciencia médica actual y los protocolos, habiéndole prestado por su parte a la paciente PATRICIA MUÑOZ RENGIFO, la atención necesaria, de conformidad con las condiciones clínicas que presentaba tanto para el momento de la cirugía de colecistectomía laparoscópica, como el manejo de la complicación propia del procedimiento y las condiciones de la paciente.

Consecuentemente nos oponemos a que se condene a mí representado a pagar a la actora cualquier suma de dinero, pues el daño que reclama la demandante no tuvo su génesis en la conducta profesional brindada en su oportunidad por el Dr. **AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN**. Especialmente nos oponemos a:

### 1. PERJUICIOS MATERIALES-

1.2. **DAÑO EMERGENTE PASADO-NOS OPONEMOS AL RECONOCIMIENTO DEL DAÑO EMERGENTE PASADO**, como quiera que los demandantes no aportan prueba idónea de lo solicitado por los conceptos que reclaman a título de daño emergente. Es preciso indicar que está llamado a prosperar esta pretensión como quiera no existe relación de causalidad directa entre la conducta médica de mi prohijado y el daño alegado por los demandantes.

- El demandante aporta unos certificados del estado de cuenta de la tarjeta de crédito del señor GUIDO CASTAÑEDA MEJIA en calidad de yerno de la señora MUÑOZ, del Banco Caja Social de los meses de febrero-octubre de 2018, que en nada soportan los movimientos de los montos allí señalados, se desconoce para que utilizó el dinero de los avances, pues no hay nada que acredite fehaciente en que los empleo, incluso hay meses que no se reporta avance alguno, y se reporta pagos a otras entidades y por otros motivos diferentes a lo aquí pretendido, por lo que estos documentos son pertinentes, un conducentes para acreditar lo que sustenta el demandante.

1.3. **LUCRO CESANTE- NOS OPONEMOS AL RECONOCIMIENTO DEL LUCRO CESANTE PASADO Y FUTURO**. La primera característica del perjuicio es que debe ser cierto no una especulación del actor, el lucro cesante no se debe calcular en el caso que nos ocupa, este es INCIERTO; el demandante se limita a indicar que el lucro cesante se debe reconocer en este caso por el simple hecho que, "este tipo de daño hace referencia a lo que la presunta víctima no se ganó o que indefectiblemente no se ganará." Mas no fundamenta su pretensión, por quien está reclamando el lucro cesante y para quien; no aporta ninguna prueba que soporte el monto de los ingresos de los

demandantes y no explica de donde sale la suma por la cual solicita una cifra tan abultada como la pretendida por el actor.

La señora PATRICA MUÑOZ RENGIFO no era una persona que devengara recursos económicos, la historia clínica da cuenta de que la señora MUÑOZ, estaba afiliada al régimen subsidiado de salud, es decir, no cotizaba al sistema como trabajara dependiente, ni independiente, adicionalmente no se acredita por ninguno de los demandantes que dependieran económicamente de ella.

El apoderado de los actores solicita lucro cesante futuro, sin ningún sustento jurídico ni probatorio, a tenerse en cuenta que la señora MUÑOZ era una persona con múltiples patologías diabética, hipertensa, con enfermedad renal y con una enfermedad catastrófica el cáncer de mama, por lo que el lucro cesante vencido y futuro calculado por la parte actora es a todas luces incongruente con la realidad.

Por lo anterior, el lucro cesante que pretende el demandante, es una especulación por lo que se solicita se niegue.

## 2. PERJUICIOS INMATERALES.

**2.2. PERJUICIOS MORALES-NOS OPONEMOS** al perjuicio solicitados a favor de todos los demandantes. Esta pretensión debe descartarse por ser contraria a los límites jurisprudenciales de la Corte Suprema de Justicia que tasa las indemnizaciones en pesos y no en SMLMV, y por carecer de prueba en el presente plenario; este tipo de perjuicios deben probarse tanto en su existencia como en su cuantía y el demandante no los acredita por ninguno de los medios de prueba que aporta. Adicionalmente por carecer de los elementos para la declaratoria de la responsabilidad conforme a las excepciones presentadas. Por lo que se solicita sean negados.

**2.3. PERJUICIO DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN (DAÑO FISIOLÓGICO, DAÑO A LA SALUD O PERJUICIO GRAVE A LAS CONDICIONES DE EXISTENCIA). NOS OPONEMOS** como quiera que no está acreditado. Más allá de la solicitud del perjuicio, me opongo atendiendo a que el cambio que experimentaron los demandantes con ocasión al infortunado fallecimiento de la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO, no surgió por las intervenciones médicas desplegadas por los facultativos que atendieron a la paciente y no tiene relación de causalidad con el acto médico dispensado por mi prohijado y tales circunstancias son ajenas a los actos del profesional de la salud. La complicación que presentó la señora MUÑOZ es un riesgo inherente al procedimiento, favorecido por su condición clínica y múltiples enfermedades.

- 2.4. PERJUICIO-DAÑOS A BIENES O DERECHOS CONSTITUCIONALMENTE AMPARADOS, NOS OPONEMOS,** es menester señalar que el actor basa todo el fundamento de esta pretensión en el derecho contencioso administrativo y en jurisprudencia del Consejo de Estado, que establecen esta modalidad de perjuicios dependiendo de la afectación, vulneración relevante y gravedad de los hechos. La Sentencia de Unificación del CONSEJO DE ESTADO del 28 de agosto de 2014, establece que este perjuicio es procedente **en casos excepcionales**, cuando las medidas de satisfacción no sean suficientes posibles para consolidar la reparación integral, además de preferir las medidas de reparación no pecuniarias, se podrá otorgar una indemnización, única y exclusivamente a la víctima directa y siempre y cuando la indemnización no hubiere sido reconocida con fundamento en el daño a la salud.

A diferencia de lo que ocurre con el máximo órgano rector de la jurisdicción civil la Corte Suprema de Justicia, en sentencia del 5 de agosto de 2014, introduce una nueva categoría de daño extrapatrimonial denominado daño a bienes personalísimos de especial protección constitucional cuyo propósito es proteger el menoscabo a bienes jurídicos personalísimos de relevancia constitucional como son **el buen nombre, la dignidad o la honra**. En la misma sentencia, se analiza la delimitación del resarcimiento o indemnización de que no es aplicable al caso sub lite.

- 2.5. DAÑO POR PERDIDA DE OPORTUNIDAD-NOS OPONEMOS.** La jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ha establecido que es indispensable precisar que la pérdida de cualquier oportunidad, expectativa o posibilidad no configura el daño que, en el plano de la responsabilidad civil, ya sea contractual, ora extracontractual, es indemnizable cuando se trata de oportunidades débiles, incipientes, lejanas o frágiles, mal puede admitirse que, incluso, de continuar el normal desarrollo de los acontecimientos, su frustración necesariamente vaya a desembocar en la afectación negativa del patrimonio o de otro tipo de intereses lícitos de la persona que contó con ellas. Adicionalmente, por parte de la doctrina se indica que “debe exigirse que la víctima se encuentre en situación fáctica o jurídica idónea para aspirar a la obtención de esas ventajas al momento del evento dañoso”. Esta exigencia de carácter real y serio de la pérdida de la oportunidad no está acreditada en el proceso, por lo que no es procedente reconocer el daño autónomo de la pérdida de oportunidad solicitada por los demandantes.

## VII. AL JURAMENTO ESTIMATORIO.

Me permito OPONERME a todas y cada una de las pretensiones solicitadas por el extremo activo de la Litis, toda vez que los demandantes no aportan ningún elemento probatorio que acredite la existencia de los daños reclamados, ni

aportan prueba del nexo causal entre estos supuestos daños y el tratamiento médico dispensado por mi prohijado.

Incurre en un yerro el demandante en incluir perjuicios inmateriales para estimar la cuantía dentro del presente asunto, pues ley es clara en determinar que estos perjuicios no se establece la cuantía.

En cualquier caso, el Juez no podrá reconocer suma superior a la estimada en la cuantía, por cada ítem. Y el demandante deberá probar todos y cada uno de los perjuicios pretendidos como indemnización en esta demanda. El juramento estimatorio de la cuantía no es la prueba del perjuicio, sino que sirve únicamente para determinar la cuantía; luego cada perjuicio pretendido se deberá probar, so pena de las consecuencias legales antes anotadas, que se solicitan respetuosamente.

## **VIII. EXCEPCIONES DE MÉRITO**

### **1- AUSENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD**

Aún si se demuestra la existencia del daño, no hay lugar a la declaración de responsabilidad civil, si no existe prueba sobre la relación de causalidad que, vale decirlo, jamás puede presumirse. Una vez dejado claro que existe la obligación legal de probar la relación de causalidad para que pueda configurarse la obligación de indemnizar, se hace necesario no perder de vista que en materia de responsabilidad médica la acreditación de tal elemento se hace más compleja que en otras áreas del derecho de daños, puesto que es preciso comprender que para la ciencia médica existen pluralidad de causas que pueden producir un resultado final.

No es suficiente para que sea exigible la responsabilidad civil con que haya sufrido un perjuicio el demandante, ni con que se haya cometido una culpa por el demandado, que en este caso no está acreditada; debe reunirse un tercer requisito consistente en la existencia de un vínculo de causa a efecto entre el hecho y el daño: se precisa que el daño sufrido sea la consecuencia de la culpa cometida, que reitero no está acreditada.

- El Dr. AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN era idóneo y perito para la realización de la colecistectomía laparoscópica y laparoscopia exploradora a la señora PATRICIA MUÑOZ.
- El procedimiento estaba totalmente indicado, la señora MUÑOZ tenía una ecografía de abdomen total reportaba hígado graso leve y litiasis (cálculos) vesicular, además de encontrarse sintomática, es decir con dolor, antes de la cirugía realizada por el Dr. OSPINA.
- El Dr. OSPINA explicó a la señora MUÑOZ en qué consistía el procedimiento y los riesgos inherentes de la colecistectomía laparoscópica, y la paciente consintió la realización del procedimiento siendo conocedora de los riesgos, incluso tuvo dos meses antes para indicar su rechazo al procedimiento conociendo los riesgos del mismo y no lo hizo.

- El procedimiento de colecistectomía laparoscopia se llevó a cabo por parte de mi prohijado, con la técnica quirúrgica adecuada, de conformidad a los protocolos y lex artis, en el cual no se presentaron complicaciones.
- Lo acontecido con la señora MUÑOZ, la fistula que tiene su génesis a su vez en diferentes causas, fue consecuencia de la materialización de un riesgo inherente del procedimiento de colecistectomía laparoscópica y no de una mala práctica por parte del Dr. OSPINA.
- Cuando a la señora MUÑOZ, se le dio egreso de la institución hospitalaría, 24 horas después de la cirugía de colecistectomía laparoscópica, no presentar dolor, ni vómito, ni mareo, ni ningún signo o síntoma objetivo que hiciera sospechar de alguna complicación.
- Al reingreso de la señora MUÑOZ, el 18 de febrero de 2018 al examen físico tampoco tenía signos de irritación peritoneal, o síntomas irrefutables de una complicación postoperatoria, por lo que se solicitó el TAC abdomen para descartar o confirmar la sospecha diagnóstica, lo que se traduce en un actuar prudente por parte del personal sanitario del hospital.
- Con el resultado del TAC el Dr. OSPINA actuando de forma diligente, opera nuevamente de forma prioritaria a la señora MUÑOZ, realizando el procedimiento de laparoscopia exploradora y dejando un sistema de dren, como manda la lex artis.
- Con base en los hallazgos intraoperatorios el Dr. OSPINA en un actuar perito solicita que se le realice a la señora MUÑOZ una COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA CPER-TRANSDUODENAL para efectuar esfinterotomía y dejar Stent en la vía biliar.
- La PATRICA MUÑOZ RENGIFO se atendida por parte de un equipo multidisciplinario en salud, que dispense todos los procedimientos que manda la lex artis para atender su condición, se colocó a disposición de la paciente un equipo profesionales en salud idóneo y todos los servicios médicos del hospital propendiendo por salvaguardar la vida de la señora MUÑOZ.
- El infortunado fallecimiento de la señora MUÑOZ esta reportado en la literatura como riesgos frecuentes a los distintos tratamientos realizados, tal y como lo afirma el mismo perito de los demandantes, aunado a las complicaciones derivadas de sus patologías de base: diabética insulino dependiente, hipertensa, con estreñimiento crónico, con cáncer de mama derecha en tratamiento con quimioterapia y radioterapia, desde el año 2016 inicio terapia con un Tamoxifeno que es un medicamento inmunosupresor, es decir, disminuye las defensas del organismo, con hiperprolactinemia, con enfermedad renal crónica, con antecedentes quirúrgicos de una cesárea y cuadrantectomía supero-lateral.

