

Santiago de Cali, junio 26 de 2025

Señor

JUEZ OCTAVO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

E. S. D.

**PROCESO : VERBAL DE PRIMERA INSTANCIA DE
RESPONSABILIDAD MÉDICA – MAYOR CUANTÍA**

**DEMANDANTES : NELLY SILVA C.C. 31.465.508
GUILLERMO HERNÁNDEZ C.C. 16.445.653
GUILLERMO HERNÁNDEZ SILVA C.C. 16.462.781
JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ SILVA C.C. 6.548.761
OSCAR ANDRÉS HERNÁNDEZ SILVA C.C. 1.118.297.688
SANDRA PATRICIA HOYOS SILVA C.C. 31.478.445
STHEFANIA BECERRA HOYOS C.C. 1.118.301.523
GABRIELA ALEJANDRA VALDEZ HOYOS TI.
1.109.920.050**

**DEMANDADOS: 1) COOMEVA E.P.S. S.A.- COOMEVA ENTIDAD
PROMOTORA DE SALUD S A EN LIQUIDACION. NIT.
805.000.427-1 (LIQUIDADA) – REPRESENTADA
JUDICIALMENTE POR SU MANDATARIO RACIL
ASESORIAS S.A.S. identificada con NIT: 900.375.730-2
2) INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA
– CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS
PERSONERÍA JURÍDICA OTORGADA POR LA
GOBERNACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA MEDIANTE
RESOLUCIÓN 004802 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 1966 NIT.
890.301.430-5**

HERNAN FELIPE MERIZALDE GARCÍA, mayor de edad y vecino de Cali, identificado con C.C. 18.004.625 de San Andrés Islas, abogado titulado e inscrito con TP. 210837 del CSJ, y médico y cirujano con Registro Médico 762966-10 de la Secretaría de Salud Departamental del Valle, actuando en calidad de apoderado judicial de las siguientes personas:

1) NELLY SILVA, mayor de edad y vecina de Yumbo, Valle, identificada con cédula de ciudadanía 31.465.508 de Yumbo, Valle, con Registro Civil de Nacimiento Serial-Folio 489, Tomo 19, de la Notaría del Círculo de Santander de Quilichao, en su calidad de **madre** del menor fallecido CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.), vecino de Yumbo, Valle, quien en vida se identificara con Tarjeta de Identidad No. 1.192.804.736. En adelante, CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA será referido en el presente contrato como “la víctima fallecida”, “el menor fallecido”.

2) GUILLERMO HERNÁNDEZ, mayor de edad y vecino de Yumbo, Valle, identificado con cédula de ciudadanía 16.445.653 de Yumbo, Valle, con Registro Civil de Nacimiento Indicativo Serial 3306691 de la Notaría Única de Ortega, Tolima, en su calidad de **padre** del menor fallecido CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.)

3) GUILLERMO HERNÁNDEZ SILVA, mayor de edad y vecino de Yumbo, Valle, identificado con cédula de ciudadanía 16.462.781 de Yumbo, Valle, con Registro Civil de Nacimiento Indicativo Serial 6524557 de la Notaría Séptima de Cali, Valle, en su calidad de **hermano** del menor fallecido CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.)

4) JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ SILVA, mayor de edad y vecino de Yumbo, Valle, identificado con cédula de ciudadanía 6.548.761 de Yumbo, Valle, con Registro Civil de Nacimiento Indicativo Serial 9037751 de la Notaría Séptima del Círculo de Cali, en su calidad de **hermano** del menor fallecido CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.).

5) OSCAR ANDRÉS HERNÁNDEZ SILVA, mayor de edad y vecino de Yumbo, Valle, identificado con cédula de ciudadanía 1.118.297.688 de Yumbo, Valle, con Registro Civil de Nacimiento Indicativo Serial 17392090 de la Notaría Séptima del Círculo de Cali en su calidad de **hermano** del menor fallecido CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.).

6) SANDRA PATRICIA HOYOS SILVA, mayor de edad y vecina de Yumbo, Valle, identificada con cédula de ciudadanía 31.478.445 de Yumbo, Valle, con Registro Civil de Nacimiento Indicativo Serial 1554145 de la Notaría Única de Yumbo, Valle, en su calidad de **hermana** (media) del menor fallecido CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.).

7) STHEFANIA BECERRA HOYOS, mayor de edad y vecina de Yumbo, Valle, identificada con cédula de ciudadanía 1.118.301.523 de Yumbo, Valle, con Registro Civil de Nacimiento Indicativo Serial 19854496 (hija de SANDRA PATRICIA HOYOS SILVA), actuando en calidad de **sobrino** del menor fallecido CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.).

8) GABRIELA ALEJANDRA VALDEZ HOYOS, identificada con Tarjeta de Identidad No. 1.109.920.050, menor de edad, con Registro Civil de Nacimiento Indicativo Serial 33797952 de la Notaría Quinta del Círculo de Cali, NUIP 1109920050, actuando por intermedio de su señora madre SANDRA PATRICIA HOYOS SILVA identificada con cédula de ciudadanía 31.478.445 de Yumbo, Valle, quien actúa en calidad de **sobrina** del menor fallecido CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.).

Por medio del presente escrito me permito presentar **DEMANDA ORDINARIA - PROCESOS VERBAL DE PRIMERA INSTANCIA DE RESPONSABILIDAD MÉDICA – MAYOR CUANTÍA** en contra de las siguientes entidades:

1) COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - COOMEVA E.P.S. S.A. EN LIQUIDACIÓN (LIQUIDADA) NIT. 805.000.427-1 REPRESENTADA LEGALMENTE POR SU LIQUIDADOR DR. FELIPE NEGRET MOSQUERA IDENTIFICADO CON C.C.10547944 , O QUIEN HAGA SUS VECES. **REPRESENTADA JUDICIALMENTE POR SU MANDATARIO RACIL ASESORIAS S.A.S identificada con NIT: 900.375.730-2.** Lo anterior conforme a la Resolución No. L002 del 24 de enero de 2024 proferida por el Agente Especial Liquidador designado por la Superintendencia Nacional de Salud para adelantar el proceso de liquidación de COOMEVA EPS.

2) INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA – CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS PERSONERÍA JURÍDICA OTORGADA POR LA GOBERNACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA MEDIANTE RESOLUCIÓN 004802 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 1966 NIT. 890.301.430-5 REPRESENTADA LEGALMENTE POR LA SEÑORA USDELLY ALZATE VARELA IDENTIFICADA CON C.C. 31.276.463, O QUIEN HAGA SUS VECES

Demanda que se presenta con el fin de que se declare a los demandados solidariamente responsables por los daños causados con ocasión de la malapraxia médica y la impericia que provocaron la perforación intestinal sufrida por el menor CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA, hechos que causaron su fallecimiento el 23 de julio de 2017, y en consecuencia, se les condene a pagar todos los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales, costas, agencias en derecho y demás sumas solicitadas y reconocidas en el proceso.

I. REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD: Agotamiento de la conciliación prejudicial.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 35 de la ley 640 de 2001 y siguientes, que establecen como requisito de procedibilidad la conciliación prejudicial en derecho para acudir ante la jurisdicción civil, se celebró audiencia de conciliación con los demandados COOMEVA E.P.S. S.A. e INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA – CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS el día

10 de septiembre de 2020 en el Centro de Conciliación FUNDAFAS de la ciudad de Cali, diligencia que fue fallida. Se expidió constancia conforme a lo dispuesto en el artículo 2º de la ley 640 de 2001, terminando así el trámite conciliatorio y cumpliendo el requisito de procedibilidad que se anexa a la demanda.

II. DESIGNACIÓN DE LAS PARTES

2.1. PARTE DEMANDANTE:

2.1.1) NELLY SILVA, mayor de edad y vecina de Yumbo, Valle, identificada con cédula de ciudadanía 31.465.508 de Yumbo, Valle, con Registro Civil de Nacimiento Serial-Folio 489, Tomo 19, de la Notaría del Círculo de Santander de Quilichao, en su calidad de **madre** del menor fallecido CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.), vecino de Yumbo, Valle, quien en vida se identificara con Tarjeta de Identidad No. 1.192.804.736. En adelante, CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA será referido en el presente contrato como “la víctima fallecida”, “el menor fallecido”.

2.1.2) GUILLERMO HERNÁNDEZ, mayor de edad y vecino de Yumbo, Valle, identificado con cédula de ciudadanía 16.445.653 de Yumbo, Valle, con Registro Civil de Nacimiento Indicativo Serial 3306691 de la Notaría Única de Ortega, Tolima, en su calidad de **padre** del menor fallecido CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.)

2.1.3) GUILLERMO HERNÁNDEZ SILVA, mayor de edad y vecino de Yumbo, Valle, identificado con cédula de ciudadanía 16.462.781 de Yumbo, Valle, con Registro Civil de Nacimiento Indicativo Serial 6524557 de la Notaría Séptima de Cali, Valle, en su calidad de **hermano** del menor fallecido CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.)

2.1.4) JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ SILVA, mayor de edad y vecino de Yumbo, Valle, identificado con cédula de ciudadanía 6.548.761 de Yumbo, Valle, con Registro Civil de Nacimiento Indicativo Serial 9037751 de la Notaría Séptima del Círculo de Cali, en su calidad de **hermano** del menor fallecido CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.).

2.1.5) OSCAR ANDRÉS HERNÁNDEZ SILVA, mayor de edad y vecino de Yumbo, Valle, identificado con cédula de ciudadanía 1.118.297.688 de Yumbo, Valle, con Registro Civil de Nacimiento Indicativo Serial 17392090 de la Notaría Séptima del Círculo de Cali en su calidad de **hermano** del menor fallecido CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.).

2.1.6) SANDRA PATRICIA HOYOS SILVA, mayor de edad y vecina de Yumbo, Valle, identificada con cédula de ciudadanía 31.478.445 de Yumbo, Valle, con Registro Civil de Nacimiento Indicativo Serial 1554145 de la Notaría Única de Yumbo, Valle, en su calidad de **hermana** (media) del menor fallecido CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.).

2.1.7) STHEFANIA BECERRA HOYOS, mayor de edad y vecina de Yumbo, Valle, identificada con cédula de ciudadanía 1.118.301.523 de Yumbo, Valle, con Registro Civil de Nacimiento Indicativo Serial 19854496 (hija de SANDRA PATRICIA HOYOS SILVA), actuando en calidad de **sobrina** del menor fallecido CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.).

2.1.8) GABRIELA ALEJANDRA VALDEZ HOYOS, identificada con Tarjeta de Identidad No. 1.109.920.050, menor de edad, con Registro Civil de Nacimiento Indicativo Serial 33797952 de la Notaría Quinta del Círculo de Cali, NUIP 1109920050, actuando por intermedio de su señora madre SANDRA PATRICIA HOYOS SILVA identificada con cédula de ciudadanía 31.478.445 de Yumbo, Valle, quien actúa en calidad de **sobrina** del menor fallecido CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.).

2. PARTE DEMANDADA (EN SOLIDARIDAD):

2.2.1) COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - COOMEVA E.P.S. S.A. EN LIQUIDACIÓN (LIQUIDADA) NIT. 805.000.427-1 REPRESENTADA LEGALMENTE POR SU LIQUIDADOR DR. FELIPE NEGRET MOSQUERA IDENTIFICADO CON C.C.10547944 , O QUIEN HAGA SUS VECES. REPRESENTADA JUDICIALMENTE POR SU MANDATARIO RACIL ASESORIAS S.A.S identificada con NIT: 900.375.730-2. Lo anterior conforme a la Resolución No. L002 del 24 de enero de 2024 proferida por el Agente Especial Liquidador designado por la Superintendencia Nacional de Salud para adelantar el proceso de liquidación de COOMEVA EPS.

