DICTAMEN PERICIAL

A. NOMBRE Y PERFIL DEL PERITO:

CARLOS IVAN FORERO RAMIREZ
Cedula de ciudadanía: 14.796.295 Tuluá Valle
Registro Medico: 760629
Tiempo de experiencia en atención médica: 12 años
Dirección, teléfono y correo electrónico: Carrera 34 #25-40 Tuluá Valle, Teléfono celular 3116553132 y mi email para comunicaciones es el: perimedicaldelvalle@gmail.com

ESTUDIOS: Médico General de la Universidad Central del Valle del Cauca, Especialista en cirugía general de la Universidad del Zulia Venezuela.

EXPERIENCIA:
- Médico general hace 12 años
- Auditor medico desde hace 8 años
- Cirujano general desde hace 2 años

B. PERITAJE MEDICO SOLICITADO POR:

La Dra. (Abogada) GLORIA PATRICIA HURTADO GARCIA
Este dictamen médico de la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO se requiere para ser aportado dentro del proceso de responsabilidad médica como medio de prueba**.**

Fuente de información para el peritaje médico: Historia clínica de la paciente**,** Literatura médica, medicina evidencial, protocolos de manejo, Guías de práctica clínica.

Fecha de solicitud del peritaje médico: 21 de agosto de 2024
Fecha de entrega del peritaje médico: 30 de septiembre de 2024

De conformidad con lo dispuesto por el Código General del Proceso en su artículo 226, me permito hacer las siguientes declaraciones:

1.- Actúo con completa autonomía e independencia profesional, de manera tal que mi opinión es independiente y corresponde a mi real convicción profesional sobre la materia de la experticia.

2.- El dictamen fue elaborado directamente por este servidor.

3.- He realizado publicaciones científicas sobre la materia en los últimos diez años, pero no están relacionadas con este dictamen.

4.- He sido designado como Perito en casos o procesos judiciales en 2 ocasiones y no tengo conflicto de interés.

5.- No he intervenido en proceso de responsabilidad médica donde actúa la doctora GLORIA PATRICIA HURTADO GARCIA como apoderada de la parte demandada/ demandante.

6.- No estoy incurso en ninguna de las causales del artículo 50 del CGP.

7.- Los exámenes, métodos, y parámetros de análisis utilizados para evaluar el caso y soportar mi opinión profesional para el dictamen, corresponden a los que utilizo de manera sistemática y usual para el ejercicio de mi profesión.

8.- Para notificaciones me ubico en la Carrera 34 #25-40 Tuluá Valle, Teléfono celular 3116553132 y mi email para comunicaciones es el: perimedicaldelvalle@gmail.com

9.- Acompaño a la presente, copia de los documentos que acreditan mi idoneidad sobre la materia objeto del dictamen.

FUNDAMENTO: Efectúo el presente dictamen médico especializado con base en la copia de la historia clínica de la paciente PATRICIA MUÑOZ REGIFO cc 38.858.198 que en su momento pertenecía al régimen Simplificado de la EPS EMSSANAR y cubre su atención médica desde la consulta externa por dolor en hipocondrio derecho e intolerancia a los alimentos, para posterior intervención quirúrgica colecistectomía laparoscópica; subsecuentemente múltiples consultas al servicio de urgencia hasta su ingreso, estancia en UCI, hospitalización y fallecimiento 17/08/2024 a las 15:53 horas en la Fundación Hospital san José de Buga.

C.- APLICACIÓN DEL MÉTODO CIENTÍFICO

Para la realización de este Dictamen, se debe tener presente que equivale a una investigación de carácter científico en el cual se emplea un método, que consiste en la manera como se aborda la investigación con un carácter objetivo y sistémico, que lo convierta en verificable, reproducible y fundamentado en un razonamiento claro, exhaustivo, detallado, preciso y riguroso.

El método científico nos permite observar, pensar y resolver problemas de manera objetiva y sistemática, por lo cual es importante su aplicación, puesto que es el procedimiento mediante el cual podemos dar respuesta a cada problema del conocimiento permitiéndonos comprobar una hipótesis.

Para la realización del presente dictamen, apliqué el método científico, en el cual existen variaciones en la literatura en cuanto a los pasos a seguir para su aplicación, y que de manera general se resumen en cuatro pasos, los cuales apliqué de la siguiente manera:

1.- PLANTEAMIENTO DE PROBLEMAS

El ejercicio de la medicina, nos lleva al planteamiento de interrogantes tales como el límite de responsabilidad durante la atención e intervención en paciente con enfermedad litiásica biliar, llevados a colecistectomía laparoscópica bajo el riesgo cardiovascular estimado desde el enfoque de cirugía general y el subrogado de las complicaciones derivadas de comorbilidad multifactorial especifica de la paciente.

Es claro que, es una profesión de medios y de probabilidades, por lo cual, el profesional está obligado a utilizar los medios y técnicas más adecuadas y acorde con el avance de la ciencia, para evitar complicaciones y lesiones iatrogénicas.
La colecistectomía laparoscópica es un acto médico y quirúrgico, que por su constante presentación nos obliga a mantener la actualización de los conocimientos habilidades para un manejo responsable.
La violación de la *lex artis* está dada por una situación de impericia, imprudencia o negligencia, en donde encontramos resultados que no fueron previsibles, que no se contemplaron, siendo evitables con un actuar responsable.

Para esta investigación se plantea el problema, teniendo en cuenta, el motivo de consulta y los hallazgos clínicos, paraclínicos e imagenológicos realizados a la paciente y los hallazgos encontrados en su historia clínica, en donde se puede

evidenciar el actuar del galeno. Por lo cual se hace el siguiente planteamiento del problema, pretendiendo probar si hubo o no responsabilidad en el actuar del médico:

1.1.- ¿Es necesario llevar a colecistectomía laparoscópica a los pacientes con enfermedad litiásica biliar con comorbilidades asociadas?
1.2.- ¿Resulta posible identificar una fistula biliar en el postquirúrgico inmediato de colecistectomía?
1.3 - ¿Es posible que una fuga biliar lleve a un paciente a disfunción orgánica múltiples y a fallecimiento?
1.4 - ¿Los Pacientes con sepsis abdominal resulta necesario el manejo con abdomen abierto y sistema VAC?
1.5 - ¿La colecistectomía abierta tiene mejor pronóstico que las laparoscópica?

