

Bogotá D.C. 12 de diciembre de 2024.

DESPACHO: JUZGADO TERCERO (3°) CIVIL MUNICIPAL DE
CARTAGENA

REFERENCIA: VERBAL

RADICADO: 130014003003-2023-00646-00

DEMANDANTE: MARIA JOSÉ SAUMETH HERRERA

DEMANDADOS: COMPENSAR EPS Y OTROS

LLAMADO EN GTIA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

AUDIENCIA: AUDIENCIA ART. 373 C.G.P.

AUDIENCIA ART. 373 C.G.P.

PRESENTACIÓN DE LAS PARTES

Se reconoce personería para actuar como apoderado sustituto y R.L. de Equidad

CONTRADICCIÓN DICTAMEN PERICIAL APORTADO POR COMPENSAR E.P.S. (DR. LUIS FELIPE CABRERA VARGAS)

médico de profesión especialista en cirugía general y supra especialista en cirugía vascular

Actualmente, se dedica a cirugía general y vascular

PREGUNTAS DESPACHO

- Presente de manera formal documento, con este informe que puede decir frente a situación que le fue planteada referente a cirugía a María José Saumeth si tiene conocimiento

Basado en historia clínica que fue entregada y revise a la señora María José Saumeth se le realizó

colecistectomía laparoscópica

- Que ocurrió allí, de manera abierta y espontánea nos haga recuento de que observo y que concepto puede dar

La paciente en cuestión presentó cirugía electiva debido a cuadro de colelitiasis sintomática que se programó por consulta externa y fue llevada (cálculos en vesícula, distensión, dispexia, dolor en epigastrio, dolor hacia lado derecho especialmente con comidas grasosas o con lácteos) fue programada por evidencia científica, extraer vesícula biliar con cálculos, la colecistectomía consiste en retirar la vesícula a través de vía de abordaje mínimamente invasiva, ya nos e hace por herida grande en abdomen, se realiza a través de pequeños orificios utilizando cámara y pinzas para no tener que generar heridas grandes a través de este procedimiento que es estándar la técnica ideal en el mundo para este procedimiento; sin embargo, como todo procedí en cirugía tiene complicaciones inherentes, que a pesar que técnica se replique siguiendo estándares lamentablemente el riesgo de que haya complicaciones en este caso una severa que es la más temida de procedimiento, que es lesión de vía biliar, que es el tubo que lleva bilis de hígado a intestino, la vesícula biliar almacena reserva de bilis para digestión, pero la produce el hígado, esta vesícula va derivada al duodeno, como se los decía lamentablemente a pesar de que técnica se replique de forma idónea el riesgo de que haya lesión de vía biliar está descrito, ese riesgo solo se ha podido disminuir a un máximo de 0,32 a 0,36% eso quiere decir que el promedio usted va a tener de 1000 a 2000 colecistectomía puede presentar hasta una lesión de vía biliar, esto ocurrió en pte, basado en historia clínica se hizo enfoque adecuado y posteriormente se hizo abordaje con imágenes diagnósticas una reconstrucción de vía biliar adecuada y esto ocurrió

- En respuesta que acaba de dar manifestó que María José se hizo cirugía electiva en informe manifiesta que son algo opcional, quiero que me aclare, para María José no era obligatorio esta cirugía

Ahí la opción, los cálculos en vesícula hay manejo no operatorio y operatorio, pero como lo dije definitivamente lo que está demostrado la posibilidad de que manejo no operatorio falle es de 40% al año, van a tener riesgo del 8 al 12% de riesgos infecciosos o cálculos tapen vía biliar y paciente tenga complicaciones infecciosas de vía biliar e hígado que puede amenazar la vida. Por eso se recomienda en guías que la primera línea de manejo es colecistectomía laparoscópica eso es lo que uno debe recomendar a pate, este puede tomar opción de no tomar cirugía, definitivamente la indicación de primera línea es operar

- En condiciones que se encontraba María José de acuerdo a documentación que pudo analizar era previsible y prevenible que se causara una perforación, era posible que eso pudiera evitarse en las circunstancias que presento teniendo en cuenta que médico que la intervino manifestó que tenía adherencias y que no era factible determinar su existencia sino hasta cirugía

