

2024-00288 APORTO DICTAMEN PERICIAL

Notificaciones <notificaciones@prietopelaez.com>

Mar 18/06/2024 8:50

Para:Oficina Reparto Centro Servicios Judiciales - Antioquia - Rionegro <csarionegro@cendoj.ramajudicial.gov.co>;Juzgado 03 Civil Municipal - Antioquia - Rionegro <rioj03cmunicipalj@cendoj.ramajudicial.gov.co>  
CC:cahr26051980@gmail.com <cahr26051980@gmail.com>;calvacheabogados@gmail.com <calvacheabogados@gmail.com>

📎 2 archivos adjuntos (6 MB)

2024-00288 DICTAMEN PERICIAL.pdf; 2024-00288 aporte dictamen pericial.pdf;

Señores,  
**JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL DE RIONEGRO**  
E.S.D.

PROCESO : VERBAL  
DEMANDANTE : TOM MOLLOY PEDOUSSAUT Y OTROS Y OTROS  
DEMANDADOS : SOCIEDAD MÉDICA DE RIONEGRO – CLÍNICA SOMER Y OTROS  
RADICADO No : 2024-00288

**ASUNTO: APORTO DICTAMEN PERICIAL**

**JUAN RICARDO PRIETO PELÁEZ**, Abogado con Tarjeta Profesional No. 102.021 del Consejo Superior de la Judicatura e identificado con la cédula de ciudadanía No. 71.787.721 de Medellín, en mi calidad de apoderado judicial de la SOCIEDAD MÉDICA DE RIONEGRO – CLÍNICA SOMER por medio del presente escrito, me permito aportar lo siguiente:

Adjunto memorial y dictamen pericial en PDF

Atentamente,

**JUAN RICARDO PRIETO PELAEZ**  
**PRIETO PELAEZ ABOGADOS S.A.S.**  
Calle 4 sur # 43 A 195 Of. 216  
PBX: (4) 305 50 04 - Medellín - Colombia

Medellín, 18 de junio de 2024

Señores,

**JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL DE RIONEGRO**  
E.S.D.

PROCESO : VERBAL  
DEMANDANTE : TOM MOLLOY PEDOUSSAUT Y OTROS Y OTROS  
DEMANDADOS : SOCIEDAD MÉDICA DE RIONEGRO – CLÍNICA SOMER Y  
OTROS  
RADICADO No : 2024-00288

**ASUNTO: APORTO DICTAMEN PERICIAL**

**JUAN RICARDO PRIETO PELÁEZ**, Abogado con Tarjeta Profesional No. 102.021 del Consejo Superior de la Judicatura e identificado con la cédula de ciudadanía No. 71.787.721 de Medellín, en mi calidad de apoderado judicial de la SOCIEDAD MÉDICA DE RIONEGRO – CLÍNICA SOMER por medio del presente escrito, me permito aportar lo siguiente:

En cumplimiento del artículo 226 y 227 del CGP, y de acuerdo a lo anunciado en la contestación a la demanda, dentro del término oportuno, **me permito aportar dictamen pericial rendido por la Universidad de Antioquia mediante la médica MARÍA CLARA MENDOZA ARANGO, especialista en cirugía general.**

**En este sentido, se anexa:**

- DICTAMEN PERICIAL

El mismo se envía con copia a todas las partes.

Con el acostumbrado respeto.

Señor Juez,



**JUAN RICARDO PRIETO PELÁEZ**

T.P 102.021 del Consejo Superior de la Judicatura  
C.C. 71.787.721 de Medellín.



DFM-19862

Medellín, 07 de junio de 2024

**Doctor**

**JUAN RICARDO PRIETO PELÁEZ**

**Prieto Peláez Abogados S.A.S.**

**Correo:** [notificaciones@prietopelaez.com](mailto:notificaciones@prietopelaez.com)

Despacho: Juzgado Tercero Civil Municipal de Rionegro

Demandante: Tom Molloy y otros

Demandado: Clínica Somer y otros

Radicado: 05615-40-03-003-2024-00288-00

**Asunto:** Se allega dictamen pericial

En atención a la solicitud elevada a esta Facultad, en la cual se solicitó un dictamen pericial para ser elaborado por parte de un perito especialista en cirugía general. Se informa que después de que se cumplieron los requisitos, se designó a la doctora MARÍA CLARA MENDOZA ARANGO, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia quien rindió el dictamen, el cual se allega junto con el soporte académico.

Atentamente,

**PABLO JAVIER PATIÑO GRAJALES**  
**DECANO**

**Decanatura Facultad de Medicina**

**Dirección:** Carrera 51 D No. 62-29 Of 114

**Teléfono:** (4) 219 6001 ▪ **Nit:** 890.980.040-8

[peritazgosmedicina@udea.edu.co](mailto:peritazgosmedicina@udea.edu.co) ▪ Medellín - Colombia

Medellín, mayo 27 de 2024

**Abogado**  
**JUAN RICARDO PRIETO PELÁEZ**  
**Prieto Peláez Abogados SAS**  
**Correo:** [notificaciones@prietopelaez.com](mailto:notificaciones@prietopelaez.com)

Demandante: Tom Molloy y otros  
Demandado: Clínica Somer y otros  
Radicado: 05615-40-03-003-2024-00288-00  
Juez: Juzgado Tercero Civil Municipal de Rionegro

Asunto: Rendición de dictamen pericial

En atención a la solicitud presentada por usted en la cual solicita dar respuesta a los interrogantes formulados, en relación con la atención médica cuestionada en el proceso referenciado, le remito la respuesta a cada uno de los interrogantes propuestos, los cuales se atendieron de conformidad con el análisis realizado a la historia clínica del paciente.

#### **RESUMEN DEL CASO:**

Se trata de la atención del señor Tom Molloy Pedoussaut, masculino de 33 años que asiste al servicio de urgencias de la Clínica SOMER el 03/06/2021 a las 15:25 por dolor abdominal de 4 días de evolución, sin antecedentes médicos de importancia. Dolor localizado en hemiabdomen inferior y mayor en fosa iliaca derecha, el dolor se acompaña de ausencia de deposiciones y hoy con incremento de la intensidad presenta vómito.

Evaluado por médico general con sobrepeso, sin fiebre, con presión arterial sin alteración y aumento de la frecuencia cardíaca. A la palpación del abdomen con dolor en fosa iliaca derecha y signos que hacen sospechar apendicitis se inicia manejo sintomático y se solicita evaluación por el cirujano general.

Evaluación por cirugía general a las 15:55 reporta dolor difuso de 3 días de evolución que se localiza en fosa iliaca derecha, sin antecedentes, con aumento de la frecuencia cardíaca y dolor a la palpación abdominal en fosa iliaca derecha se indica manejo quirúrgico. Se le aclaran dudas al paciente.

Firma consentimiento informado, ordena antibiótico profiláctico y programa apendicetomía por laparoscopia.

Se encuentra consentimiento informado firmado por el paciente y el médico general aceptando manejo hospitalario.

Se encuentra consentimiento informado del 03/06/2021 autorizando procedimiento quirúrgico apendicetomía por laparoscopia para control de foco séptico, con dibujos que presentan las incisiones y los órganos intraabdominales explicando

riesgos entre estos la cicatriz, cambios en la sensibilidad de la piel, infecciones, alergias, otros daños en órganos no asociados, también se documenta la posibilidad de lesión de otros órganos y riesgos asociados a la anestesia que pueden excepcionalmente causar la pérdida de la vida. Como riesgos específicos del procedimiento se encuentra de puño y letra del cirujano la posibilidad de fuga del muñón, reintervención, dolor, fístula, absceso, estancia prolongada. El consentimiento está firmado por el paciente y el cirujano.