OBJETIVO

El objeto de la presente pericia que se ofrece, es emitir la opinión científica sobre la atención médica otorgada en la fundación hospital san José de buga realizado a la Sra. PATRICIA MUÑOZ RENGIFO, así como para explicar cuál es la verdad científica y medica sobre si existió elementos de responsabilidad profesional en lo que concierne a la actuación médica y si existe relación de causalidad entre la muerte y atención hacia la paciente, así como si este hecho era previsible y/o evitable.

2.- FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS:

2.1.- La colecistectomía laparoscópica se considera el "Gold estándar" de tratamiento de la colecistitis o colelitiasis, ya que supone un menor dolor postoperatorio, cicatrices mínimas y una recuperación más rápida vs colecistectomía convencional.

2.2.- El cólico biliar o la colecistitis aguda representan > 70% de las indicaciones para realizar una colecistectomía.

2.3- La colecistectomía laparoscópica se considera una cirugía segura, aunque podría aumentar su morbilidad y mortalidad en pacientes ancianos o con mayor número de comórbidos agregados.

2.4- Dentro de las complicaciones intraoperatorias de la colelap encontramos como las más frecuentas la lesión intestinal, lesión vascular (en el sitio de inserción del trocar), fuga biliar y las lesiones del conducto biliar esta última siendo la menos frecuente pero también la de mayor morbilidad para el paciente.

3.- OBTENCIÓN DE LINEAMIENTOS DE LA HIPÓTESIS

La técnica utilizada para verificar o descartar las hipótesis planteadas se estableció a partir del análisis detallado de la historia clínica de la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO, resultado de los estudios clínicos, valoraciones médicas, revisión bibliográfica.

4.- EMPLEO DE TÉCNICAS EMPÍRICAS.

Debido a que mi participación se basa principalmente en documentales que integran la historia clínica en el presente caso, debo mencionar que para la revisión metodológica de las mismas se emplean los siguientes métodos: inductivo, deductivo, analógico, retrospectivo, con la intención de esclarecer de acuerdo a la lógica de tiempo y modo, apegado a la deontología, ética y lex artis médica, apoyándome en la literatura médica mundial aceptada en la materia de obstetricia El conocimiento empírico es el obtenido con el uso de los sentidos del ser humano, a partir de la experimentación o la observación que para este caso, lo es sobre la historia clínica de la paciente PATRICIA MUÑOZ RENGIFO , donde reposan los datos que me llevaran a dar respuesta a interrogantes y a una conclusión final. Utilicé los métodos antes descritos, demostrando un gran valor científico mediante la revisión detallada de la historia clínica, las técnicas de investigación documental, los referentes teóricos de guías de práctica clínica, protocolos de manejo y medicina evidencia, así como artículos médicos y bibliografías que contienen datos estadísticos.

RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA

Se trata de paciente femenino de 57 años de edad, con antecedentes personales: DM tipo 2, Hipertensión arterial, cáncer de mama derecha ec ll, con rh (+) y her2 (-) en tratamiento: quimioterápico adyuvante (ac 2 ciclos, docetaxel + ciclofosfamida 4 ciclos). Radioterapia adyuvante en andamiento, enfermedad renal crónica secundaria.
Quirúrgicos: cesárea, cuadrantectomía supero-lateral + vaciamiento ganglionar derecho el 14/12/15, re-cuadrantectomía mama derecha el 08/04/17, patología reporta fibrosis, reacción a cuerpo extraño.
Ingresa el día 30/11/2017 al servicio de consulta externa de la Fundación Hospital San José de Buga- Valle del Cauca, con cuadro clínico consistente en dolor en hipocondrio derecho en relación a ingestas de alimentos, al examen físico de ingreso presento dolor a la palpación y a la inspiración a nivel del hipocondrio derecho sin encontrar otros síntomas , aporta paraclínicos que muestra una función hepática dentro de lo aceptado, compensación metabólica de sus comorbilidades, ecografía abdominal evidencia múltiples litos en la vesícula biliar, con una vía biliar

de calibre normal y estructuralmente dentro de lo reglado. En esa misma consulta se dio orden de llevar a colecistectomía por vía laparoscópica.

Valorada por anestesiología 22/01/2018 y programada para su intervención la cual se realiza 11/02/2018, encontrando vesícula aumentada de tamaño, con múltiples litos en su interior, pero en general sin otra alteración. Es egresada con recomendaciones manejo del dolor y signos de alarma.

Re consulta por el servicio de urgencias el día 15/02/2018 por dolor relacionado al lecho quirúrgico y fiebre sin tener cuantificación para ese momento, valorada por cirugía general que da manejo médico y egresa.

Nuevamente re consulta al servicio de urgencias el 18/02/2018 en su séptimo día de postquirúrgico, valorada por cirugía general desde su ingreso que solicitan tomografía abdominal y radiología que describe colección asociada a lecho vesicular por lo que es llevada a quirófano para laparoscopia exploratoria el 21/02/2018 encontrando: múltiples adherencias de epiplón a peritoneo e hígado por cirugía previa, escaso liquido bilioso en gotera parietocolica derecha y subhepatica, no se observa salida de bilis del lecho hepático por proceso inflamatorio pero deja la sospecha de fistula del muñón, una vez en hospitalización es solicitado una colangiopancreatografia retrograda y endoscópica (CPRE) la cual se realiza el 02/03/2018, como medida diagnóstica y terapéutica de la fistula relacionada al muñón del cístico. Realizan esfinterectomia y dejan stent. Procedimiento sin complicaciones.

La paciente no muestra una evolución favorable durante su estancia, hecho por el cual es llevada a la unidad de cuidados intensivos el día 10/03/2018. con la impresión diagnostica:

-Sepsis grave
-Derrame para neumónico vs metástasis tumoral Ca mama derecho estadio III.
-DM tipo 2 con compromiso microvascular.
-HTA no controlada.
-POP de colelap 11/02/2018/ CPER + stent 7.03.2018
-Fistula biliar
-Obesidad.
-IRC reagudizada aki iii
-Ca de mama derecho quimioterapia.