No era posible establecer presencia de adherencias, porque estas adherencias intraperitoneales pueden generar síntomas y ahí o se sospechan, principalmente obstructivos pero paciente no tenía síntomas de esto, pero, aunque la principal causa de adherencias son cirugías anteriores o cicatriz abdominal previa para esperar estas adherencias, eso es otra parte. Por otro lado, lamentablemente no había forma de prevenir lesión de vía biliar porque las medidas basadas en descripción quirúrgica se tomaron, están tomadas, pero como le decía lamentablemente la estadística está descrita y a pesar de que técnica se haga y se haga colecistectomía segura hasta donde se ha bajado porcentaje es hasta donde les cuento a pesar de hacer todo perfecto es una complicación descrita e inherente al procedimiento

PREGUNTA PARTE DEMANDANTE

- Si la señora le hacen cirugía hepatobiliar es consecuencia de primera cirugía si se puede dar esto en ciertos casos,

Como ya indiqué lamentablemente lesión de vía biliar es lesión inherente a cirugía de colecistectomía laparoscópica, este riesgo es inherente a cirugía. Basado en historia clínica que revise paciente fue atendida de acuerdo a evolución clínica y a como fue encontrada en las dos atenciones, se realizaron imágenes adecuadas para confirmar el tipo de lesión de vía biliar y definir el manejo para drenar la fuga de bilis hacia cavidad abdominal y posteriormente estabilizar para reconstrucción biliar, una cirugía compleja que requiere que paciente esté con su fisiología y su estado nutricional en las mejores condiciones y eso fue lo que se hizo.

PREGUNTA DESPACHO – esa segunda intervención se hizo de manera oportuna

- Si señora paciente regreso y no presente taquicardia, fiebre ni signos de peritonitis, no estaba amarilla estaba tolerando vía oral y con manejo médico mejoró, la bilis se produce solo al día 600 a 800 cc x día eso quiere decir que drenaje biliar es escaso y por eso los síntomas no son inmediatos, con las fugas biliares es progresivo hasta que hay cantidad significativa que genera irritación y afloran síntomas. Todo se abordó según la clínica.
- Basado en su experiencia cuando especialista realiza este tipo de cirugía se puede evitar o revisar que cuando termina cirugía no exista perforación de otro órgano distinto al que se opera

Si, siempre al finalizar se revisa con cámara y se puede ver si hay sangrado salida de bilis o líquido intestinal o materia fecal, siempre se hace al salir de cirugía con cámara. Pero como se los digo, los clips que quedan cuando uno clipa el sistico la vía biliar mantienen el sello inicial y temporal que ya después se presenta parcialmente

PREGUNTA DESPACHO- De acuerdo a respuesta en donde manifiesta que liquido biliar suele producirse en pequeñas cantidades a diferencia de lo que existe si hay perforación de colon donde afluencia de líquidos son de 5 lts por día dijo usted, el hecho de que la bilis no secrete sustancias en grandes cantidades puede influir en que pese a historia clínica verse revisión postquirúrgica nos e percate le médico de que hay fuga de esa índole

Si puede pasar, los clips mantienen sellada y no dejan salir fuga inmediata, se sumas esos dos factores.

PREGUNTA APODERADA IVETTE MARTINEZ – APODERADA PROBOCA

- En su dictamen nos habló de riesgos inherentes, nos gustaría que a esta aud le quedara claro el concepto de riesgo inherente en caso de colecistectomía

Lamentablemente como ya indiqué el riesgo inherente significa que a pesar de replicar técnica quirúrgica de manera idónea y repetida lamentablemente el riesgo a nivel estadístico puede alcanzar al cirujano, por ejemplo en cirugía de colon donde uno reseca pedazo de colon y vuelve y lo une a pesar de que haga perfectamente esta unión hay un porcentaje de riesgo de que colon fugue, eso esta descrito y basado en bioestadística de miles de casos a nivel mundial.

- Esa estadística que nos refiere es basada en casos eso es en el caso de Colombia l construcción de guías

En Colombia no hay guía de colecistectomía establecida, todo lo que hacemos es extrapolar y adoptar guías de asociación americana de cirujanos y colegio americano de cirujanos eso hacemos en Colombia, si hay estudios científicos de lesión de vía biliar, en Colombia hay porcentajes más altos, hay series publicadas de lesiones de vía biliar entre 3 y 4%

- En su respuesta a interrogante 6 nos puede explicar cuando habla de recomendaciones y signos de alarma

Lo que esta consignado en historia clínica se recomienda es signos de Re consulta cuando paciente debe prender sus alarmas y re consultar tempranamente, a veces en historia clínica no se ponen todos por escritos pero se consigna que se dan verbalmente al paciente.