2.2.2) INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA – CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS PERSONERÍA JURÍDICA OTORGADA POR LA GOBERNACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA MEDIANTE RESOLUCIÓN 004802 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 1966 NIT. 890.301.430-5 REPRESENTADA LEGALMENTE POR LA SEÑORA USDELLY ALZATE VARELA IDENTIFICADA CON C.C. 31.276.463, O QUIEN HAGA SUS VECES

III. PRETENSIONES DE LA DEMANDA

PRIMERA: Que se declare solidaria y patrimonialmente responsable a los demandados COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - COOMEVA E.P.S. S.A. EN LIQUIDACIÓN e INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA – CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS por el fallecimiento del menor CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA ocurrido el 23 de julio de 2017 debido a la malpraxis médica y la impericia que provocaron la perforación intestinal sufrida por el menor durante un procedimiento de apendicectomía laparoscópica.

SEGUNDA: Que como consecuencia de la anterior declaración, se condene solidariamente a los demandados COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - COOMEVA E.P.S. S.A. EN LIQUIDACIÓN e INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA – CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS al pago de perjuicios morales para:

-NELLY SILVA en su calidad de madre del menor fallecido: Cien (100) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes – SMLMV

-GUILLERMO HERNÁNDEZ en su calidad de padre del menor fallecido: Cien (100) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes - SMLMV

-GUILLERMO HERNÁNDEZ SILVA en su calidad de hermano del menor fallecido: Cincuenta (50) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes - SMLMV

-JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ SILVA en su calidad de hermano del menor fallecido: Cincuenta (50) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes - SMLMV

- OSCAR ANDRÉS HERNÁNDEZ SILVA en su calidad de hermano del menor fallecido: Cincuenta (50) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes - SMLMV

-SANDRA PATRICIA HOYOS SILVA en su calidad de hermana (media) del menor fallecido: Cincuenta (50) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes - SMLMV

-STHEFANIA BECERRA HOYOS en su en calidad de sobrina del menor fallecido: Treinta (30) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes - SMLMV

-GABRIELA ALEJANDRA VALDEZ HOYOS en su calidad de sobrina del menor fallecido: Treinta (30) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes - SMLMV

TERCERA: Que como consecuencia de la primera declaración, se condene solidariamente a los demandados COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - COOMEVA E.P.S. S.A. LIQUIDADADA, representada por su mandatario RACIL ASESORIAS S.A.S, y el INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA – CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, al pago de los perjuicios extrapatrimoniales (inmateriales) por concepto de daño a la vida de relación así:

-NELLY SILVA en su calidad de madre del menor fallecido: Ochenta (80) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes – SMLMV (40% de 200 SMMLV por la muerte de familiares según criterio de la Corte Suprema de Justicia)

-GUILLERMO HERNÁNDEZ en su calidad de padre del menor fallecido: Ochenta (80) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes – SMLMV (40% de 200 SMMLV por la muerte de familiares según criterio de la Corte Suprema de Justicia)

CUARTA: Se condene a las entidades demandadas a pagar de manera solidaria las costas y costos del proceso y las agencias en derecho.

QUINTA: Los demandados darán cumplimiento a la sentencia conforme a lo dispuesto en los artículos 305 y 306 del Código General del Proceso, y prestará mérito ejecutivo conforme a lo dispuesto en el artículo 422 del Código General del Proceso, con los respectivos intereses legales.

IV. HECHOS

Los hechos que sirven de fundamento a las pretensiones de la demanda son los siguientes

1. El menor de edad CHRISTIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.)¹ , identificado en vida con la TI. 1.192.804. 736, nació en la ciudad de Yumbo, Valle, el 13 de julio de año 2000. Hijo de NELLY SILVA y GUILLERMO HERNÁNDEZ (quienes aún viven juntos) tenía relaciones de parentesco con las siguientes personas, quienes constituían su grupo familiar:

NELLY SILVA - Madre

GUILLERMO HERNÁNDEZ - Padre

GUILLERMO HERNÁNDEZ SILVA - Hermano

JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ SILVA - Hermano

OSCAR ANDRÉS HERNÁNDEZ SILVA - Hermano

SANDRA PATRICIA HOYOS SILVA – Hermana (media)

STHEFANIA BECERRA HOYOS - Sobrina

GABRIELA ALEJANDRA VALDEZ HOYOS – Sobrina

Todos ellos constituían una familia unida por lazos afectivos, compartiendo y disfrutando juntos los buenos momentos y vicisitudes de la vida, los cuales fueron interrumpidos con el lamentable fallecimiento del miembro más joven de la familia, el niño CHRISTIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.).

2. El menor CHRISTIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.) asistía al Colegio Mixto Fray Peña de Yumbo, institución en la cual se encontraba cursando el grado once (11). El menor fallecido vivía en la ciudad de Yumbo con su familia.

3. El menor CHRISTIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.) era un niño completamente sano, sin ningún tipo de antecedentes clínicos , ni discapacidad, ni enfermedad, ni comorbilidad alguna. Era un niño normal, sano, con fuertes vínculos emocionales con su familia, quien asistía al colegio como cualquier otro niño de su edad, con buen rendimiento académico.

4. El menor fallecido CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.) estuvo vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud por intermedio de COOMEVA EPS S.A desde 2000-07-13 hasta 2017-08-29, en el Régimen Contributivo en calidad de BENEFICIARIO HIJO (su estado actual es AFILIADO FALLECIDO).

¹ En adelante “la víctima”, “el paciente” o “el menor fallecido”.

5. El 16 de junio de 2017 a las 9:01 Horas el paciente CHRISTIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA, de 16 años de edad, ingresa al Hospital La Buena Esperanza de Yumbo ESE por cuadro de dolor abdominal de un día de evolución.

En la historia clínica de ingreso se puede leer:

Motivo de Consulta:

Tiene dolor abdominal.

Enfermedad actual:

Paciente quien refiere cuadro clínico de dolor abdominal, refiere en epigastrio², acompañado de un episodio de emesis³ de contenido alimentario, no ha presentado alzas térmicas, sin ninguna otra sintomatología.

No se registran antecedentes personales o patológicos de importancia.

6. Como examen físico de ingreso se consigna:

Cabeza y oral: Escleras anictéricas, conjuntivas rosadas, mucosa oral húmeda. Cuello: Normal. Pulmonar: Campos pulmonares normoventilados sin sobreagregados. Cardíaco: Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Abdomen: Blando, depresible, doloroso en fosa ilíaca derecha e hipogastrio⁴, con Blumberg positivo⁵, Mc Burney Positivo⁶, Rovsing⁷, obturador negativo. Extremidades inferiores: Simétricas, móviles, sin edema.

Se ordenan paraclínicos⁸.

7. A las 10:09 Horas de ese mismo día se registra en la historia clínica:

Evolución medico:

² Epigastrio: Corresponde al área superior del abdomen. Coloquialmente suele llamarse "la boca del estómago", y por dolor en epigastrio se entiende "dolor en la boca del estómago".

³ Emesis: Vómito.

⁴ "Fosa ilíaca derecha e hipogastrio": Hacia la parte inferior derecha del abdomen.

⁵ Blumberg positivo: Es un hallazgo al examen físico. Consiste en presionar suavemente un área del abdomen y luego soltar la mano. Al descomprimir el abdomen se produce dolor, característico de la irritación del peritoneo.

⁶ El punto de Mc Burney es un área ubicada en la mitad de una línea imaginaria trazada entre el ombligo y la cresta ilíaca. En esta área se ubica el apéndice. Corresponde aproximadamente a la parte inferior derecha del abdomen.

⁷ El signo de Rovsing consiste en presionar suavemente una parte del abdomen y verificar si se produce dolor en el lado opuesto. Usualmente, se presiona la parte inferior izquierda del abdomen y se verifica si se produce dolor en la parte inferior derecha. En caso de presentarse, el signo es positivo y sospechoso de apendicitis.

⁸ Paraclínicos: Es el término para referirse a los exámenes de laboratorio.

Paciente con dolor típico en fosa ilíaca derecha, con punto Mc Burney y Blumberg positivo, con hemograma con leucos 14370⁹, neutros 83.3 HB, HB 15.3, HTO 45.8, PLT 2622000, con leucocitos neutrofilia, paciente con emesis, por lo que hay una alta sospecha de apendicitis¹⁰, por lo que se inicia trámite de remisión para valoración por cirugía general.

8. A las 17:33 Horas el paciente es trasladado en ambulancia en compañía de familiar a la Clínica Nuestra Señora de Los Remedios de Cali.

9. El 16 de junio de 2017 a las 16:23 el paciente CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA ingresa a la IPS Clínica Nuestra Señora de Los Remedios de Cali remitido del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo. En la nota de ingreso se lee lo siguiente:

Motivo de Consulta:

Paciente remitido de Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, cuadro clínico de 1 día de evolución consistente en dolor abdominal en flanco derecho. Nauseas. Escala del Dolor 8/10.

(...)

HISTORIA DE INGRESO: 16/06/2017 – 17:34 H

Anamnesis

Motivo de Consulta: “Me remitieron”.

Enfermedad actual: Paciente masculino, 16 años de edad, sin antecedentes relevantes, ingresa al servicio de urgencias remitido de yumbo, valle, con dx¹¹: Dolor abdominal en estudio, paciente refiere cuadro clínico de 2 días de evolución consistente en dolor abdominal, tipo cólico, localizado en epigastrio, continuo, con irradiación a fosa ilíaca derecha, acompañado de emesis de contenido alimentario, e hiporexia¹², niega alza térmica, niega otra sintomatología.

Nota: Inicialmente acude a hospital de Yumbo donde ordenan paraclínicos entre estos CH: Leucos: 14370, neutros: 83.3%, linfos 10.2%, monocitos 6.2%, eos 0.2%, HB 15.3, HTO 45.8, Plaquetas 262.000, uroanálisis no patológico.

(...)

⁹ Leucocitos (glóbulos blancos) elevados moderadamente. Característico de la apendicitis.

¹⁰ Apendicitis: Se denomina con este término a la inflamación del apéndice. Según la Clínica Mayo “La apendicitis es una inflamación del apéndice, una bolsa en forma de dedo que se proyecta desde el colon en el lado inferior derecho del abdomen. La apendicitis provoca dolor en el abdomen bajo derecho. Sin embargo, en la mayoría de las personas, el dolor comienza alrededor del ombligo y luego se desplaza. A medida que la inflamación empeora, el dolor de apendicitis por lo general se incrementa y finalmente se hace intenso. Aunque cualquiera puede tener apendicitis, lo más frecuente es que ocurra en personas entre los 10 y 30 años de edad. El tratamiento estándar es la extirpación quirúrgica del apéndice.” Clínica Mayo (2019); Atención al paciente e información médica. Apendicitis. Mayo Foundation for Medical Education and Research, Estados Unidos. Disponible en <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/appendicitis/symptoms-causes/syc-20369543>

¹¹ Dx: Abreviatura de “diagnóstico”.

¹² Hiporexia: Falta de apetito.

Examen Físico:

Signos vitales:

Frecuencia cardíaca: 87 latidos por minuto.

Temperatura: 36.5°C

Saturación de oxígeno: 98% sin oxígeno.

(...)

ABDOMEN: Anormal. Blando, depresible, dolor a la palpación en FID¹³, Mc Burney Positivo, Blumberg Positivo, no masas, no megalias, peristaltismo presente.

Diagnóstico:

Apendicitis aguda¹⁴.

Esta nota clínica es firmada por la Doctora NATALIA CAROLINA ERAZO CASTRO, médica general adscrita al servicio de urgencias de la Clínica Nuestra Señora de Los Remedios.

10. Una vez hecho el diagnóstico, la Doctora NATALIA CAROLINA ERAZO CASTRO solicita interconsulta por Cirugía General. Hace el siguiente registro en la historia clínica:

Plan:

Paciente masculino de 16 años de edad, sin antecedentes relevantes, ingresa al servicio de urgencias remitido de Yumbo – Valle con diagnóstico: Dolor abdominal en estudio, paciente refiere cuadro clínico de 2 días de evolución consistente en dolor abdominal tipo cólico, localizado en epigastrio, continuo, con irradiación a fosa ilíaca derecha, acompañado de emesis de contenido alimentario, e hiporexia, niega alzas térmicas, niega otra sintomatología.