-POP paso de catéter pigtail – cateter venoso central yugular derecho. (08/03/18)
-Gastritis erosiva hiperémica erosiva leve.

Dada la falla ventilatoria inminente se realiza intubación orotraqueal e inician ventilación mecánica invasiva y trasladada a cirugía por parte del servicio de cirugía general en donde realizan laparotomía (10-03-2018): hallazgos bilioperitoneo 1000 cc + sistema VAC.

Continua hospitalización en UCI entra en disfunción orgánica múltiples es necesario realización de hemodiálisis.

El día 12/03/2018 en la estancia en la unidad de cuidados intensivos la paciente hace parada cardiaca y es reanimada por 6 minutos, requiriendo soporte vasopresor dual, posteriormente llevada nuevamente a cirugía para lavado abdominal 15/03/2018: con los siguientes hallazgos: liquido biliar moderado en cavidad abdominal, lecho hepático en proceso de emplastamiento, pero visualizo escasa filtración de bilis aun a ese nivel.

El día 19/03/2018: nuevamente llevada a lavado peritoneal y revisión del abdomen encontrando cavidad no bloqueada, escaso material de apariencia biliosa en región sub-hepática derecha y direccionando las fistulas al exterior y se realiza cierre abreviado de la cavidad abdominal. Durante su estancia en la UCI presenta infecciones en el tracto urinario, bacteriemia por enterobacteria y pseudomona así mismo se le aísla cándida tropicalis en orina y en vía respiratoria alta. Es de aclarar que estas infecciones todas con perfiles de resistencia positivos.

En la unidad de cuidados intensivos, sus variaciones posteriores en términos metabólicos fueron casi estacionarias y tendientes al deterioro, sin lograr un avance claro hasta lograr estabilizar en un punto basal metabólico libre de soporte vasopresor, y con manejo de la vía aérea por traqueostomía. Es trasladada a piso de hospitalización 09/04/2018 sin variaciones en su estado, el día 08/06/2028 se solicita remisión cuidados paliativos y Home Care y valorada por mastología que no es concluyente si existe correlación con el cuadro actual con su antecedente de cáncer de mama, en la estancia hospitalaria en el piso de medicina interna se transfunde con hemoglobina de 5,2 grs, pero no existe variaciones en su estado neurológico, ni una recuperación evidenciable, el día 17/08/2018 la paciente presenta paro cardiorrespiratorio a las 15:53 hrs, previamente familia había desistido de maniobras de reanimación.

PRESENTACION DE LA LITERATURA MÉDICA RELACIONADA COON LA COLECISTECTOMIA Y SUS COMPLICACIONES

Basado en la historia clínica de la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO, se observa que el hecho que suscita la necesidad de la intervención colecistectomía laparoscópica y posteriormente la descompensación de sus comorbilidades hasta la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos y su posterior fallecimiento en piso de hospitalización de la Fundación Hospital San José de Buga, para lo cual realizo la siguiente revisión bibliográfica:

Los cálculos biliares, o colelitiasis en una enfermedad caracterizada por la aparición de cálculos al interior de la vesícula biliar la cual es un órgano hueco ubicado debajo del hígado.
Causan síntomas y pueden desencadenar una serie de complicaciones si no se tratan adecuadamente. Estas complicaciones pueden variar en gravedad y pueden requerir atención médica inmediata.

Entre algunas de las complicaciones de esta enfermedad son:

-Colecistitis: Esta es la inflamación de la vesícula biliar, causada por la obstrucción de un conducto biliar por un cálculo. Los síntomas incluyen dolor abdominal intenso, fiebre y náuseas.
-Pancreatitis: Un cálculo biliar puede bloquear el conducto pancreático, lo que lleva a una inflamación del páncreas. La pancreatitis es una condición grave que puede causar dolor abdominal intenso, náuseas, vómitos y puede ser potencialmente mortal.
-Colangitis: Esta es una infección de los conductos biliares, a menudo causada por un cálculo que bloquea el flujo de bilis. Los síntomas incluyen fiebre, escalofríos, dolor abdominal e ictericia.
-Obstrucción del conducto biliar común: Un cálculo puede bloquear el conducto biliar común, que transporta la bilis desde el hígado hasta el intestino delgado. Esto puede causar ictericia, picazón y decoloración de las heces.
-Fístula biliar: En casos raros, un cálculo puede erosionar la pared de la vesícula biliar o de un conducto biliar, creando una conexión anormal (fístula) con otro órgano o la piel.
-Cáncer de vesícula biliar: Aunque menos común, los cálculos biliares pueden aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de vesícula biliar.

La colecistectomía laparoscópica se ha convertido en el estándar de oro para el tratamiento de la colelitiasis (cálculos en la vesícula biliar) y sus complicaciones. Esta técnica quirúrgica mínimamente invasiva ha desplazado a la cirugía abierta.

-Menor dolor postoperatorio: Al realizar incisiones más pequeñas, se reduce el trauma quirúrgico y, por ende, el dolor que experimenta el paciente después de la cirugía.

-Recuperación más rápida: Los pacientes suelen recuperarse más rápido y pueden regresar a sus actividades diarias en un plazo menor en comparación con la cirugía abierta.

-Estancia hospitalaria más corta: La recuperación más rápida permite que los pacientes sean dados de alta del hospital en un tiempo más breve.

-Menor riesgo de complicaciones: Las complicaciones postoperatorias, como infecciones y hernias, son menos frecuentes en la cirugía laparoscópica.

-Mayor precisión: La visualización directa a través de una cámara permite al cirujano realizar la operación con mayor precisión.

-Menor pérdida de sangre: Al trabajar en un campo quirúrgico seco, se reduce la pérdida de sangre.

-Menor trauma a los tejidos: El trauma quirúrgico es menor, lo que contribuye a una recuperación más rápida.

Sin embargo, una de las complicaciones frecuentes de la colecistectomía laparoscópica o abierta es las fistulas biliares y principalmente del muñón del conducto cístico.

Una fístula del muñón del conducto cístico es una complicación que puede surgir después de una colecistectomía, ya sea abierta o laparoscópica.

Consiste en una conexión anormal entre el muñón del conducto cístico (el remanente del conducto cístico después de extirpar la vesícula biliar) y otro órgano o la piel, lo que permite el flujo de bilis hacia el exterior.