- Pide poner de presente aparte de historia clínica estos son los signos que vio

Recuento de compresas: Completo

PLAN DE MANEJO

Estado del paciente: Vivo Cita de control: Si Incapacidad: No

Plan de manejo: - SALIDA

- ACETAMINOFEN TAB 500 MG TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS POR 7 DIAS.
- CEFALEXINA TAB 500 MG TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS POR 7 DIAS.
- CITA CONTROL EN 15 DIAS (CON RESULTADOS DE PATOLOGIA)
- RECOMENDACIONES DIETARIAS, DIETA BAJA EN GRASA, CONSUMO DE ABUNDANTES LIQUIDOS, DEAMBULACION, EVITAR ESFUERZO FISICO, LIMPIEZA DIARIA DE HERIDAS QUIRURGICAS CON AGUA Y JABON.
- RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS (DOLOR ABDOMINAL, FIEBRE, VOMITO, INFECCION DE HERIDAS QUIRURGICAS.

Firmado por: RICARDO LIENDO HERRERA, CIRUGIA GENERAL, Registro 73211226, CC 73211226, el 26/10/2021 15:32

- De acuerdo a lo que indica que es un signo de alarma y a quien le corresponde su vigilancia

Se le dan a pacientes para que re consulten tempranamente y se puedan descartar complicaciones o desenlaces no favorables de manera temprana y objetiva y que no terminen de manera grave o incluso a veces en la muerte

- Quien lo vigila es el paciente

Claro ese riesgo lo vigila el paciente porque uno se lo informa y lo empodera, paciente es quien conoce su cuerpo está pendiente de su cuidado.

- Son adecuadas y completas estas indicaciones de signos de alarma que se le dieron a paciente

Si son indicaciones para procedí de colecistectomía laparoscópica

- En su informe pericial usted nos habla de una anastomosis biliocentrica que ofrece resultados nos explica en este caso si revisada historia clínica encontró al hallazgo intraoperatorio y el manejo al cuadro si fue adecuado

Cuando ya se presentó y confirmo complicación paciente se manejó por etapas que es lo que mas se recomienda, primero drenar bilis y controlar foco infeccioso y conducirla con un dren que fue lo que hizo el dr de manera adecuada, estabilizar paciente antibióticos poner adecuados líquidos y ahí si posteriormente cuando infección este controlada y contaminación drenada programarla de manera intrahospitalaria para reconstrucción de vía biliar y con cirujano de vía hepatobiliar que fue lo que se hizo

- Significa que hubo configuración de equipo multidisciplinario

Si para reconstrucción final si señora

- Solicita poner de presente fl 53 archivo 01demanda del expediente (nota de historia clínica). Nos indica si frente a esta parte de historia clínica constituye conducta adecuada frente a sintomatología de paciente

Basado en signos clínicos síntomas y estado fisiológico se hizo el abordaje adecuado

- Fue oportuno

Si claro. Uno primero si paciente esta estable como estaba ella usted hace primero estudios para diagnosticar y clasificar lesión de vía biliar y luego tomar plan a seguir tal como se hizo, se hizo e forma adecuada

- Folio 547 del mismo archivo. Aquí vemos nota de evolución del 8 de noviembre vemos esquema farmacológico y notas de seguimiento, usted nos indica si dentro de esta evolución hay algo que indique una urgencia quirúrgica en ese momento o es una evolución normal

Por el momento no hay cuadro clínico que indique que haya que pasarla como urgencia vital a cirugía

- Es posible que pese a haber elaborado ecografía previa puede encontrar cosas distintas al momento de abordaje quirúrgico

Si

- Esto ocurrió en el caso de María Saumeth

Si, eso indica que posiblemente paciente pudo haber tenido cuadros sintomatológicos anteriores que generaron adherencias

PREGUNTA ABOGADO JUAN CAMILO MEZA – SEGUROS DEL ESTADO

- Aclárenos porque para el personal médico no era posible detectar previo a la colecistectomía laparoscópica el síndrome adherencial

Científicamente por ecografía no tiene esa capacidad esa potencia diagnóstica y resolución, además adherencias es supremamente imposible por tag, resonancia, Doppler ni hay examen que tenga buen poder diagnósticos frente a adherencias lamentablemente

- Respecto a síndrome adherencial de paciente aclárenos si este es un factor de riesgo para

darse una lesión de vía biliar

Si señor, esta descrito como factor de riesgo para colecistectomía difícil que puede afectar vía biliar de paciente y esta descrita en literatura científica

- El hecho de que paciente presentara síndrome adherencial esto genera que procedimiento sea mas difícil o complicado.

Si porque hay que separar adherencias, cortarlas cauterizarlas para poder llegar al lugar de la cirugía.

