



Medellín, febrero 21 de 2023

Doctor
ROBINSON CHARRY PERDOMO
E. S. M.

ASUNTO: ENTREGA DICTAMEN MÉDICO PERICIAL / CASO ONIAS MONTAÑA CORTES.

Respetado doctor,

De manera atenta hacemos entrega del dictamen médico pericial solicitado en el caso de la referencia. Dicho concepto es rendido por la Universidad CES a través del Doctor Jairo Augusto Casas Guerra, Médico, Especialista en Cirugía General y Perito CENDES. Este dictamen puede ser aclarado o complementado si la solicitud se hace dentro de los 15 días siguientes a su entrega, en cuyo caso el número máximo de preguntas serán 10.

Para el caso de la referencia, se encuentra paga solamente la entrega del dictamen escrito. Por ello, de requerirse la sustentación en audiencia virtual, se deberá cancelar un valor adicional de tres (3) smlmv. En caso de programarse la contradicción de la prueba, se nos debe notificar por medios electrónicos (CGIRALDOR@CES.EDU.CO; SMARIN@CES.EDU.CO ; LTORO@CES.EDU.CO ; PCENDES@CES.EDU.CO ; GPELAEZ@CES.EDU.CO), mínimo con un mes de antelación a la diligencia. De requerirse asistencias adicionales del perito, por conductas no imputables a la Universidad, cada comparecencia tiene un costo adicional de tres (3) smlmv.

Se anexa certificaciones académicas y profesionales del especialista que rinde el dictamen pericial.

Con toda atención,


LEÓN MARIO TORO CORTÉS
Coordinador CENDES



Medellín, febrero 21 de 2023

Doctor
ROBINSON CHARRY PERDOMO
E. S. M.

ASUNTO: DICTAMEN MÉDICO PERICIAL / CASO ONIAS
MONTAÑA CORTES.

Respetado doctor,

De manera atenta rindo dictamen médico pericial solicitado por usted en días anteriores,

PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO

Médico Especialista en Cirugía General.
Fundación Universitaria San Martín
Cirujano General Soporte Oncológico Clínica Vida Fundación / Medellín / Antioquia
Cirujano General Hospital Marco Fidel Suarez Bello / Antioquia
Perito CENDES

Dirección de contacto: Emails: cgiraldor@ces.edu.co - smarin@ces.edu.co
Calle 10 A # 22 – 04 U CES. Medellín – Antioquia
Teléfono: 604 444 05 55 ext. 1601 – 1106

De acuerdo con el Código General del Proceso en su artículo 226:

- Expreso que cuento con los conocimientos necesarios, soy imparcial y no tengo impedimento alguno en la peritación que elaboro. No me encuentro incurso en causal de exclusión de la lista de auxiliares de la justicia por el Consejo Superior de la Judicatura.
- Declaro que para el interesado que requiere el peritaje no he rendido dictamen pericial en el pasado.
- Se anexa los certificados de formación académica que me acreditan como idóneo para la presente evaluación pericial.
- La lista de procesos en los que he participado como perito se anexan a este peritaje.
- Expreso que en los últimos diez (10) años no he realizado publicaciones relacionadas con la materia del peritaje.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos que he empleado para la rendición de dictámenes periciales a través de la Universidad CES.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos respecto de aquellos que utilizo en el ejercicio regular de mi profesión, indicando que una cosa es la prestación de los servicios de salud y otra, muy diferente, la elaboración de dictámenes periciales.



- Manifiesto que el dictamen fue elaborado con la historia clínica suministrada por la parte interesada correspondiente al paciente ONIAS MONTAÑA CORTÉS (Q.E.P.D.).

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 65 años, quien ingresa el día 13 de enero de 2019 al Hospital María Inmaculada E.S.E., por presentar cuadro clínico de 6 días de evolución de dolor abdominal en zona pélvica asociado a distensión abdominal y malestar. Es evaluado en el servicio de urgencias, donde se le inicia manejo médico correspondiente al dolor abdominal, solicitan exámenes cuyo resultado muestra una alteración y aumento del patrón inflamatorio, por lo que es evaluado por cirugía general, quien consideró que el paciente presenta una patología abdominal quirúrgica aguda sospechando posible apendicitis, razón por la cual es llevado a cirugía.

Se realiza cirugía el 13-1-2019, en la cual se evidencia como causa de la patología quirúrgica una torsión intestinal de íleon distal asociado a necrosis del asa, por lo que requiere resección quirúrgica del segmento de intestino delgado realizando anastomosis intestinal. Se evidencia una inflamación secundaria del apéndice cecal que se describe como peri apendicitis realizando la apendicectomía.