Así pues, en nada está probado el nexo causal entre la actuación del doctor y AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN, el daño alegado por la parte demandante, como elemento esencial para determinar responsabilidad, porque se insiste, las actuaciones del galeno respondieron a un procedimiento ajustado a la lex artis, razón por la cual las pretensiones de la parte actora no están llamadas a prosperar.

Por lo anterior solicito declare probada esta excepción.

## **2- RIESGO INHERENTE – ALEA TERAPÉUTICA**

La Alea terapéutica se ve traducida en situaciones que escapan a la previsión y prudencia más rigurosas, motivo por el cual si el daño tiene génesis en ellas será menester calificar esas contingencias como eximentes de responsabilidad.

Reacciones orgánicas impredecibles: El estado del paciente y sus reacciones orgánicas también pueden generar situaciones francamente imprevisibles que debe evaluar el juzgador al momento de determinar la responsabilidad médica.

**RIESGO INHERENTE:** El riesgo puede estimarse como la posibilidad de ocurrencia de determinados accidentes médico-quirúrgicos que, por su etiología, frecuencia y características, resultan imprevisibles e inevitables. Desde esa perspectiva, en línea de principio, tanto el riesgo quirúrgico como el anestésico no son reprochables al galeno, por su imprevisibilidad e inevitabilidad, y por ende no suelen generar obligación reparatoria a cargo de este.

En sentencia reciente del H. Corte Suprema de Justicia del 24 de mayo de 2017, sentencia SC7110-2017, define el concepto de riesgo inherente:

*“La expresión riesgo inherente, se compone de dos términos: de riesgo, el cual, según la RAE, es “contingencia o proximidad de un daño (...). Cada una de las contingencias que pueden ser objeto de un contrato de seguro (...). Estar expuesto a perderse o a no verificarse”<sup>11</sup>; e inherente entendido como aquello: “Que por su naturaleza está de tal manera unido a algo, que no se puede separar de ello”<sup>12</sup>. Por lo tanto, debe juzgarse dentro del marco de la responsabilidad médica que **riesgos inherentes son las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con éste, sea por causa de las condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnicas o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la lex artis...**” (Desacato fuera de texto original).*

La SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, SUBSECCIÓN B, Consejero ponente: Alberto Montaña Plata, del 10 de abril de 2019, Radicación: 25000-23-26-000-2005-01794-01 (40916) coincide en esta postura:

*“Corresponde, entonces, analizar para efectos de determinar la antijuridicidad del daño, si se trató de un riesgo inherente al procedimiento, el cual fue informado por el centro médico a la paciente, la cual aceptó exonerando de responsabilidad a la institución médica por el resultado final. (...)*

*48. Ahora bien, el consentimiento informado se define como “... la aceptación libre por parte de una paciente de un acto diagnóstico o terapéutico después de haberle comunicado adecuadamente su situación clínica”<sup>11</sup>. Es entonces, una autorización dada por el paciente sin ninguna*

<sup>11</sup> Cita de la Sentencia: Ver documento “Garantizar la función de los procedimientos de consentimiento informado” del Ministerio de Protección Social en:

coacción, basada en el entendimiento razonable de lo que sucederá, previo a la explicación del procedimiento, y los riesgos y beneficios del mismo.

49. En el caso concreto, la señora Ana del Pilar Quiroz Díaz fue informada de los riesgos de la intervención, como "lesión de vasos arteriales o venosos (que provocan hemorragias) lesiones intestinales, lesiones de otros órganos intraabdominales, etc., que requieran explorar el abdomen mediante una laparotomía y necesiten el consentimiento de otros especialistas" y, se acreditó que la perforación rectal presentada durante el procedimiento de histerectomía laparoscópica, era una complicación posible y, la no detección de la perforación y/o su diagnóstico posterior es usual en un procedimiento de este tipo.

(...)

51. **Hasta este punto se puede concluir que, la perforación en el recto sufrida en el procedimiento quirúrgico era un riesgo inherente al procedimiento, que se ubicaba dentro de los riesgos advertidos a la paciente, y aceptados por ella.** (Desacato fuera de texto original).

La literatura científica, indica que la fistula este es uno de los riesgos inherentes del procedimiento de colecistectomía laparoscopia, cuya materialización no depende en sí de la voluntad del cirujano. Por ello, consideró tan importante el Dr. OSPINA, mencionar a la paciente este riesgo y así se dejó constancia en el consentimiento informado que suscribió la paciente previa a la realización de la colonoscopia, incluso, dos meses antes de llevarse a cabo el procedimiento.

En razón a lo expuesto, la actuación de mi mandante no se puede considerar negligente, imprudente o falta de pericia, pues su obligación es de medios y nunca existió garantía de resultados y dispuso todo su conocimiento, experiencia, profesionalismo en la atención brindada a la paciente.

### **3-EXCEPCIÓN - EXISTENCIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

El demandante olvida que el presente caso, existen consentimientos informados, que firmó de forma libre y voluntaria por la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO, persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales.

-Alcance consentimiento Informado: No podemos olvidar que es un acto comunicación verbal o escrito, autónomo que permite elegir y actuar en forma razonada el paciente y quien acepta en forma voluntaria el acto médico propuesto, en este caso la señora MUÑOZ RENGIFO acepto y asumió por escrito su autorización del mismo, lo cual está siendo desconocido por el demandante.

A la señora MUÑOZ se le informa en ambos procedimientos quirúrgicos y se deja por escrito las posibilidades de complicaciones que puede llegarse a presentar:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Garantizar%20la%20funcionalidad%20de%20los%20procedimientos%20de%20consentimiento%20informado.pdf>.



FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE

Fecha: <sup>DD MM AAAA</sup>30/11/2017 Historia:2223414

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL

Yo, Patricia Monoz Perqifo, mayor de edad identificado con el documento de identidad 38 858 198 de Buga, actuando en nombre propio o como representante legal de \_\_\_\_\_, identificado con el documento de identidad \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): OSPINA TASCÓN AYMER FERNANDO y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 37508 - COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico K801 - CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serías que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 37508 - COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA:

usea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos anestésicos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrofica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiopulmonar, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: INFECCION, ABSCESO, SANGRADO, COLECCION, LESION INTESTINAL, LESION VIA BILIAR, FISTULA, LESION VASCULAR, LAPAROTOMIA, ABDOMEN ABIERTO, RECHAZO DE MATERIAL DE SUTURA, DEFECTO CICATRIZAL, REINTERVENCION, MUERTE

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos: 37508 - COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA:

Patricia Monoz Perqifo  
Nombre y Firma del Paciente o representante legal (parentesco y/o relación)

Documento: 38 858 198

[Firma]  
Nombre y Firma del Testigo

Documento:



[Firma]  
Firma del Médico  
OSPINA TASCÓN AYMER FERNANDO  
CC # 94396257  
Registro Médico # 760412-97

Fecha: <sup>DD MM AAAA</sup>30/11/2017

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.

No se puede desconocer, que como lo advierte el consentimiento informado, que la filtración por diferentes causas (incluido el rechazo del material-clips-cuerpo extraño), constituye un riesgo inherente al procedimiento, que no compromete la responsabilidad de los profesionales que actuaron a cabalidad para tratar palear la condición clínica de la paciente, aunado a las patologías de base complejas de la señora MUNOZ, su estado de inmunosupresión que la hacían más propensa a presentar complicaciones.

Por lo anterior solicito declare probada esta excepción.

#### **4-LA OBLIGACIÓN DEL DOCTOR AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO**

La medicina y la especialidad de Cirugía General al igual que el derecho se consideran en Colombia una obligación de medios. Hace 30 años la Corte Suprema de Justicia estableció que "...el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de

suerte que en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, **sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación**".<sup>12</sup> (Destacado fuera de texto).

Nuestra "... jurisprudencia considera que la obligación que el médico contrae por acuerdo es de medio y no de resultado, de tal manera que si no logra alcanzar el objetivo propuesto con el tratamiento o la intervención realizada, solamente podrá ser declarado civilmente responsable y condenado a pagar perjuicios si se demuestra que incurrió en culpa por haber abandonado o descuidado al enfermo o por no haber utilizado diligentemente en su atención sus conocimientos científicos o por no haberle aplicado el tratamiento adecuado a su dolencia a pesar de que sabía que era el indicado..."<sup>13</sup>

El mismo órgano colegiado estableció las cargas que existen en el ejercicio de los profesionales de la salud y consideró que "el médico siempre tendrá como finalidad de su actuación la curación del paciente y el ingeniero se trazará como propósito de su conducta contractual la adecuada y completa culminación y entrega de la obra encargada. Lo que ocurre es que en el primer caso, **el médico no puede garantizar que el resultado esperado y querido se realice, pues no se encuentra totalmente a su alcance que ello ocurra (existen circunstancias físicas, anímicas, ambientales, etc., que pueden condicionar y determinar el resultado esperado)**, mientras que en el contrato de obra, por regla general, para el deudor es factible lograr u obtener que el acreedor reciba efectivamente la obra encargada."<sup>14</sup> (Destacado fuera de texto).

Dentro del marco normativo, la Ley de Talento Humano reiteró que el débito obligacional de los médicos es de medios en su artículo 26.<sup>15</sup>

El infortunado fallecimiento de la señora MUÑOZ esta reportado en la literatura como riesgos frecuentes a los distintos tratamientos realizados, tal y como lo afirma el mismo perito de los demandantes, aunado a las complicaciones derivadas de sus patologías de base: diabética insulino-dependiente, hipertensa, con estreñimiento crónico, con cáncer de mama derecha en tratamiento con quimioterapia y radioterapia, desde el año 2016 inicio terapia con un Tamoxifeno que es un medicamento inmunosupresor, es decir, disminuye las defensas del organismo, con hiperprolactinemia, con enfermedad renal crónica, con antecedentes quirúrgicos de una cesárea y cuadrantectomía supero-lateral.

El Dr. OSPINA, dispuso de todo su conocimiento y experiencia para dispensar la atención médica adecuada para la señora MUÑOZ, así como el tratamiento para la complicación que se presentó, no se puede atribuir la responsabilidad en cabeza de los profesionales de la salud que trataron a la señora PATRICA durante su estancia hospitalaria en el Hospital San José de Buga, que lo único que hicieron

<sup>12</sup> Corte Suprema de Justicia, Sentencia de 12 de septiembre de 1985.