Nota: Inicialmente acude a hospital de Yumbo donde ordenan paraclínicos entre estos CH: Leucos: 14370, neutros: 83.3%, linfos 10.2%, monocitos 6.2%, eos 0.2%, HB 15.3, HTO 45.8, Plaquetas 262.000, uroanálisis no patológico. Al examen físico (+) abdomen blando, depresible, dolor a la palpación de FID, Mc Burney Positivo, Blumberg Positivo, no masas, no megalias, peristaltismo presente. Considero que se trata de una apendicitis con posible peritonitis,

¹³ FID: Fosa Ilíaca Derecha.

¹⁴ “Una de las entidades patológicas que con mayor frecuencia enfrenta el médico es la apendicitis aguda, que ocurre en cualquier edad y que, se estima, puede presentarse en aproximadamente 7% de las personas en el curso de su vida. Su incidencia aumenta durante la infancia y alcanza un pico entre los 10 y 30 años, declina a partir de la cuarta década.” Ministerio de la Protección Social (2009); Guías para Manejo de Urgencias Tomo II, 3 Edición, *Apendicitis Aguda*, Bogotá, Colombia, p.211. Disponible en: <http://minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20para%20manejo%20de%20urgencias%20tomo%20II.pdf>

comento caso clínico con Dr. GUITARRERO, le explico claramente la conducta a seguir, refiere entender y aceptar.

Órdenes Médicas: interconsulta con Cirugía General.

11. A las 17:54 H el paciente es valorado por el Cirujano Dr. JOSE FERNANDO GUITARRERO PINZÓN. Se consigna lo siguiente en la historia clínica:

Cirugía General:

Paciente masculino con cuadro de 2 días de evolución consistente en dolor abdominal inicialmente en epigastrio con posterior localización en fosa iliaca derecha.

Refiere nausea y vómito.

Niega otros síntomas.

Hemograma de periferia con 14.000 blancos.

Objetivo:

Abdomen defendido, peristaltismo + lento, dolor a la palpación generalizada de predominio en la fosa ilíaca derecha, mc Burney +, Rovsing + (sic), Blumberg +.

SNC¹⁵ normal.

Análisis:

Paciente con abdomen agudo quirúrgico secundario a apendicitis complicada. Requiere manejo quirúrgico como urgencia vital.

Turno para apendilap como urgencia vital.

Consentimiento. Analgésicos.

Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: Abdomen agudo quirúrgico.

Así las cosas, el Dr. JUAN FERNANDO GUITARRERO toma la decisión de llevar al paciente a cirugía.

12. El 16 de junio de 2017 en la IPS Clínica Nuestra Señora de Los Remedios, el paciente es llevado al quirófano para que le sea practicada una cirugía tipo

¹⁵ SNC: Sistema nervioso central.

Apendicectomía Laparoscópica^{16,17}. En el examen físico de ingreso realizado a las 18:14 Horas se registran los siguientes signos vitales:

Presión arterial: 124/79.

Pulso: 68 pulsaciones/min

Peso 51 kg

Talla: 168 cms

Es decir, el paciente se encontraba en óptimas condiciones al momento del ingreso al quirófano. No se consignan más datos en la historia clínica.

13. Posteriormente, a las 19:35 H de ese día se realiza la cirugía. En la nota de procedimiento quirúrgico se registra lo siguiente:

Descripción quirúrgica:

Asepsia y antisepsia

Campos de cirugía

Acceso laparoscópico umbilical con técnica abierta

Insuflación de neumoperitoneo¹⁸ y hallazgos.

¹⁶ La Apendicectomía Laparoscópica (Apendilap) es una cirugía mediante la cual se hacen tres perforaciones en el abdomen. Una a nivel del ombligo, por donde se introduce un trócar que permite el ingreso del endoscopio (cámara o lente asociada a un tubo de fibra óptica) que permite visualizar el interior de la cavidad abdominal. Por este mismo orificio o puerto se insufla dióxido de carbono para crear suficiente espacio que permita una mejor visualización y maniobra de los instrumentos. Otra incisión se hace en la parte baja izquierda del abdomen, y la tercera un poco más arriba del pubis (región suprapúbica). Estas dos últimas incisiones permiten insertar dos trócares por los cuales ingresan los instrumentos quirúrgicos que permitirán extraer el apéndice.

¹⁷ Según la Sociedad Americana de Cirujanos Gastrointestinales y Endoscopistas "En su mayoría, las apendicectomías laparoscópicas se inician de la misma manera. Mediante el uso de una cánula (un instrumento estrecho y tubular), el cirujano accede al abdomen. Un laparoscopio (un pequeño telescopio conectado a una videocámara) se inserta a través de una cánula, lo cual ofrece al cirujano una vista ampliada de los órganos internos del paciente en una pantalla de televisión. Se insertan varias cánulas adicionales a fin de permitir que el cirujano trabaje por dentro y extirpe el apéndice. La totalidad del procedimiento se puede completar a través de las cánulas o al alargar una de las pequeñas incisiones para las cánulas. Es posible que se coloque un drenaje durante el procedimiento. El mismo se quitará antes de que usted se vaya del hospital." Sociedad Americana de Cirujanos Gastrointestinales y Endoscopistas SAGES (2004) Apendicectomías Laparoscópicas: Información Para el Paciente de parte de su Médico y de SAGES, Los Ángeles, Estados Unidos de América. Disponible en: <https://www.sages.org/publications/patient-information/informacion-para-el-paciente-apendicectomias-laparoscopicas/>

¹⁸ Se refiere a la introducción de gas (dióxido de carbono) en el abdomen para visualizar mejor la cavidad abdominal.

Se procede a disección del meso-apéndice y liberación de plastrón^{19, 20}.

Se realiza enterorrafia por laparoscopia de despulimiento de seroso de asa yeyunal, inmuiscuida en plastrón con vicryl 3-0.

Se realiza apendicectomía con doble hemolock²¹ proximal y hemolock distal.

Se extrae pieza quirúrgica por puerto umbilical.

Se realiza drenaje de peritonitis localizada.

Retiro seguro de puertos y evacuación de neumoperitoneo.

Cierre por planos, fascia con vicryl 1, piel con prolene 3 – 0.

Hallazgos:

Apendicitis aguda en fase gangrenada con peritonitis localizada²² y plastrón local.

Despulimiento de seroso de asa yeyunal después de la liberación del plastrón.

Procedimientos realizados:

Apendicectomía por laparoscopia.

14. A las 20:30 horas se registra lo siguiente en la historia clínica:

Plan: Hospitalizar.

¹⁹ El plastrón apendicular es una masa que se forma en torno al apéndice por parte de los tejidos adyacentes (epiplón y asas intestinales). Es una reacción a la inflamación e infección del apéndice, y sirve para contenerla.

²⁰ La Biblioteca Virtual del Servicio de Salud de Murcia (2018) nos define “plastrón apendicular” en los siguientes términos: “Según el Diccionario de términos médicos de la Real Academia Nacional de Medicina la definición de plastrón apendicular (o plastrón periapendicular) sería: “Masa inflamatoria que se detecta en la palpación de la fosa iliaca derecha e indica una reacción peritoneal localizada en torno a un apéndice inflamado y generalmente perforado. Está formada por la adherencia de asas del intestino delgado y del epiplón mayor alrededor del apéndice inflamado, como respuesta defensiva que limita la peritonitis”. La traducción del término al inglés sería “periappendiceal phlegmon” o “appendiceal phlegmon”.

Asumiendo que la cuestión hace referencia a un paciente adulto en el cual **las pruebas diagnósticas** confirman la existencia de un plastrón apendicular, los documentos consultados, en base fundamentalmente a datos de estudios observacionales y a los de algún ensayo clínico de muestra muy reducida, consideran que el tratamiento de elección del paciente en el que se diagnostica un plastrón apendicular es el conservador o no quirúrgico, con antibióticos intravenosos (IV) y seguimiento cercano del paciente para descartar fallo terapéutico y/o complicación del proceso. Valoran la indicación de cirugía en los casos en los que no haya respuesta clínica/radiológica al tratamiento antibiótico, persisten los síntomas o recurre la apendicitis.” CONSEJERÍA DE SALUD DE MURCIA (2018); Cirugía en pacientes con plastrón apendicular, Biblioteca Virtual del Servicio de Salud de Murcia, España. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/preevid/22393>

²¹ Hemolock: Es una especie de clip que sirve para ligar y aislar la pieza quirúrgica que se va a resecar o cortar.

²² Peritonitis localizada: Significa que se presentó una inflamación local del peritoneo (membrana que cubre los intestinos) circundante al apéndice. No hubo extensión de la inflamación secundaria a la apendicitis a otras áreas del peritoneo

Manejo analgésico.

AB EV²³

Iniciar vía oral en la mañana.

Asimismo, se ordena el estudio anatomopatológico del apéndice extraído.

Hicieron parte del equipo quirúrgico las siguientes personas:

LUZ KARIME HORMAZA – Anestesióloga.

JUAN FERNANDO GUITARRERO – Cirujano general.

RAY SALAZAR – Cirujano General.

MARTHA LUCÍA PARRA – Circulante de cirugía

ELIZABETH DELGADO – instrumentadora quirúrgica.

15. A las 2047 Horas se complementa la nota quirúrgica:

Fecha - Hora: 16/06/2017 20:47 Presentó Reacción:

Reacción: No

Área de Asepsia Quirúrgica: Abdomen

Placa Electro Bisturí: SI

(resaltado fuera de texto)

Este dato es importante, ya que indica el uso de dispositivos eléctricos y térmicos durante la laparoscopia. Las lesiones intestinales asociadas al uso de dispositivos de energía están asociadas al “conocimiento del instrumental, técnica quirúrgica, biofísica y anatomía”, es decir, a la pericia del cirujano.²⁴

²³ AB: Acrónimo de “antibiótico”. EV: Acrónimo de “endovenoso”.

²⁴ “Es necesario un conocimiento básico de la electricidad para aplicar de forma segura la tecnología electroquirúrgica. La electrocirugía es uno de los sistemas de energía más comúnmente usados en cirugía laparoscópica. **El riesgo de complicaciones está ligado al conocimiento del instrumental, técnica quirúrgica, biofísica y anatomía.**

(...)

Complicaciones de la electrocirugía

La lesión electrotérmica puede ocurrir por aplicación directa, acoplamiento directo, fallo de aislamiento y acoplamiento capacitivo.

Aplicación directa Debido a la activación involuntaria del equipo electroquirúrgico fuera del área quirúrgica.

Acoplamiento directo se produce cuando el equipo de electrocirugía es activado accidentalmente mientras que el electrodo activo está en estrecha proximidad de otro instrumento de metal.

16. El 17 de junio de 2017, a las 10:17 H, la Dra. CINDY CATHERINE MONCADA REYES, médica general, valora al paciente y hace el siguiente registro en la historia clínica:

Paciente en el momento persiste persistencia (sic) de dolor abdominal a nivel de hipogastrio a pesar de analgesia ya administrada, diuresis ++²⁵, flatos ++²⁶, no emesis.

Al examen físico:

Buen estado general, rscsrs²⁷ (sic), no soplos campos pulmonares sin agregados.

Abdomen defendido, dolor a la palpación a nivel de hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal.

Fallo de aislamiento Principal causa de lesiones. Ruptura o defecto de las vainas de aislamiento del instrumental. El uso de corriente de baja intensidad, coagulación con corriente de corte y un sistema de monitorización de trócares, puede reducir los riesgos.

Acoplamiento capacitivo cuando la corriente eléctrica corre en paralelo con el electrodo activo, se transfiere a través del aislamiento intacto a materiales o estructuras conductoras adyacentes (por ejemplo, el intestino) sin contacto directo. El uso de trocares metálicos puede reducir este riesgo al disipar la energía.