La evolución inicial del paciente en su post quirúrgico es adecuada con tendencia a la mejoría, con inicio de dieta y con tránsito intestinal adecuado. Sin embargo, el día 18-01-2019, presenta dolor abdominal, distensión abdominal y salida de material purulento por la herida, por lo que se consideró que se trata de una infección de sitio operatorio, iniciando curaciones de la herida quirúrgica y solicitando una ECO abdominal, la cual informa posible colección intraabdominal, deciden realizar TAC de abdomen contrastado.

El día 19-01-2019, en ronda se revisan imágenes e informe de TAC, el cual describe una colección intraabdominal en zona pélvica, por lo que el paciente es programado para una nueva revisión de cavidad abdominal por laparotomía. En este procedimiento se documenta que hay una colección de aproximadamente 500 cc de material fétido retrovesical.

Continúa hospitalizado el paciente hasta el día 25-01-2019 en donde es dado de alta con buena evolución, sin complicaciones adicionales aparentes y con curaciones de la herida quirúrgica.

El paciente reingresa el día 28-01-2019, por aparición y salida de material purulento por herida quirúrgica, es evaluado por grupo de cirugía en donde inicialmente se consideró que continuaba con signos de infección de sitio operatorio (ISO) profunda.

El día 29-01-2019, se evidencia en ronda de cirugía salida de material intestinal fecaloide por la herida quirúrgica. Dadas las condiciones del paciente y considerando que se trata de una fístula intestinal solicitan remisión y traslado a un nivel mayor de complejidad.

El día 31-01-2019, el paciente es ingresado a Clínica UROS de la ciudad de Neiva, en donde el día 1-02-2019 realizan TAC abdominal el cual confirma colección pélvica y fístula cecal. Se decide dar manejo médico de la fístula intestinal con nutrición



parenteral total y esquema antibiótico solicitando el drenaje de la colección por vía percutánea. Los días 2 al 4 de febrero de 2019, estuvo con manejo médico soporte nutricional y en espera del drenaje.

El día 4 de febrero de 2019, se indica realización una de prueba de azul de metileno.

El día 5 de febrero de 2019, NO hay claridad suficiente en la HC si se realiza o no el drenaje percutáneo, no mencionan si fue realizado o no al paciente, en la misma nota describen que estaban atentos si presentaba salida o no de azul de metileno. En nota revisada posteriormente informan que no es susceptible de drenaje percutáneo el paciente por lo que no se realizó el mismo.

El día 6 de febrero de 2019, el paciente continúa estable, aún no hay informe sobre si la prueba de azul de metileno es positiva o negativa y se queda a la espera.

El día 7 de febrero de 2019, el paciente presenta evolución tórpida con picos febriles, se evidencia en TAC colección entre el recto y la vejiga de aspecto heterogéneo con imágenes en su interior, densa, similar al contraste oral sugiriendo fuga desde el tracto digestivo, se realiza ajuste al manejo antibiótico.

El día 8 de febrero de 2019, se evidencia un aumento de salida de material fecal por herida quirúrgica, se consideró que el paciente debía ser llevado a cirugía para un lavado quirúrgico, es evaluado por cirujano de turno y considerado por presentar un abdomen bloqueado no es susceptible de manejo quirúrgico por alto riesgo de lesiones iatrogénicas en el paciente.

El día 9 de febrero de 2019, describen que ese día el paciente es llevado a cirugía, en la cual se observa un abdomen bloqueado, NO susceptible de manejo quirúrgico con organización de fístula de intestino delgado (yeyuno) alto en línea media, con drenaje de 170 cc en 12 horas. Para este momento, sin nuevos picos febriles, se consideró inicio de somatostatina para disminución del gasto y favorecer el cierre de la fístula.

El día 10 de febrero de 2019, continúa el paciente con evolución tórpida, con aumento del drenaje, con secreción fétida, con picos febriles persistentes y con signos de respuesta inflamatoria sistémica, ya está con cubrimiento con antibiótico, se inició somatostatina, se considera curso de sepsis de origen abdominal y se trasladó a Unidad de cuidados intermedios.

El día 11 de febrero de 2019, paciente con evolución estacionaria, con drenaje de 300 cc en línea media con secreción fétida, persiste con picos febriles y signos de respuesta inflamatoria, ya en cubrimiento antimicrobiano y en manejo con somatostatina, continúa manejo médico.

El día 12 de febrero de 2019, presenta evolución tórpida, con reaparición de respuesta inflamatoria sistémica, leucocitosis en 25000, trombocitopenia, taquicardia, se considera pasó a sala de cirugía. Este día, hay una nota realizada por médico de Unidad de cuidados intermedios donde informa que el paciente persiste con sepsis de foco abdominal, hipotensión que no mejora con líquidos endovenosos y cursa con choque séptico de foco abdominal, por lo que inicio soporte vasopresor y se solicita traslado a la unidad de cuidado intensivo, en espera de procedimiento quirúrgico.