<sup>13</sup> Corte Suprema de Justicia Sentencia de noviembre 26 de 1986. Magistrado Ponente: Héctor Gómez Uribe.

<sup>14</sup> Sentencia del 5 de Noviembre de 2013, Corte Suprema de Justicia, Sala De Casación Civil, Magistrado Ponente: Arturo Solarte Rodríguez.

<sup>15</sup> **Ley 1164 de 2007, Artículo 26: Acto propio de los profesionales de la salud. Entendido como el conjunto de acciones orientadas a la atención integral del usuario, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas dentro del perfil que le otorga el respectivo título, el acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medios, basada en la competencia profesional".**

tratar de salvaguardar la vida de la paciente atendiendo sus condiciones clínicas críticas.

En conclusión, se evidencia que el Dr. AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN cumplió con su obligación como cirujano general, sin que le sea imputable que el resultado final no era el propiamente esperado.

## **5-LA INNOMINADA**

Me refiero con ello a cualquier hecho o derecho a favor de mi mandante que resultare probado dentro del proceso, se funden en las disposiciones constitucionales, legales, contractuales y las directrices jurisprudenciales que constituyen el marco jurídico con fundamento en el cual habrá de decirse en el presente litigio, por consiguiente, pido al honorable juez reconocer las excepciones que resulten probadas.

### **IX. A LAS PRUEBAS DOCUMENTALES APORTADAS Y SOLICITADAS POR LA PARTE DEMANDANTE**

- En lo que se refiere a las pruebas documentales solicito al Despacho sean tenidas en cuenta en su justo valor probatorio.

Sin embargo, quiero pronunciarme sobre los siguientes documentos:

Me permito DESCONOCER, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 244 y 272 del C.G.P. los siguientes documentos anunciados por los demandantes en el acápite pruebas:

- *“7.3. Constancias del daño emergente.*
- *7.4. Certificaciones psicológicas.”*

Como quiera que se trata de documentos con lo que el extremo activo de Litis pretende acreditar daño emergente, con turnos de enfermería, gastos de medicamos y tratamientos psicológicos, sin citación de la contraparte, los cuales no han sido sometidos a contradicción.

- Sobre el contrato de **prestación de servicios independientes** entre la señora DIANA MARCELA BLANDÓN MUÑOZ y la señora MARÍA DEL PILAR HERRERA DURAN, desconocemos el documento, el motivo del desconocimiento de estos documentos es su falta de fiabilidad por no conocer a estas personas naturales y/o jurídicas que se aduce los suscriben, en especial la persona que se indica presta el servicio profesional, y es bastante inverosímil por sus valores, fechas y manuscrito.
- **Los Test psicológicos denominados “análisis test de árbol”** del 03 de mayo de 2019. El motivo del desconocimiento de estos documentos es su falta de fiabilidad por no conocer a estas personas naturales y/o jurídicas que se aduce los suscriben y ser bastante inverosímiles por fechas y manuscrito

De acuerdo con lo anterior, solicito de manera respetuosa, que se cite a cargo del demandante a dichas personas a ratificar el contenido de esos documentos sin citación de los demandados, y se aplique lo dispuesto en el artículo 222 del Código General del Proceso que indica:

**“ARTÍCULO 222. RATIFICACIÓN DE TESTIMONIOS RECIBIDOS FUERA DEL PROCESO. Solo podrán ratificarse en un proceso las declaraciones de testigos cuando se hayan rendido en otro o en forma anticipada sin citación o intervención de la persona contra quien se aduzcan, siempre que esta lo solicite.**

*Para la ratificación se repetirá el interrogatorio en la forma establecida para la recepción del testimonio en el mismo proceso, sin permitir que el testigo lea su declaración anterior.”*

Indicando a la actora, que no tendrán ningún valor si no se ratifican en la audiencia correspondiente.

- A los testigos solicitados por la parte demandante ruego se me permita contrainterrogarlos.
- Respecto del dictamen pericial aportado por los demandantes, solicito su contradicción de conformidad con lo dispuesto en el artículo 228 del CGP, por lo que se solicita desde ahora que el perito ADOLFO LEÓN URIBE MESA, asista a la audiencia de contradicción del dictamen para formular preguntas acerca de su experticia.

#### **X. MEDIOS DE PRUEBAS SOLICITADOS POR EL DEMANDADO AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN**

##### **A. DOCUMENTALES APORTADAS**

Por ser PERTINENTES y CONDUCENTES, y en aras de preservar los principios y garantías constitucionales, se le solicita a su Señoría decrete las siguientes pruebas:

- **Hoja de vida y copia de diplomas** del Doctor AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN que lo acreditan como especialista en Cirugía General. **Pertinencia:** prueba la idoneidad de mi poderdante para realizar atención y evolución de la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO.(11 folios).
- **GUÍA PRÁCTICA DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCOPIA.** Hospital Universitario Clínica San Rafael. **Pertinencia:** Documento que contiene la indicación del procedimiento de colecistectomía laparoscópica, materiales, pasos, riesgos del procedimiento. (16 folios).

##### **B. PRUEBA TESTIMONIAL PRESENCIAL CON RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS (HISTORIA CLÍNICA):**

- SOLICITO SEÑORA JUEZ, SE SIRVA CITAR AL MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Dr. **CARLOS ADOLFO DELUQUEZ ALARZA.** Se podrá ubicar en su lugar de trabajo en la Cra. 8 #17-52, Guadalajara de Buga, Valle del Cauca, para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo

técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso. **Importancia:** Participó en el proceso de atención y cirugía del cáncer de mama, ordeno el TAC de abdomen total por sospecha de coleditiasis y participó en la Junta Médica cuando la señora MUNOZ se encontraba en la UCI.

- SOLICITO SEÑORA JUEZ, SE SIRVA CITAR AL MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL Dr. **JOSÉ IGNACIO GUERRA SALAZAR**. Se podrá ubicar en su lugar de trabajo en la Cra. 8 #17-52, Guadalajara de Buga, Valle del Cauca, para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso. **Importancia:** Participó en el proceso de atención y valoración como parte del equipo médico especializado en cirugía general, durante la estancia hospitalaria de la señora MUÑOZ en el Hospital SAN JOSÉ DE BUGA, además también participo de la Junta Médica realizada en UCI a la señora PATRICIA.
- SOLICITO SEÑORA JUEZ, SE SIRVA CITAR AL MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL Dr. **MIGUEL ESMERAL LEAL**. Se podrá ubicar en su lugar de trabajo en la Cra. 8 #17-52, Guadalajara de Buga, Valle del Cauca, para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso. **Importancia:** Participó en el proceso de atención y valoración como parte del equipo médico especializado en cirugía general, durante la estancia hospitalaria de la señora MUÑOZ en el Hospital SAN JOSÉ DE BUGA.
- SOLICITO SEÑORA JUEZ, SE SIRVA CITAR AL MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL Dr. **FABIO HERNÁN BUSTAMANTE**. Se podrá ubicar en su lugar de trabajo en la Cra. 8 #17-52, Guadalajara de Buga, Valle del Cauca, para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso. **Importancia:** Participó en la Junta Médica realizada en UCI a la señora PATRICIA por su condición de Director de Calidad del Servicio Médico.

### C. INTERROGATORIO DE PARTE.

- Solicito señora juez, se sirva citar a TODOS los demandantes para que rinda INTERROGATORIO DE PARTE que formularé en la oportunidad procesal oportuna.
- Solicito a su señoría como garantía al derecho de defensa y el debido proceso disponga INTERROGATORIO DE PARTE a los llamados en garantía SARA MANUELA LÓPEZ CONCHA, MARCIA LISETH MORENO URREA y representante legal del Hospital SAN JOSÉ DE BUGA.

#### **D. DECLARACIÓN DE PARTE.**

En virtud el artículo 165 del Código General del Proceso, vigente al momento de contestar la demanda y aplicable en la etapa probatoria:

*“Art.165 **MEDIOS DE PRUEBA.** Son medios de prueba la **declaración de parte**, la confesión, el juramento, el testimonio de terceros, el dictamen pericial, la inspección judicial, los documentos, los indicios, los informes y cualesquiera otros medios que sean útiles para la formación del convencimiento del juez.*

*El juez practicará las pruebas no previstas en este código de acuerdo con las disposiciones que regulen medios semejantes o según su prudente juicio, preservando los principios y garantías constitucionales” (Negrilla fuera de texto)*

Ruego a su señoría hacer comparecer a su despacho al demandado o audiencia virtual al Dr. AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN, para que en Declaración de parte en forma escrita o verbal le formularé y que versará sobre los hechos de la demanda y sus contestaciones.

#### **E. DICTAMEN PERICIAL DE PARTE**

Solicito señora Juez, autorice y habilite el término para presentación de DICTAMEN PERICIAL DE PARTE. Este DICTAMEN se rendirá según los términos y condiciones señalados en los artículos 226, 227 y 228 del C.G.P.

Para estos fines, dentro de la contestación de la demanda, manifiesto la decisión de la parte demandada que represento, de acudir a DICTAMEN DE PARTE.

#### **XI. ANEXOS**

- Poder conferido a mi conferido del Dr. AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN, que ya enviado por medio de mensaje de datos de conformidad con lo regulado en la Ley 2213 de 2022.
- Me permito aportar los documentos relacionados en el acápite de pruebas documentales aportadas.

#### **IX. NOTIFICACIONES**

- El Dr. AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN en la dirección electrónica: [aymerospina@hotmail.com](mailto:aymerospina@hotmail.com)
- La suscrita recibirá en la dirección electrónica para notificaciones judiciales: [limabori035@gmail.com](mailto:limabori035@gmail.com)

Con el acostumbrado respeto,



LINA MARCELA BORJA RIVERA  
C.G. No. 1.112.459.279.  
I.P. No. 262.921 C.S. de la J.

Doctora  
**SANDRA LETICIA SUA VILLEGAS**  
**JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO**  
**GUADALAJARA DE BUGA-VALLE DEL CAUCA**  
[j02ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j02ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co)  
E. S. D.

Referencia: Radicación No. **76-111-31-03-002-2022-00080-00**  
**Declarativo - Responsabilidad Médica**  
Demandante: **ARMANDO MUÑOZ RENGIFO Y OTROS**  
Demandados: **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ BUGA Y OTROS**

**ASUNTO: PODER ESPECIAL**

Respetada señora Juez,

**AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN**, mayor de edad, con domicilio en la ciudad de Cali, identificado con cédula de ciudadanía No. 94.396.257 en mi condición de llamado en garantía dentro del proceso en referencia, me dirijo a usted a través del presente mensaje de datos de conformidad con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley 2213 de 2022 con la finalidad de manifestarle de la manera más atenta que confiero:

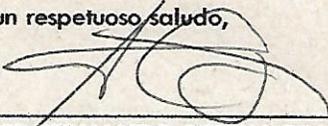
**PODER ESPECIAL**

amplio y suficiente en cuanto a derecho es necesario a la abogada **LINA MARCELA BORJA RIVERA**, portadora de la tarjeta profesional No.262.921 del Consejo Superior de la Judicatura y de la cédula de ciudadanía No. 1.112.459.279; atendiendo lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley 2213 de 2022 y normas concordantes, me permito indicar, que la dirección de correo electrónico de la abogada **LINA MARCELA BORJA RIVERA**, inscrita en el Registro Nacional de Abogados es [lborja@equipojuridico.com.co](mailto:lborja@equipojuridico.com.co)

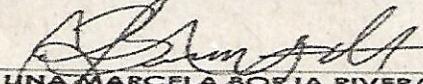
Mi apoderada, queda altamente facultada para **NOTIFICARSE**, contestar demanda y llamamiento en garantía, formular excepciones, participar en el debate probatorio, interponer y sustentar recursos, solicitar nulidades, sustituir, reasumir lo sustituido, recibir, llamar en garantía, reclamar y recibir las costas y agencias en derecho que se generen a mi favor dentro y al final del proceso, desistir, conciliar y en general, para todas aquellas facultades que otorga la ley para cumplir a cabalidad con el presente mandato.