///

INTERROGATORIO MARÍA JOSÉ SAUMETH

PREGUNTA APODERADA IVETTE MARTINEZ – APODERADA PROBOCA

- Como llega usted al nuevo hospital boca grande

Yo hice todos los trámites fui por consulta externa, me hacen endoscopia, luego ecografía, ecógrafo me dice que tengo cálculos en vesícula llevo resultados a donde dr Ricardo Liendo, yo voy por urgencias porque presente dolor, me dice que estaba inflamada, me mando dieta la cumplí. Yo entro a cirugía normalmente.

- Porque consulto a médico antes de ecografía y endoscopia

Porque venía presentando vómito pero médicos me decían que era gastritis y nunca me habían hecho endoscopia, voy a Cartagena empiezo con dolor y vómito, voy a urgencias, médico me dice que puedo hacerme endoscopia, él me sugiere portabilidad, al mes me llega sigo en Cartagena saco mi cita por consulta general me ordenan endoscopia y me dice que no tengo cáncer, nuevamente voy donde médica general me manda pastillas de omeprazol y vómito y consulto nuevamente me la baja a 25 ahí es donde me ordenan eco, ecógrafo me dice que son cálculos en vesícula.

- Que médico le dijo que eran cálculos en vesícula

Ricardo Liendo, le llevo resultados, me hace dibujo me dice que es de cirugía yo escucho que a pacientes nos preguntan si nos pueden operar o cirugía abierta o laparoscopia.

- Ha tenido cirugía antes

No

- Ud tiene hijos

Si, bueno claro tengo cirugía de pómexes

- Además de cirugía hace cuantos años antes de vesícula
Tenía 23 años ahora tengo 43

- Indique si dentro de síntomas que dice que le daban tenía dolores en la parte abdominal
Me daba el dolor en la boca del estómago y hacia atrás

PREGUNTA APODERADA COMPENSAR EPS

- Usted relato que acudió a clínica de torises y que médico dijo que no la atendió porque no se quería meter en problemas informe cual era el nombre de ese médico

Yo iba mal yo no sé yo me acosté en la camilla me dio las palabras me bajaron de la camilla me montaron y me llevaron otra vez a la casa, no sé quién era ese que era médico que estaba de turno el 27 de octubre

- Le pregunto cuando ingreso a clínica de torises el médico que le dijo eso le hizo algún tipo de valoración

No me atendió

- Como supo el médico en que condición estaba usted

Yo le dije que me habían operado de cálculos por laparoscopia no se si por color o por abdomen y estaba de mal color, él me dice que no me pueden atender, solamente esas palabras y me sacaron de la clínica

- Conteste sí o no, diga cómo es cierto sí o no y yo digo que es cierto que usted no le informo a compensar acerca de lo que paso en clinica de torises

Si

- Cuando informo

Persona que me llevo le dijo a médico que estaba en urgencias

- Le indico le informo a compensar eps la EPS le informo a compensar eps si o no

Dra. yo fui muy mal, una persona que está mal que sentí que me estaba muriendo la persona que

estaba conmigo no se si informo sí o no a compensar, no le puedo decir que la señora que me acompaño le dijo a compensar, de mi boca no le dije a compensar

- En respuesta anterior cuenta que después de ir a clínica san José de torises fue a clínica bocagrande, cuando vuelve a bocagrande usted comento a médicos lo que había ocurrido

Yo no, quizás la persona que fue conmigo o quizás yo de pronto de estar mal le he podio comentar, pero no

- Porque no se lo comento

Porque iba mal, no tenía ni ánimo de hablar, yo iba mal sentía que me iba a morir

- En audiencia anterior y a lo largo de su relato dice que la remitieron a barranquilla porque no había cirujanos hepatobiliares en Cartagena, quien le dio esa información

A mis familiares les dijeron en bocagrande que me iban a trasladar porque en Cartagena no había médico hepatobiliar

- Que médico informo

El médico que me atendió el dr Ricardo Liendo.

- Este señor Humberto Valderrama entablo conversación con compensar para buscar cirujano hepatobiliar

No se la verdad

- En aud anterior nos indicó que prestó servicios como empleada doméstica y que vendía productos Yanbal y zapatos, diga como es cierto si o no y digo que es cierto que usted nunca efectuó cotizaciones a compensar por estos ingresos

No

///

INTERROGATORIO A RL DE PROMOTORA BOCAGRANDE S.A. - PROBOCA S.A.