Hallazgos clinicopatológicos la mayoría de las lesiones electrotérmicas en el intestino (aproximadamente el 75%) no son reconocidas en el momento. Los síntomas de la perforación intestinal se observan generalmente 4 a 10 días después del procedimiento.

Medidas de seguridad para la prevención de las complicaciones de electrocirugía:

1. Inspeccionar cuidadosamente el aislamiento
2. Usar el ajuste de potencia más bajo posible
3. Usar una forma de onda de baja tensión (corte)
4. Usar la activación intermitente breve
5. No activar en circuito abierto
6. No activar en estrecha proximidad o el contacto directo con otro instrumento
7. Utilizar la electrocirugía bipolar cuando sea apropiado
8. Seleccionar un sistema de cánula de metal como opción más segura
9. Utilizar la tecnología disponible para disminuir los riesgos del fallo de aislamiento y acoplamiento capacitivo."

(resaltado fuera de texto)

Ver en: ALKATOUT, Ibrahim, MD, MA, SCHOLLMEYER, Thoralf, MD, HAWALDAR, Nusrat A., MS, SHARMA Nidhi, MS, METTLER, Liselotte, PhD (2012); PRINCIPIOS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD DE ELECTROCIRUGÍA EN LAPAROSCOPIA Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. JLS (2012)16:130-139, Estados Unidos de América, disponible en: <http://eideg.com/web/wp-content/uploads/2012/11/Principios-y-Medidas-de-Seguridad-de-Electrocirug%C3%ADa-en-Laparoscopia-3.pdf>

²⁵ Diuresis: Presencia de la función urinaria y excretora.

²⁶ Flatos: Gases intestinales.

²⁷ Acrónimo de "Ruidos cardiacos rítmicos regulares sin soplos". El uso de esta sigla es incorrecto.

Extremidades sin edemas.

SNC sin déficit.

Análisis:

Paciente con diagnósticos anotados, hemodinámicamente estable, se realiza ajuste de analgesia.

Plan: Tramadol amp 50 sc ahora y continuar iv cada 8 horas.

17. El 17 de junio de 2017 a las 16:15 horas el Dr. JOSÉ FERNANDO GUITARRERO PINZÓN, Cirujano General, hace la siguiente la evolución del paciente:²⁸

Paciente en POP²⁹ de apendilap más drenaje de peritonitis localizada. Evolución estable.

Dolor POP.

No SIRS³⁰.

Tolera la vía oral. Niega vómito o fiebre.

Objetivo: Abdomen blando, depresible, no dolor, ni defensa.

SNC: Normal.

Análisis:

Paciente con evolución estable.

Plan:

²⁸ En general, la apendicitis tiene un muy buen pronóstico si se hace el tratamiento correcto a tiempo. No hay proporcionalidad entre el manejo normal de un cuadro de apendicitis y la ulterior aparición de complicaciones graves que incluyan la muerte. Cuando ello ocurre, deben buscarse fallas y desviaciones importantes de la lex artis. Sobre el buen pronóstico general de la apendicitis en el contexto de un manejo acertado, MUÑOZ, VERGARA y VERGARA (2013) nos dicen: “La apendicitis aguda es la patología quirúrgica de emergencia más frecuente en el mundo. El pronóstico de los pacientes con apendicitis aguda es bastante bueno si se realiza el diagnóstico y el tratamiento temprano de dicha patología. (...) El manejo de un plastrón apendicular (apendicitis subaguda) se basa, inicialmente, en antibioticoterapia endovenosa, nada vía oral y drenaje percutáneo de abscesos periapendiculares. Al disminuir el dolor se puede iniciar cuidadosamente la ingesta, para finalmente terminar el curso de antibióticos por vía oral para el alta. Es aconsejable realizar imágenes del abdomen de control para estar seguros que la colección se ha resuelto antes del retiro del drenaje, y descartar otras patologías asociadas o causales (como cáncer). Luego de 6 a 8 semanas, se puede realizar la apendicectomía.” MUÑOZ ORTIZ, Michael; VERGARA DAGOBETH, Edgar; VERGARA GARCÍA, David Andrés (2013): Plastrón apendicular secundario a apendicitis aguda de presentación clínica atípica: un reporte de caso y revisión de la literatura. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Sucre REVISALUD Unisucre 2013;1(2): 116 – 121*, Sincelejo, Colombia, pp. 116, 120. Disponible en: <https://revistas.unisucre.edu.co/index.php/revisalud/article/download/108/108>

²⁹ POP: Acrónimo de “Postoperatorio”.

³⁰ SIRS : Acrónimo de “Systemic Inflammatory Response Syndrome”. En español: Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Se refiere a un estado de inflamación que afecta a todos el cuerpo. Es un signo de gravedad en la presentación clínica de las enfermedades. “No SIRS” significa ausencia de dicho estado.

Dieta líquida completa y progresar.

Antibiótico.

Analgésicos.

18. El 18 de junio de 2017, a las 12:01 H, se hace el siguiente registro:

Cama 323:

CRISTIAN DAVID HERNÁNDEZ

16 AÑOS

DIAGNÓSTICOS:

POP de apendicectomía laparoscópica el 16/06/17

Hallazgos: apendicitis en fase gangrenada con peritonitis localizada y plastrón local.³¹

Despulimiento de serosa de asa yeyunal después de la liberación del plastrón.

Objetivo:

Paciente en aceptables condiciones generales, alerta, no signos de dificultad respiratoria.

Abdomen: Blando, depresible, no masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal, heridas quirúrgicas cubiertas con apósitos.

Análisis:

Paciente hospitalizado en el contexto de POP de apendilap con hallazgos de apéndice gangrenada + peritonitis localizada, recibiendo manejo antibiótico con ampicilina/sulbactam, presentando evolución post operatoria satisfactoria, tolerando vía oral, no signos de respuesta inflamatoria, se ajusta analgesia.

Plan:

Acetaminofén tab 500 mg dar 2 tabs cada 6 horas

³¹ La apendicitis tiene varias etapas, de acuerdo a su progresión: 1) Edematosa : El apéndice conserva su mucosa pero se encuentra inflamado y con exudado en su luz 2) Flegmonosa: Aparecen pequeñas úlceras en el apéndice y la vasocongestión e inflamación son mayores, con mayor exudado fibrinopurulento. 3) Gangrenosa : El apéndice está ulcerado, la inflamación es mayor y hay signos y áreas de necrosis. 4) Perforada: El apéndice se rompe y la infección se extiende a los tejidos adyacentes. Estas etapas corresponden a la clasificación clásica. No obstante, se han propuesto diversas revisiones y cambios a esta clasificación, en especial, en clasificar la apendicitis en complicada y no complicada, con la finalidad de definir si se realiza tratamiento con antibiótico y se difiere la cirugía, o si se debe hacer apendicectomía de urgencia. Ver en: GOMES, Carlos Augusto; SARTELLI, SARTELLI Massimo; DI SAVERIO Salomone; Luca ANSALONI; CATENA Fausto; COCCOLINI Federico; INABA Kenji; DEMETRIADES Demetrios; GOMES Felipe Couto; GOMES Camila Couto (2015); Acute appendicitis: proposal of a new comprehensive grading system based on clinical, imaging and laparoscopic findings. World Journal of Emergency Surgery. BioMed Central. Manuscript produced at Surgery and Internal Medicine Unit. Monte Sinai Hospital, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4669630/>

La nota es firmada por el Dr. JOSÉ FERNANDO GUITARRERO PINZÓN.

19. El 19 de junio de 2017, a las 5:34 Horas, el paciente es valorado y se consigna el estado de su evolución clínica. La nota es firmada por el Doctor OSCAR JAVIER VIVEROS PANTOJA y en ella se puede leer lo siguiente:

Cama 323

CHRISTIAN DAVID HERNÁNDEZ

16 años

Diagnósticos:

1. POP de apendicectomía laparoscópica 16/06/17.

Hallazgos: Apendicitis aguda en fase gangrenada con peritonitis localizada y plastrón local.

Despulimiento de serosa de asa yeyunal después de la liberación del plastrón.

Paciente quien dice que tiene distensión y dolor abdominal , no ha expulsado flatos, ni deposición.

Objetivo:

Alerta, orientado, facies álgica, leve astenia, pálido, mucosas húmedas.

Abdomen con heridas quirúrgicas sin eritema, ni secreción, levemente distendido, blando, dolor a la palpación sobre mesogastrio, con aumento del peristaltismo, sin irritación peritoneal.

Extremidades sin edemas.

Sin alteraciones neurológicas.

Análisis:

Paciente en su tercer día de posoperatorio de apendilap, con dolor y distensión abdominal, indico paraclínicos para investigar íleo³² para tomar ahora.

(...)

Notas aclaratorias: Se deja constancia que se solicita también PCR³³ para investigar proceso infeccioso intra-abdominal en curso.

20. El 19 de junio de 2017, a las 07:10 Horas, la doctora SANDRA MILENA LOZADA RIOS hace la siguiente nota de evolución del paciente:

Paciente quien ha persistido con dolor y distensión abdominal

Se solicitaron paraclínicos en espera de resultado.

³² Íleo: Interrupción del tránsito intestinal.

³³ PCR: Acrónimo de "Proteína C Reactiva" . Los niveles de proteína C reactiva sirven para detectar la presencia de un proceso inflamatorio.

Se ajusta analgesia.

Plan:

Tramadol ampolla 50 mg sc cada 12 horas

21. Ese mismo día, a las 11:05 AM es valorado por el doctor PEDRO HURTADO, Cirujano general. La nota dice :

Cristian David Hernández

16 años

Diagnósticos:

1. POP Apendicectomía laparoscópica 16/06/17.

Hallazgos:

Apendicitis aguda en fase gangrenada con peritonitis localizada y plastrón local. Despulgamiento de serosa de asa yeyunal después de la liberación de plastrón.

Paciente quien refiere pasar buena noche, niega emesis, niega alza térmica.

Objetivo:

Encuentro paciente en cama, alerta, afebril, FC 112 LPM³⁴

Mucosas secas

Abdomen: Distendido, no dolor a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, herida quirúrgica sin signos de inflamación cubierta con apósitos.

Análisis:

Paciente con evolución postoperatoria estacionaria, al momento con signos de deshidratación con taquicardia³⁵. Pasar un bolo de 300 SSN, se suspende hioscina. Se indica iniciar dieta común y se insiste en deambulación, atentos a evolución clínica.

22. El 20 de junio de 2017, a las 00:17 Horas, la doctora JESSICA LIZETH RUIZ CURACA hace el siguiente registro:

Paciente POP 16/06/17 (...)

Actualmente con dificultad para conciliar el sueño.

³⁴ 112 LPM: Significa 1112 latidos por minuto. La frecuencia cardiaca normal en una persona adulta sana se encuentra en el rango de 60 a 90 latidos por minuto. El valor reportado de 112 LPM indica inestabilidad hemodinámica y es signo de patología grave en curso en un paciente que se encuentra en un postoperatorio reciente.

³⁵ Taquicardia: Significa que la frecuencia de los latidos cardiacos está aumentada o acelerada.

Signos vitales estables, abdomen distendido, timpánico, blando depresible sin signos de irritación peritoneal, ausencia de deposiciones, tolerando vía oral.

Refiere poca deambulación, se incentiva a deambular con acompañamiento con el fin de aumentar peristaltismo que facilite liberación de gases. En caso de persistencia o aumento de distensión se considera paso de SNG³⁶.

Se indica dosis única de trazodona 50 mg.

Se explica conducta a seguir a familiar y paciente quienes refieren entender.

Continua analgesia instaurada.

23. Ese mismo día, a las 11:31 Horas, el paciente es valorado por el Cirujano JOSÉ FERNANDO GUITARRERO PINZÓN quien escribe la nota de evolución así:

Paciente quien refiere pasar regular noche, continua con distensión abdominal, niega emesis, niega alza térmica, no deposiciones, no flatos.

Objetivo:

Encuentro paciente en cama en compañía de familiar, alerta, orientado, en regulares condiciones generales, afebril, sin dificultad respiratoria.