Manifiesto que mi apoderada me ha informado sobre el alcance y consecuencias del juramento estimatorio, la demanda de reconvenión y vinculación de otros sujetos procesales, así como también de las condenas en costas y agencias en derecho. Sírvase en consecuencia, reconocer personería para actuar.

Con un respetuoso saludo,

  
**AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN**  
C.C. No. 94.396.257

Acepto el poder y solicito reconocimiento de personería,

  
**LINA MARCELA BORJA RIVERA**  
C.C. No. 1.112.459.279.  
I.P. No. 262.921 C.S. de la J.

## PODER ABOGADA LINA BORJA

AYMER OSPINA <aymerospina@hotmail.com>

Lun 4/12/2023 10:03 AM

Para:j02ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co <j02ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC:Lina Borja <lborja@equipojuridico.com.co>

 1 archivos adjuntos (625 KB)

PODER ABOGADA LINA BORJA FEPASDE.pdf;

No suele recibir correos electrónicos de aymerospina@hotmail.com. [Por qué esto es importante](#)

Cordial saludo,

Adjunto poder para mi representación por la abogada Lina Borja para los fines pertinentes,

Agradeciendo la atención prestada,

Aymer Fernando Ospina Tascón

CC 94396257 de Cali ( Valle )

Obtener [Outlook para Android](#)

## ***Aymer Fernando Ospina Tascón***

Cédula de Ciudadanía No. : 94.396.257 Cali ( Valle)  
Fecha de Nacimiento : Noviembre 21 de 1972 – Buga ( Valle )  
Estado Civil : Casado  
Dirección : Calle 22 A # 112 – 35 casa 104 B  
Cali – Valle  
Teléfono : 5553212  
Cel 310 8259450  
E-mail : [aymerospina@hotmail.com](mailto:aymerospina@hotmail.com)

### ***Cirujano General***

---

#### **Formación Profesional**

- Cirugía General  
UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA  
Bogotá D.C., 2004
- Medicina  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
Bogotá D.C., 1995
- Bachiller Clásico  
COLEGIO SAN LUIS GONZAGA  
Cali ( Valle ), 1989

Miembro Asociación Colombiana de Cirugía, Asociación de Cirujanos del Sur occidente Colombiano y Colegio Medico Colombiano.

## Otros :

- IX Simposio de Tumores Neuroendocrinos - Fundacion Santa Fe de Bogota - mayo 5 de 2023
- Actividad Webinar - como preveer los resultados y estrategias para su mejora en pacientes criticos - Asociacion Española de Cirujanos - marzo 23/2023
- Il congreso de actualizaciones en cirugia, profesor Jose Felix Patiño - Fundacion Santa Fe de Bogota - marzo 16, 17 y 18 de 2022
- Simposio de Falla Intestinal : manejo multimodal, sindrome de intestino corto - Fundacion Santa Fe de Bogota - 9 y 10 de noviembre de 2022
- Simposio Hernioplastia inguinal por laparoscopia - Fundacion Santa Fe de Bogota - noviembre 22/2022
- Master Class empoderamiento en la enfermedad inflamatoria intestinal - Fundacion Santa Fe de Bogota - mayo 18/2022
- Actualizacion en cirugia, Profesor Jose Felix Patiño. Fundacion Santa Fe de Bogota - 24,25,31 de marzo y 1 de abril de 2022.
- Curso de complicaciones en cirugia Bariatrica - Fundacion DAICIM. Febrero 2022
- Ill simpocio virtual de seguridad del paciente. Sociedad colombiana de anestesiologia y reanimacion SCARE. Febrero 28/2022
- 47 congreso “ Semana quirurgica nacional “ - Asociacion Colombiana de Cirugia - Noviembre 12 al 15 de 2021
- XIV Congreso de la Federacion Iberolatinoamericana de Quemaduras - Fundacion Santa Fe de Bogota - Noviembre 3,4,5 y 6 de 2021.
- Jornadas Internacionales e interactivas de cirugia bariatrica y metabolica. Fundacion DAICIM - Septiembre 2021.
- Curso de Actualizacion : Avances en cirugia laparoscopica. Fundacion DAICIM - Junio y Julio 2021
- The international Hernia Symposium ( IHS 2021 ). - The Royal College of Surgeons of England. May 17-19, 2021.
- IBD live video conferences series - Cleveland Clinic. May 20, 2021.
- IBD live video conferences series - Cleveland Clinic. May 13, 2021.
- IBD live video conferences series - Cleveland Clinic. May 06, 2021.
- IBD live video conferences series - Cleveland Clinic. April 29, 2021.
- “Endoluminal Surgery : How to build your practice “ - Cleveland Clinic. April 28, 2021

- CIRUGIA INVASIVA MINIMA ABDOMINAL GUIADA POR IMAGENES - Enfocada en cirugía percutánea y radiología intervencionista - Abril 27 al 30 de 2021. Fundacion DAICIM - Buenos Aires - Argentina
- IBD live video conferences series - Cleveland Clinic. April 22, 2021.
- IBD live video conferences series - Cleveland Clinic. April 15, 2021.
- IBD live video conferences series - Cleveland Clinic. April 08, 2021.
- Updates in digestive diseases virtual education series - Cleveland Clinic. March 10, 2021.
- Il simposio virtual de seguridad del paciente - Sociedad colombiana de anestesiología y reanimación SCARE. Febrero 26/2021
- Updates in digestive diseases virtual education series - Cleveland Clinic. February 10, 2021.
- Updates in digestive diseases virtual education series - Cleveland Clinic. January 13, 2021.
- Updates in digestive diseases virtual education series - Cleveland Clinic. January 06, 2021.
- 46 congreso “ Semana Quirúrgica Nacional “. Asociación Colombiana de Cirugía. Noviembre 13 al 16 de noviembre de 2020.
- Internacional online congress. Fundación Daicim. Advances in minimally Invasive abdominal surgery - septiembre 24,25 y 26 de 2020.
- XI Congreso de Video Cirugía ALACE – Panamá, mayo 13 -17 de 2014.
- XXXVIII Congreso Nacional “ Avances en Cirugía “. Asociación Colombiana de Cirugía. Cali, agosto 22, 23, 24 y 25 de 2012.
- XXXV Congreso Nacional “ Avances en Cirugía “. Asociación Colombiana de Cirugía. Medellín, agosto de 2009.
- XXXIV Congreso Nacional “ Avances en Cirugía “.Asociación Colombiana de Cirugía. Bogotá D.C., agosto 18,19, 20 y 21 de 2008.
- “Curso de Laparoscopia Avanzada Práctica – LAP”. Federación Latinoamericana de Cirugía – Laparoscopia avanzada práctica. Medellín, mayo 9 y 10 de 2008.
- XXXII Congreso Nacional “ Avances en Cirugía “. Asociación Colombiana de Cirugía. Bogotá D.C., agosto 2
- Asociación Colombiana de Cirugía. Cali, septiembre 10 y 11 de 2004.
- XXIX Congreso Nacional “ Avances en Cirugía “. Asociación Colombiana de Cirugía. Santa Marta, agosto 19,20,21 y 22 de 2003.
- Simposio “ Avances en Cirugía “. Asociación Colombiana de Cirugía. Cali, agosto 1 de 2003.

- I Congreso de Hormonoterapia en Cáncer de Seno. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá D.C., octubre 25 y 26 de 2002.
- II Curso de Cirugía Minimamente Invasiva en Cáncer. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá D.C., septiembre 19 y 20 de 2002.
- XXVIII Congreso Nacional “ Avances de Cirugía “. Sociedad Colombiana de Cirugía. Cartagena, agosto 27, 28, 29 y 30 de 2002.
- I Curso de Actualización en Cirugía. Hospital Universitario Clínica San Rafael. Bogotá D.C., junio 21 de 2002.
- Curso de Gestión Integral por Calidad. Sociedad Colombiana de Cirugía. Bogotá D.C., marzo 14, 15 y 16 de 2002.
- II Congreso de Cirugía General. Organización Sanitas Internacional. Bogotá D.C., marzo 7 y 8 de 2002.
- Seminario Técnicas de Uso y Manejo de Grapas Quirúrgicas e Instrumentos Laparoscópicos. Tyco Healthcare. Bogotá D.C., febrero 12 y 13 de 2002.
- XXVII Congreso Nacional “ Avances de Cirugía “ – XVII Congreso Latinoamericano de Coloproctología. Sociedad Colombiana de Cirugía y Asociación Latinoamericana de Coloproctología. Bogotá D.C., agosto 21,22,23 y 24 de 2001.
- Total Nutritional Therapy. Federación Latino Americana de Nutrición Parenteral y Enteral. Bogotá D.C., 2001.
- Simposio “ Cáncer Gástrico : Endemia Nacional “. Sociedad Colombiana de Cirugía. Bogotá D.C., diciembre 7 de 2000.
- XVI Congreso de Actualización Médico Quirúrgica – VII Simposio Nacional de Seguridad Social. ASMEDAS Seccional Cundinamarca. Bogotá D.C., agosto 24, 25 y 26 de 2000.
- II Curso Internacional de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Colegio de Cirujanos Plásticos del Valle – Universidad del Valle. Cali, febrero 13 de 1998.
- Simposio “ Avances en Cirugía “. Sociedad Colombiana de Cirugía. Cali, enero 30 y 31 de 1998.
- Curso Compendio Soporte Cardíaco y en Trauma. Emergencia Médica Integral. Cali, diciembre 22 de 1997.
- III Encuentro Nacional de Grupos de Manejo Multidisciplinario del Labio y Paladar Fisurados. Hospital Universitario del Valle. Cali, octubre 11 y 12 de 1997.
- Curso Asistencia Médica de Emergencia. Hospital Universitario del Valle y Fundación Comando Médico de Emergencia. Cali, septiembre de 1997.

- Curso Soporte Vital Prehospitalario en Trauma. Emergencia Médica Integral. Cali, agosto 6 de 1997.
- III Simposio de Actualización para Médicos Generales “ Urgencias en Gineco-Obstetricia “. Hospital Universitario del Valle y Comando Médico de Emergencias. Cali, mayo 17 de 1997.
- I Simposio de Actualización para Médicos Generales “ Urgencias en Cirugía “. Hospital Universitario del Valle y Comando Médico de Emergencias. Cali, marzo 1 de 1997.
- II Curso de Actualización para Médicos Generales. Hospital Universitario del Valle y Asociación Nacional de Internos y Residentes. Cali, agosto 18 y 19 de 1995.
- V Curso de Urgencias Quirúrgicas. Asociación Profesional Medica y Sociedad Panamericana de Trauma. Cali, marzo 30 y 31, y abril 1 de 1995.
- XII Curso de Actualización Médico Quirúrgica, V Curso Gremial Nacional y III Simposio Nacional de Seguridad Social. ASMEDAS Sección Cundinamarca. Bogotá D.C., octubre 6, 7 y 8 de 1994.
- Simposio sobre Infección y Antibióticos. Sociedad Colombiana de Cirugía y Asociación Colombiana de Infectología. Bogotá D.C., febrero 11 y 12 de 1994.
- XVIII Congreso de Pediatría “ Ernesto Plata Rueda “. Organización Colombiana de Pediatría. Bogotá D.C., septiembre 8, 9, 10 y 11 de 1993.
- VI Encuentro de Egresados y Congreso de Especialidades Clínicas y Ciencias Básicas. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C., mayo 26, 27, 28 y 29 de 1993.
- Actualización en Calcio y Aterosclerosis. Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis y Departamento de Ciencias Fisiológicas de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C., febrero 24 de 1993.
- XI Curso Anual de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C., octubre 29, 30 y 31 de 1992.