Se encuentra consentimiento informado del 03/06/2021 que autoriza procedimiento por anestesiología, está firmado por el paciente y el anestesiólogo.

Registro preoperatorio y lista de chequeo con hora 16:30 por auxiliar de enfermería. Registro de enfermería quirúrgico 19:50 reporta ingreso a sala de cirugía a las 17:55, aplicación de antibiótico profiláctico, consentimientos diligenciados y firmados. Se realizan 3 pausas de seguridad. Procedimiento quirúrgico apendicectomía por laparoscopia con apéndice inflamada y emplastrada, se realiza excéresis sin complicaciones.

La lista de chequeo del procedimiento realizado el 03/06/2021 se encuentra dentro de los anexos, firmada por el cirujano, el anestesiólogo el instrumentador y el auxiliar de enfermería.

Descripción operatoria con registro de 19:52, reporta neumoperitoneo transumbilical y visualización con lente de 30°, inserción de 2 puertos de 5 mm bajo visión (en hipogastrio y fosa iliaca izquierda), sección de mesoapéndice, ligadura de base apendicular con nudo extracorpóreo y sección del apéndice, cauterización del muñón y extracción de la pieza controlando contaminación, conteo completo, verificación del control del sangrado, sutura sin complicaciones. En hallazgos se reporta distensión del colon derecho, ciego redundante, dificultad técnica, apéndice cecal a tensión con mesoapéndice corto y laxo. No hay otras lesiones en cavidad. Sin complicaciones.

Se deja hospitalizado en postoperatorio con analgésicos, deambulación, cuidados de la herida y dieta a tolerancia.

Evolución por cirugía general del 04/06/2021 a las 09:26 con paciente que refiere sentirse mejor, con dolor controlado y adecuada tolerancia a la dieta. Pulso sin alteración, sin fiebre, abdomen con dolor leve a la palpación, se da alta. Fórmula con acetaminofén y naproxeno.

Reingresa el 06/06/2021 a las 03:38 con distensión abdominal y dolor que se ha exacerbado, además con paro de flatos y de fecales de 5 días de evolución. Al examen en buenas condiciones generales, hidratado, con abdomen distendido con dolor a la palpación, sin signos de irritación peritoneal y con heridas sin signos de complicación. Se ordena radiografía simple de abdomen donde se evidencian niveles hidroaéreos con ausencia de gas distal. Se ordena colocación de sonda nasogástrica a libre drenaje y se solicita concepto por cirugía general.

Evaluación por cirugía general a las 06:50 que reporta paciente alerta, hidratado, ligera elevación del pulso (frecuencia cardiaca 90 x min) y abdomen con leve distensión, dolor a la palpación profunda y sin signos de irritación peritoneal. Radiografía con patrón obstructivo. Reevaluando que presenta cambios en hábito intestinal desde consulta previa se esperan resultados de laboratorios y se ordena tomografía para mejor enfoque diagnóstico.

Se encuentra consentimiento informado del 06/06/2021 firmado por el paciente y médico general aceptando manejo hospitalario.

Reporte de paso de sonda nasogástrica con escaso drenaje de contenido gástrico, con abundante gas.

Reevaluación por cirugía general a las 22:39 con resultado de tomografía, el paciente refiere mejoría notoria del dolor, pulso 78 x min. Se la tomografía se reporta marcada dilatación del ciego, colon ascendente y colon transverso con contenido líquido de todo el marco cólico extendiéndose hacia la región sigmoidea. Hay engrosamiento de las paredes de la región sigmoidea en forma difusa sugiriendo fenómeno inflamatorio. Hay neumatosis difusa del ciego, el cual alcanza un diámetro en el eje transverso de 14.5cms. Llama la atención áreas de reemplazo graso de la pared colónica hacia el ángulo esplénico y de las paredes del sigmoides con extensión hacia el recto en toda la extensión hasta la región anal predominando en este último nivel. También hay asas de yeyuno e íleon con reemplazo graso de la pared, estos hallazgos se describen en fenómeno inflamatorio crónico entre las posibilidades enfermedad inflamatoria intestinal. No hay dilatación de asas de intestino delgado o segmento de transición a este nivel. Con conclusión megacolon tóxico sin signos de peritonitis o perforación, cambios inflamatorios de colitis y enteritis con relación a inflamación crónica a considerar enfermedad inflamatoria intestinal.

En exámenes de laboratorio no se encuentra leucocitosis, sin abdomen agudo y sin cuadro clínico de megacolon tóxico, pero con dilatación pancolónica que puede ser causada por enfermedad inflamatoria intestinal se solicita apoyo a gastroenterología para tratamiento médico, se inicia dieta líquida y continua en vigilancia hospitalaria, se aclaran dudas del paciente. Pendiente reporte de histopatología de apéndice que puede aportar a la clasificación del diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal.

Evaluación por cirugía general el 07/06/2021 a las 07:40 con diagnóstico de trabajo íleo adinámico, pop apendicectomía y sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal. Con adecuada tolerancia a la dieta, sin dolor abdominal se indica posibilidad de manejo ambulatorio no aceptado por la familiar. Se ordena colonoscopia.

Ingresa al servicio de hospitalización el 07/06/2021 a las 17:32 en buenas condiciones, afebril, con leve taquicardia (frecuencia cardiaca 93 x min), refiere sentirse mejor, sigue con distensión abdominal sin dolor. Sin vómito.

Se hace llamada a médico general el 08/06/2021 a las 02:17 por dolor abdominal 10/10 que desde el día anterior está en flanco izquierdo y que ha empeorado con la ingesta de preparación para colonoscopia, ha tenido 2 episodios de vómito escaso, sin deposiciones ni flatos. Al examen con abdomen distendido con dolor espontáneo que empeora a la palpación superficial, se ajusta manejo analgésico.

A las 05:15 se reevalúa por persistencia del dolor con mayor distensión, se encuentra con cambios en la evaluación abdominal por lo que se ordena analgésico potente hasta evaluación por cirugía general.

A las 05:28 es evaluado por cirugía general con dolor con pobre control, sin hallazgos de abdomen agudo con pulso 87 x min, sin signos de irritación peritoneal.

Se ordena paso de sonda nasogástrica. Se solicita control de iones y se inicia tratamiento con mesalazina.

Reevaluación por cirugía general a las 10:41 con sonda con drenaje de 400 cc, frecuencia cardíaca 102 x min, abdomen distendido con defensa voluntaria, en laboratorios con ligera hipokalemia. Tiene pendiente concepto de gastroenterología. Se ordena reactantes de control y tomografía para definir necesidad de otro manejo. Reevaluado por médico general hospitalario a las 12:25 quien inicia infusión de lidocaína, suspende morfina, reporta que tiene marcada distensión con sonda nasogástrica inactiva

Evaluación por cirugía general a las 13:07 con resultado de ayudas diagnósticas, paciente que persiste con dolor abdominal. Tomografía con distensión pancolónica que supera los 14 cm, líquido libre en cavidad, neumatosis intestinal y zona de estenosis en colon sigmoides que puede corresponder a enfermedad de Crohn complicada. Se programa para laparotomía exploratoria, se le explica al paciente y acompañantes, no tienen dudas por esclarecer. Se reporta que se diligencia consentimiento informado.