Las comorbilidades en los pacientes tienen a incrementar la incidencia de estas complicaciones en especial: la Obstrucción biliar: Un cálculo biliar impactado en el conducto cístico puede causar una presión elevada y erosionar la pared del conducto, lo que conduce a una fístula.

Neoplasias o patologías relacionadas: En casos raros, un tumor o tratamiento oncológico puede erosionar el área de cicatrización del conducto cístico y causar una fístula.

Los síntomas de una fístula del muñón del conducto cístico pueden variar dependiendo de su tamaño y localización, pero suelen incluir:

Dolor abdominal: Sensación de dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen.
Fiebre: Indicativa de una infección.
Ictericia: Coloración amarillenta de la piel y los ojos, debido a la acumulación de bilirrubina en la sangre.
Masa abdominal: En algunos casos, se puede palpar una masa abdominal.
Fístula externa: Si la fístula drena hacia la piel, se observará una secreción biliar en la herida quirúrgica.

El diagnóstico de una fístula del muñón del conducto cístico se basa en:

Historia clínica: Se indaga sobre los síntomas, la cirugía previa y los factores de riesgo.
Examen físico: Se realiza un examen abdominal para detectar dolor, masas y fístulas externas.
Estudios de imagen:
Ecografía abdominal: Puede mostrar líquido libre en el abdomen, engrosamiento de la pared biliar o una fístula.
Tomografía computarizada (TC): Proporciona imágenes más detalladas y puede ayudar a identificar la localización y extensión de la fístula.
Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE): Permite visualizar los conductos biliares y pancreáticos y puede utilizarse para tratar la fístula.
Análisis de laboratorio: Se pueden solicitar pruebas de función hepática y análisis de la secreción de la fístula para confirmar la presencia de bilis.

El tratamiento de las fístulas del muñón del conducto cístico dependerá de la gravedad de la fístula, la presencia de complicaciones y las condiciones generales del paciente. Las opciones terapéuticas incluyen:

Tratamiento conservador: En casos leves y sin complicaciones, se puede intentar un tratamiento conservador con ayuno, succión nasogástrica y antibióticos.
Tratamiento endoscópico: La CPRE puede utilizarse para colocar stents biliares y drenar la fístula.
Tratamiento quirúrgico: En casos más complejos, puede ser necesaria una cirugía abierta o laparoscópica para reparar la fístula.

Hay condiciones propias del paciente en este caso sus comorbilidades y antecedentes que interfieren en una adecuada evolución tales como

-Diabetes
-Enfermedad renal crónica
-Enfermedad hepática
-Cáncer
-Sistema inmunitario debilitado

Y que pueden conllevar la paciente a desarrollo de una sepsis esta ocurre cuando el cuerpo reacciona de manera exagerada a una infección, liberando sustancias químicas que pueden dañar los propios tejidos y órganos. Esta respuesta inflamatoria descontrolada puede provocar una disminución del flujo sanguíneo a órganos vitales, lo que lleva a su disfunción o fallo.

El tratamiento de la sepsis requiere una intervención rápida y agresiva en una unidad de cuidados intensivos. El tratamiento incluye:

Antibióticos: Para combatir la infección.
Líquidos intravenosos: Para aumentar la presión arterial.
Medicamentos vasoactivos: Para mantener la presión arterial.
Soporte respiratorio: Si es necesario tratamiento de la causa subyacente: Identificar y tratar la fuente de la infección.

INDICACIONES PARA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA
COLECISTITIS SINTOMÁTICA: Cólico Biliar, Colecistitis Aguda, Pancreatitis por cálculos biliares
COLELITIASIS ASINTOMÁTICA
Enfermedad de células falciformes
NPT
Inmunosupresión crónica
Falta de acceso rápido a servicios de salud
Colecistectomía incidental para ptes sometidos a procedimientos por otras indicaciones
COLECISTITIS ALITIÁSICA (discinecia biliar)
Pólipos en la vesícula biliar mayor de 1cms de diámetro
VESÍCULA EN PORCELANA

ANALISIS DE LOS HECHOS:

Una vez analizada la historia clínica de la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO procedí a la aplicación del método científico, observando que se trata de paciente femenina de 57 años, con múltiples comorbilidades, que es intervenida de colelap,

presentando fistula biliar, la cual, desde una visión medica analítica se llegó al diagnóstico oportuno y se dio el manejo establecido para la complicación con intervenciones quirúrgicas, tratamientos endoscópicos, esquemas antibióticos como lo establece la literatura y las investigaciones médicas, sin embargo las comorbilidades que presentaba la paciente no se pueden apartar de la fisiopatología y son una gran carga sobre la economía del metabolismo, generando una gran deuda; lo que subsecuentemente lleva la paciente a una disfunción orgánica que se prolonga, extendiendo su estancia hospitalaria hasta su fallecimiento.

SE ME PLANTEA EL SIGUIENTE CUESTIONARIO

1.- ¿Por qué es necesaria la colecistectomía laparoscópica en pacientes con enfermedad litiásica biliar?

Rta: Actualmente, la colecistectomía laparoscópica está indicada para el tratamiento de la colecistitis (aguda/crónica), la colelitiasis sintomática, la discinesia biliar, la colecistitis alitiásica, la pancreatitis por cálculos biliares y las masas/pólipos de la vesícula biliar. Estas indicaciones son las mismas que para la colecistectomía abierta.

Numerosos estudios médicos muestran que la tasa de complicaciones de la cirugía laparoscópica de vesícula es comparable a la tasa de complicaciones de la cirugía tradicional de la vesícula cuando se realiza por un cirujano adecuadamente entrenado.

2.- ¿Cuáles son los riesgos y cuáles son los beneficios de la colecistectomía laparoscópica?

Rta: Beneficios de la colecistectomía laparoscópica son:

Menor dolor postquirúrgico debido a las incisiones más pequeñas y la menor manipulación de los órganos, recuperación más rápida, estancia hospitalaria más corta, menor riesgo de infección y mejor resultado estético. Riesgos de la colecistectomía laparoscópica son iguales a los de la cirugía abierta:

Lesión de órganos cercanos: Aunque poco común, existe el riesgo de lesionar órganos cercanos como el hígado, el intestino delgado o los conductos biliares, sangrado, Infección, al igual que con cualquier cirugía, también tromboembolismo pulmonar, fuga biliar, lo que puede requerir un tratamiento adicional y por último conversión a cirugía abierta.