PREGUNTA APODERADA COMPENSAR

- Nos informa a esta audiencia si existe registro en historia clínica de pate que indique que al momentod e ingreso ella había consultado previamente a clínica de torises

Dra. buen día, lo que está relacionado en historia clínica es lo que efectivamente sucedió

- Pero hay alguna anotación que refiera atención previa o negación previa en torises

Yo no lo he visto en la historia clínica

- Diga si o no, diga cómo es cierto si no y digo que es cierto que la institución que representa presta servicio de manera autónoma a nivel profesional y científico

Así es

- Como era el proceso de selección y contratación de profesionales en cirugía general para el año 2021

Como explique es un equipo de trabajo que seleccionamos personal idóneo, ellos aportan todos los diplomas que se requieren absolutamente todos aquí hay oficina que se encarga de revisión de hoja de vida y garantizar idoneidad ellos son un grupo de cirujanos que se contratan para prestación de servicios

- Todos estos cirujanos son de probada experiencia

Si, propendemos porque equipo humano que presta servicios en hospital sea de probada idoneidad

- En aud anterior indicaba que Dr Liendo debía aportar polizas, por favor infórmele a esta aud si para fecha de los hechos estas polizas estaban vigentes.

Nosotros tenemos un grupo multidisciplinario donde ellos a la oficina de talento humano aportan toda la documentación, en este momento no tengo como responderle si pólizas estaban vigentes, no tengo ese dato en este momento.

- Pero uds tiene procedimiento o oficina encargada de garantizar que polizas se mantengan vigentes

Si tenemos oficina, pero dr Liendo también esta y podría responder, pero si tenemos la oficina.

- Dra le pregunto sabe cuáles son los riesgos que cubrían las polizas del dr Liendo

No tengo esa información el dr Liendo podría indagarlo con el no tengo esa información

- Diga si o no, diga como es cierto si o no y yo digo que no es cierto que en el proceso de remisión de pacientes intervienen los familiares de pates

No es cierto

- Como se hace remisión de pacientes

A través de oficinas, el médico ordena remisión de paciente a través de historia clínica la oficina de referencia y contrareferencia les llega solicitud y ellos tramitan a través de página crue o de eps dependiendo de donde asignen cama se envía a paciente

- Acaba de mencionar algo y es disponibilidad, el hecho de n que remisión se concrete depende de si hay cama disponible o no

Si claro

- En su conocimiento que tanta disponibilidad hay de cirugía hepatobiliar en cartagena

Hay muy poca disponibilidad, el conocimiento que tengo es que vienen de otras ciudades y se hacen en jornadas, se hacen en días específicos que venían especialistas a Cartagena, no tengo conocimiento de cuales días y a que clínicas, pero esa especialidad es muy escasa.

///

INTERROGATORIO DR RICARDO LIENDO HERRERA

PREGUNTA APODERADO DEMANDANTE

- En cirugía de colecistectomía cual es el procedimiento más viable, laparoscopia o cirugía abierta

El gold estándar es cirugía laparoscópica

- Al momento de introducir cámaras y procedimiento se da cuenta que hay adherencias no se podría cambiar procedimiento a cirugía abierta

No es indicativo de conversión se puede hacer cirugía vía laparoscópica

- Después de cirugía hay recomendaciones como está escrito en historia clínica, esas recomendaciones se preguntó si eran de obligación de cuidado del paciente, cuantos días después de cirugía es normal que se presente dolor

Es imperativo a cada paciente, la recuperación laparoscópica es más corta que cirugía abierta,

puede extenderse hasta 15 días, inclusive con posterioridad pueden seguir presentando síntomas que tenían antes de cirugía y pueden extenderse hasta dos meses

- Es habitual que paciente luego de cirugía llegue en condiciones en que arribo paciente al hospital

Entiendo que, si las condiciones en que llego de dolor abdominal es habitual que lleguen a urgencias, si puede pasar, pueden llegar con dolor y depende de cada paciente y umbral del dolor que tenga cada paciente

//////////

El despacho pone en consideración que restan aún por practicarse 9 testimonios, y atendiendo la agenda del despacho se ha convenido reprogramación de diligencia para continuar con la misma el día 24 de abril de 2025 a partir de las 9:30 a.m. fecha en que se recaudaran declaraciones faltantes y en la medida de lo posible se agotaran etapas de alegatos y fallo.

Despacho agrega que por secretaria se envíen de nuevo comunicaciones a hosp bocagrande proboca y clínica Blas de leso a fin de que testigos vinculados a esas entidades puedan enterarse del llamado del despacho y acudan a la audiencia reprogramada para la fecha ya indicada.