Entre los anexos se encuentra consentimiento informado del 08/06/2021 para el procedimiento laparotomía exploratoria y proceder según hallazgos con el fin de controlar obstrucción intestinal y proceso inflamatorio intraabdominal, hay dibujos que hacen evidente la localización de la cicatriz y reflejan la posibilidad de resecar un segmento de intestino, se reportan riesgos como infección, alergias, daño a órganos vecinos y como riesgos específicos de puño y letra del cirujano se resaltan sangrado, infección, lesión de vísceras, lesión vascular, necesidad de reintervención, hospitalización prolongada, síndrome adherencial postquirúrgico, dolor, cicatriz en piel, ingreso a UCI o UCE, fallecimiento. El consentimiento está firmado por el paciente y el cirujano.

Se encuentra registro prequirúrgico de las 18:55. Documento de evaluación y medicación preanestésicas de las 22:35 por anestesiólogo, cirugía por abdomen agudo, se firma consentimiento informado para la anestesia. También está la lista de chequeo disponible en los anexos firmada por el auxiliar de enfermería, el anestesiólogo, el cirujano y el instrumentador.

En los anexos se encuentra consentimiento informado del 08/06/2021 para el procedimiento anestésico de laparotomía exploratoria firmado por el paciente y el anestesiólogo.

Informe quirúrgico de las 23:04 se realiza laparotomía mediana supra e infraumbilical, se toma muestra de líquido peritoneal, se eviscera y se identifica sitio de obstrucción, resección de sigmoides y recto superior con sutura lineal mecánica. Se retira material de sutura en muñón apendicular del ciego y se pasa sonda para descompresión colónica, se exterioriza como cecostomía. Se realiza lavado peritoneal y se deja la cavidad con bolsa de viaflex y se sutura la piel. Los hallazgos fueron líquido peritoneal moderado serosanguinolento, marcada distensión del colon con zonas de isquemia en parches sin perforación, masa estenosante de la unión rectosigmoidea con fibrina adyacente. Dilatación de asas de delgado.

En el postoperatorio se deja sin vía oral, con sonda nasogástrica abierta, cuidados de cecostomía. Se ordena catéter central para iniciar nutrición parenteral.

Registro quirúrgico de enfermería reporta consentimientos diligenciados y firmados.

En el postoperatorio inmediato se ordena evaluación por medicina del dolor para apoyo. Evaluada por medicina del dolor el 09/06/2021 a las 10:33 ordena analgésico por bomba controlada por paciente e infusión de lidocaína para el postoperatorio temprano.

Evaluación por cirugía general el 09/06/2021 con dolor controlado, frecuencia cardíaca 85 x min. Tiene pendiente programar para anastomosis diferida colocolónica. Se le explica al paciente y acompañante.

Se pasa catéter central por vía periférica con guía fluoroscópica el 09/06/2021 a las 12:39 sin complicaciones. Es evaluado por nutricionista a las 16:08 que ordena nutrición parenteral total y explica al paciente.

Evaluación por cirugía el 10/06/2021 a las 11:23 con pobre control del dolor, taquicardia (frecuencia cardíaca 100 x min) con sonda nasogástrica con 300 cc, cecostomía con mínima producción, abdomen blando con ligero dolor a la palpación. En manejo con nutrición parenteral total y con apoyo de medicina del dolor se le explica amplia y claramente el plan de manejo al paciente y su acompañante.

Evaluación por medicina del dolor que propone colocación de catéter epidural al momento de realizar nuevo procedimiento quirúrgico. Se administra nutrición parenteral total de acuerdo con formulación de nutricionista.

Evaluación por cirugía general del 11/06/2021 a las 11:44 con buena evolución, pulso 88 x min, abdomen blando, cecostomía con escaso material intestinal. Sin cambios en el manejo sigue con nutrición parenteral y sin vía oral.

Se encuentra consentimiento informado del 11/06/2021 con el procedimiento reconstrucción del tracto gastrointestinal con riesgos como infección, alergias, daños en órganos y otros firmado por la esposa del paciente Natalia Pretelt.

Evaluación por cirugía general del 12/06/2021 a las 09:26 con buena evolución, tiene pendiente reintervención para reconstrucción del tracto digestivo, se aclaran dudas. Reevaluado a las 15:39 se programa cirugía para el 13/06/2021 a las 07:00. Se encuentra chequeo prequirúrgico por enfermería donde se reporta la verificación del consentimiento informado quirúrgico. Documento disponible en los anexos firmado por el auxiliar de enfermería, el anestesiólogo, el cirujano y el instrumentador.

En los anexos se encuentra consentimiento informado del 13/06/2021 para el procedimiento anestesia general para laparotomía y la colocación de catéter epidural firmado por el anestesiólogo.

Plan anestésico procedimiento bajo anestesia general y colocación de catéter epidural, paciente de acuerdo con la propuesta.

Informe quirúrgico del 13/06/2021 a las 13:09 reporta cierre de cecostomía, anastomosis colorectal con sutura circular mecánica, lavado peritoneal con toma de muestras y cierre de pared abdominal. Se dejan drenes abdominales. Sin complicaciones.

Evaluación por cirugía general del 14/06/2021 a las 09:46 reporta mejoría, adecuado control del dolor, sonda nasogástrica con drenaje de 1200 cc, abdomen con leve dolor a la palpación, herida quirúrgica sin signos inflamatorios, drenes con producción serosa escasa. Sigue sin vía oral y con nutrición parenteral total.

Evaluación por cirugía general del 15/06/2021 a las 08:31 con dolor controlado, con flatos y deposiciones diarreicas, sin fiebre, abdomen blando, sonda nasogástrica con drenaje intestinal. Sigue sin vía oral, promover movilización. Medicina del dolor



ordena retirar catéter epidural, ordena infusión de lidocaína y bomba de analgésicos controlada por el paciente.

Se solicita evaluación por medicina general a las 16:10 por presentar dolor en hemiabdomen izquierdo irradiado al cuello, con taquicardia, taquipnea y desaturación se realiza angioTAC que descarta embolismo pulmonar. Se inicia trombopprofilaxis.

Evaluación por cirugía general del 16/06/2021 a las 09:27 con adecuado control del dolor, sin fiebre, sonda nasogástrica drena 1900 cc, abdomen con herida sin signos de inflamación, drenes con mínima producción. Sigue reposición de pérdidas por sonda, nada vía oral y nutrición parenteral.

Evaluable por medicina general a las 14:08 por fiebre, se ordena manejo sintomático. Se identifica salida de material purulento de mal olor en dren abdominal derecho, tiene eritema alrededor de la inserción. Reporta cultivo de líquido peritoneal con e. coli y cocos gran positivos en tipificación. Solicita ecografía abdominal que reporta limitación para la evaluación de la pelvis por interposición de gas, solicita control de reactantes de fase aguda.

Evaluación por cirugía general del 17/06/2021 a las 09:47 con dolor controlado, con flatos y deposiciones diarreicas, sonda nasogástrica poco activa. Proteína C reactiva 120,3. Se retiran sonda nasogástrica y vesical, se promueve deambulaci3n. Medicina del dolor suspende analgésicos por bomba, ajusta medicamentos por horario y rescates.