3.- ¿Cuáles factores de riesgo pueden incrementar la aparición de complicaciones de una colecistectomía laparoscópica?

Rta: La habilidad y experiencia del cirujano juegan un papel importante en la minimización de los riesgos, la complejidad de la cirugía; en ciertas condiciones la inflamación severa de la vesícula biliar o la presencia de cálculos grandes, pueden aumentar el riesgo de complicaciones y la salud general del paciente por ejemplo las enfermedades crónicas como la diabetes o la enfermedad cardíaca incluso la enfermedad renal crónica y antecedentes oncológicos pueden aumentar los riesgos quirúrgicos.

4.- ¿De aparecer alguna complicación como una fistula biliar en el postquirúrgico inmediato de colecistectomía se puede diagnosticar y tratar a tiempo?

Rta: Cuando se produce una fuga en el muñón del conducto cístico, significa que hay una pérdida de bilis hacia la cavidad abdominal. Esto puede ocurrir debido a un corte o lesión en el conducto durante la cirugía, o porque el cierre del muñón no fue adecuado por el grado de inflamación y mala cicatrización propia del paciente. También es importante tener en cuenta la anatomía compleja del paciente y la de la vía biliar puede variar entre individuos, lo que puede dificultar la cirugía, la Inflamación crónica de la vesícula biliar puede hacer que los tejidos sean más frágiles y propensos a las lesiones.

El diagnostico depende de las manifestaciones clínicas de cada paciente, pues son signos y síntomas muy inespecíficos que podrían corresponder a muchas otras patologías, pero el seguimiento, los estudios imagenológicos y de laboratorio son de vital importancia para llegar al diagnóstico, para lo cual entre más rápido se llegue al diagnóstico el pronóstico es mejor.

5.- ¿Es posible que una fuga biliar lleve a un paciente a disfunción orgánica múltiples y a fallecimiento?

Rta: La disfunción orgánica múltiple es una condición médica grave que se presenta cuando dos o más órganos del cuerpo dejan de funcionar correctamente de forma simultánea. Es una respuesta del organismo a una lesión grave, una infección severa o una enfermedad crítica crónica ya establecida

Las causas más comunes de la disfunción orgánica múltiple son estados sépticos, traumáticos severos con alta carga de lesión, intervenciones quirúrgicas mayores, estados oncológicos avanzados, farmacológicos y descompensaciones o no tratamiento de las comorbilidades.

La fuga de bilis por el muñón del cístico es una situación muy manejable la cual por lo regular su desenlace es favorable.

6.- ¿Para los Pacientes con sepsis abdominal, resulta necesario el manejo con abdomen abierto y sistema VAC?

Rta: El sistema VAC (Vacuum Assisted Closure), o terapia de presión negativa, es una herramienta usada para el manejo de heridas abdominales complejas. Su funcionamiento se basa en la aplicación de una presión negativa controlada sobre la herida, lo que favorece la cicatrización y promueve un mejor cierre de la misma. Los beneficios son múltiples aquí nombro algunos:

- Acelera la cicatrización
- Reduce el edema
- Disminuye el riesgo de infección
- Facilita el cierre de heridas
- Reduce el dolor
- Permite el cierre diferido de heridas.

7.- ¿De acuerdo con lo consignado en la Historia Clínica estaba plenamente indicada la cirugía de Colecistectomía por Laparoscopia realizada a la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO el día 11 de febrero de 2018 en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA y por qué?

Rta: En la historia clínica suministrada por la Fundación Hospital san José de Buga, se describen los síntomas clásicos de enfermedad litiásica biliar, como son el dolor en hipocondrio derecho, irradiado, persistente.

Actualmente, la colecistectomía laparoscópica está indicada para el tratamiento de la colecistitis (aguda/crónica), la colelitiasis sintomática, la discinesia biliar, la colecistitis alitiásica, la pancreatitis por cálculos biliares y las masas/pólipos de la vesícula biliar. Estas indicaciones son las mismas que para la colecistectomía abierta.

Es necesario llevar a colecistectomía laparoscópica por riesgo de desarrollar Colecistitis aguda, colangitis, una pancreatitis, una obstrucción de los conductos biliares lo que puede bloquear los conductos biliares, causando ictericia (coloración amarillenta de la piel y los ojos) y otros problemas.

Otras condiciones menos frecuentes como Vesícula biliar porcelana y colangiocarcinoma.

8.- ¿Se presentó algún tipo de complicación durante la realización de la cirugía de Colecistectomía por Laparoscopia realizada a la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO el día 11 de febrero de 2018?
Rta: De acuerdo a la historia clínica suministrada, no se presentó ninguna complicación transoperatoria.

9.- ¿Cuáles fueron las causas de la consulta de la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO al servicio de urgencias de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, el día 15 de febrero de 2018? ¿Estuvo ajustada la conducta médica tomada?
Rta: Las causas de la consulta médica al servicio de urgencias el día 15 febrero 2018 fue por dolor abdominal, fiebre y constipación, la conducta medica tomada en ese momento fue adecuada.

10.- ¿Había criterio médico para haber ordenado la hospitalización de la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO, en la consulta al servicio de urgencias de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, del día 15 de febrero de 2018, estuvo ajustada la conducta médica adoptada?
Rta: No existían criterios de hospitalización, solo criterio de tomar paraclínicos y de observar evolución clínica médica.

11.- ¿En la consulta realizada por la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO al servicio de urgencias de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA el día 18 de febrero de 2018, ¿cuál fue la conducta médica adoptada y si la misma estuvo ajustada?
Rta: La paciente preconsulta 18 febrero 2018 por dolor abdominal en hipocondrio derecho y distención abdominal, la conducta médica, de acuerdo a historia clínica, fue la adecuada.