El día 13 de febrero de 2019, el paciente es evaluado a las 10:53 horas en ronda de cirugía en donde se considera sepsis de foco abdominal con un SOFA 11 puntos, con alto porcentaje de mortalidad y que requiere procedimiento quirúrgico urgente, se indica traslado a quirófano previa transfusión de plaquetas. Nota de UCI de las 14 horas: paciente con sepsis de origen abdominal secundario a colección retrovesical, además fístula enterocutánea quien ha presentado evolución clínica tórpida presentando sepsis grave con compromiso multiorgánico (hematológico, renal pulmonar, hiperlactatemia) pendiente procedimiento quirúrgico con drenaje de colección y control de foco infeccioso. Nota de procedimiento quirúrgico de las 17:40 horas: se evidencia como hallazgos perforación de íleon distal con colección pélvica asociada, además de múltiples lesiones de intestino delgado zona media, requiere resección de segmento de íleon y colon derecho con colectomía derecha con anastomosis íleo colónica y resección del segmento comprometido del intestino delgado, realización de resección y anastomosis del intestino delgado a intestino delgado, lavado y realiza cierre de la cavidad abdominal.

Manejo postquirúrgico en UCI en muy malas condiciones, doble soporte vasopresor, a las 22:40 presenta cuadro de actividad eléctrica sin pulso se inicia maniobras de reanimación por 20 minutos continuo sin respuesta al manejo y el paciente fallece.

CORRELACIÓN CLÍNICA Y MÉDICO LEGAL

Considero que el paciente Onias Montaña Cortés, presentó un cuadro de abdomen agudo quirúrgico el cual fue intervenido en forma inmediata una vez conocido el caso por el grupo de cirugía, y encontrando que la causa del mismo es algo poco frecuente dentro de la patología quirúrgica aguda intraabdominal como lo es una torsión intestinal o vólvulo de asa intestinal delgada. Se realiza resección intestinal del segmento comprometido y anastomosis más apendicectomía. Se presenta un postquirúrgico adecuado, lento y hacia la mejoría, documentando al final de esta atención una infección de sitio operatorio, por lo que es dada de alta. Esta atención considero se realiza dentro de las guías y protocolos de manejo de pacientes con cuadro de abdomen agudo resolviendo la patología quirúrgica que el paciente presentaba.

Posterior el paciente reingresa presentando cuadro de salida de material intestinal por la herida quirúrgica lo que clínicamente configura un cuadro de posible fístula intestinal. Se decide manejo en institución de mayor complejidad. Considero que la remisión a un nivel de mayor complejidad donde se manejen pacientes con fístula intestinal es una conducta válida y es correcta.

Una vez es evaluado el paciente en esta institución se determina que el paciente inicialmente no presentaba respuesta inflamatoria, estaba en buenas condiciones, estable, se inició manejo para su fístula intestinal, con antibioticoterapia, diagnóstico por TAC de colección abdominal y drenaje de la colección en forma percutánea. NO es posible el drenaje pues técnicamente no es accesible a la cavidad abdominal, el paciente continua manejo hospitalario y se presenta respuesta inflamatoria por lo que se lleva a una primera cirugía el 8 de febrero donde se realiza drenaje de la colección y lavado de la misma, continua manejo médico pero el paciente presentó un mayor deterioro en su estado hemodinámico por lo que requiere UCI y finalmente entra en choque y falla orgánica realizando una cirugía abdominal de rescate en donde se evidencia que la anastomosis intestinal estaba filtrando y esta es la causa del choque



y la sepsis del paciente. Pese al esfuerzo conjunto del servicio de cirugía / UCI el paciente fallece.

Considero esta atención como adecuada, pues en el día a día ya que el paciente fue evaluado y atendido conforme a las guías y manejo de los pacientes con fístulas intestinales. Una vez el paciente presentó cambios hemodinámicos se lleva a cirugía y una vez el paciente requiere mayor soporte es llevado a UCI y nueva intervención.

RESPUESTA A CUESTIONARIO PROPUESTO:

1. *De conformidad al contenido de la historia clínica del Hospital María Inmaculada E.S.E. correspondiente al ingreso de fecha 13 de enero de 2019, sírvase indicar el perito ¿Qué diagnósticos padecía el señor Onias Montaña Cortes?*

RESPUESTA: Realizando una revisión de la historia clínica analizada se puede determinar que según evolución del cirujano que atendió al paciente consideró que presenta un:

ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO, PROBABLE APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS.