Mucosas secas.

Abdomen: Distendido, no dolor a la palpación, no masas, no megalias, sin signos de irritación peritoneal. Herida quirúrgica cubierta con apósitos, sin cambios inflamatorios.

Análisis:

Paciente hospitalizado con diagnósticos anotados, en manejo antibiótico con ampicilina/sulbactam (inicio 16/06/2017) día 4, con evolución postoperatoria estacionaria, continúa con distensión abdominal, se ordena colocación de sonda nasogástrica, sospecha de íleo paralítico por lo cual se solicita placa de abdomen simple de pie, hemograma, PCR, electrolitos (sodio, cloro, potasio, magnesio), gases arteriales, lactato sérico. Debe continuar hospitalizado con manejo médico instaurado, vigilancia clínica, avisar cambios.

Plan:

-Nada vía oral

-LEV SSN³⁷ 0.9% bolo 200 CC luego pasar a 120 CC hora.

-Colocación de sonda nasogástrica.

-Se solicita hemograma, PCR, electrolitos (sodio, cloro, potasio, magnesio), lactato sérico, gases arteriales.

³⁶ SNG: Sonda nasogástrica. Es una sonda o tubo que se introduce por la nariz, se pasa por la faringe, esófago, y finalmente se lleva hasta el estómago (cámara gástrica). De esta manera se hace un drenaje que contribuye a mejorar la función intestinal y la distensión.

³⁷ LEV SSN : Acrónimo de líquidos endovenosos solución salina normal. Se emplea para mejorar el volumen de líquidos que se ve afectado en condiciones de infección e inflamación.

-Se solicita placa de abdomen simple de pie.

-Resto de órdenes médicas igual.

24. A las 2:26 Horas del 21 de junio de 2017 se hace la siguiente nota:

Paciente quien desde el día de ayer presenta alteración para conciliar sueño, por lo que se indicó dosis de trazadona, se reformula medicación, signos vitales estables aunque se encuentra ligeramente taquicárdico. SNG permeable con contenido bilioso moderada cantidad aproximadamente 400 CC. Tiene pendiente toma y reporte de paraclínicos. Continúa manejo por cirugía general.

25. A las 9:18 Horas de ese mismo se hace el registro que a continuación se transcribe:

Cirugía General

16 años

Diagnósticos:

1. POP de apendicectomía laparoscópica 16/06/17.

Hallazgos: Apendicitis aguda en fase gangrenada con peritonitis localizada y plastrón local. Despulimiento de serosa de asa yeyunal después de la liberación del plastrón.

Reporta distensión abdominal.

Objetivo:

Regular condición, polipneico³⁸ y taquicárdico. Bien perfundido. Abdomen con distensión importante. Dolor difuso. Sin irritación peritoneal.

Análisis de resultados:

Observaciones:

PCR 8, Sodio 141, potasio 3.7, Cloro 103, lactato 1.9, MAGNESIO 2.9, gases: acidosis metabólica con alcalosis respiratoria compensatoria, importante barrido de CO₂: En 25. Hemograma: Leucocitos 4310, Neut 89.2%, Hb 14.1, plaquetas 214000, radiografía de abdomen: niveles hidroareos escalonados³⁹. Distensión de asas delgadas.

Análisis:

Evolución irregular.

³⁸ Polipneico: Con frecuencia respiratoria aumentada o acelerada.

³⁹ Niveles hidroaéreos: Son imágenes radiológicas en las que se observa un nivel de aire tipo burbuja y un nivel de líquido. Son escalonados cuando evocan la apariencia de una escalera. Este signo se puede encontrar en cuadros de obstrucción intestinal.

Cursando con íleo vs obstrucción intestinal o peritonitis residual.

Plan:

Amerita relaparoscopia.

Proceder según hallazgos.

Se solicita turno por urgencias y cama en UCIN posoperatoria.

Esta nota fue realizada por la Doctora BEATRIZ ADRIANA MARIÑO VIVEROS, Cirujana General.

26. Así las cosas, **cinco días** después de la primera cirugía, el 21 de junio de 2017, a las 21:50 H, y ante la falta de mejoría clínica, el paciente es llevado nuevamente a cirugía y reintervenido. En la nota quirúrgica hecha a las 00:26 Horas del 22 de junio se puede leer lo siguiente:

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA:

*Asepsia y antisepsia, campos quirúrgicos, se retira sutura de herida quirúrgica umbilical. Hay salida abundante de material intestinal. Se drena, se introduce trocar, neumoperitoneo, se coloca otro puerto epigástrico. Se inicia aspirado de líquido intestinal y lavado de cavidad. Por la contaminación y el estado de las asas intestinales se decide conversión a laparotomía⁴⁰ mediana supraumbilical. Se drena peritonitis, se lava profusamente cavidad abdominal (12 litros de solución salina). **Se evidencia perforación intestinal⁴¹**. Se decide resección segmentaria; ligadura del meso, resección⁴², anastomosis término terminal con sutura continua de vicryl 3-0. Se sutura defecto del meso. Se avanza SNY⁴³ para nutrición quedando a 20 cm más allá*

⁴⁰ Conversión a laparotomía: Significa que se procede a abrir la pared abdominal con un bisturí.

⁴¹ "The most favorable time to diagnose an iatrogenic intestinal perforation **is within the intraoperative period**. Prompt recognition and repair of bowel perforation offers several advantages.

(...)

Traducción:

El tiempo más favorable para diagnosticar una perforación intestinal iatrogénica **es en el período intraoperatorio**. El pronto reconocimiento y la reparación de la perforación intestinal ofrece muchas ventajas." **En el presente caso, la perforación intestinal se identificó cinco días después (junio 21 de 2017), cuando debió haber sido identificada en el primer procedimiento, esto es, el 16 de junio de 2017.**

Ver en: BAGGISH, Michael S, MD (2008); Lessons in timely recognition of laparoscopy-related bowel injury, *OBG Management July 2008 Vol. 20 No. 7*, MDedge Network, New Jersey, Estados Unidos de América, parte 2, p. 55 Disponible en: <https://www.mdedge.com/obgyn/article/63225/lessons-timely-recognition-laparoscopy-related-bowel-injury>

⁴² Resección y anastomosis: Significa que se corta un segmento de intestino y se suturan y unen (anastomosan) los dos extremos expuestos.

⁴³ SNY: Acrónimo de Sonda Nasoyeyunal. Es un tubo flexible que se introduce por la nariz del paciente y se dirige hasta el intestino delgado. Por este tubo se suministran alimentos al paciente cuando no lo puede hacer por la vía oral-bucal normal debido a su condición clínica.

del Treitz⁴⁴. Se revisa nuevamente cavidad sin identificar lesiones adicionales. Se seca cavidad. Se verifica hemostasia. Conteo de compresas reportado completo. Sutura de fascia con vicryl 1. Intradérmica prolene 3-0.

HALLAZGOS:

*Peritonitis generalizada, con abundante líquido intestinal y membranas, adherencias inflamatorias interasas y de asa a pared, **perforación en borde mesentérico de íleon a aproximadamente 80 cm de válvula ileocecal**⁴⁵. **Muñón apendicular indemne.**⁴⁶*

(resaltado fuera de texto)

Nótese que la perforación intestinal se presenta a “80 cms de la válvula ileocecal”, es decir, muy alejada de la zona de la cirugía, y más bien, muy cercana a la zona de ingreso de los trócares, que se ubican a esa distancia. Ello demuestra que la perforación se debió a un error de técnica durante el acceso de los trócares a la cavidad abdominal.

La nota de procedimiento es firmada por el Doctor WILLIAM ALBERTO MEJÍA PALOMINO, Cirujano General. En el equipo de trabajo intervienen también el cirujano general Dr. WILLIAM MEJÍA y el anestesiólogo Dr. FERNANDO ZAPATA.

⁴⁴ El Treitz corresponde anatómicamente a la flexura duodenoyeyunal, es decir, es la parte en la que el duodeno (parte superior del intestino delgado) se transforma en yeyuno (parte media - inferior del intestino delgado). Esta unión se encuentra rodeada por el ligamento de Treitz.

⁴⁵ Válvula ileocecal: Es una especie de esfínter que regula el paso del quilo (alimentos digeridos) del intestino delgado al colon. Es la unión entre el intestino delgado y el intestino grueso. La válvula ileocecal se encuentra en la proximidad de la zona de resección quirúrgica del apéndice. Nótese que la perforación intestinal se presenta a “80 cms de la válvula ileocecal”, es decir, muy alejada de la zona de la cirugía, y más bien, muy cercana a la zona de ingreso de los trócares, que se ubican a esa distancia. Ello demuestra que la perforación se debió a un error de técnica durante el acceso de los trócares a la cavidad abdominal.

⁴⁶ “What the data show:

Of the 130 intestinal injuries recently reported by Baggish, 62 of 81 (77%) small bowel injuries were related to trocar insertion, as were 20 of 49 (41%) large intestinal injuries. In other words, 82 of 130 intestinal injuries (63%) were the direct result of trocar entry.

Bhoynul and associates reported 629 trocar injuries, of which 182 were visceral. Of the 32 deaths, six were secondary to unrecognized bowel injury. Of 176 nonfatal visceral injuries, 128 (73%) involved the intestines, and 22 were unrecognized.

Traducción:

Lo que muestran los datos:

De 130 lesiones intestinales reportadas por Baggish, 62 de 81 (77%) lesiones de intestino delgado estuvieron relacionadas con la inserción del trocar, así como 20 de 49 (41%) lesiones de intestino grueso. En otras palabras, 82 de 130 lesiones intestinales (63%) fueron resultado directo de la entrada del trocar.

Bhoynul y asociados reportaron 629 lesiones por trocar, de las cuales 182 fueron viscerales. De las 32 muertes, seis fueron secundarias a lesiones no reconocidas de intestino. De 176 lesiones no fatales, 128 (73%) involucraron los intestinos, y 22 no fueron reconocidas.” Ver en: BAGGISH, Michael S, MD (2008); How to avoid injury to bowel during laparoscopy, *OBG Management July 2008 Vol. 20 No. 7*, MDedge Network, New Jersey, Estados Unidos de América, parte 1, p. 52. Disponible en: https://mdedge-files-live.s3.us-east-2.amazonaws.com/files/s3fs-public/Document/September-2017/2007OBGM_Article1.pdf

Después de esta cirugía, dada la gravedad de la condición clínica del paciente, se ordena su traslado a la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI).

27. Al ingreso a la UCI, se hace el siguiente registro, a la 1:03 Horas del 22 de junio de 2017:

Ingreso UCI

POP Laparotomía exploratoria.

AP⁴⁷:

No AP de interés.

No alergias.

EA: Paciente que ingresa el 16.06 por dolor abdominal. Se objetiva una apendicitis aguda siendo llevado a apendilap objetivando: apendicitis aguda en fase gangrenada con peritonitis localizada y plastrón local, despulimiento de asa yeyunal después de la liberación del plastrón. Con evolución tórpida, pobre tolerancia a la vía oral.

El día 21.06 radiografía de abdomen: niveles hidroaéreos escalonados, distensión de asas delgadas por lo que se decide llevar a laparoscopia diagnóstica (...)

Estable durante la cirugía pero taquicárdico persistente, reanimación con 2500 de cristaloides, sangrado de 100 CC, egresa extubado, manejo en UCI.

Objetivo:

Consciente, somnoliento con dolor.

Hemodinámicamente estable TA=125/62 FC 120 x min.

Glucosa 99.

Orina clara en cistoflo.

Respirando con máscara de no reinhalación con ventilación simétrica.

Abdomen con herida de laparotomía media cubierta apósito⁴⁸ limpio.

Blando levemente doloroso.

Afebril.

La nota clínica es firmada por PAULA ANDREA LOPEZ GARZÓN, médico intensivista.

28. La doctora LÓPEZ GARZÓN, médico de la UCI, continúa con el registro clínico haciendo el siguiente análisis y prescribiendo las órdenes del paciente, así:

⁴⁷ AP: Antecedentes personales.