12.- El día 19 de febrero de 2018 se le realiza a la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO una Tomografía Axial Computada de Abdomen y Pelvis (Abdomen Total) encontrando una Esteatosis Hepática, colección sobre el lecho vesicular, colección liquida en el fondo del saco y derrame pleural bilateral de pequeño volumen. ¿Estos hallazgos podrían indicar que hubo errores en la realización de la cirugía de colecistectomía por laparoscopia realizada a la paciente el 11 de febrero de 2018? ¿O a que podrían corresponder estos hallazgos?
Rta: Los hallazgos tomográficos a nivel abdominal son los esperados en pacientes

posteriores a una intervención quirúrgica, son muy inespecíficos y no se podrían correlacionar con alguna complicación de la cirugía realizada el 11 febrero 2018.

13.- ¿De acuerdo con la descripción quirúrgica de la cirugía realizada el día 11 de febrero de 2018 y el resultado de la Tomografía Axial Computada de Abdomen y Pelvis realizada a la paciente el 19 de febrero de 2019, hubo lesión de la vía biliar y del lecho hepático en la cirugía de Colecistectomía por Laparoscopia?
Rta: De acuerdo con la descripción quirúrgica consignada en la historia clínica, analizándola en conjunto con la tomografía axial computada de abdomen, no se puede concluir que hubiese una lesión de la vía biliar.

14.- ¿De acuerdo con su experiencia cual es la razón de los hallazgos operatorios de la cirugía de Laparoscopia Exploratoria realizada a la paciente el día 21 de febrero de 2018, en donde se evidenciaron *"Múltiples adherencias de epiplón a peritoneo e hígado por cirugía previa, escaso liquido bilioso en gotera parietocolica derecha y subhepatica, ¿no se observa salida de bilis del lecho hepático por proceso inflamatorio (fistula del muñón cerrada)?*
Rta: Los hallazgos quirúrgicos de la segunda intervención, son hallazgos típicos de un proceso inflamatorio que, contextualizado por una cirugía previa, son los esperados ya que toda cirugía y en todo proceso de cicatrización su primera fase es inflamatoria lo que conlleva a las adherencias de epiplón.

15.- ¿Las múltiples adherencias de epiplón a peritoneo e hígado se pueden considerar como una iatrogenia ocasionada en la cirugía practicada el día 11 de febrero de 2018?
Rta: Las adherencias de epiplón son una respuesta fisiológica a la intervención quirúrgica, es un proceso biológico normal en todos los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica intrabdominal.

16.- Las complicaciones que presentó la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO, posteriores al procedimiento de COLELAP, ¿están descritas en la literatura médica como inherentes al procedimiento quirúrgico? o se podría considerar que corresponden a un error médico?
Rta: Se considera riesgo inherente aquel daño o complicación que se presenta de forma intrínseca en el procedimiento médico, dicha complicación hace parte del procedimiento mismo y no hay posibilidad de impedirlo, aunque haya sido previsible.

Por lo tanto, la Colelap tiene implícito algunas complicaciones, como son: Lesión de órganos cercanos como el hígado, el intestino delgado o los conductos biliares, sangrado, Infección, al igual que con cualquier cirugía, también tromboembolismo pulmonar, fuga biliar, lo que puede requerir un tratamiento adicional y por último conversión a cirugía abierta.

En todo caso no se puede demostrar que los médicos actuaron con error, alejados de la lex artis.

17.- ¿Los múltiples antecedentes patológicos que tenía la señora patricia muñoz, tales como: diabetes mellitus tipo 2 insulino requirente, ¿hipertensión arterial, obesidad, estreñimiento crónico, Ca de mama derecha ec II con Rh (+) y her2 (-) en tto? quimioterápico adyuvante (ac 2 ciclos, docetaxel + ciclofosfamida 4 ciclos). Radioterapia adyuvante en andamiento. Inicio de terapia con tamoxifeno, hiperprolactinemia y enfermedad renal crónica, ¿contribuyeron en las complicaciones que presentó la paciente posterior a la colelap? ¿Estas comorbilidades influyeron en la evolución tórpida de la paciente y en la falta de adherencia al tratamiento instaurado?

Rta: De acuerdo a la historia clínica concluyo que las complicaciones que presento la paciente fueron consecuencia de sus comorbilidades.

18.- ¿De acuerdo con su experiencia y a lo consignado en la Historia Clínica, considera usted que el manejo médico dispensado a la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA fue el adecuado y el pertinente? ¿Porque la señora PATRICIA MUÑOZ no tuvo adherencia al tratamiento y por el contrario la evolución de la paciente siempre fue hacía el deterioro?

Rta: De Acuerdo a la revisión completa de la historia, la atención y todo el manejo fue el adecuado y pertinente. Ajustado a la lex artis y a las necesidades que se fueron suscitando, en el manejo de la paciente.

19.- ¿De acuerdo con lo consignado en la Historia Clínica considera usted que el manejo médico de la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO en la Unidad de Cuidados Intensivos de la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA fue necesario, adecuado y pertinente?

Rta: El manejo evidenciado en la historia clínica, muestra completa necesidad de la estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI), además se demuestra lo adecuado y pertinente del tratamiento suministrado.

20.- ¿Cuál es la razón de que la paciente haya adquirido infecciones de origen nosocomial y si estas fueron tratadas adecuadamente conforme lo ordena la lex artis?

Rta: Dado sus antecedentes patológicos, claramente se trata de una paciente con un compromiso en su estado inmunológico y de defensa, aunque las infecciones nosocomiales son potencialmente prevenibles en pacientes sin antecedentes patológicos, su estado y antecedentes incrementan el riesgo de adquirirlas, más aun con el uso de fármacos inmunomoduladores como la ciclofosfamida y doxetal.

21.- ¿La larga estancia hospitalaria y las múltiples intervenciones que requirió la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO, influyeron en la evolución tórpida de la paciente?

Rta: Las múltiples intervenciones, evidenciadas en la historia clínica, por los diferentes médicos y especialistas que se realizaron en aras de mejorar la sobrevida y evolución de la paciente, también contribuyen al empeoramiento y la comorbilidad de un paciente con deterioro previo por las múltiples patologías que padecía la paciente.

22.- ¿Cuál considera usted que fue la causa de la muerte de la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO?