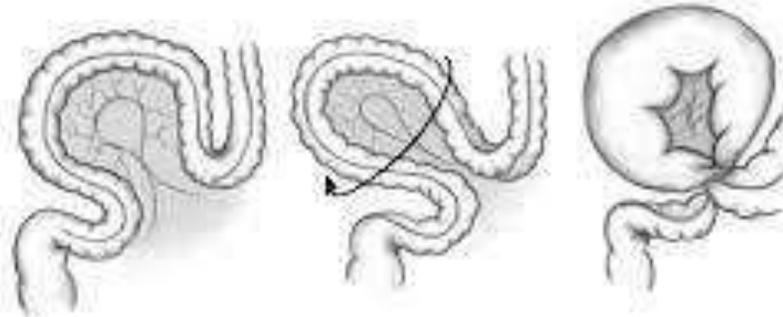
2. *De conformidad a la historia clínica del Hospital María Inmaculada E.S.E. correspondiente al ingreso de fecha 13 de enero de 2019, sírvase indicar el perito ¿Fue adecuado y oportuno el manejo dado al paciente ante las condiciones clínicas que presentaba el paciente Onias Montaña Cortes para este ingreso?*

RESPUESTA: Para este caso según el análisis realizado el paciente es atendido por parte del servicio de urgencias de la institución y posterior es evaluado por el cirujano de turno. El ingreso es a las 15:19 horas, la evaluación inicial realizada por el cirujano de turno es a las 17:23 horas, en donde se determinó que presenta una patología que amerita manejo quirúrgico. La cirugía es realizada según nota a las 19:55 horas. Considero que la atención que se presentó SI fue en forma adecuada y oportuna según las guías y protocolos de manejo de paciente con sospecha de apendicitis aguda, pues se tiene como meta una oportunidad en la atención en salud menor de 6 horas entre la realización del diagnóstico y el momento de ser llevado el paciente a cirugía. Para este caso está dentro de la meta pues son 2 horas y 32 minutos entre la evaluación hecha por el cirujano y el acto quirúrgico del paciente. Lo que hace entender que se presentó celeridad en la atención adecuada al paciente mencionado.

3. *De conformidad a los informes quirúrgicos de fecha 13 de enero de 2019 y 19 de enero de 2019, sírvase informar el perito ¿Cómo se explica la presencia de un absceso intraabdominal de 500 ML fétido, retrovesical, 6 días posteriores a la primera intervención?*

RESPUESTA: En el informe quirúrgico del 13 de enero de 2019, se puede establecer que como hallazgo principal, el paciente presentó una “torsión del asa de íleon distal con necrosis de 8 cm asociado absceso de la pared con una peri apendicitis”, lo que significa que la causa de la patología abdominal quirúrgica del paciente NO es una apendicitis aguda sino una torsión del segmento intestinal del íleon distal a 20 cm de la válvula y que este segmento presentaba compromiso de la vasculatura e isquemia pues estaba necrótico. El vólvulo de intestino delgado es una entidad infrecuente para el cirujano general. Se presenta en menos del 2% de las patologías quirúrgicas agudas, y se observa principalmente en niños, como consecuencia de alteraciones del

desarrollo que abarcan desde fenómenos de no rotación intestinal, malrotación intestinal, hasta casos de mal fijación del intestino.



Para este caso se presenta esta entidad llevando al paciente a un abdomen agudo en donde se realiza la resección del segmento comprometido con una anastomosis intestinal, más la realización de la apendicectomía.

En la intervención del 19 de enero se encuentra como hallazgo “absceso intraabdominal 500 ml fétido retrovesical”, realizando según nota, disección digital hasta llegar al sitio del absceso drenaje lavado, se deja un dren y se termina la cirugía. No hay otros elementos dentro de la descripción que me indiquen como perito determinar con precisión la posible causa de haber encontrado una colección en esta área pélvica.

Se puede considerar que para este caso se presentó algún tipo de filtración de la anastomosis intestinal de la primera cirugía con acumulación de líquido intestinal hacia la cavidad abdominal y a su vez que generó esta colección. La otra posibilidad, menos probable por los hallazgos descritos es que se hubiese coleccionado líquido peritoneal en esta área y que secundario al primer procedimiento de la resección del segmento se hubiese contaminado ese líquido y que 6 días después presentara esa colección.