⁴⁸ Apósito: Cubierta de gasa que se coloca sobre una herida (en este caso resultado de una cirugía) para protegerla y facilitar su curación.

Análisis:

Diagnósticos

1. POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes^{49, 50} 21.06.

2. Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT⁵¹.

3. POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06

Paciente en POP inmediato de laparotomía exploratoria + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes **secundaria a perforación a nivel de íleon + resección segmentaria con anastomosis TT, muñón de apendicetomía sin alteraciones.**⁵² Taquicárdico y deshidratado. Se continúa reanimación guiada por metas, se toman hemocultivos y cultivos. Paraclínicos ingreso.

⁴⁹ La peritonitis es la inflamación e infección del peritoneo, una membrana que recubre los intestinos. Según la Clínica Mayo “La peritonitis es la inflamación del peritoneo, una membrana suave que recubre las paredes abdominales internas y los órganos dentro del abdomen, la cual generalmente ocurre a causa de una infección bacteriana o micótica. La peritonitis puede ser el resultado de una rotura (perforación) en el abdomen, o de una complicación de otras enfermedades.

La peritonitis requiere atención médica urgente para combatir la infección y, si fuera necesario, para tratar cualquier enfermedad no diagnosticada. Por lo general, el tratamiento de la peritonitis incluye antibióticos y, en algunos casos, cirugía. Si no se la trata, la peritonitis puede conducir a una infección grave y potencialmente mortal en el cuerpo.”

Ver en: Clínica Mayo (2018); Atención al paciente e información médica. Peritonitis. Mayo Foundation for Medical Education and Research, Estados Unidos. Disponible en <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/peritonitis/symptoms-causes/syc-20376247>

⁵⁰ “4 cuadrantes” significa que el proceso infeccioso afecta la totalidad de la cavidad abdominal.

⁵¹ Resección segmentaria: Significa que se corta y extrae un segmento de intestino delgado, el que contiene las perforaciones. Anastomosis TT (TT quiere decir “término terminal”) significa que una vez extraído el segmento, se unen y se suturan los extremos que quedaron libres para que el intestino mantenga su continuidad anatómica.

⁵² La perforación intestinal durante una cirugía laparoscópica es una complicación infrecuente asociada a errores en la técnica. PALÁ y PUIGANTELL (2012) en su capítulo de libro “*Complicaciones y errores en cirugía laparoscópica de la eventración*” nos explican cómo se puede producir este error:

Clasificación: (...)

1. Derivadas del acceso laparoscópico:

(...)

b) Introducción de los trócares

Si bien los trócares actuales disponen de mecanismo de protección frente a la lesión intrabdominal debemos tener siempre presente que éste es un momento delicado, ya que en estos pacientes con cirugía intrabdominal previa puede haber adherencias intestinales a la pared. Por ello, somos partidarios de utilizar el primer trócar con visión directa a fin de minimizar el riesgo de lesión. La lesión de los vasos epigástricos o alguna de sus ramas es otra complicación que debemos tener presente, ya que la mayoría de grupos utilizan un acceso de 3 trócares en flanco izquierdo. Cercano al trayecto de estos vasos. Si se detecta sangrado durante la cirugía es conveniente solucionarlo con puntos de sutura o maniobras de compresión.

(...)

b) Lesión intestinal: Es una de las complicaciones más graves de la técnica (laparoscópica) . En la revisión realizada por LeBlanc en 2005 se refiere en un 0-6% de casos. Se produce por sección del asa intestinal

Plan:

Manejo integral en UCI.

Cabecera a 35°

Nada vía oral.

Colocar SNY a drenaje.

Terapia respiratoria por turno.

Terapia física 2 veces al día.

L Ringer a 80 CC/H + bolos a necesidad.

Glucometrías cada 6 horas metas 100-180

Si menor de 80 iniciar flujo metabólico.

Si hiperglucemia iniciar protocolo de insulina.

Omeprazol 40 mg EV día.

Medias de compresión en MMII.

Dipirona 2 gr cada 6 horas si dolor.

Hidromorfona 0.5 mg ahora, continuar 0.3 mg cada 6 horas + rescates de 0.3 mg meta EVA menor de 4

Piperacilina tazobactam 4.5 mg cada 6 horas en infusión continua por 4 horas fecha de inicio 22.06.

Seguimiento por Cirugía General.

Sonda vesical, línea arterial.

Tomar 2 HC de sangre periférica + urocultivo.

Paraclínicos ingreso.

Avisar si cambios.

29. A las 10:50 Horas del 22 de junio de 2017 se hace la siguiente evolución en la UCI por parte del doctor DIEGO FERNANDO MORENO SANCHEZ:

Plan:

durante la disección, pero también puede deberse a maniobras bruscas de tracción, presa traumática de las pinzas laparoscópicas o por lesión térmica a distancia. (Resaltado fuera de texto)

PALÁ, Feliu Palá; PUIGANTELL, Josep Camps (2012); Complicaciones y errores en cirugía laparoscópica de la eventración. *Capítulo 63 Eventraciones Otras hernias de pared y cavidad abdominal, Primera Edición*, Asociación Española de Cirujanos, Valencia, España. p. 736. Disponible en: <https://www.sohah.org/wp-content/uploads/libro/eventraciones-parte-VIII.pdf>

Manejo integral en UCI.

Cabecera a 35°.

Nada vía oral.

Reconvan⁵³ a 20 CC / hora.

Terapia respiratoria por turno.

Terapia física 2 veces al día.

Lactato de Ringer a 150 CC/hora

Glucometrías cada 6 horas metas 100-180.

Si menor de 80 iniciar flujo metabólico.

Si hiperglucemia iniciar protocolo de insulina.

Omeprazol 40 mg EV día.

(...)

30. A las 12:54 del 22 de junio de 2017 se hace la siguiente nota de evolución en la historia clínica:

Evolución UCI día

Dr. MORENO intensivista/Dra. Maria Virginia Virginia Florez

Diagnósticos:

1. POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06

2. Perforación a nivel de ileon + resección segmentaria anastomosis TT.

3. POP apendicectomía por laparoscopia 16.06

Objetivo:

Paciente alerta, orientado, con mucosas secas con pupilas isocóricas normorreactivas. Hemodinámico: Ruidos cardiacos rítmicos regulares sin soplos FC 91, TA 119/73, TAM : 82.

Respiratorio: Campos pulmonares limpios, no sobreagregados, MV presente con oxígeno por cánula nasal a 3 litros por minuto sat 16

+abdomen: Con herida quirúrgica limpia.

+metabólico: Glucometrías 96 mg/dl.

+infeccioso: No picos febriles T=36.4

+Neurológico: Glasgow 15/15.

⁵³ RECONVAN® es una fórmula o soporte nutricional que se utiliza para alimentar por sonda a pacientes en estado crítico que no pueden hacerlo de manera normal.

Reportes de paraclínicos: con hemograma con Hb 13, hematocrito 40, leucos 6570, neutros 96%, plt 170000 sin leucocitosis, con leve anemia, con predominio de neutros, con electrolitos normales, con azoados normales, con gases arteriales: con ph 7.36, PAO2 : 131, PACO2: 34, SATO2:98, HCO3: 19.5, BE:-5.7 con gases compensados.

Análisis:

*Paciente el cual ingresa posquirúrgico de laparotomía + drenaje de peritonitis en sus 4 cuadrantes secundario a apendicectomía, **con perforación de íleon**, en el momento estable, con reanimación hídrica, sin picos febriles, con buena diuresis, con cifras tensionales estables, sin requerimiento de vasoactivos, en espera de reporte de cultivos tomados el día de hoy, continuará con igual manejo médico, con manejo en conjunto por cirugía general, paciente con tratamiento antibiótico, se solicitan paraclínicos AM, **de pronóstico reservado**.*

31. A las 19:25 Horas del 22 de junio de 2017 se hace la siguiente nota de evolución por parte del doctor CARLOS ENRIQUE ARENAS, Cirujano General:

CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA

16 AÑOS

DIAGNÓSTICOS:

1. POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06.

Hallazgos: Peritonitis generalizada, con abundante líquido intestinal y membranas, adherencias inflamatorias interasas y de asas de pared,

perforación en borde mesentérico de íleon a aproximadamente 80 cm de válvula ileocecal.⁵⁴ Muñón apendicular indemne^{55, 56}

2. Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.

3. POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06.

Hallazgos: Apendicitis aguda en fase gangrenada con peritonitis localizada y plastrón local.

Despulgamiento de serosa de asa yeyunal después de liberación de plastrón.

Objetivo:

Encuentro paciente en cama, alerta, orientado, conciente.

Abdomen blando, depresible, con herida de laparotomía media cubierta, apósito limpio.

Análisis:

Paciente con diagnósticos anotados ahora en adecuadas condiciones generales, no flatos, peristaltismo disminuido, se espera mejoría de dinámica intestinal para intentar iniciar vía oral, paciente con adecuada evolución clínica se continúa con vigilancia, se avisarán cambios.

⁵⁴ “La incidencia de complicaciones perioperatorias asociada con los procedimientos por video laparoscopia varía significativamente, dependiendo de la experiencia del equipo quirúrgico. Las ventajas de la laparoscopia son: menor dolor postoperatorio, menor estadía en el hospital, rápido retorno a las actividades normales y costos más reducidos. Sin embargo, estos procedimientos presentan complicaciones que no se ven en la cirugía convencional. El conocimiento de estas complicaciones potenciales, de su génesis y evolución deben servir para disminuir la morbimortalidad de los procedimientos. Las complicaciones de la laparoscópica están relacionadas, en su mayor parte, con la insuflación de anhídrido carbónico intraperitoneal (CO2) y los cambios en la posición del paciente durante la cirugía de laparoscopia, con distintas consecuencias hemodinámicas, pulmonares y endocrinas. La colocación de la aguja de insuflación en forma incorrecta ocasiona efectos indeseables. Cuando es introducida a ciegas puede ser colocada intravascular, en el tejido celular, o preperitoneal, en una víscera, en el mesenterio o en el retroperitoneo. Además, pueden existir varias complicaciones quirúrgicas incluyendo enfisema subcutáneo, neumotórax, neumomediastino, embolia gaseosa, hemorragia aguda, **perforación de intestino** o de vejiga.

(...)

Lesiones Viscerales: Del mismo modo que se producen heridas de los vasos durante las maniobras de instrumentación quirúrgica, se pueden lesionar diversos órganos, por ejemplo, estómago, **intestino**, hígado, vías biliares, bazo, vejiga y uréteres.” (resaltado fuera de texto) . Tomado de: PETTINA Liliana; CAZÓN Marta (2018); *Eventos intraoperatorios en la cirugía laparoscópica*. Federación Argentina de Asociaciones de Anestesia, Analgesia y Reanimación, Buenos Aires, Argentina. Disponible en: https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/628/c.php

⁵⁵ Muñón apendicular: Es el remanente o estructura anatómica residual que queda tras la extracción del apéndice.

⁵⁶ Estos hallazgos corresponden a una extensa inflamación e infección de la cavidad abdominal. No obstante, debe aclararse que son **posteriores** (5 días) a la apendicectomía laparoscópica. Durante la apendicectomía no se reportó esta extensa infección (peritonitis). Se puede concluir que la infección se desarrolló de manera posterior al procedimiento laparoscópico del 16 de junio de 2017, a consecuencia de la perforación accidental que tuvo lugar durante el mismo. Nótese que el “muñón apendicular” está indemne, por lo tanto, en el sitio mismo de la resección del apéndice no se presentaron lesiones, perforaciones o infecciones distintas al proceso de apendicitis aguda. La perforación se encuentra, tal como dice la historia clínica, a 80 cms de la válvula ileocecal.

Plan:

Manejo en UCI.

Vigilancia clínica.