## **Experiencia Laboral**

- **HOSPITAL ULPIANO TASCÓN**  
San Pedro - Valle  
Cargo : Médico Rural  
Tiempo : Febrero 1996 – Febrero 1997
- **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE**  
Cali – Valle  
Cargo : Médico Asistencial Salas Quirúrgicas  
Tiempo : Abril 1997 – Enero 2000
- **EMERGENCIA MEDICA INTEGRAL – EMI.**  
Cali – Valle  
Cargo : Médico de Emergencias Médicas y Quirúrgicas a Domicilio y en Grupos de Concentración.  
Tiempo : Junio 1997 – Enero 2000
- **HOSPITAL JOAQUIN PAZ BORRERO**  
Cali – Valle  
Cargo : Cirujano General  
Tiempo : Abril 2004 – Diciembre 2006
- **UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI**  
**Sede Palmira**  
Cargo : Docente pregrado cirugía general  
Tiempo : Julio / 2006 – Diciembre / 2010
- **COOMEVA EPS**  
Buga – Valle  
Cargo : Cirujano General  
Tiempo : Octubre / 2006 – Junio / 2011  
Febrero / 2012 – Octubre / 2014
- **CLINICA RAFAEL URIBE URIBE**  
Cali – Valle  
Cargo : Cirujano General  
Tiempo : Febrero / 2004 - Julio / 2015

- **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE**  
Buga – Valle  
Cargo : Cirujano General  
Tiempo : Noviembre / 2004 hasta la fecha
  
- **CLINICA PALMA REAL**  
Palmira – Valle  
Cargo : Cirujano General  
Tiempo : Julio / 2011 hasta la fecha
  
- **UNIVERSIDAD LIBRE DE COLOMBIA**  
Cali – Valle  
Cargo : Docente cirugía general – internado rotatorio  
Fundacion Hospital San Jose de Buga  
Tiempo : Agosto / 2013 hasta la fecha
  
- **UNIVERSIDAD LIBRE DE COLOMBIA**  
Cali – Valle  
Cargo : Docente pregrado cirugía general  
Fundacion Hospital San Jose de Buga  
Tiempo : Agosto / 2004 – Septiembre / 2010
  
- **UNIVERSIDAD PONTIFICIA JAVERIANA**  
Cali – Valle  
Cargo : Docente cirujano general – internado rotatorio  
Fundacion Hospital San Jose de Buga  
Tiempo : Agosto / 2016 hasta la fecha

**AYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN**  
**C.C. 94.396.257 Cali (Valle)**  
**R.M. 76 0412-97**

REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

# LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



CONFIERE EL TITULO DE

*Médico Cirujano*

A

*Gymer Fernando Ospina Tascón*

C.C. No. 94.396.257 EXPEDIDA EN Cali (Valle)

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.

EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

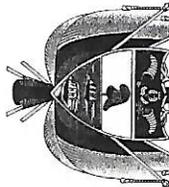
EN LA CIUDAD DE Santafé de Bogotá D. C. Diciembre 21 DE 1995

  
DECANO DE LA FACULTAD

  
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

  
SECRETARIO GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 210 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 547  
DE LA SEDE O FACULTAD DE Medicina  
0048791



# Universidad Militar "Nueva Granada"

## Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD MILITAR "NUEVA GRANADA"  
SCIENTIAE - PATRIAE - FAMILIAE

Por autorización del Ministerio de Educación Nacional, y en consideración a que

# Aymer Fernando Ospina Tascón

I.E. 94.396.257 Expedida en Cali (Valle)

Ha cumplido en

## Hospital Clínica San Rafael

Con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de Especialista en

## Urología General

Bogotá, D. E., 26 de Marzo de 2004.



Rector

Jefe División Registro Académico

Decano Facultad

Acta de Postgrado No. PG-3265-UMNG Registro No. PG-4415.

Registro Oficial  
Anotado al folio 5073 del libro 03  
Bogotá, D. E., día 29 Mes 03 Año 2004



La salud es de todos Minsalud



COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

AYMER FERNANDO OSPINA TASCON

C.C. 94396257

MEDICO

Universidad Nacional de Colombia

Bogotá D.C.

Grado: 21/12/1995

Rehus: 24/02/1997

ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL



www.cmc.org

Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio médico colombiano Av. Careta 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 15 PH. info@colegiomedico colombiano.org

Firma Representante Colegio Médico Colombiano

 <b>Hospital Universitario Clínica San Rafael</b> <small>En alianza con</small>	<b>GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA</b>	<b>Código: AS-QX-GR-GC-18</b>
	<b>CIRUGIA</b>	<b>Versión: 7 - 2020</b>
		<b>Páginas: 1 de 16</b>

**“Las Guías de Práctica Clínica, como su nombre lo indica, guían y orientan al profesional de la salud en la realización de la atención, sin que se constituyan en una relación de actividades consecutivas de imperioso cumplimiento”**

## 1. OBJETIVO

Conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática con el objetivo de guiar a los profesionales en el proceso de la toma de decisiones sobre qué intervenciones sanitarias son más adecuadas en el abordaje de la colecistitis aguda por laparoscopia. Ayuda a los profesionales a asimilar, evaluar e implantar la cada vez mayor cantidad de evidencia científica disponible y las opiniones basadas en la mejor práctica clínica. El propósito de hacer unas recomendaciones explícitas es influir en la práctica clínica, por lo que éstas han de tener validez tanto interna como externa y ser aplicables.

Como toda guía de práctica clínica, ésta intenta ser una herramienta de ayuda a la hora de tomar decisiones clínicas, pero no las reemplaza. En el documento no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto, y de las circunstancias y valores que estén en juego por lo tanto, del juicio clínico particular.

Las guías clínicas pretenden disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ser un referente para todos los actores implicados en el proceso de salud enfermedad particular

## 2. PALABRAS CLAVE

Colecistitis aguda, laparoscopia, laparoscópica, colecistectomía.

## 3. BASE DE DATOS PRIMARIA Y SECUNDARIA CONSULTADAS

Esta revisión fue llevada a cabo de manera secundaria y complementaria a los contenidos de las guías clínicas identificadas, y estuvo destinada a la puesta al día de la evidencia, más que a la búsqueda sistemática y primaria de esta. Sin embargo, en ciertas preguntas se tuvo que realizar la búsqueda sistemática de la literatura primaria

Fuentes consultadas:

- Medline (base de datos de la National Library of Medicine de EE.UU.)
- Lilacs (base de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud)
- Cochrane Database of Systematic Reviews
- Health Technology Assessment Database (base de datos de International Network of Agencies for Health Technology Assessment – INAHTA, en colaboración con el UK NHS Centre for Reviews and Dissemination de la Universidad de York)
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE) (base de datos producida por el UK NHS Centre for Reviews and Dissemination de la Universidad de York)
- Guías clínicas y estudios disponibles a través de Tripdatabase ([www.tripdatabase.com](http://www.tripdatabase.com)).
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)  
<http://www.show.scot.nhs.uk/sign/home.htm>
- Canadian Medical Association. CMA InfoBase <http://www.cma.ca/cpgs/>



- Canadian Coordinating Office for Health Technology. <http://www.ccohta.ca/>
- Clinical Oncology International Network. <http://www.rcr.ac.uk/oncoin.asp?PageID=209>
- ICSI guidelines. <http://www.icsi.org>
- National Institute for Clinical Evidence. <http://www.nice.org.uk>
- State of the Art oncology in Europe. <http://www.cancerworld.org>
- Clinical Practice Guidelines de la AHCPR. <http://text.nlm.nih.gov>
- Recommended Clinical Practice Guidelines. <http://www.gacguidelines.ca/index.html>.

#### 4. RECOMENDACIONES CON BASE EN LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA

- GRADO A: Condiciones para las cuales hay evidencia contundente y definitiva para favorecer el uso de una intervención.
- GRADO B: Condiciones para las cuales hay evidencia a favor que sugiere el uso de una intervención.
- GRADO C: Condiciones para las cuales no hay evidencia clínica suficiente para favorecer o evitar el uso de una intervención.
- GRADO D: Condiciones para las cuales hay evidencia que sugiere evitar el uso de una intervención.
- GRADO E: Condiciones para las cuales hay evidencia contundente y definitiva para evitar el uso de una intervención.

1. Sospechar la presencia de colecistitis complicada en pacientes que consultan por Colecistitis y presentan una o más de las siguientes características: Recomendación C

- Ancianos
- Diabéticos
- Con IRC Insuficiencia Renal Crónica
- Embarazadas
- Paciente que recibe esteroides
- Paciente con SIDA
- Paciente con Diverticulitis asociada
- Paciente con Enfermedad Cardiovascular Arterioesclerótica
- Pacientes con masa palpable y/o signos de compromiso sistémico
- Pacientes con Alteraciones de las pruebas de función hepática

2. En paciente con sospecha de colecistitis complicada practicar ECO en las primeras horas Recomendación C

3. En pacientes con diagnóstico de colecistitis complicada realizar manejo quirúrgico temprano Recomendación C

4. Pacientes embarazadas con Colecistitis Aguda y Pancreatitis, si están en el segundo semestre son susceptibles de manejo con Laparoscopia Recomendación B

5. La Colecistectomía Laparoscópica está contraindicada en pacientes con:

- Peritonitis generalizada
- Shock séptico por colangitis



- Pancreatitis Aguda Severa
- Cirrosis con hipertensión Portal
- Coagulopatía severa y
- Fístula colecisto-entérica Recomendación B

6. En pacientes con colecistitis complicada y alto riesgo anestésico contemplar la posibilidad de realizar colecistectomía percutánea guiada por ECO o TAC Recomendación C
7. En pacientes con colecistitis complicada, prevenir e insistir en la búsqueda de sepsis como complicación Recomendación C

## 5. CALIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA ENCONTRADA

- Nivel I: Experimento clínico aleatorizado con adecuado control de errores, con intervalos de confianza aceptables y/o un meta análisis de calidad, con estudios homogéneos.
- Nivel II: Experimento clínico aleatorizado sin adecuado control de errores, o sin intervalos de confianza aceptables y/o un meta análisis con estudios heterogéneos o que no sean de alta calidad.
- Nivel III: 1. Experimento clínico controlado no aleatorizado.  
2. Estudios de casos y controles o cohortes.  
3. Cohortes con controles históricos o series de tiempo (antes y después).
- Nivel IV: Opiniones de autoridades con experiencia clínica no cuantificada, informes de comités de expertos y series de casos.

## 6. CONTENIDO

### 6.1 Definiciones

La enfermedad litiásica de la vesícula biliar (colecistitis), sin ser la única, es la indicación más frecuente de colecistectomía. Este procedimiento quirúrgico fue introducido en 1882 y desde entonces se convirtió en el tratamiento de elección para el manejo de esta patología.

Con el advenimiento de nuevas tecnologías en 1985 se realizó la primera colecistectomía laparoscópica. Su amplia difusión a través del mundo, la seguridad que brinda y los beneficios ya establecidos sobre el tratamiento convencional, la han convertido en el abordaje de elección para la práctica de la colecistectomía en la actualidad.