4. *De conformidad (con la historia clínica del Hospital María Inmaculada E.S.E.) a la nota de evolución del día 25 de enero de 2019 y al reingreso del día 28 de enero de 2019, sírvase informar el perito:*

4.1. *¿Estaba indicado el egreso del paciente en la primera fecha?*

RESPUESTA: Realizado el análisis del egreso al paciente, se puede determinar que para ese momento tenía una evolución favorable y hacia la mejoría. Clínicamente estaba en mejores condiciones, estaba tolerando la vía oral, presentó tránsito intestinal pues tenía deposiciones normales, no había signos que indican algún otro manejo quirúrgico, y la herida estaba ya en manejo con curaciones y apósitos especiales. Considero que, para este momento, el paciente tenía indicación para haberle dado el alta, de acuerdo a su evolución. Cabe anotar que la única observación al alta, es respecto al manejo antibiótico empírico al paciente, pues completo un esquema corto



de Piperacilina Tazobactam de 5 días, y para este tipo de patologías con infecciones intraabdominales la recomendación es que este manejo sea por de 7 a 10 días o incluso en algunos casos hasta los 14 días. No se evidencia en la historia que se tomara cultivo en la segunda intervención del 19-01-2019 y tampoco que fuese enviado a casa con medicina domiciliaria a completar los otros días de antibiótico terapia. Sin embargo, debo acotar que esta situación NO es determinante en que posteriormente el paciente presentara una nueva complicación como lo fue la fístula intestinal y el haberle dejado el antibiótico por 14 días no hubiese prevenido la aparición de tal fístula intestinal.

4.2. ¿El egreso del paciente el día 25 de enero de 2019, tiene relación con la condición clínica y de la herida abdominal con secreción purulenta, olor fétido, sucia que presentaba el usuario el día 28 de enero?

RESPUESTA: SI, realizando el análisis del caso, por historia clínica al momento de ser dado de alta el 25-0-2019 la herida se consideró que presentaba signos de infección localizada de la herida denominada una ISO (infección de sitio operatorio) profunda y se envió a casa para manejo con apósitos especiales por enfermería. Al reingreso del paciente el día 28 de enero de 2018, se describe que se presentaba salida de material purulento maloliente por la herida quirúrgica y al retirar los apósitos y evaluar la herida por cirugía se determina que ya no se trata de una ISO profunda sino de una posible fístula enterocutánea.

Haciendo un análisis en forma retrospectiva, lo que el paciente estaba presentando el día 25-01 del egreso eran signos de una fístula intestinal inicial o en progresión y no una ISO como se definió.

Sin embargo, al evaluar los elementos de juicio que tenía el equipo médico para ese momento, era muy difícil o casi imposible determinar y definir que se trataba de una fístula intestinal pues ésta no mostraba las características clínicas típicas de la misma.

5. ¿Cuál es el porcentaje de riesgo de presentación de fístulas enterocutáneas en casos como el del señor Onias Montaña Cortes?

RESPUESTA: En este caso se considera que el paciente presenta muy probablemente una filtración de la anastomosis de intestino delgado a intestino delgado (íleon distal) generando una fístula intestinal en la cirugía del 13-01-2019. La posibilidad de que se presenten una filtración según la literatura médica, está entre el 2 al 5% y de estas que filtran que generen fístulas intestinales oscila entre un al 10 al 15%, dependiente de los factores propios de la cicatrización del paciente, inmunosupresión, obesidad, factores nutricionales previos, la causa o el origen de la necesidad de la resección intestinal y del manejo y experiencia del grupo de cirugía que se le brinde al paciente que presenta la fístula intestinal. La mortalidad en general de las fístulas intestinales están entre 0.5 al 5.5% de todos los casos.

6. ¿El riesgo de presentación de riesgo de complicaciones postoperatorias como la fístulas enterocutáneas es previsible y por tanto debe advertirse al paciente mediante consentimiento informado?

RESPUESTA: Sí, dentro de la literatura médica está descrito que en los procedimientos quirúrgicos gastrointestinales se puede presentar como complicación postquirúrgica la aparición de fístulas intestinales o enterocutáneas. Es necesario aclarar que si bien esta complicación es previsible NO es prevenible. Se debe advertir al paciente que se puede presentar este tipo de situación dentro de la atención médica quirúrgica y además idealmente quedar consignado en el consentimiento informado.



Sin embargo, para la patología inicial que presentó el paciente, el tratamiento quirúrgico es el electivo, por eso debe realizarse un balance riesgo beneficio, ya que no llevar este tipo de paciente a cirugía puede generar complicaciones que pueden conllevar a la sepsis abdominal y posible muerte.

7. *En el caso del señor Onias Montaña Cortes, ¿se cumplió con el deber de informar mediante consentimiento informado en el hospital María Inmaculada E.S.E.?*

RESPUESTA: Reviso los documentos aportados para la realización del dictamen pericial y no evidencio en los evaluados el consentimiento informado dentro de la historia clínica. No me es posible determinar si se cumplió o no con el deber de informarle al paciente sobre su procedimiento riesgos y complicaciones pues si así se le hizo no evidencio dentro de lo evaluado el documento que le dé el soporte.