Rta: La muerte de la paciente fue el desenlace de una parada cerebro-cardio-pulmonar que deriva de la disfunción orgánica múltiple, que venía alterando la homeostasis de su fisiología ya alterada por las comorbilidades y estado catabólico de todos sus antecedentes patológicos y farmacológicos.

CONCLUSIONES

Atendiendo el estudio de la historia clínica de la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO, y de los hechos apuntados y los razonamientos anteriormente expuestos se deduce las siguientes conclusiones:

1.- Se trata de paciente de 59 años, con múltiples comorbilidades, que fue sometida a Colelap por la presencia de litos o cálculos en la vesícula biliar y que como muestra la evidencia científica, requería la intervención.

2.- La paciente presentó una complicación derivada de la colecistectomía la cual es una fuga del muñón del conducto cístico, que es un ente frecuente en este tipo de cirugía y que se manejó de forma satisfactoria con la CPRE más esfinterectomia e implantación de un stent biliar.

3.- La descompensación metabólica es producto del pobre control de sus comorbilidades de base, que se empeoraron durante el posquirúrgico de la coleplap.

4.- La realización de la colecistectomía laparoscópica ofrece más ventajas frente a la colecistectomía vía abierta, desde el punto de vista de visión laparoscópica, menor complicaciones y menor estancia hospitalaria.

5.- La identificación prematura de la fuga del muñón del conducto cístico, no cambia el desenlace final del paciente.

6.- La descompensación de sus comorbilidades asociadas, son el activador de la subsecuente disfunción orgánica que lleva al paciente al fallecimiento.

7.- El manejo del bilioperitoneo con abdomen abierto y sistema VAC o drenaje asistido por vacío es lo ideal en los pacientes que cursan con sepsis de carácter abdominal.

8.- La reanimación logro revertir la parada cardio-respiratoria a los 6 minutos, sugiriendo un evento de daño multiorgánico principalmente en el tejido cerebral.

9.- Los antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus y la edad, factores de riesgo cardiovascular asociado a quimioterapia y patología oncológica, sin duda ha contribuido al desenlace fatal en contexto de la sepsis severa y la disfunción orgánica múltiple.

10.- La falla renal ya establecida crónicamente, con la que cursaba la paciente se agudizo ante el cuadro clínico actual requiriendo soporte dialítico de urgencia durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos.

11.- Las comorbilidades y su enfermedad oncológica de base asociado a la administración de quimioterapia es un factor crucial.

12.- No se evidencia nexo de causalidad directa de la Colelap, con el fallecimiento de la paciente.

ANEXOS

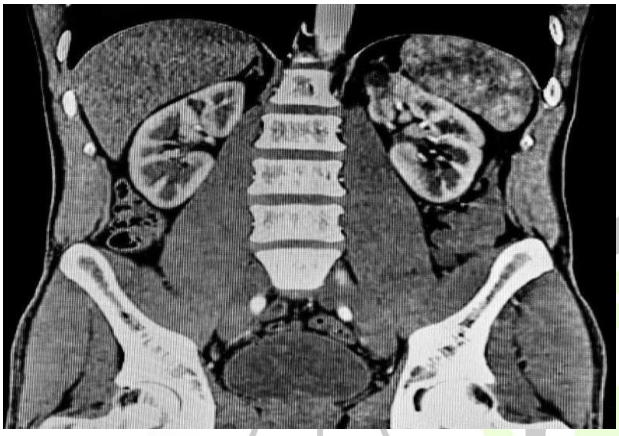
Con este dictamen pericial, estoy anexando mi hoja de vida y copia de documentos que me sirvieron de soporte para la elaboración del dictamen.

GLOSARIO

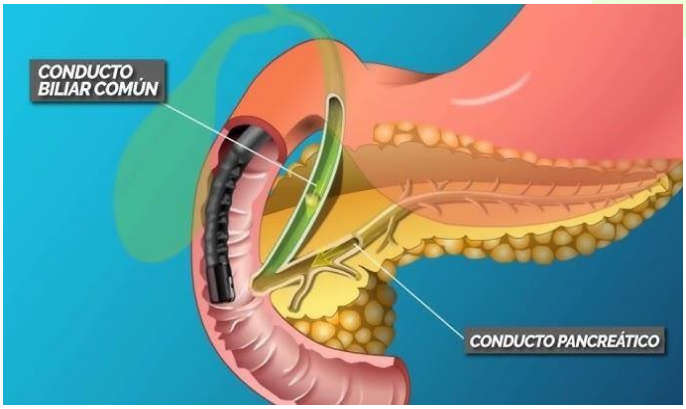
COMORBILIDAD: Hay comorbilidad cuando dos o más trastornos o enfermedades ocurren en una misma persona, al mismo tiempo o uno después del otro. Las

enfermedades pueden interactuar entre sí, afectando los síntomas y los resultados en la salud de una persona.

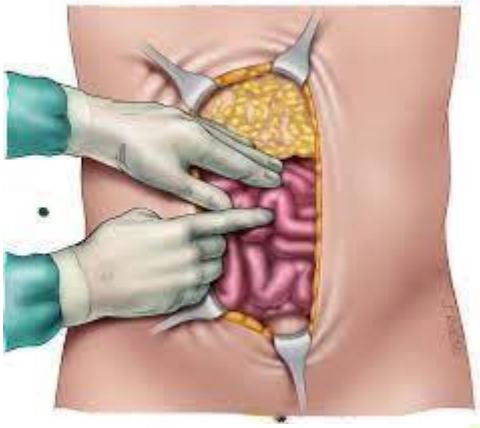
TAC DE ABDOMEN: La tomografía computarizada, más comúnmente conocida como exploración por TC, es un examen médico de diagnóstico por imágenes. Al igual que los rayos X tradicionales, produce múltiples imágenes o fotografías del interior del cuerpo.
La TC genera imágenes que pueden ser reformateadas en múltiples planos. Puede incluso generar imágenes tridimensionales.