La colecistectomía laparoscópica es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se extirpa la vesícula biliar, utilizando pequeñas incisiones en la pared abdominal por las cuales se introducen diferentes elementos ópticos conectados a un equipo de vídeo e instrumental quirúrgico especialmente diseñado para tal fin. Esta intervención logra disminuir el trauma quirúrgico y favorecer una recuperación rápida con respecto a la colecistectomía abierta.

### 6.2. Criterios y diagnósticos

La enfermedad litiásica de la vesícula biliar constituye una patología quirúrgica de alta frecuencia en nuestro país, que origina un alto número de intervenciones quirúrgicas tanto en pacientes de cirugía electiva como de urgencias. En la mayoría de nuestros hospitales se

 <b>Hospital Universitario Clínica San Rafael</b> <small>En alianza con</small>	<b>GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA</b>	<b>Código: AS-QX-GR-GC-18</b>
	<b>CIRUGIA</b>	<b>Versión: 7 - 2020</b>
		<b>Páginas: 4 de 16</b>

constituye como una de las tres primeras causas de patología quirúrgica.

A la edad de 75 años, aproximadamente el 35% de las mujeres y el 20% de los hombres han desarrollado colelitiasis.

La tercera parte de los pacientes con colelitiasis desarrollarán síntomas, de los cuales, el principal es el cólico biliar. Este cólico se caracteriza por dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen que puede irradiarse a la espalda y acompañarse de otros síntomas, como náuseas y vómito. Una vez pespuntado el primer episodio de cólico biliar, el riesgo de repetir o presentar complicaciones puede llegar al 70%.

Las complicaciones atribuidas a la colelitiasis que pueden poner en riesgo la vida del paciente incluyen la colecistitis aguda con sus diferentes grados de severidad, coledocolitiasis, colangitis, pancreatitis aguda, fístulas bilioentéricas e íleo biliar.

También existe asociación entre cáncer de vesícula y colelitiasis sin evidencia suficiente para establecer una relación causa-efecto definitiva.

Existen otras enfermedades de la vesícula biliar susceptibles de tratamiento quirúrgico, como: colecistitis acalculosa, colecistosis, disquinesias, pólipos y otros tumores.

La colelitiasis no se asocia a anormalidades de los exámenes de laboratorio. La ecografía hepatobiliar es el estudio diagnóstico de elección para la patología de la vesícula biliar, y es altamente sensible para Colelitiasis, pólipos y alteraciones anatómicas de la pared vesicular. Por lo tanto el diagnóstico de colelitiasis se fundamenta en el cuadro clínico y se comprueba mediante el estudio ecográfico. En casos donde este método diagnóstico no sea definitivo en otras patologías vesiculares, se pueden utilizar otros métodos, como: colecistografía oral, colecintigrafía, ecoendoscopia, colangiografías, etc.

Aunque existen otros abordajes terapéuticos para la Colelitiasis, la colecistectomía ha demostrado ser el tratamiento más efectivo

### **6.3. Intervenciones terapéuticas**

#### **Indicaciones**

Las indicaciones de la colecistectomía laparoscópica son las mismas de la colecistectomía abierta, dentro de las cuales pueden considerarse:

1. Colelitiasis sintomática: la colecistectomía laparoscópica es la mejor opción para el control de los síntomas y para evitar complicaciones potenciales inherentes a las Colelitiasis.
2. Colecistitis aguda, gangrenosa y acalculosa: Considerando la evidencia actual, se recomienda tratar esta patología mediante colecistectomía laparoscópica temprana, y se espera un porcentaje mayor de conversión que en los casos de la misma cirugía programada.
3. Colecistosis y disquinesias vesiculares: Una vez comprobada la existencia de este trastorno, los pacientes que no responden a tratamiento médico se benefician de la cirugía.
4. Pólipos vesiculares: se recomienda colecistectomía laparoscópica en casos sintomáticos, cuando se asocian con Colelitiasis o cuando miden más de 10 mm de diámetro, por su riesgo potencial de malignidad.
5. Pancreatitis aguda de origen biliar: se recomienda realizar la colecistectomía laparoscópica cuando la pancreatitis esté resuelta acompañar la cirugía de evaluación de la vía biliar.
6. Coelcistocolitiasis: en esta patología está indicada la colecistectomía laparoscópica,



y se garantiza el manejo de la coledocolitiasis por los diferentes métodos de endoscopia o laparoscopia según la disponibilidad.

7. Colelitiasis asintomática: sólo se recomienda la colecistectomía laparoscópica profiláctica en pacientes con Colelitiasis asintomática en casos seleccionados.

### **CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS**

1. Equipo inadecuado o incompleto.
2. Inexperiencia del equipo quirúrgico.
3. Compromiso severo del estado general del paciente: estado de choque, coagulopatía no controlada, enfermedad cardiopulmonar severa no controlada.

### **CONTRAINDICACIONES RELATIVAS**

1. Cáncer de vesícula.
2. Cirrosis con hipertensión portal.
3. Coagulopatía controlada.
4. Embarazo.
5. Enfermedad cardiopulmonar severa controlada.
6. Cirugía previa en el cuadrante superior derecho del abdomen.

Las contraindicaciones relativas son condiciones en las cuales el procedimiento puede ser realizado dependiendo de la experiencia del cirujano, y exigen un alto nivel del juicio quirúrgico.

### **REQUISITOS MINIMOS**

- Planta física.
- Equipos.
- Instrumental.
- Conocimientos del manejo de los equipos.
- Recurso humano entrenado.

### **REQUISITOS DE PLANTA FISICA**

1. Instituciones: dadas las características de los procedimientos, éstos, se deberán realizar en instituciones prestadoras de salud, catalogadas como de II nivel de complejidad o mayor, acorde con la legislación vigente; las cuales cuenten con todos los procesos para garantizar al paciente su acceso a un nivel mayor de complejidad, si es necesario.
2. Quirófano: deberá cumplir con lo establecido en la legislación, en lo referente a requisitos mínimos esenciales necesarios y de obligatorio cumplimiento para II nivel de complejidad. La máquina de anestesia debe contar con monitoria básica, incluyendo capnografía.
3. Equipo adicional: Las instituciones donde se realicen procedimientos de colecistectomía laparoscópica debe contar con equipo portátil de rayos X para la realización de colangiografía intraoperatoria.

### **REQUISITOS DE EQUIPO**

1. Mesa de Cirugía: con capacidad de cambios de posición tipo Fowler, Trendelenburg y posiciones laterales, con posibilidad técnica de realizar colangiografía intraoperatoria.



2. Torre de laparoscópica:
  - a) Monitor: utilizará un equipo monitor de vídeo en color, con opción de un segundo monitor.
  - b) Videocámara: Cámara de vídeo en color, diseñada para procedimientos laparoscópicos, incluyendo el respectivo procesador de señal.
  - c) Fuente de luz: Equipo generador de luz fría, de poder adecuado para utilización con vídeo, con posibilidad de bombillo de repuesto, con su respectivo cable de fibra óptica y adaptadores de conexión al lente.
  - d) Neumo-insuflador: Equipo insuflador de CO<sub>2</sub> de alto flujo y control de presión. Con su respectiva manguera y conectores a los trocares.
3. Equipos ópticos: Lente de laparoscopia de = grados de incidencia, con 10 mm de diámetro interno.

### **REQUISITOS DE INSTRUMENTAL**

1. Trocares: Los trocares o puertos de entrada deberán tener las siguientes características.
  - a) Disponibles en diámetros de 5 y 10 mm.
  - b) Existencia mínima de 2 de cada diámetro.
  - c) Equipo de reductores de 10 a 5 mm.
  - d) Válvula interna de flujo unidireccional para ingreso de instrumental.
  - e) Válvula de insuflación.
  - f) Desarmable para limpieza y esterilización adecuadas.
2. Aguja de Veress.
3. Pinzas: El equipo de cirugía laparoscópica, deberá constar, al menos, de:
  - a) Pinza de disección curva tipo Maryland o su equivalente, giratorias de 5 o 10 mm de diámetro, con conexión para cable de electrocauterio.
  - b) Dos pinzas de tracción y agarre (Graz ping) en diámetro de 5 mm, con dientes de autosujección, traumática y atraumática.
  - c) Tijeras de disección curva o recta, laparoscópica de 5 mm.
  - d) Disectores de gancho o espátula de 5 mm de diámetro con conexión a electrocauterio.
  - e) Pinza aplicadora de clips de 5 o 10 mm, desechable o reutilizable.
  - f) Pinza extractora de vesícula con dientes en la punta. En diámetro de 10 mm.
  - g) Cánula de irrigación-succión. En diámetro de 5 o 10 mm. Con conexión a equipo externo.
  - h) Aguja de descompresión de vesícula.
  - i) Pinza de cirugía abierta para extracción de cálculos, tipo Rochester, Foerster randall o falsos gérmenes.
  - j) Canasta de laparotomía.
  - k) Equipo de instrumental para cierre de heridas.
  - l) Cánula o catéter para colangiografía intraoperatoria.

Dado que la tecnología de instrumentos se encuentra en permanente evolución, algunos grupos de cirugía podrán tener instrumental de nuevas generaciones, el cual puede reemplazar al enunciado arriba.

4. Electrocauterio: Equipo generador de electrocauterio monopolar.



### MANEJO DE EQUIPOS

1. Esterilización: se deberán seguir a cabalidad las normas y protocolos internacionales respecto a la adecuada limpieza y esterilización de equipos médicos.
2. Manipulación: debe existir una persona responsable del almacenamiento, transporte, mantenimiento y reposición de los equipos, con conocimientos de sus conexiones, manuales de funcionamiento y seguimiento de su historial. Esta persona deberá tener entrenamiento específico para este fin.

### RECURSO HUMANO:

1. Cirujano principal: Médico especialista o residente mayor (III – IV) en cirugía general, con entrenamiento formal en cirugía laparoscópica y en el manejo de las complicaciones derivadas de éstas. En caso del residente: estar en un programa formal de formación y debe tener la supervisión directa intraoperatoria del especialista.

a) Entrenamiento mínimo requerido:

- I) Entrenamiento en cirugía biliar abierta, así como en el manejo de sus complicaciones.
- II) Ser graduado de un programa de entrenamiento en cirugía general, reconocido por las autoridades competentes de nuestro país o estar cursando el programa formal de residencia de cirugía.
- III) Haber realizado su entrenamiento o estar realizándolo en un programa que incluya procedimientos de cirugía laparoscópica como parte de su plan de estudio.
- IV) En caso que el programa de entrenamiento en cirugía general no incluya procedimientos laparoscópica, deberá haber realizado un total de 6 horas de entrenamiento en modelo mecánico (pelvi-trainer), que incluya técnicas de sutura y anudado laparoscópico, más de diez procedimientos como camarógrafo, diez procedimientos como primer ayudante y diez como cirujano principal asistido por un cirujano experto.

b) Certificación y acreditación:

El cirujano que desee realizar procedimientos de colecistectomía laparoscópica, deberá acreditar:

- I) Título de especialista en cirugía general expedido por una universidad aprobada en Colombia, cuyo programa de entrenamiento en cirugía general, incluya procedimientos laparoscópicos como parte integral del entrenamiento.
- II) En caso de que el programa de entrenamiento en cirugía general no incluya entrenamiento en cirugía laparoscópica:
  - ✓ Certificado de destreza en colecistectomía laparoscópica expedida por una facultad de medicina acreditada en el país.
  - ✓ Certificado o constancia de experiencia, expedido por la sociedad científica correspondiente.