La historia clínica reporta perforación intestinal a “80 cms de la válvula ileocecal”. La perforación intestinal durante una cirugía laparoscópica es una complicación infrecuente **asociada a errores en la técnica.**⁵⁷

32. El 22 de junio de 2017 a las 21:41 Horas el doctor JULIÁN ANDRÉS ZABALA JARAMILLO, médico intensivista, registra su evolución en la historia clínica así:

Subjetivo:

Evolución UCI noche

Objetivo:

Paciente con Glasgow de 15 puntos, estable hemodinámicamente sin soporte TAM>65 mm Hg, fase de reanimación, se solicita ácido láctico, ruidos cardiacos rítmicos regulares, a nivel respiratorio sin VMNI, buena oxigenación, pulmones limpios, herida quirúrgica limpia sin sangrado, diuresis buena, balance +, afebril, antibiótico pendiente tipificación de gérmenes, abdomen sin sangrado.

(...)

PLAN:

Uci

Enoxaparina⁵⁸ 40 mg sc cada 24 horas

33. El 23 de junio de 2017 a las 11:37 Horas el médico hospitalario Dr. MIKE ALEXANDER GAITAN MOLINA consigna el siguiente análisis en la historia clínica:

ANÁLISIS:

Paciente en el momento estable sin vasoactivos.

SIRS modulada.

Leve hipokalemia.

Diuresis +.

Azoados disociado.

Hiperlactatemia 3.2

⁵⁷ PALÁ, Feliu Palá; PUIGANTELL, Josep Camps (2012); Íbid.

⁵⁸ Enoxaparina: Es un anticoagulante. Se utiliza en pacientes con largos períodos de hospitalización o inmovilización para evitar eventos trombóticos (formación de coágulos) .

Estaremos atentos.

(...)

Justificación para que el paciente continúe hospitalizado:

Patología aún no resuelta.

Cirugía abdominal de alta complejidad.

34. Ese mismo día, a las 12:50 Horas, el doctor JOSÉ FERNANDO GUITARRERO PINZÓN, cirujano general, hace la siguiente anotación:

CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA

16 AÑOS

DIAGNÓSTICOS:

1. POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06.

*Hallazgos: Peritonitis generalizada, con abundante líquido intestinal y membranas, adherencias inflamatorias interasas y de asas de pared, **perforación en borde mesentérico de íleon a aproximadamente 80 cm de válvula ileocecal. Muñón apendicular indemne**⁵⁹*

⁵⁹ “At the conclusion of any laparoscopic procedure, especially after adhesiolysis or bowel dissection, inspect the intestines and include the details in the operative report.

After any laparoscopic procedure, if the patient does not improve steadily, the first presumptive diagnosis to be excluded is injury secondary to the procedure or technique.

The major symptom of intestinal perforation is abdominal pain, which does not ease without increasing quantities of analgesics.

Investigate any bowel injury thoroughly to determine viability at the site of injury. Whenever possible, repair all injuries intraoperatively.

After intestinal perforation, the risk of sepsis is high. Look for early signs such as tachycardia, subnormal body temperature, depressed WBC count, and the appearance of immature white cell elements

Traducción:

Al concluir todo procedimiento laparoscópico, especialmente adhesiolisis o disección del intestino, inspeccione el intestino e incluya todos los detalles en la historia clínica.

Después de cualquier procedimiento laparoscópico, si el paciente no mejora sostenidamente, el primer diagnóstico presuntivo a ser excluido es la lesión secundaria al procedimiento o la técnica.

El principal síntoma de perforación intestinal es el dolor abdominal, el cual no mejora con dosis crecientes de analgésicos.

Investigue cualquier lesión intestinal a fondo para determinar viabilidad en el sitio de la lesión. Cuando sea posible, **repare todas las lesiones intraoperatoriamente.**

Después de una perforación intestinal, el riesgo de sepsis es alto. Busque signos tempranos como taquicardia, temperatura corporal anormal, recuento bajo de glóbulos blancos, y la aparición de células blancas inmaduras.” (resaltado fuera de texto). Ver en BAGGISH, Michael S, MD (2008); Íbid, parte 1, p. 48.

2. *Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.*

3. *POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06.*

Hallazgos: Apendicitis aguda en fase gangrenada con peritonitis localizada y plastrón local.

Despulimiento de serosa de asa yeyunal después de liberación de plastrón.

(...)

Encuentro paciente en cama en adecuadas condiciones generales sin dificultad respiratoria, presencia de SNG ayer 606 CC abdomen blando depresible, herida cubierta con apósito sin cambios inflamatorios.

35. El 23 de junio de 2017 a las 23:05 Horas el Doctor MARCO TULLIO BUELVAS, Cirujano General, hace la siguiente anotación en la historia clínica:

Objetivo:

Eventos

SNG drenaje 1950 CC

Ácido láctico elevado

Hipokalemia

(...)

Análisis:

Paciente quien se encuentra en reposición de potasio.

36. El 24 de junio de 2017 a las 12:18 Horas el Doctor LUIS ALFREDO VÉLEZ VIZCAÍNO, intensivista, registra las siguientes órdenes en la historia clínica:

-Manejo integral en UCIN 4 Piso.

-Cabecera a 35°

-Nada vía oral.

-Reconvan a 20 CC/hora

-Lactato de Ringer: Bolo de 500 CC, luego dejar a 100 CC/hora.

-Suspender reposición de potasio.

-Glucometrías cada 6 horas metas 100-180.

- Piperacilina tazobactam: 4.5 G EV cada 6 horas. D2.
- Omeprazol 40 mg EV día.
- Dipirona 2 grs cada 6 horas si dolor.
- Enoxaparina ampolla 40 mg una ampolla sc cada 24 horas.
- Hidromorfona 0.4 mg ev cada 6 horas.
- Control de signos vitales avisar cambios.

37. El 24 de junio de 2017 a las 15:20 Horas el paciente es valorado de nuevo por el Doctor LUIS ALFREDO VÉLEZ VIZCAÍNO, médico intensivista quien hace la siguiente anotación en la historia clínica:

Diagnósticos:

1. POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06
2. Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.
3. POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06

(...)

Reporte de paraclínicos:

Con hemograma: HB 13.9, HTO 4.1, leucos 5.87, neutros 71%, PLT 146000, sodio 155, potasio 3.7, cloro 119, creatinina 0.6, BUN 28, PCR 8.8, ácido láctico 3.2, con anemia, sin leucocitosis, con predominio de neutros, con leve trombocitopenia con hipernatremia e hipercloremia, con azoados normales, con PCR baja, ácido láctico bajo.

Análisis:

Paciente el cual se encuentra con buena evolución clínica, sin leucocitosis, el cual es valorado por cirugía general, el cual decidió empezar vía oral líquida, paciente se trasladará a UCIN cuarto piso, y continuará con manejo en conjunto por parte de cirugía general.

Plan:

Traslado a UCIN cuarto piso.

Justificación para que el paciente continúe hospitalizado hoy:

Monitoría continua intensiva.

38. Ese mismo día a las 19:07 horas el doctor WILLIAM ALBERTO MEJIA PALOMINO, Cirujano General, ordena radiografía de abdomen. Registra en la historia clínica:

PLAN:

Manejo en UCI

Se solicita Rx de abdomen

Justificación para que el paciente continúe hospitalizado:

Manejo en UCI

39. El 24 de junio de 2017 es valorado por el médico hospitalario de la UCIN doctor JAIME ERASMO RUIZ GALLARDO quien registra lo siguiente:

CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA – 16 AÑOS

Diagnósticos:

1. POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06

*Hallazgos: Peritonitis generalizada, con abundante líquido intestinal y membranas, adherencias inflamatorias interasas y de asas a pared, **perforación en borde mesentérico de íleon a aproximadamente 80 cms de válvula ileocecal**⁶⁰. Muñón apendicular indemne.*

2. **Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.**

3. POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06

Hallazgos apendicitis aguda en fase gangrenada con peritonitis localizada y plastrón local. Despulgamiento de serosa de asa yeyunal después de la liberación del plastrón.

Objetivo:

Paciente alerta, orientado, con mucosas semisecas.

Hemodinámico: RSCSRS con el pulso, no soplos, FC = 102, TA = 130/67, TAM=81.

⁶⁰ “Más de 7,5 millones de cirugías laparoscópicas se realizan anualmente en los EEUU y Europa; **una de sus complicaciones más temidas es la perforación intestinal intraoperatoria no detectada.**

Se ha estimado que el 0,3–1% de los procedimientos quirúrgicos laparoscópicos se complican por una perforación intestinal iatrogénica .

(...)

La demora en el diagnóstico y tratamiento hasta el período postoperatorio puede resultar en peritonitis, sepsis y muerte. “

Ver en: WYNNE, Elisabeth; AZAGURY, Dan (2019); Dispositivo para detectar enterotomías iatrogénicas durante la laparoscopia. *Surgical Endoscopy volume 33, pages1687–1692(2019), Springer Nature, Springer Science + Business Media.* Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=94353&pagina=1> ; <https://link.springer.com/article/10.1007/s00464-018-06637-2>

Respiratorio: Campos pulmonares limpios, no sobreagregados, MV presente sin oxígeno suplementario SAT: 96%, FR=21.

Abdomen: Blando, depresible, con herida quirúrgica sin sangrado, SNG 2650 CC/12 Horas.

Renal: Con buena diuresis.

Metabólico: Glucometrías: 89-75 mg/dl

Infecioso: No picos febriles: T=36.5

Neurológico: Glasgow 15/15.

Análisis:

Paciente en el turno afebril, sin disnea, cifras tensionales estables, taquicárdico, sin vasoactivos. Diuresis adecuada.

Aún producción por SNG elevado 2650 CC/12 hrs

Azoados disociado.

Hiperlactatemia 3.2

Continúa LEV y reposición de lo eliminado por SNG.

Según evolución considerará TPN (está sin vía oral desde hace 10 días).

SIRS modulada.

Atentos a resultados de hemocultivos tomados el 22 de junio en proceso. Y cultivo de muestra cavidad abdominal: Reacción leucocitaria escasa, bacilos gramnegativos⁶¹ abundantes, hifas y levaduras^{62, 63, 64, 65} moderadas.

Plan:

UCIN

Monitoría continua.

Glucometría cada 6 horas.

⁶¹ Bacilos gramnegativos: Son un grupo de bacterias muy comunes en el intestino.

⁶² Las levaduras son un tipo de hongo que se encuentra en los intestinos. El tipo más común de estos hongos son las especies del género *Candida*. Por ello, en caso de infecciones abdominales, en especial cuando hay ruptura del tracto gastrointestinal, es frecuente encontrar estos micro-organismos en los cultivos. En el paciente traumatizado, séptico e inmunosuprimido se crea un ambiente propicio para el crecimiento de estos hongos, situación clínica que hace más grave el pronóstico. Estos hongos suelen encontrarse junto con bacterias en los cultivos en los cuadros de peritonitis secundaria y terciaria.