CPRE: es la abreviación de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Procedimiento para el que se usa un endoscopio a fin de examinar y tomar una radiografía del conducto pancreático, el conducto hepático, el conducto colédoco, la papila duodenal y la vesícula biliar. Un endoscopio es un instrumento delgado en forma de tubo, con una luz y una lente para observar



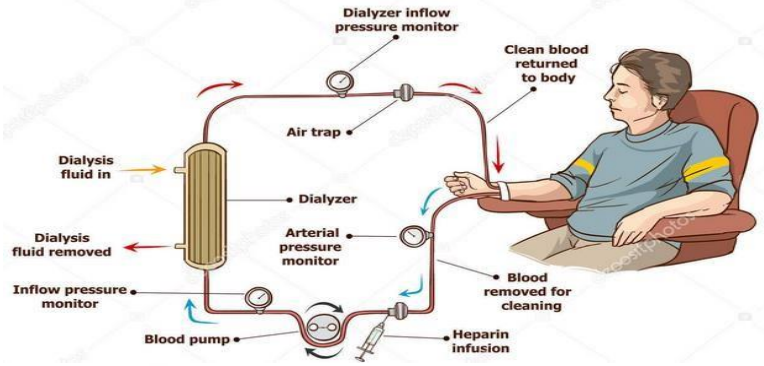
LAPAROTOMIA: La laparotomía o celiotomía es una cirugía que se hace con el propósito de abrir, explorar y examinar para tratar los problemas que se presenten en el abdomen. Existen dos tipos de laparotomía, la simple y la exploratoria. Cuando el acceso al abdomen se hace por la línea media, se denomina celiotomía.



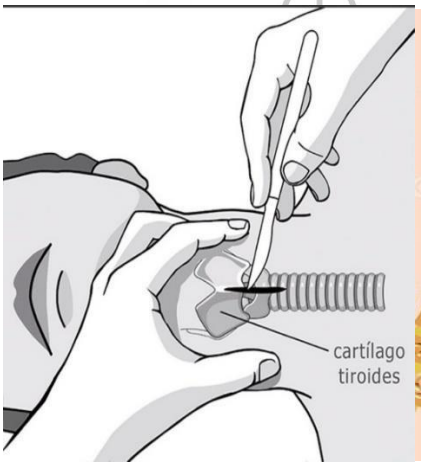
BILIOPERITONEO: La peritonitis biliar o biliperitoneo es el derrame masivo de bilis en la cavidad peritoneal, es un riesgo potencial después de una cirugía abierta o laparoscópica sobre las vías biliares. La presentación clínica de la peritonitis biliar incluye molestias abdominales sin focalidad, distensión, náusea y dolor abdominal.

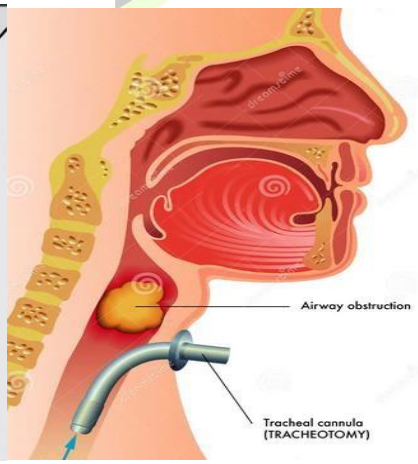
SISTEMA VAC: es una terapia no invasiva, controlada, que utiliza la presión negativa sobre la herida para promover la cicatrización en un medio húmedo y cerrado, favoreciendo la eliminación del exceso de fluidos, estimulando la angiogénesis y el tejido de granulación y disminuyendo la colonización bacteriana.

HEMODIALISIS: La hemodiálisis (y otros tipos de diálisis) cumple la función de los riñones cuando dejan de funcionar bien. La hemodiálisis puede: Eliminar la sal extra, el agua y los productos de desecho para que no se acumulen en su cuerpo. Mantener niveles seguros de minerales y vitaminas en su cuerpo.



TRAQUEOSTOMIA: Es un procedimiento quirúrgico para crear una abertura a través del cuello dentro de la tráquea. Casi siempre, se coloca una sonda a través de esta abertura para suministrar una vía respiratoria y retirar secreciones de los pulmones.





HOME CARE: El término 'Home Care' se refiere a una modalidad de atención médica orientada a brindar servicios especializados de carácter hospitalario, a los pacientes en su hogar. Una alternativa hospitalaria que está dirigida a adultos mayores de edad, enfermos crónicos, pacientes en postoperatorio o personas con discapacidad.

DECLARACIÓN JURAMENTADA: declaro bajo juramento que el presente informe es independiente y corresponde a mi real convicción profesional, así como también, que toda la información es la contenida en la historia clínica que se me puso de presente

BIBLIOGRAFIA

Múltiples artículos y capítulos de textos de la literatura médica respecto a colecistectomía laparoscópica y sus complicaciones. Enumero los más representativos y consultados.

1.- Lex Artis, Onus Probandi y Responsablidad Médica (Lex Artis, Onus Probandi and Medical Responsibility) *Revista Jurídica de la Región de Murcia, Nº 36, 2005.*

2.- Renal dysfunction and fluid and electrolyte disturbances Rawhi Hashem and Charles Weissman DOI:10.1097/MCC.0b013e328348bef5. 1997

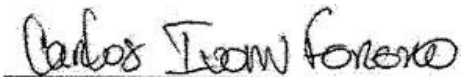
3.- Experiencia del manejo por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica de las fístulas biliares poscolecistectomía en un hospital de referencia en Colombia DOI: . Revista colonbiana de gastroenterología 2010

4.- Post–Cardiac Arrest Syndrome Epidemiology, Pathophysiology, Treatment, and Prognostication A Consensus Statement from the International Liaison Committee on Resuscitation 2014 DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190652.

5.- Angileri SA, Rodà GM, Savoldi AP, Meglio LD, Signorelli G, Ierardi AM, et al. Imaging findings and available percutaneous techniques for the treatment of bile leaks after hepatobiliary surgery. Ann Gastroenterol. 2017;33(6):675-679.

6. - Festi D, Reggiani ML, Attili AF, Loria P, Pazzi P, Scaioli E, et al. Natural history of gallstone disease: Expectant management or active treatment? Results from a population-based cohort study. J Gastroenterol Hepatol. 2010;25(4):719-24. https://doi.org/10.1111/j.1440-1746.2009.06146.x

Atentamente:



CARLOS IVAN FORERO RAMIREZ
Médico especialista en cirugía general
Cedula de ciudadanía**:** 14.796.295 Tuluá valle