Evaluaci3n por cirugía general del 18/06/2021 a las 10:37 con buen control del dolor, pero reporta fiebre, abdomen con ligero dolor a la palpaci3n, herida quirúrgica con secreci3n fétida en extremo inferior con tejido desvitalizado, se hace diagnóstico de infecci3n de sitio operatorio superficial, se ordena retirar puntos y hacer curaci3n. Tambi3n se solicita tomografía abdominal y control de reactantes de fase aguda.

Se realiza curaci3n de herida por enfermería, se retira sutura de herida que se observa sucia, en la parte superior hay salida de material purulento, se irriga con soluci3n salina y se cubre con gasa estéril.

Reporte de tomografía con colecciones no susceptibles de drenaje, en hipocondrio derecho por debajo del l3bulo hepático izquierdo mide 21 x 12 mm. Se inicia piperacilina tazobactam.

Evaluaci3n por cirugía general del 19/06/2021 a las 08:48 con evoluci3n con control del dolor abdominal, tolera dieta líquida, tiene flatos y deposiciones diarreicas. Refiere dolor intenso en oído izquierdo, se solicita evaluaci3n por otorrinolaringología. Proteína C reactiva en 91. Sigue nutrici3n parenteral, se progresa dieta.

A las 13:58 se realiza curaci3n por enfermería, tiene herida supra e infraumbilical de 115 cm de longitud y 3 cm de profundidad con bordes regulares, con salida de material purulento. Se observa tejido de granulaci3n sin tejido necr3tico, se irriga con soluci3n salina y se cubre con gasa estéril.

Hay salida de dren abdominal derecho, se solicita concepto a clínica de heridas.

Evaluaci3n por cirugía general del 20/06/2021 a las 09:32 con buena evoluci3n abdominal tolerando adecuadamente el estímulo enteral. Llama la atenci3n edema en regi3n malar izquierda que se extiende desde la articulaci3n temporomandibular

hasta la región superior del hemicuello izquierdo con cambios inflamatorios, dolor a la digitopresión sin zona renitente, se solicita tomografía de cara y cuello simple y contrastada, pendiente evaluación por otorrinolaringología, se ordena evaluación por medicina interna.

Medicina general evalúa a las 12:36 ordenando compresas de calor húmedo como manejo sintomático de lesión en cara. Ajusta analgésicos.

Evaluación por cirugía general del 21/06/2021 a las 10:42 con mejoría de molestias preauriculares con manejo sintomático, sospecha diagnóstica artropatía inflamatoria de la articulación temporomandibular o celulitis facial. Con adecuada tolerancia a la progresión de la dieta, se inicia desmonte de nutrición parenteral.

Evaluación por otorrinolaringología a las 13:03 reporta severo dolor en región preauricular izquierda con cambios inflamatorios, otoscopia normal. Drenaje de material purulento por conducto parotídeo principal izquierdo a la maniobra de ordeño de la parótida izquierda. Diagnóstico parotiditis sin complicaciones, alta por la especialidad. Medicina del dolor cierra interconsulta. Solicita apoyo por terapia física para reacondicionamiento.

Evaluación por medicina interna a las 15:19 por síndrome febril, niega síntomas respiratorios recientes, contacto epidemiológico con COVID 19. Se ordena PCR SARS COV2, reactantes de fase aguda, tomografía de alta resolución del tórax, hemocultivos. Sin cambios en el manejo.

Evaluación por cirugía general del 22/06/2021 a las 07:56 con evolución con tolerancia a la dieta blanda, se suspende nutrición parenteral.

Evaluación por medicina interna a las 12:18 paciente que persiste con diarrea y fiebre, abdomen blando. Reporte de PCR COVID positivo, se aísla de acuerdo con protocolo, pendiente hemocultivos, tomografía de tórax de alta resolución y evaluación por gastroenterología.

Evaluación por clínica de heridas a las 12:20, herida de 11 cm de longitud, 5 cm de ancho, 2,5 cm de profundidad – área 137,5 cm<sup>2</sup> con cavitación a las 12 del reloj con exudado purulento moderado. Con el plan de controlar carga bacteriana, controlar exudado y promover proceso de granulación se realiza lavado y curación con hidrofibra + plata (procedimiento realizado el 21/06/2021).

Evaluación por cirugía general del 23/06/2021 a las 12:28 con dolor controlado, con flatos y deposiciones, sin fiebre. Frecuencia cardíaca 78 x min. Abdomen blando, herida cubierta con apósito limpio. Se progresa a dieta normal. Se hace acompañamiento por terapia respiratoria.

Evaluación por medicina interna a las 13:20 con diagnóstico neumonía – infección moderada por SARS-CoV2 en aceptables condiciones, ruidos respiratorios presentes, abdomen blando sin dolor. En tomografía de alta resolución del tórax se identifican infiltrados en vidrio esmerilado que afectan ambos hemitórax y más lóbulos inferiores con derrame pleural laminar izquierdo. Sin signos de fibrosis pulmonar. Con linfopenia y elevación de proteína C reactiva no se tienen marcadores de pronóstico. Se ordenan controles en 72 horas para definir progresión, manejo de soporte y sintomático. Acompañamiento por terapia física. Presenta tos, se hace manejo sintomático.

Evaluación por cirugía general del 24/06/2021 a las 10:54 con buena evolución y tolerancia a la dieta se empieza a planear alta con curaciones en casa. Se realiza

nueva curación con hidrofibra + plata. Próxima curación el 28/06/2021. Evaluación por nutricionista con ajuste de plan dietético.

El 25/06/2021 se ordena evaluación por psicología y consejería espiritual por protocolo institucional.

Evaluación por cirugía general a las 10:59 con evolución a la mejoría, reporte de patología adenocarcinoma de tipo intestinal moderadamente diferenciado de 4 x 3,5 x 0,5 cm que compromete tejido pericólorrectal, sin invasión linfovascular ni perivascular. Gemación tumoral moderada. Bordes de resección libres de tumor. 2/20 ganglios positivos. Clasifica tumor pT3N1Mx. Se ordenan estudios de extensión tomografía de tórax y antígeno carcinoembrionario. Se ordena evaluación por oncología clínica.

Evaluación por oncología a las 17:53 se beneficia de manejo adyuvante oncoespecífico para iniciar 3 a 4 semanas luego de diagnóstico de COVID. Se le explica al paciente.

Evaluación por cirugía general del 26/06/2021 a las 09:29 con buena evolución, refiere hiporexia, abdomen blando. Antígeno carcinoembrionario 1,23, en trámite para curaciones domiciliarias.

Evaluación por medicina interna a las 15:51 con neumonía por SARS-CoV2 con linfopenia, proteína C reactiva elevada, deshidrogenasa láctica, ferritina y dímero D elevados como marcadores de severidad, pero con evolución clínica favorable, sin requerimiento de oxígeno suplementario.

Evaluación por cirugía general del 27/06/2021 a las 11:00 con buena evolución, desesperado por estancia prolongada, pendiente autorización del asegurador para curaciones por medicina domiciliaria.

Egreso hospitalario por cirugía general el 28/06/2021 a las 10:07, tranquilo con frecuencia cardíaca 70 x min, abdomen blando con herida quirúrgica cubierta. Se da orden de seguimiento en 4 semanas y se aclaran dudas al paciente y su acompañante. Curación previa al egreso.