2. Cirujano ayudante: Médico especialista en cirugía general, en entrenamiento en cirugía general, o médico graduado con conocimiento de las técnicas de ayudantía en cirugía laparoscópica.



3. Anestesiólogo: Médico especialista en anestesiología y reanimación.
4. Instrumentadora: Enfermera quirúrgica o instrumentadora profesional con conocimientos de las técnicas de cirugía laparoscópica y manejo del instrumental.
5. Auxiliares de quirófano: Auxiliar de enfermería entrenada en el manejo, disposición, conexiones y proceso de activación de los equipos.

### **ESTANDAR DE LA PRÁCTICA**

- Preparación preparatoria.
- Datos que se deben consignar en el consentimiento informado.
- Técnica quirúrgica.
- Complicaciones previstas.
- Controles postoperatorios.

- **PREPARACION PREOPERATORIA**

Una vez definido el procedimiento quirúrgico, la preparación preparatoria varía si la cirugía debe practicarse en forma electiva o de urgencias.

#### **Cirugía electiva:**

1. Consulta por el cirujano tratante:
  - a) Revisión y/o solicitud de los exámenes necesarios para verificar el diagnóstico.
  - b) Revisión y/o solicitud de los exámenes prequirúrgicos necesarios según la condición del paciente (edad, riesgo, enfermedades asociadas).
  - c) Solicitud de interconsultas a las especialidades pertinentes según el criterio del cirujano.
  - d) Explicación del procedimiento y firma del consentimiento informado.
2. Valoración por el anestesiólogo:
  - a) Evaluación clínica del riesgo.
  - b) Solicitud de exámenes adicionales según el criterio del anestesiólogo.
  - c) Solicitud de interconsultas a las especialidades pertinentes según el criterio del anestesiólogo.
3. Preparación preparatoria:
  - a) Ayuno mínimo de 6 horas.
  - b) Admisión del paciente el mismo día de la cirugía, excepto para aquellos pacientes de alto riesgo o que, por su(s) patología(s) asociada(s), requieran admisión previa.
  - c) Antibiótico profiláctico en la inducción anestésica (el tiempo de antibiótico será determinado según los protocolos al respecto de cada institución en particular).
  - d) Evacuación espontánea de la vejiga inmediatamente antes de ser llevado al quirófano.
  - e) La utilización de medidas para prevenir trombosis venosa profunda estará determinada por los factores de riesgo de cada paciente: guía y hoja de evaluación del riesgo de trombosis en pacientes clínicos y de cirugía.



### Cirugía de urgencia:

1. Valoración de urgencias por el cirujano:

- a) Revisión y/o solicitud de los exámenes necesarios para verificar el diagnóstico.
- b) Revisión y/o solicitud los exámenes prequirúrgicos necesarios de acuerdo con la condición del paciente.
- c) Solicitud de interconsultas a las especialidades pertinentes según el criterio del cirujano.
- d) Hospitalización del paciente.
- e) Explicación del procedimiento y firma del consentimiento informado.

2. Valoración por el anesthesiólogo cuando se considere necesario:

- a) Evaluación clínica del riesgo.
- b) Solicitud de exámenes adicionales según el criterio del anesthesiólogo.
- c) Solicitud de interconsultas a las especialidades pertinentes según el criterio del anesthesiólogo.

3. Preparación preparatoria:

- a) Ayuno ideal de 6 horas.
- b) Antibiótico profiláctico en la inducción anestésica (el tipo de antibiótico será determinado según los protocolos que existan al respecto en cada institución en particular).
- c) Antibiótico desde la admisión en caso de impresión diagnóstica de Colecistitis aguda, piocolecisto y/o patología infecciosa asociada.
- d) El manejo antibiótico se continuará o no, según los hallazgos intraoperatorios.
- e) Evacuación espontánea de la vejiga inmediatamente antes de ser llevado al quirófano.
- f) La utilización de medidas para prevenir trombosis venosa profunda estarán determinadas, por los factores de riesgo de cada paciente.

#### • CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los datos que se deben incluir en el consentimiento informado estarán sujetos a los exigidos por la ley vigente.

Para efectuar el consentimiento para el procedimiento se le debe informar al paciente todo lo referente a la patología que presenta, el procedimiento aconsejado, las alternativas posibles, eventuales procedimientos adicionales, riesgos y potenciales complicaciones incluyendo la muerte. El lenguaje utilizado debe ser claro y sencillo, comprensible según el nivel cultural del paciente.

Dicho consentimiento debe ser firmado por el paciente, por el cirujano tratante y, en lo posible, por un testigo. En caso de menores de edad, será firmado por los padres, y en caso o presencia de impedimentos mentales o físicos, debe ser firmado por el acudiente.



## • TECNICA QUIRURGICA

Posición del paciente: decúbito supino, usualment5e con los brazos extendidos.

Monitoría: el seguimiento anestésico básico incluyendo monitorización con capnografía y oximetría de pulso.

Sondas: la utilización de la sonda nasogástrica está indicada para descomprimir el estómago cuando éste se encuentre distendido. No es necesario el uso de rutinario de la sonda vesícula si el paciente evacua la vejiga espontáneamente antes de la cirugía.

El cirujano se coloca en el lado izquierdo del paciente. Dependiendo de la técnica algunos cirujanos se ubican entre los miembros inferiores del paciente (técnica francesa).

La técnica quirúrgica más utilizada en el país es la estadounidense y consiste en:

1. Creación del neumoperitoneo usando técnica abierta o cerrada.
2. Colocación de trocar de 10 mm en la región umbilical por el cual se introduce el telescopio y se procede a la exploración óptica de la cavidad abdominal
3. Introducción de un segundo trocar de 10 mm subxifoideo y dos adicionales de 5 mm subcostales derechos.
4. Exposición de la vesícula utilizando los accesos laterales. Para establecer una adecuada exposición del triángulo de Calot, la tracción del infundíbulo (bolsa de Hartmann) debe ser lateral más que cefálica. Esta maniobra disminuye la probabilidad de lesión de la vía biliar.
5. El conductor cístico debe identificarse en su unión con la vesícula. La disección meticulosa del conducto cístico y la arteria cística y la arteria cística es esencial para proceder a la colocación de los clips y la sección de aquellos. Idealmente debe identificarse el conducto hepático común antes de colocar los clips.
6. Para la disección de la vesícula se utiliza habitualmente electro cauterio y se extrae por alguno de los puertos de 10 mm.
7. Revisión final y lavado según la necesidad.
8. Extracción de los trocares bajo visión directa. Evacuación del neumoperitoneo.
9. Cierre de heridas abdominales. Este paso puede ser modificado según la técnica usada en la introducción de los trocares. Siempre debe realizarse cierre de la fascia cuando se utiliza técnica de introducción abierta.

Consideraciones especiales:

1. Se debe realizar una colangiografía intraoperatoria cuando se considere indicada.
2. En caso de Colecistitis aguda la vesícula se puede evacuar por punción antes de comenzar la disección.
3. En caso de Colecistitis aguda o cáncer es aconsejable la utilización de una bolsa para extraer al vesícula biliar.
4. Debe evitarse el uso de electro cauterio en cercanía a la vía biliar. El calor es causas de estenosis tardías.
5. El cístico debe ser ligado en casos de que calibre no permita un pinzamiento completo y seguro.
6. Es aconsejable cerrar la vesícula en caso de ruptura y recuperar los cálculos si éstos han caído a la cavidad abdominal.

 <b>Hospital Universitario Clínica San Rafael</b> <small>En alianza con</small>	<b>GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA</b>	<b>Código: AS-QX-GR-GC-18</b>
	<b>CIRUGIA</b>	<b>Versión: 7 - 2020</b>
		<b>Páginas: 11 de 16</b>

7. El cirujano no debe dudar en convertir la cirugía laparoscópica en abierta en caso de dificultad técnica, dudas anatómicas y/o complicaciones.

• **COMPLICACIONES PREVISTAS**

Complicaciones Intraoperatorias:

1. Lesión de vísceras huecas o sólidas, y grandes vasos.
2. Sangrado (lecho vesicular, arteria cística, pared abdominal, grandes vasos).
3. Hipercapnia.
4. Embolismo aéreo.
5. Ruptura de la vesícula con escape de bilis y cálculos.
6. Escape biliar por el cístico o conductos accesorios.
7. Lesión de la vía biliar.
8. Muerte.
9. Otras complicaciones.

Complicaciones postoperatorias:

1. Infección del sitio operatorio (superficial, profunda o intraabdominal)
2. Colecciones intrabdominales.
3. Pancreatitis.
4. Litiasis residual.
5. Estenosis benigna de la vía biliar.
6. Sangrado.
7. Hernia insicional.
8. Adherencias intrabdominales.
9. Trombosis venosa profunda y/o trombo embolismo pulmonar.
10. Atelectasias pulmonares.
11. Infarto agudo de miocardio.
12. Muerte.
13. Otras complicaciones.

**6.4. Consideraciones especiales**

**CONTROL POSOPERATORIO**

1. Una semana después de intervenido el paciente se practicará un control médico que incluye: examen físico, retiro de puntos y revisión del informe de patología. Controles médicos posteriores serán determinados por decisión del cirujano tratante.
2. En caso de complicaciones el número de controles será de acuerdo al criterio médico.

**COSTO-EFECTIVIDAD Y COSTO BENEFICIO**

El ejercicio actual de la medicina exige de los profesionales de la salud un conocimiento integral de todos los factores involucrados en el manejo de los pacientes. Esto significa, que además de ser un médico de comprobada competencia en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, debe contar con un amplio conocimiento tanto de los factores económicos como el impacto social que de ellos se deriva. Cumplidos estos requisitos se permitirá un ejercicio profesional más racional y con los mejores estándares de calidad.



El tratamiento de la patología de la vesícula biliar ha cambiado de manera radical en los últimos diez años con la introducción y generalización del uso de la colecistectomía laparoscópica. Esto ha generado una obvia y sana controversia cuando se compara con el procedimiento de colecistectomía abierta.

Para la resolución de esta controversia es útil emplear la metodología de los estudios de costo beneficio y costo efectividad.

El análisis de a relación costo-beneficio entre colecistectomía laparoscópica y colecistectomía abierta se obtuvo mediante la siguiente metodología:

1. Definición de indicadores.
2. Definición de actores.
3. Definición de términos de ponderación de indicadores.
4. Análisis e interacción entre actores e indicadores.
5. Resultados.

Se diseñó una matriz de calificación con base en información de la literatura médica, y se evaluó de manera cualitativa los indicadores definidos según su impacto en los diferentes actores involucrados en el sistema.

Se definieron los siguientes indicadores:

1. Costo de servicios de apoyo diagnóstico.
2. Costo de insumos de salas.
3. Costo de materiales.
4. Costo de estancia hospitalaria.
5. Incapacidad y tiempo de regreso al trabajo.
6. Morbilidad.
7. Mortalidad.
8. Costo de equipo de laparoscópica.
9. Grado de satisfacción.
10. Cargo al pagador.
11. Intangibles.
12. Accesibilidad.