8. *De conformidad a la historia clínica (del señor Onias Montaña Cortes) de la clínica UROS correspondiente al ingreso del 31 de enero de 2019, sírvase informar el perito ¿Fue adecuado y oportuno el manejo dado al paciente ante el diagnóstico de fístula enterocutánea que padecía?*

RESPUESTA: El 31 de enero de 2019 es ingresado el paciente a la Clínica Uros en donde estuvo hasta el día 13 de febrero de 2019. Al revisar la historia clínica de la atención brindada por la institución, se evidencia que hubo seguimiento por parte de cirugía general durante toda la evolución, se realiza inicialmente un TAC abdominal en donde se evidencia una colección intraabdominal, la cual solicitaron la realización de drenaje Percutáneo de la misa. El paciente presenta deterioro por lo que se consideró llevar a manejo quirúrgico con el objetivo de revisión de la cavidad abdominal el día 8 de enero en donde no es posible realización de procedimiento por riesgo de complicaciones mayores.

El paciente continúa con deterioro de su parte funcional y hemodinámica con fístula intestinal y sepsis no controlada de origen abdominal, requiere manejo en UCE y posterior en UCI, pero pese a este soporte y cambio incluso de antibioticoterapia el paciente continúa hacia el deterioro clínico.

Se lleva a una cirugía ya en paciente en choque, el día 13 de febrero en donde se evidencian múltiples adherencias interasas firmes, adherencias del intestino delgado a la herida de la cirugía previa, colección pélvica de 500 cc compromiso del intestino delgado ciego y recto sigmoide con perforación de íleon distal y secreción de contenido intestinal y múltiples lesiones del intestino delgado a 100 y 130 cm de ángulo de treitz sin secreción intestinal. Pese a la intervención realizada en el paciente este presentó una falla orgánica multisistémica y falleció ese mismo día 13 de febrero de 2019.

Considero que en general, es adecuado el manejo del paciente en la clínica UROS bajo las guías de manejo y cuidados para pacientes con fístulas enterocutáneas y sus acciones y conductas tomadas están en soportadas guías y protocolos de manejo de pacientes con fístulas intestinales y se adecuan a la lex artis.

Sin embargo, existen algunas observaciones que se ponen a consideración en el proceso de atención realizado al paciente, como son las siguientes:

- El uso de antibioticoterapia de bajo espectro en el paciente al ingreso, en un paciente intervenido previamente en 2 ocasiones en donde se había documentado una colección intraabdominal.



- En el momento de encontrar deterioro de su estado funcional y hemodinámico asociado a signos de respuesta inflamatoria sistémica, en la intervención realizada el día 8 de febrero haber considerado una cirugía diferente a la hecha en donde se hubiese hecho la liberación del monobloque de asas intestinales y al liberar este y las asas, encontrar la colección con la dehiscencia de la anastomosis. (encontrada en la cirugía del 13/02/2019), en ese momento haberle realizado una resección del o los segmentos comprometidos, con anastomosis intestinal y/o derivando con ostomías si hubiese sido necesario; de esta forma poder controlar y resolver el foco de sepsis y/o abdominal.
- En este caso, al encontrar en los hallazgos del cirujano el 8 de febrero de 2019 un síndrome adherencial severo que no permite el acceso a la cavidad abdominal, se realiza drenaje de la colección con disección roma (digital) sin otra medida asociada, el uso de sistema de terapia al vacío (vacuum) para este momento hubiera sido una alternativa al manejo realizado al paciente, pues este sistema permite la extracción del efluente de la fístula hacia el sistema, disminuyendo la contaminación de la cavidad abdominal e intentando canalizar la fístula intestinal del paciente;
- Finalmente, el 13 de febrero al presentar un deterioro aún mayor de su hemodinamia del paciente se lleva a una cirugía mayor en donde se liberan todas las adherencias y el bloque de asas intestinales, y se intenta realizar una cirugía de rescate abdominal en donde se evidencia que el foco abdominal no estaba resuelto pues se encuentra filtración de asa de íleon y además lesión en el colon sigmoide y múltiples lesiones intestino delgado. Requiere entonces resección del sitio donde se evidencian las lesiones, resolviendo el foco de sepsis y además realizan anastomosis intestinal en paciente con soporte vasopresor críticamente enfermo.

9. *¿De conformidad a la historia clínica de la clínica UROS fue oportuna la intervención quirúrgica practicada en esta clínica?*

RESPUESTA: En el análisis durante la atención en clínica UROS, para este paciente se realizaron 3 manejos intentando dar control a la fístula y al foco de sepsis, el primero el intento de drenaje percutáneo por radiología intervencionista, el segundo el procedimiento quirúrgico del día 8 de febrero con un lavado peritoneal y drenaje de la colección y finalmente el 13 de febrero con una laparotomía y resección del sitio de la fístula. Es necesario entender que, en el proceso dinámico de la atención del paciente, el día a día según la evolución clínica del paciente y lo presentado en síntomas signos y exámenes, la conducta fue adecuada y ajustada a las guías y protocolos de manejo al paciente para este caso y considero que fueron oportunas las intervenciones realizadas al mismo.