Consejería espiritual no consigue comunicación efectiva el 28/06/2021 a las 16:35, se reprograma llamada.

Evaluación por consulta externa de cirugía general del 23/07/2021 a las 11:29 con evolución satisfactoria, tolerando dieta con tránsito intestinal. Herida abdominal en manejo con curaciones. Se cita a control en 2 meses. Plan de manejo adyuvante por oncología a la recuperación del COVID.

Evaluación por consulta externa de oncología del 05/08/2021 a las 10:37 diagnóstico de cáncer de colon de la unión rectosigmoidea estadio IIIB con debut con obstrucción se ordena protocolo FOLFOX 6. Se ordena colocación de catéter implantable, se ordena colonoscopia y resonancia de abdomen y pelvis. También se remite a genética médica. Reevaluado el 11/08/2021 a las 14:57 para considerar terapia que no requiera colocación de catéter implantable, se ordena protocolo XELOX (capecitabina 5FU cada 21 días por 8 ciclos). Inicia quimioterapia el 20/08/2021 sin complicaciones.

Evaluación por consulta externa de oncología del 01/09/2021 con buena tolerancia a la quimioterapia excepto por cambios en el ánimo que asocia con el ondansetrón. Sigue igual terapia.

Segundo ciclo de quimioterapia el 13/09/2021. Evaluación por psicología oncológica del 21/09/2021 con adecuados recursos de afrontamiento y estrategias de adaptación a la enfermedad y su tratamiento.

Evaluación por consulta externa de oncología el 24/09/2021 a las 15:51 con adecuada tolerancia a XELOX, sigue igual manejo. Se entregan órdenes para siguiente ciclo de quimioterapia y cita de control en 3 semanas.

Evaluación por consulta externa de oncología del 11/10/2021 a las 07:41 trae resonancia de abdomen y pelvis sin compromiso residual ni recidivante, refiere tener síntomas depresivos y labilidad emocional, expresa el deseo de no continuar tratamiento adyuvante. Se le explican riesgos de no continuar el tratamiento y se suspende temporalmente la quimioterapia, cita de revisión en 3 semanas. Se identifican síntomas depresivos marcados que afectan la vida cotidiana del paciente, se remite a psiquiatría y psicología oncológica.

Evaluación por cirugía general en consulta externa del 12/10/2021 a las 16:28 en buenas condiciones, sin dolor abdominal, área quirúrgica con tejido de granulación en tercio superior e inferior, sigue manejo con clínica de heridas.

Evaluación por psicología oncológica del 26/10/2021 a las 19:38 en compañía de su esposa, se permite expresión emocional y se brinda apoyo psicológico familiar.

Evaluación por consulta externa de oncología del 10/11/2021 a las 15:13 con paciente en buenas condiciones, expresa el deseo de retomar la quimioterapia. Se autoriza reinicio de quimioterapia, pendiente evaluación por genética médica. Tercer ciclo de quimioterapia aplicado el 22/11/2021.

Se programa vacunación para COVID 19 en la semana del 08/12/2021 al 15/12/2021.

Evaluación por consulta externa de oncología el 01/12/2021 a las 15:04, teleconsulta por pandemia COVID, se dan órdenes para 4°. Ciclo de quimioterapia y se autoriza vacunación. Control en 3 semanas. Cuarto ciclo de quimioterapia el 20/12/2021.

Evaluación por consulta externa de oncología el 07/01/2022 a las 16:40, teleconsulta sin respuesta telefónica. Se dejan órdenes de quimioterapia para evitar retrasos.

Evaluación por consulta externa de oncología del 13/01/2022 a las 09:03, en buenas condiciones, el paciente decidió no continuar con la adyuvancia, entiende riesgos. Se inicia seguimiento semestral con imágenes y colonoscopia.

Evaluación por consulta externa de oncología del 28/09/2022 a las 14:42 en buenas condiciones generales, trae tomografía de tórax con nódulo en lóbulo inferior izquierdo conocido y sin cambios. Resonancia de abdomen y pelvis sin recurrencia locorregional ni a distancia, cicatriz quirúrgica de laparotomía mediana con eventración contenida en mesogastrio. Colonoscopia hasta íleon distal sin hallazgos, no hay recidiva en la anastomosis. Seguimiento en 6 meses con estudios de seguimiento.

Evaluación por nutrición del 02/11/2022 a las 13:47 con el objetivo de mejorar sus hábitos de alimentación, IMC 28,4. Se hace plan de alimentación y se da cita en un mes.

Evaluación por consulta externa de oncología del 28/11/2022 a las 07:15 asintomático, en buenas condiciones generales, trae TAC de tórax sin cambios con relación a estudio previo, resonancia sin recidiva locorregional ni a distancia.

Colonoscopia con anastomosis amplia y sin signos de recaída. Aún sin evaluación por genética médica, nuevamente se da orden. Cita de seguimiento con estudios en 6 meses.

Evaluación por consulta externa de oncología el 23/03/2023 a las 07:49 asiste a control con concepto de genética sin variantes patogénicas ni de significado incierto. Con dolor abdominal que se exacerba con la ingesta de algunos alimentos. Al examen con dolor a la palpación abdominal y herida quirúrgica sana. Se da orden para evaluación por cirugía oncológica y medicina del dolor. Seguimiento con estudios de seguimiento.

Evaluación por consulta externa de oncología del 21/09/2023 a las 09:16 asintomático, trae colonoscopia con anastomosis amplia y sana, tomografía de tórax sin cambios. Resonancia de abdomen y pelvis sin recidiva local ni metástasis, se documenta diástasis de los rectos abdominales de 7 cm.

Se da cita de control den 3 meses con resultado de antígeno carcinoembrionario, está pendiente corrección de pared abdominal.

Evaluación por consulta externa de oncología del 23/11/2023 a las 11:51 refiere astenia, adinamia, pérdida de peso, náuseas y vómito. No tiene disminución de peso con respecto al último control. Presenta dolor a la palpación abdominal, herida quirúrgica sana, se dan órdenes de estudios de imagen para descartar recidiva de forma prioritaria. Cita con resultados.

Evaluación por consulta externa por oncología del 05/02/2024 a las 08:29 refiere sentirse bien, trae resonancia de abdomen y pelvis sin recidiva, hallazgos conocidos en pared anterior del abdomen. Tomografía de tórax sin cambios con relación a estudios previos. Se da cita de seguimiento en 3 meses con colonoscopia y antígeno carcinoembrionario.

## **RESPUESTA A LOS INTERROGANTES OBJETO DEL DICTAMEN**

Se da respuesta al interrogatorio propuesto por los interesados o por el Despacho y que se debe remitir con la solicitud de prueba pericial.

1. ¿Deberá indicar el perito su experiencia y formación?

Mi formación es como profesional en medicina y especialista en cirugía general de la Universidad de Antioquia, me desempeño como cirujana general hace poco más de 16 años en instituciones de alta complejidad. Soy docente de pregrado y posgrado en Cirugía General en la Universidad de Antioquia hace un poco más de 15 años.

2. ¿El señor TOM MOLLOY ingresa al servicio de urgencias de la CLÍNICA SOMER y es avalorado por cirugía general quien encuentra PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN INICIALMENTE DIFUSO Y POSTERIORMENTE LOCALIZADO EN FOSA ILIACA DERECHA, ACTUALMENTE CON INTENSO DOLOR; además ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE BLUMBERG+, ¿sírbase indicar si estos signos y síntomas corresponden a un diagnóstico de apendicitis?