Determinación de los actores involucrados con la colecistectomía laparoscópica:

1. Paciente
2. Cirujano
3. Prestador
4. Pagador
5. Proveedor
6. Sistema

Los resultados de la ponderación de indicadores y autores se aprecian en la tabla (p 12)

#### **Otras Consideraciones especiales:**

1. La colecistectomía es el tratamiento de elección para la patología quirúrgica de la Vesícula Biliar.



2. La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento seguro y efectivo. Es superior a la colecistectomía abierta, tanto desde el punto de vista costo efectividad como desde el punto de vista costo beneficio.
3. La seguridad y eficacia de este método depende principalmente de la idoneidad y la experiencia del grupo quirúrgico que lo practique. Por lo tanto, debe ser realizado en instituciones de salud de nivel II o mayor, por cirujanos debidamente certificados. El consenso estableció los requerimientos mínimos necesarios.
4. Existe una notoria disminución de la incapacidad y un pronto reintegro a las labores con el método laparoscópico, lo cual tiene una repercusión enorme en términos de costo social.
5. Se debe iniciar el conjunto de acciones efectivas para lograr que toda población tenga acceso a la tecnología recomendada como superior en el manejo de esta patología dentro del sistema actual de seguridad social en salud.
6. Por todo lo anterior, la colecistectomía laparoscópica debe adoptarse y recomendarse como el tratamiento de elección para el manejo de la patología quirúrgica de la vesícula biliar.

### **Colecistectomía laparoscópica vs. Colecistectomía abierta**

#### **Ponderación de indicadores y actores**

Indicadores	Actores				
	Paciente	Cirujano	Prestador	Proveedor	Sistema
Servicios profesionales	0	0	0	0	0
Apoyo diagnostico	0	0	0	0	0
Derechos de sala/insumos/equipo	0	0	0	0	0
Materiales	0	0	-	-	+
Estancia	++	++	++	+	++
Incapacidad	++	+	0	+	++
Morbilidad	+	+	+	+	+
Mortalidad	+	+	+	+	+
Equipo de laparoscopia	+	+	-	0	+
Satisfacción	++	++	+	0	0
Cargo al pagador	0	-	++	-	0
Intangibles	++	++	++	++	++
Retorno laboral	++	+	-	+	++
Accesibilidad	-	-	--	--	+

0: los dos métodos son compatibles

- : ventaja leve C. abierta

+: Ventaja leve para la C. Laparoscópica    - - : gran ventaja para la C. abierta

+ + : Gran ventaja para la C. Laparoscópica

 <b>Hospital Universitario</b> <b>Clínica San Rafael</b> <small>En alianza con</small>	<b>GUÍA DE PRACTICA</b> <b>CLÍNICA COLECISTECTOMIA</b> <b>LAPAROSCOPICA</b>	<b>Código: AS-QX-GR-GC-18</b>
	<b>CIRUGIA</b>	<b>Versión: 7 - 2020</b>
		<b>Páginas: 14 de 16</b>

### **6.5. Pronóstico**

1. Las variables más importantes que determinan la seguridad y eficacia del método laparoscópico, son la idoneidad y experiencia del grupo quirúrgico que realiza el procedimiento una vez llega a la meseta de la curva de aprendizaje.
2. Dentro de los costos globales, la disminución de la estancia hospitalaria que se obtiene con la colecistectomía laparoscópica, representa una indiscutible favorabilidad para todos los actores.
3. La diferencia en costos de la inversión está presentada básicamente en el costo del equipo de laparoscopia. Este costo está en contra del procedimiento endoscópico, pero en la relación costo beneficio global, deja de tener un peso determinante con respecto a los demás beneficios ofrecidos por el procedimiento.
4. Aunque es difícil evaluar los costos intangibles en forma objetiva, se debe señalar que es uno de los aspectos más relevantes, con un fuerte impacto positivo sobre a persona y la sociedad en general. La falta de accesibilidad de la población al método laparoscópico por las licitantes del sistema influye desfavorablemente en la actualidad sobre el método laparoscópico impidiendo su amplia aplicabilidad y su reconocido impacto económico y social.
5. Porcentaje esperado de conversión a cirugía abierta: del 5 al 10%, mortalidad menor del 1%, Cálculos residuales en un porcentaje menor al 4% y morbilidad inherente al paciente no complicado sin co-morbilidad asociada menor del 5%.

### **7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Angel A. Et al. "Colelitiiasis". En Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Proyecto ISS-ASCOFAME. Bogotá. 1997.
2. "Guidelines for the clinical application of laparoscopic Biliary tract surgery", Society American gastrointestinal Endoscopic Surgeons (SAGES) Oct. 1999.
3. Langenbuch C. "Ein fall von extirpación de gallenblase wegen chronischer
4. Alridge M.C., Bismuth H. "Gallbladder cancer: The polyp cancer sequence", British journal of Surgery, 1990; 77: 363-364.
5. Berggfren U., ZethrAEUS n., Ardidsson D. "A Cost Minimization Analysis of Laparoscopic Cholecystectomy versus Open Cholecystectomy". Am. J. Surg. Oct 1996; 172:305-310. cholelithiasis", heilung Berl Klin Wsch 1882; 19: 725.
6. Cubertafond P., Gainant A., Cucchiario G. "Surgical Treatment of 724 carcinomas of the gallbladder. Results of the French Surgical Association Survey". Ann Surg. 1994; 219: 275-280.
7. Edward L. Et al. "Laparoscopic and Open Cholecystectomy in New York State: Mortality, Complications, and choice of procedure". Surgery, Feb 1999; 125(2):223-231.
8. Fleisher L. Et al."A model to Study Trransittion of Care. Is Outpatient Laparoscopic Cholecystectomy Safe and Cost- Effective". Anesthesiology. 1999; 90: 1746-1755.
9. Fullerton G. Et al. "Evaluation K. "A Prospective Cost of Laparoscopic and open Cholecystectomy". Am.J. Surg May 1995; 169: 503-506.
10. Gadacz T. "Asymptomatic gallstones: Has the threshold for surgery really been lowered?" En: Diseases of the liver, Biliary tract and pancreas American College of Surgeons Postgraduate course 3, Chicago, 1 997.
11. Golub R., Tan M. "The Prediction of Common Bile Duct Stones Using a Neural Network". J. Am. Coll. Surg. Dic. 1998; 187(6): 584-590.

 <b>Hospital Universitario Clínica San Rafael</b> <small>En alianza con</small>	<b>GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA</b>	<b>Código: AS-QX-GR-GC-18</b>
	<b>CIRUGIA</b>	<b>Versión: 7 - 2020</b>
		<b>Páginas: 15 de 16</b>

12. Jatzko G., et al. "Multivariate Comparison of Complications after Laparoscopic Cholecystectomy and Open Cholecystectomy". Ann. Surg, 1995; 22(4): 381-386.
13. Kalsner S. Et al. "national Institute of Health Consensus Development Conference Statement on Gallstones and Laparoscopic Cholecystectomy". Am. J. Surg. April 1993; 165: 390-398.
14. Kane R. Et al. "The Outcomes of Elective Laparoscopic and Open Cholecystectomy". J. Am. Coll. Surg, Feb 1995; 180: 136-145.
15. Karam J. Y Roslyn J.J. "Cholelithiasis and Cholecystectomy" En: Maingot's Abdominal Operations. Edited by Zinner M.J., SCHWARTZ s.i., Ellis H. 10th Edition, Appleton Lange, Stamford, 1997.
16. Kiviluoto T., et al. "Randomized trial of laparoscopic versus open Cholecystectomy for acute and gangrenous Cholecystitis". The Lancet, 1998; 351: 321-325.
17. Law C.H.L., Tandan V.R. "Gallstone disease: surgical treatment". En: Mc Donald J.W.D., Burroughs A.K., And Feagan BG (eds.) Evidence based Gastroenterology and hepatology B.M.J. Books, BMA House, London, 1999, pp: 260-270.
18. Lujan J.A., Parilla P. Robles R et al. "Laparoscopic Cholecystectomy vs. open Cholecystectomy the treatment of acute Cholecystitis: a prospective study". Arch Surg, 1998; 133: 173-175.
19. McMahon A. Et al. "Laparoscopic versus minilaparotomy Cholecystectomy: Randomized Trial". The Lancet, jan 1994; 343: 135-138.
20. Ministerio de Salud Pública, Resolución No. 00238 de 1999, requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud.
21. Mühe E. "Die erte cholecystecystecktomie durch das laparoskop". Langenbecks Arch Klin Chir 1986; 369; 804.
22. Ransohoff D, Gracie W. "Treatment of gallstones". Ann Inter Med, 1993; 119:606-619.
23. Rutkow I., "Socioeconomic Aspect". Word J. Surg. 1999; 23: 781-785.
24. Savader S., Lilemoe K., Prescott C., et al. "Laparoscopic Cholecystectomy-Related Bile Duct Injuries". Ann. Surg. 1997; 225(3):268-273.
25. Shea J. Et al. "Mortality and complications Associated with Laparoscopic Cholecystectomy". Ann. Surg. Nov 1996; 224(5): 609-620.
26. Sleeman D. Et al. "Laparoscopic Cholecystectomy in Cirrhotic Patients". J. Am. Coll. Surg, 1998; 187: 400-403.
27. Soper N.J., et al. "Role of laparoscopic Cholecystectomy in the management of acute gallstone Pancreatitis". Am J. Surg, 1994; 167: 42-51.
28. Steiner C. et al. "Surgical Rates and Operative Mortality for Open and Laparoscopic Cholecystectomy Maryland". N. Eng. J. Med. Feb 1994; 330 (6): 403-408.
29. Stevens H. Et al. "Clinical and Financial Aspects of Cholecystectomy: Laparoscopic Versus Open Technique". World J. Surg. Jan 1997; 21(1): 91-97.
30. Thistle J.L., et al. "The Natural History of Cholelithiasis: The National Cooperative Gallstone Study". Ann Inter. Med, 1984; 101:171-175.
31. Traverso W., Hardgrave K. "A Prospective Cost Analysis of Laparoscopic Cholecystectomy". Am J. Surg. May 1995; 169: 503-506.
32. Voiles R. "The Laparoscopic Buck Stops Here". Am. J. Surg. April 1993; 16: 472-473

 <b>Hospital Universitario Clínica San Rafael</b> <small>En alianza con</small>	<b>GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA</b>	<b>Código: AS-QX-GR-GC-18</b>
	<b>CIRUGIA</b>	<b>Versión: 7 - 2020</b>
		<b>Páginas: 16 de 16</b>

## 8. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	MODIFICACIONES REALIZADAS
5	05-05-2015	Se revisa todo el documento, se actualiza de acuerdo a la nueva Política de Documentación de Procesos
6	12-12-2016	Se revisa todo el documento, se realiza cambio de Logo y ajustes de acuerdo a la nueva plantilla establecida.
	05-02-2020	El servicio realiza revisión del documento y no se presentan cambios en su contenido, por lo tanto solo se amplía la vigencia sin realizar cambio de versión

<b>REDACTADO POR:</b> Dr. Carlos Jaramillo Ruiz Dr. Juan Manuel Salazar Correa Dr. Carlos Zapata Acevedo Dr. Mario Rodríguez López Dra. Marta López López Dra. Lina Bermeo Rodríguez Dr. Douglas Ortiz Espinel Dr. Franklin Flores Moreno Dr. Carlos González Salazar Cirujanos Generales Cirugía	<b>REVISADO POR:</b> Dr. Carlos Alberto Sánchez Gestor Departamento Quirúrgico	<b>APROBADO POR:</b> Dr. Fabio Martínez Director Científico
<b>FECHA DE REDACCIÓN</b> No identificada		
<b>MODIFICADO POR</b> Aseguramiento de la Calidad	<b>FECHA DE REVISION</b> 05-02-2020	<b>FECHA DE APROBACIÓN</b> 05-02-2020
<b>FECHA DE MODIFICACIÓN</b> 05-02-2020	<b>ACTUALIZACIÓN No. 7</b> <b>FECHA DE VIGENCIA 05-02-2023</b>	