10. *Sírvase indicar el perito ¿A qué se atribuye el fallecimiento del señor Onias Montaña Cortes el día 13 de febrero de 2019?*

RESPUESTA: En evaluación de Historia clínica se evidencia “FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE -CHOQUE SÉPTICO - PERITONITIS – APENDICITIS”

Considero que este concepto de la causa del fallecimiento es correcto de acuerdo al análisis de la historia clínica, con excepción al diagnóstico final de apendicitis lo cual considero es una imprecisión para este caso.

Es una disfunción orgánica múltiple en donde hay compromiso de varios órganos y esta disfunción es secundaria a una hipotensión sostenida o choque el cual es a su vez secundario a una sepsis o infección de origen abdominal y/o peritonitis y está a su vez es secundario a una infección no controlada intraabdominal por una fístula intestinal.



Esta fístula es secundaria a una filtración de la anastomosis, de la cirugía del 13-01 de una resección quirúrgica de un segmento de asa de íleon terminal volvulado(torcido) necrótico de posible causa congénita no predecible.

CONCLUSIÓN PERICIAL

Considero que, en prospectiva para el paciente, al mismo se le realizaron las atenciones y procedimientos necesarias para ese momento. Toda la atención médica evaluada la encuentro justificada y realizada dentro de la lex artis. Sin embargo, si analizamos el caso desde la retrospectiva, existen elementos que se puede considerar que no tuvieron el análisis suficiente, tales como lo expuse en el punto No 8 del presente dictamen en la atención del paciente los cuales pudieran en teoría haber cambiado el desenlace de este.

Si bien todas las conductas médicas realizadas al paciente se encuentran dentro de la lex artis, para el presente caso hubo falta de mayor análisis de los signos y síntomas que estaba presentando el paciente, para poder haber tomado decisiones más contundentes y oportunas que también están dentro de la lex artis y hubiesen sido más efectivas y beneficiosas, tales como uso de nutrición parenteral en paciente con fístula intestinal, también cuando hubo cambios hemodinámicos y en la respuesta inflamatoria sistémica los cuales indicaban claramente una conducta quirúrgica, se eligió la conducta de continuar con manejo médico cuando se debió actuar realizando una cirugía mayor como la finalmente realizada el día 13-02-2019 aun cuando el paciente venía días atrás mostrando los hallazgos de respuesta inflamatoria sistémica, es decir que esta se pudo realizar días antes y haber obtenido una mejor respuesta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The relevance of gastrointestinal fistulae in clinical practice: a review- Gut 2002;49(Suppl IV):iv2–iv10
2. Appendicorectal fistula with a novel solution: First case report and review of the literatura. Clin Case Rep. 2019;7:1885–1889
3. Enterocutaneous Fistula: Proven Strategies and Updates. Clin Colon Rectal Surg 2016;29:130–137
4. Surgical Management of Enterocutaneous Fistula. Korean J Radiol 2012;13(S1):S17-S20

Con toda atención,

JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA

CC. 93.408.530

Médico Especialista en Cirugía General.

Fundación Universitaria San Martín

Cirujano General Soporte Oncológico Clínica Vida Fundación / Medellín / Antioquia