Los síntomas que refiere el paciente, dolor que inicialmente es inespecífico y luego migra a la fosa iliaca derecha, asociados al examen clínico que presenta dolor exquisito en fosa iliaca derecha asociado a signos de irritación peritoneal localizados en un paciente de sexo masculino pueden ser originados por una apendicitis aguda.

3. ¿de acuerdo con el diagnóstico de apendicitis, el manejo medico a seguir fue APENDICETOMÍA POR LAPAROSCOPIA, sírvase indicar si esta conducta estuvo indicada?

Si la impresión diagnóstica es apendicitis el plan de manejo debe ser la apendicectomía (extracción del apéndice), procedimiento que puede realizarse con varias técnicas, entre estas la cirugía laparoscópica.

4. ¿sírvase indicar si al paciente se le informo el procedimiento a realizar y los riesgos que este podría tener, además indique si este suscribió consentimiento informado?

De acuerdo con los registros clínicos se reporta que al paciente se le explica el posible diagnóstico, el plan de manejo y los riesgos asociados al mismo. Además, se encuentra el consentimiento informado dentro de los anexos aportados para el peritazgo.

5. ¿Como fue la evolución clínica del paciente?

De acuerdo con los registros clínicos se evidencia mejoría del dolor en el postquirúrgico temprano, sin alteración de signos vitales y por lo mismo se da egreso al día siguiente de la cirugía.

6. ¿El paciente ingresa nuevamente el 06 de junio de 2021 con cuadro de 5 día de evolución de paro de flatos y fecales asociado a dolor y distensión abdominal, por lo que es valorado por cirugía general quien ordena TAC el cual tiene por hallazgos: Se observa marcada dilatación del ciego, colon ascendente y colon transverso con contenido líquido de todo el marco cólico extendiéndose hacia la región sigmoidea; además sin signos de irritación peritoneal y el médicos describe posible enfermedad inflamatoria intestinal, sírvase indicar si este diagnóstico presuntivo estuvo adecuado?

Dentro de las posibilidades diagnósticas en un paciente con cuadro obstructivo del intestino grueso se encuentran la enfermedad diverticular complicada, las neoplasias y la enfermedad inflamatoria intestinal. Los hallazgos de la imagen reportada podrían corresponder a cualquiera de los dos últimos siendo llamativo que no es claro que haya una masa en el sigmoidees sino más bien una estenosis mal definida en la unión rectosigmoidea que relacionan con enfermedad inflamatoria. La presunción diagnóstica es adecuada.

7. ¿Indicar si, según los hallazgos del TAC del 06 de junio de 2021, el paciente tenía signos claros de obstrucción intestinal?

El reporte de la tomografía en la historia clínica informa marcada dilatación del ciego, colon ascendente y colon transversal con contenido líquido de todo el marco cólico extendiéndose hacia la región sigmoidea. Hay engrosamiento de las paredes de la región sigmoidea en forma difusa sugiriendo fenómeno inflamatorio. Hay neumatosis difusa del ciego, el cual alcanza un diámetro en el eje transversal de 14.5cms. Llama la atención áreas de reemplazo graso de la pared colónica hacia el ángulo esplénico y de las paredes del sigmoide con extensión hacia el recto en toda la extensión hasta la región anal predominando en este último nivel. También hay asas de yeyuno e íleon con reemplazo graso de la pared, estos hallazgos se describen en fenómeno inflamatorio crónico entre las posibilidades enfermedad inflamatoria intestinal. No hay dilatación de asas de intestino delgado o segmento de transición a este nivel. Con conclusión megacolon tóxico sin signos de peritonitis o perforación, cambios inflamatorios de colitis y enteritis con relación a inflamación crónica a considerar enfermedad inflamatoria intestinal. Este reporte no configura una obstrucción intestinal clara, no hay dilatación del delgado, no se evidencia claramente zona de transición en colon y los cambios inflamatorios reportados así como el diagnóstico diferencial propuesto por el radiólogo hacen considerar la necesidad de completar estudios antes de realizar manejo quirúrgico, que en el caso de enfermedad inflamatoria intestinal tipo Crohn o colitis ulcerativa podrían tener mejor desenlace con manejo no operatorio o quirúrgico limitado si fuera necesario.

8. ¿el 08 de junio de 2021 realizan nuevo TAC en el cual encuentran DISTENSIÓN PANCOLÓNICA CON DIÁMETRO MAYOR DE ASA DE 14 CM, LÍQUIDO LIBRE EN CAVIDAD QUE NO HABÍA SIDO VISUALIZADO EN ESTUDIO PREVIO, NEUMATOSIS INTESTINAL, ZONA FRANCA ESTENÓTICA A NIVEL DE COLON SIGMOIDES, SOSPECHA DE ENFERMEDAD DE CROHN COMPLICADA; sírvase indicar si estos hallazgos fueron diferentes a los del TAC del 06 de junio de 2021?

En el reporte de la tomografía del 08/06/2021 se encuentra dilatación de asas de intestino grueso que ha progresado, la presencia de líquido peritoneal libre que puede corresponder a peritonitis o perforación (poco probable en la ausencia de neumoperitoneo), cambios intestinales que se asocian con hipoperfusión de la pared intestinal (neumatosis intestinal) así como la diferencia del diámetro de la unión recotosigmoidea que configura estenosis franca y definen obstrucción intestinal primaria. Con los hallazgos de la imagen previa y los actuales, el radiólogo considera que dentro de los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta no se debe descartar la enfermedad inflamatoria intestinal. Vale la pena anotar que el paciente es un hombre joven sin antecedentes de importancia.

9. ¿De acuerdo con los hallazgos del 08 de junio de 2021, se diagnosticó OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, ¿sírvase indicar si este diagnóstico fue adecuado?

El diagnóstico de obstrucción intestinal es adecuado basándose en los resultados de las imágenes, la evolución de estas y el cuadro clínico.

10. ¿Sírvese indicar si de acuerdo a ese diagnóstico, la laparotomía exploratoria realizada estuvo adecuada e indicada?

Con el diagnóstico de obstrucción intestinal primaria en paciente con dolor que no mejora y la presencia de líquido libre intraabdominal está indicada la intervención quirúrgica.

11. ¿Cuáles son los riesgos de la laparotomía exploratoria?

Son riesgos de la laparotomía exploratoria la cicatriz, el sangrado, la infección, la lesión de órganos intraabdominales, la reintervención, la necesidad de dejar abdomen abierto, la necesidad de dejar ostomías, las hernias, abscesos, sepsis, necesidad de traslado a unidades de alta dependencia y excepcionalmente la muerte.

12. ¿la cicatriz es uno de los riesgos de la laparotomía exploratoria?

La cicatriz es uno de los riesgos inherentes a cualquier procedimiento quirúrgico que perturbe la integridad de la piel.

13. ¿esos riesgos fueron informados al paciente?

De acuerdo con los registros de la historia clínica el riesgo de cicatriz fue informado al paciente.

14. ¿el paciente suscribió consentimiento informado para la realización de la laparotomía exploratoria?

Sí, se encuentra el consentimiento informado para el procedimiento laparotomía exploratoria firmado por el paciente y el cirujano.

15. ¿en este consentimiento se informó la posibilidad de generarse una cicatriz?

Sí, en este consentimiento se indica dentro de los riesgos específicos del procedimiento, de puño y letra del cirujano que cicatriz en piel es uno de los riesgos presentes. También hay un gráfico que muestra la ubicación aproximada de la incisión y por lo tanto la ubicación de la cicatriz.

16. ¿Cuál era la necesidad de practicar la laparotomía en este paciente?

La necesidad de la realización de laparotomía en el paciente es la presencia de un cuadro clínico definido como abdomen agudo, donde sea por obstrucción o



infección, hay una condición intraabdominal que puede poner en riesgo la vida del paciente y requiere una solución quirúrgica.

17. ¿Se indica en la demanda, que, “En la TAC de abdomen del 6-06-2021 el cuadro obstructivo es descrito como una posible enfermedad inflamatoria intestinal lo cual causó un manejo médico inadecuado hasta que el paciente por agravamiento de su cuadro le hacen nuevo TAC el cual sí revela la verdadera causa de su dolencia”, ¿sírvese indicar si esto es cierto o no y por qué?

Es tarea del especialista en imágenes diagnósticas reportar los hallazgos objetivables de los estudios realizados y de acuerdo con estos hallazgos ofrecer su conocimiento con la diversidad de diagnósticos diferenciales para que el médico tratante tome las decisiones pertinentes. Es tarea del médico tratante, en este caso el cirujano integrar los hallazgos del examen físico con los resultados de laboratorios e imágenes para tomar las decisiones pertinentes.

La afirmación que presenta entre comillas de la demanda no puede tomarse como un hecho cierto, el reporte de la tomografía no es el causante de un manejo médico “inadecuado” ni es la realización de una nueva imagen el motivo por el que se cambia el plan de manejo y se toma la decisión de llevar al paciente a cirugía, es la suma de una cantidad de hallazgos clínicos y paraclínicos la que permite al médico hacer un enfoque de manejo que siempre está en la búsqueda del mejor desenlace para el paciente.

18. ¿En la demanda se afirma que hubo una indebida práctica quirúrgica inicial, lo cual generó que al paciente le tuvieran que hacer una laparotomía exploratoria urgente, que genere las grandes cicatrices; sírvase indicar si esto es cierto o si por el contrario, la apendicetomía y la laparotomía exploratoria practicada eran necesarias?

No considero la afirmación de la demanda sea cierta. En el caso de la apendicectomía se tomó la mejor conducta con las herramientas que se tuvieron del cuadro clínico, en la laparoscopia no se evidenció lesión sigmoidea estenosante ni hallazgos sospechosos de estenosis crítica de la misma. No se cuenta con el reporte de patología de la apendicectomía, aunque el resultado fuera negativo para inflamación no se consideraría un error haber realizado la apendicectomía en un hombre con un cuadro clínico tan sospechoso. Es un indicador de buena práctica para un cirujano o una institución que se tengan un porcentaje no inferior a 10% de apendicectomías sin inflamación. Si el servicio quirúrgico realiza apendicectomías de apéndices con inflamación evidente o avanzadas estaría operando a los pacientes tardíamente permitiendo progresión de la enfermedad o complicaciones. El enfoque del dolor abdominal en un paciente en postoperatorio de cualquier cirugía abdominal es más complejo por condiciones que son inherentes a la cirugía previa, la probabilidad de que el paciente curse con trastorno intestinal funcional (íleo), el riesgo de lesiones de otros órganos asociadas a la cirugía, la falsa sensación de seguridad de haber tenido una evaluación completa de la cavidad en la laparoscopia. Sin embargo, con el cuadro de obstrucción intestinal con presencia

de líquido libre en la tomografía asociada a los hallazgos clínicos de abdomen agudo que presenta el paciente en su evolución hace que la laparotomía esté claramente indicada y era necesaria.

19. ¿sírvese indicar si un paciente después de presentar apendicitis es normal que posteriormente presente obstrucción intestinal?

No, no es normal que un paciente luego de presentar apendicitis presente obstrucción intestinal. Lo que no es infrecuente es que cualquier paciente sometido a cirugía gastrointestinal pueda cursar con íleo postoperatorio, distensión abdominal y pobre tolerancia a la dieta. Algunos pacientes también podrán cursar con rotaciones o volvulaciones de asas de delgado sobre sí mismas o sobre adherencias crónicas o agudas y consultar con obstrucción intestinal que puede resolverse con manejo con reposo de la vía oral y sonda nasogástrica o requerir abordaje quirúrgico por laparoscopia o abierta, algunos hasta con resecciones intestinales.

20. ¿Deberá indicar el perito, si considera que la atención médica brindada al paciente, por parte de la CLÍNICA SOMER, fueron adecuada y oportuna?

De acuerdo con los registros clínicos evaluados se identifica atención oportuna y diligente por el equipo médico y paramédico que participó de la atención, el diagnóstico definitivo del paciente es una sorpresa en un hombre joven y previamente sano. Se realizaron estudios pertinentes y se tomaron decisiones en consecuencia con el cuadro clínico del paciente y los resultados de dichos estudios en una época en la que los protocolos para el control de la pandemia hacían más complicado el trabajo interdisciplinario en los servicios de salud.

#### **OBSERVANCIA DEL ARTÍCULO 226 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO:**

A fin de dar cumplimiento a las disposiciones contenidas en el artículo 226 de la ley 1564 de 2012, por medio de la cual se expide el Código General del Proceso y se dictan otras disposiciones, me pronuncié frente a las declaraciones e informaciones mínimas que debe contener el dictamen de la siguiente manera:

##### **1. La identidad de quien rinde el dictamen y de quien participó en su elaboración.**

Mi nombre es: María Clara Mendoza Arango, identificada con la cédula de ciudadanía No. 43618097 expedida en Medellín, médico egresado de la Universidad de Antioquia con especialización en Cirugía General de la Universidad de Antioquia.

##### **2. La dirección, el número de teléfono, número de identificación y los demás datos que faciliten la localización del perito.**

La dirección donde pueden localizarme es la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, ubicada en la carrera 51D No. 62-29, Departamento de Cirugía, sección de Cirugía General, número de teléfono fijo 2192460.

**3. La profesión, oficio, arte o actividad especial ejercida por quien rinde el dictamen y de quien participó en su elaboración. Deberán anexarse los documentos idóneos que lo habilitan para su ejercicio, los títulos académicos y los documentos que certifiquen la respectiva experiencia profesional, técnica o artística.**

A fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en la mencionada disposición, informo que los títulos que poseo son los arriba enunciados, de los cuales adjunto copia simple. Igualmente adjunto la hoja de vida que da cuenta de los demás estudios realizados, fin de acreditar la idoneidad para rendir la correspondiente experticia.

**4. La lista de publicaciones, relacionadas con la materia del peritaje, que el perito haya realizado en los últimos diez (10) años, si las tuviere.**

A fin de dar cumplimiento a este requisito reporto que no tengo publicaciones realizadas con la materia del peritaje.

**5. La lista de casos en los que haya sido designado como perito o en los que haya participado en la elaboración de un dictamen pericial en los últimos cuatro (4) años. Dicha lista deberá incluir el juzgado o despacho en donde se presentó, el nombre de las partes, de los apoderados de las partes y la materia sobre la cual versó el dictamen.**

He sido designado como perito en los siguientes casos desde 2020:

Solicitante: Abogado Juan Pablo Jiménez Gómez  
Paciente: Darío Antonio Montoya Agudelo  
Año: 2022

**6. Si ha sido designado en procesos anteriores o en curso por la misma parte o por el mismo apoderado de la parte, indicando el objeto del dictamen.**

Manifiesto que no he sido designado en dictámenes periciales que hayan sido solicitadas por alguna de las partes o de los apoderados que fungen en este proceso.