Cirujano General Hospital Marco Fidel Suarez Bello / Antioquia

Perito CENDES



LISTADO DE CASOS EN LOS QUE SE HAN RENDIDO DICTÁMENES PERICIALES A TRAVÉS DE LA UNIVERSIDAD CES

N°	AÑO	PERITO	RADICADO / CASO	OBJETO DICTAMEN
1	2020	JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA	Dictamen Médico Pericial / Caso Maria Lucelly Fernández Sánchez / Solicitado por Yuliana Aguirre Escobar	Cirugía General
2	2020	JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA	Dictamen Médico Pericial / Caso Fernando Hernández Salazar / Solicitado por Julio Alberto Giraldo Montoya	Cirugía General
3	2020	JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA	Dictamen Médico Pericial / Caso Chirstian Vargas Niño / Solicitado por Gustavo Adolfo Gómez Giraldo	Cirugía General
4	2020	JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA	Dictamen Médico Pericial / Caso Juan Alejandro Henao Gallego/ Solicitado por Juan Alejandro Henao Gallego	Cirugía General
5	2020	JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA	Dictamen Médico Pericial / Caso Libia Victoria Palomino López/ Solicitado por Ricardo Andrés Jaramillo Lozano	Cirugía General
6	2020	JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA	Dictamen Médico Pericial/ Dictamen interconsulta contrato 0339-2018/ Solicitado por Savia Salud	Cirugía General
7	2020	JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA	Dictamen Médico Pericial / Caso Fabian Albeiro Tegue Trochez/ Solicitado por Conde Abogados Asociados S.A.S	Cirugía General
8	2020	JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA	Dictamen Médico Pericial / Caso Cruzana Jaramillo Muñoz / Solicitado por Martin Giovanni Orrego - EPS SURA	Cirugía General
9	2020	JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA	Dictamen Médico Pericial / Caso Edgar Antonio Cardona Usma / Solicitado por Edgar Antonio Cardona Usma	Cirugía General
10	2020	JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA	Dictamen Médico Pericial / Caso Claudia Yuliette García Vásquez / Solicitado Por Sulma Guacaneme Olarte	Cirugía General
11	2021	JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2017-0234/ Solicitado por Layla Maria Tamer David // Nueva EPS	Cirugía General
12	2021	JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA	Dictamen Médico Pericial / Caso Melissa Gallego Quinchia / Solicitado por Juan Miguel Tofiño Hurtado	Cirugía General
13	2021	JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2015-0136/ Solicitado Por Juzgado 2 Administrativo Del Circuito De San Gil	Cirugía General
14	2021	JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Erica Rodríguez Arcila / Solicitado por Víctor Hugo Segura Correa	Cirugía General
15	2021	JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA	Dictamen Médico Pericial / Caso Jaime Guevara Peña / Solicitado por Juan David Pascuas	Cirugía General
16	2021	JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA	Dictamen Médico Pericial / Caso Mariela Vesga Ortiz / Solicitado por Mariela Vesga Ortiz	Cirugía General
17	2021	JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA	Dictamen Médico Pericial/Caso Jaime Yovanny Amaya Bolívar / Solicitado por Álvaro E. Madariaga Luna	Cirugía General
18	2021	JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA	Dictamen Médico Pericial / Caso Omar Julián Lorza Escobar / Solicitado por Carlos Humberto Ocampo Ramos	Cirugía General
19	2022	JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2016-0143/Solicitado por Juzgado Tercero Administrativo Del Circuito De Yopal	Cirugía General
20	2022	JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Luis Alfonso Lora Pinzón/Solicitado por Sandra Viviana Aparicio Agudelo	Cirugía General
21	2022	JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2018-00268 00/Solicitado por Juzgado Tercero Administrativo Oral De Cúcuta	Cirugía General
22	2023	JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2019-00580 00 / Solicitado por Tribunal Administrativo de Risaralda	Cirugía General
23	2023	JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA	Dictamen Médico Pericial / Caso Onias Montaña Cortes/Solicitado por Robinson Charry Perdomo	Cirugía General



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia



LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

PERSONERÍA JURÍDICA LEY 71 DE 1878 DEL ESTADO SOBERANO DE ANTIOQUIA Y LEY 153 DE 1887

EN ATENCIÓN A QUE

Jairo Augusto Casas Guerra

Identificado con cédula de ciudadanía 93408530

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS

EXIGEN PARA OPTAR AL TÍTULO DE

MÉDICO Y CIRUJANO

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA, EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA EN MEDELLÍN

REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL 19 DE JUNIO DE 2002

Alberto Ibribe c
ALBERTO DE JESÚS IBRIBE COBREA
RECTOR (E)

Marta Mora Palacio Escobar
MARTA MORA PALACIO ESCOBAR
SECRETARIA GENERAL

Luis Javier Castro Naranjo
LUIS JAVIER CASTRO NARANJO
DECANO (E)



DIRECCIÓN DE CALIDAD Y
RED DE SERVICIOS

ESTE TÍTULO DE
ENCUENTRA DUBIDAMENTE REGISTRADO

31 DIC 2009

18593

CEIN
Centro de Estudios en L



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

LA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

Personería jurídica Resolución No. 12387 de Agosto 18 de 1981 M.E.N.



TENIENDO EN CUENTA QUE

Jairo Augusto Casas Guerra

IDENTIFICADO(A) CON LA C.C. No. 93 40 8530 Ibagué

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS,
LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR LA

Facultad de Medicina

LE OTORGA,

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL,

EL TITULO DE

Especialista en Cirugía General

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y REFRENDAMOS ESTE DIPLOMA, CON EL SELLO MAYOR DE LA FUNDACION
EN BOGOTA, D.C., A LOS veintidos (22) DIAS DEL MES DE octubre DE dos mil nueve (2009)

RECTOR

DECANO

SECRETARIO GENERAL

DIPLOMA N° 16773

CEIA
Centro de Estudios en