**7. Si se encuentra incurso en las causales contenidas en el artículo 50 de la ley 1564 de 2012, en lo pertinente.**

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que no me encuentro incurso en ninguna de las causales contenidas en el artículo 50 del Código General del Proceso (ley 1564 de 2012).

**8. Declarar si los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son diferentes respecto de los que ha utilizado en peritajes**

**rendidos en anteriores procesos que versen sobre las mismas materias. En caso de que sea diferente, deberá explicar la justificación de la variación.**

No hubo variación en los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados para la realización del peritaje.

**9. Declarar si los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son diferentes respecto de aquellos que utiliza en el ejercicio regular de su profesión u oficio. En caso de que sea diferente, deberá explicar la justificación de la variación.**

Los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados para el peritaje son los mismos utilizados en mi desempeño profesional.

**10. Relacionar y adjuntar los documentos e información utilizados para la elaboración del dictamen.**

Para la elaboración del presente dictamen se estudiaron y analizaron además de la historia clínica del paciente y los antecedentes narrados en el proceso, las siguientes referencias bibliográficas:

Townsend, C. M., Beauchamp, R. D., Evers, B. M., & Mattox, K. L. (2017). Sabiston textbook of surgery: The biological basis of modern surgical practice (20th edition.). Philadelphia, PA: Elsevier Saunders.

Schwartz, Seymour I., Brunicki, F. Charles. (Eds.) (2011) Schwartz's principles of surgery : ABSITE and board review New York : McGraw-Hill Medical.

Finalmente, a fin de dar cumplimiento al artículo 226 de la ley 1564 de 2012, manifiesto bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado por la firma del dictamen que mi opinión es independiente y corresponde a mi real convicción profesional.

Adjunto al dictamen los documentos que le sirven de fundamento y de aquellos que acrediten mi idoneidad y mi experiencia como perito.

Atentamente,



**María Clara Mendoza Arango**  
**Especialista en Cirugía General**  
**Registro médico 1550-00**



UNIVERSIDAD  
DE  
ANTIOQUIA



CITE ESTA REFERENCIA AL CONTESTAR

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA GENERAL

**CERTIFICADO SOBRE REGISTRO DE DIPLOMA**

LIBRO: 005

FOLIO: 073-876

A NOMBRE DE: MENDOZA ARANGO MARÍA CLARA

CÉDULA: 43618097 DE: Medellín

INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

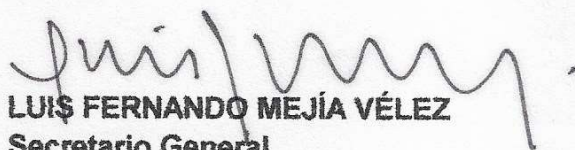
LUGAR: MEDELLÍN

TÍTULO: MÉDICO Y CIRUJANO

NÚMERO Y FECHA ACTA DE GRADUACIÓN: 33216 DEL 15 de diciembre de 1999

FECHA REGISTRO: 16 de febrero de 2000

MEDELLÍN: 16 de febrero de 2000



LUIS FERNANDO MEJÍA VÉLEZ  
Secretario General



**HOJA DE VIDA**

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: María Clara Mendoza Arango  
Cédula de ciudadanía: 43'618.097 de Medellín  
Estado civil: Soltera  
Fecha de nacimiento: 14 de diciembre de 1975  
Lugar de nacimiento: Medellín  
Lugar de residencia: Medellín

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Educación básica primaria: Instituto Jorge Robledo 1982-1986  
Educación básica secundaria: Instituto Jorge Robledo 1987-1992  
Título obtenido: Bachiller Académico  
(Folio 259 del libro de registro 150)

Educación Universitaria:	Universidad de Antioquia - Facultad de Medicina 1993-1999
Título obtenido:	Médico y Cirujano (Acta de graduación 33216)
Registro médico:	05-1550-00
Tarjeta profesional:	32534/05
Educación superior:	Universidad de Antioquia – Facultad de Medicina – Departamento de Cirugía – Sección Cirugía General 2002-2006
Título obtenido:	Especialista en Cirugía General (Acta de graduación 54706)
Educación superior:	University of Pittsburgh 2009-2011
Título obtenido:	Master of Science of Clinical Research
Educación superior:	Universidad de Antioquia – Facultad de Medicina
Candidato a título:	Maestría en Telesalud

#### EXPERIENCIA LABORAL

- Servicio Social Obligatorio

E.S.E. Hospital María Antonia Toro de Elejalde – Frontino, Antioquia.

Enero 7 a Julio 7 de 2000

- URGENCIAS - CLINICA LAS VEGAS

Médico supernumerario

Agosto 2000 a Junio 2002

- Clínica Las Vegas COOMEVA I.P.S.

Médico General – Consulta externa y no programada

Julio 27 de 2000 a Abril 30 de 2001

Coordinador Médico.

Mayo 1 de 2001 a Junio 1 de 2002

- COOMEVA I.P.S. Clínica Conquistadores

Cirujano General

Septiembre 15 de 2006 a Octubre 2007

- COOMEVA I.P.S. Clínica Las Vegas

Cirujano General

Noviembre 1 de 2006 a Diciembre 2007

- Cirujanos Generales de Antioquia – CIGACOOOP

Cirujano General

Agosto 28 de 2006 a Julio 31 de 2011

- Cirujanos de Colombia Sindicato de Gremio

Cirujano General

Agosto 2011 a la fecha

- Hospital San Vicente Fundación

Cirujano General

Julio 2007 a Junio 2009

Agosto 2011 a Septiembre 2016



Jefe de Cirugía y Urgencias

Septiembre 2016 a la fecha

- Universidad de Antioquia

Profesor titular Sección de Cirugía General

Julio 2007 a la fecha.

- Clínica Las Vegas

Cirujano General

Octubre 1 de 2006 a la fecha.



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
1803

**SECRETARÍA GENERAL**

**CERTIFICADO SOBRE REGISTRO DE DIPLOMA**

**LIBRO: 013**

**FOLIO: 118-1410**

**A NOMBRE DE: MENDOZA ARANGO MARÍA CLARA**

**CÉDULA: 43618097 DE: Medellín**

**INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA**

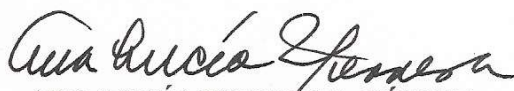
**LUGAR: MEDELLÍN**

**TÍTULO: ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL**

**NÚMERO Y FECHA ACTA DE GRADUACIÓN: 54706 del 01 de septiembre de 2006**

**FECHA REGISTRO: 01 de septiembre de 2006**

**MEDELLÍN: 01 de septiembre de 2006**

  
**ANA LUCÍA HERRERA GÓMEZ**  
**Secretaria General**

**Ciudad Universitaria: Calle 67 No. 53-108**  
**Conmutador: 263 00 11 ■ Fax: 263 82 82 ■ Nit: 890.980.040-8**  
**Apartado: 1226 ■ <http://www.udea.edu.co>**  
**Medellín - Colombia**