⁶³ “La peritonitis posquirúrgica se diagnostica mediante la observación de levaduras en el examen directo o su crecimiento tras cultivo del líquido peritoneal obtenido durante el acto quirúrgico o por aspiración. La sospecha de peritonitis suele aparecer cuando crecen levaduras en el cultivo de un drenaje. Algunos pacientes tienen candidemia concomitante. Aproximadamente en el 65% de los pacientes con peritonitis por *Candida* crecen bacterias en el líquido peritoneal o en el absceso. En general, solo crece una especie de levadura pero a veces hay más. Aproximadamente, *C. albicans* es la responsable en el 55% de los casos.” Se aclara que usualmente se encuentran en los cultivos, además de las levaduras, bacterias gramnegativas, en muchos casos resistentes. Ver en: VERGIDIS, Pascalis; CLANCY, Cornelius J; SHIELDS Ryan K. ; PARK, Seo Young; WILDFEUER, Brett N.; SIMMONS, Richard L.; NGUYEN, M. Hong (2016); Peritonitis por candida. Intra-Abdominal Candidiasis: The Importance of Early Source Control and Antifungal Treatment, Universidad de Wisconsin. PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0153247 April 28, 2016 - LIFE Leading International Fungal Education, Wisconsin, Estados Unidos de América. Disponible en español: <http://www.life-worldwide.org/esp/fungal-diseases/candida-peritonitis> ; En inglés: <http://www.life-worldwide.org/assets/uploads/files/Vergidis%20Intra-abdominal%20candidiasis%20PLOS%20One%202016.pdf>

⁶⁴ “La frecuencia de la peritonitis por *Candida* tras cirugía es desconocida y difícil de estimar. En un estudio multicéntrico realizado en 101 UCIs de Francia, 73 pacientes tuvieron una peritonitis posquirúrgica por *Candida* en 8 meses, mientras que 123 pacientes tuvieron candidemia sin peritonitis y 26 ambas. Si se asume que estas cifras son generalizables a otras poblaciones, habría un paciente con peritonitis por *Candida* por cada 2 con candidemia en las UCIs. Entre el 30 y el 50% de las candidemias ocurren en la UCI y como hay unos 300.000 episodios en el mundo, se podría asumir que habría entre 50.000 y 70.000 casos de peritonitis por *Candida* anuales (...) La peritonitis posquirúrgica es más frecuente si el intestino se ha perforado, especialmente tras peritonitis fecal o por rotura de una anastomosis. Otros factores de riesgo incluyen tratamiento con múltiples antibióticos y diabetes.” VERGIDIS y cols (2016), *Ibid*.

⁶⁵ “Peritonitis por *Candida* : Cuando se obtiene aislamiento de *Candida* spp. en una muestra peritoneal obtenida por medio de laparotomía o punción percutánea en pacientes con clínica asociada, **como perforación de viscera abdominal, dehiscencia de sutura intestinal con peritonitis**, pancreatitis aguda grave o existencia de catéter para diálisis peritoneal, estamos capacitados para llegar al diagnóstico de Peritonitis por *Candida*. Como ya se ha explicado en párrafos anteriores, dicho diagnóstico está relacionado con muy mal pronóstico , por lo que, en el momento se diagnostica, o existe sospecha fundamentada, se recomienda tratamiento con antifúngicos por vía intravenosa, por tratarse de una candidiasis grave”. (resaltado fuera de texto). Ver en: HERNÁNDEZ CÁDIZ, María José (2010); CANDIDIASIS PERITONEAL: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO. ESTUDIO PRELIMINAR. Trabajo de Investigación. Departamento de Medicina Universidad Autónoma de Barcelona, España, p. 10. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2012/hdl_2072_199347/TR-HernandezCadiz.pdf

Metoclopramida 10 mg cada 8 horas.

Reposición de lo eliminado por SNG cada 4 horas, ajuste.

DAD 10% 20 CC HR.

Paraclínicos control.

RX de abdomen para evaluar posición sonda

(resaltado fuera de texto)

40. El 25 de junio de 2017 a las 11:32 horas el paciente es evaluado por el Doctor LUIS ALFREDO VÉLEZ VIZCAÍNO , médico intensivista:

Diagnósticos:

- 1. Apendicitis aguda complicada.*
- 2. Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.*
- 3. POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06*
- 4. POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06*

(...)

Análisis:

Paciente con evolución lenta hacia la estabilidad clínica: Peritonitis generalizada secundaria a apendicitis aguda complicada⁶⁶. Actualmente SIRS en modulación, hemodinámicamente estable, no hay signos de abdomen agudo, ha tolerado inicio de nutrición enteral por sonda avanzada a intestino delgado, sin fiebre, aún con hiperlactatemia que viene en aclaramiento. Se continúa reposición hidrosalina, vigilancia de signos de abdomen agudo e inestabilidad hemodinámica. Continuar manejo conjunto con cirugía general.

(...)

Justificación para que el paciente continúe hospitalizado:

Riesgo de peritonitis, abdomen agudo e inestabilidad hemodinámica por proceso infeccioso.

41. A las 20:20 Horas el paciente es valorado por el doctor ELPIDIO BARAJAS FREGOSO, Cirujano General :

Análisis:

⁶⁶ Se observa que una vez identificado el grave error, se empieza a manipular la historia clínica. El paciente no presentó una peritonitis secundaria a una apendicitis, sino secundaria a una perforación intestinal ocasionada a una gran distancia (80 cms) de la zona de apendicitis aguda y por el contrario, contigua a la zona de acceso de los trócares.

Paciente que continúa con evolución clínica satisfactoria, persiste con moderada secreción por SNG, sin embargo con nutrición enteral, por lo cual se considera retirar sonda nasogástrica, continuar con sonda Nasoyeyunal. Por el momento se continúa con igual manejo médico y vigilancia clínica.

Plan:

Manejo en la UCIN.

-Iniciar tolerancia de la vía oral con líquidos a sorvos (sic) pequeños.

-Retirar sonda nasogástrica.

-Vigilancia clínica y cuidados de la herida.

42. A las 20: 59 Horas el doctor LUIS ALFREDO VÉLEZ VIZCAÍNO , médico intensivista, hace esta nota de evolución:

Diagnósticos:

- 1. Apendicitis aguda complicada.*
- 2. Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.*
- 3. POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06*
- 4. POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06*

(...)

Objetivo:

Signos vitales: TA=129/72 mmHg; FC=100 LPM, FR=20 resp/min , T°C:36.8 °C, SatO2:94%. Cabeza y cuello: Escleras anictéricas, conjuntivas rosadas, mucosa oral hidratada, sonda nasoyeyunal permeable y nasogástrica permeable, cuello móvil, sin adenopatías, sin ingurgitación yugular a 45°, cardiopulmonar tórax simétrico, ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, sin soplos, ruidos respiratorios disminuidos hacia bases, sin sobreagregados. Abdomen: blando, depresible, herida quirúrgica suturada, peristaltismo positivo. Extremidades: simétricas, hipotróficas, sin edemas, pulsos distales positivos. SNC: Alerta, consciente. Glasgow: 15/15. D:1.2 CC/kg/h.

43. El 26 de junio de 2017 a las 12:59 Horas el paciente es valorado por el doctor LEONARDO MARIN RESTREPO, médico intensivista, quien hace el siguiente registro en la historia clínica:

Diagnósticos:

- 1. Apendicitis aguda complicada.*
- 2. Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT*
- 3. POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06*

4. POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06

(...)

Objetivo:

Signos vitales: TA 138/73 MMHg, FC=93 lat/min, FR=18, T=36.8°C, SAT O₂=94%, diuresis 850 CC 24/H. Glucometría 132-97-98 mg/dl. Sonda gástrica: 2240 CC/24 Hrs.

Cabeza y cuello: Escleras anictéricas, conjuntivas rosadas, mucosa ORL hidratada, sonda nasoyeyunal permeable y nasogástrica permeable, cuello móvil, sin adenopatías, sin ingurgitación yugular a 45°. Cardiopulmonar: Tórax simétrico, ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, sin soplos, ruidos respiratorios disminuidos hacia bases, sin sobreagregados. Abdomen: blando, depresible, herida quirúrgica suturada, **con salida de líquido peritoneal**⁶⁷, peristaltismo positivo, extremidades simétricas, hipotróficas, sin edemas, pulsos distales positivos. SNC: alerta, consciente, Glasgow 15/15.

Análisis de resultados:

Observaciones:

Cultivo 22 de junio 2017 *klebsiella pneumoniae*⁶⁸, patrón de resistencia natural hifas y levaduras moderadas. HB: 13, HTO 41, PLT 220.000, wbc 6000 neut 72%, Na 156, Cl 118, K 3.8 PO₄ 3.8.

Análisis:

Paciente en contexto de apendicitis aguda complicada última intervención de revisión de cavidad se realizó drenaje **peritonitis y se identificó perforación en borde mesentérico de íleon a aproximadamente 80 cms de válvula ileocecal**.⁶⁹ Se realizó resección y anastomosis.

⁶⁷ La salida de líquido peritoneal refleja la persistencia del daño y del proceso infeccioso en la cavidad abdominal.

⁶⁸ “Las enterobacterias comprenden universalmente el 50% de los aislados encontrados en infecciones adquiridas en los hospitales y 80% de todos los aislados gramnegativos. Dentro de esta familia, el segundo género en importancia es *Klebsiella* spp., siendo *Klebsiella Pneumoniae* la especie más estudiada y de mayor relevancia clínica. Datos del año 2009 recolectados en el Departamento de Antioquia, señalan a este microorganismo como el segundo agente encontrado en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo (UCIs) cobrando gran importancia como causante de infecciones asociadas al cuidado de la salud. Los datos publicados por el grupo GREBO de Bogotá, también para el 2009, reportan a *K. pneumoniae* como el segundo microorganismo aislado en pacientes hospitalizados.” Ver en: ECHEVERRI-TORO, Lina M.; RUEDA, Zulma V.; MAYA, Wilmar; AGUDELO, Yuli; OSPINA, Sigifredo (2012); *Klebsiella pneumoniae* multirresistente, factores predisponentes y mortalidad asociada en un hospital universitario en Colombia. *Revista Chilena de Infectología* 2012; 29 (2): 175-182, *Microbiología*. Investigación financiada por el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín y la Universidad Pontificia Bolivariana, p. 175. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182012000200009

⁶⁹ Según MOORTHY (2015): “Bowel injuries occur in around 0.13% of laparoscopic procedures. This incidence is probably an underestimate due to the retrospective nature of most studies. These injuries may vary from serosal to full thickness injuries; the latter may lead to bowel perforation or transection.

The risk factors for bowel injuries include surgeon-related factors such as inexperience and early learning curve, previous abdominal surgery, adhesions, and obesity. The injury could be a result of direct injury during laparoscopic port insertion (access injury) or during handling the bowel with instruments. Thermal injuries to

En el momento afebril, sin leucocitosis, HB hto estables. Tendencia a hipernatremia. Se ajustan LEV a 1/3 isotónicos. Se indicó pinzar SNG. Continuar NET. Vigilancia en UCIN **alto riesgo de deterioro**.

Plan:

- Continuar manejo en UCIN 4 piso.
 - Manejo en conjunto con cirugía general.
 - Medidas antiescara.
 - Cuidados drenes.
 - Pinzar SNG
 - Cabecera a 35°.
 - NET a sonda nasoyeyunal a 20 CC/Hora
 - Tercio isotónicos a 80 CC/Hora
 - Glucometrías cada 6 horas metas 100-180
 - Piperacilina-tazobactam: 4.5 G EV cada 6 horas—D:3
 - Omeprazol 40 mg EV día.
 - Dipirona 2 gr cada 6 horas si dolor.
 - Enoxaparina ampolla 40 mg 1 ampolla sc cada 24 horas.
- (resaltado fuera de texto).

the bowel may occur because of equipment faults (e.g., damage to the insulation on a laparoscopic instrument) or improper use of an energy device (e.g., using an ultrasonic forceps as a grasper)."

Traducción:

"Las lesiones intestinales tienen lugar en aproximadamente en el 0.13% de los procedimientos laparoscópicos. Esta incidencia probablemente es subestimada debido a la naturaleza retrospectiva de la mayoría de los estudios. Estas lesiones pueden variar desde el compromiso de la serosa, hasta lesiones de espesor completo. **Esta última puede llevar a perforación intestinal o transección.**

Los factores de riesgo para lesiones intestinales incluyen factores relacionados con el cirujano como **inexperiencia y curva de aprendizaje**, cirugías abdominales previas, adhesiones, y obesidad. La lesión puede ser resultado de daño directo durante la inserción del puerto laparoscópico (lesión por acceso) o durante la manipulación del intestino con los instrumentos. **Las lesiones térmicas al intestino suceden por fallas en el equipo (por ejemplo daño en el aislamiento de un instrumento laparoscópico) o el uso inadecuado de un dispositivo eléctrico (por ejemplo usando un fórceps ultrasónico o una pinza).**" Tomado de: MOORTHY, Krishna, MD, MS Senior Lecturer, Consultant Surgeon Upper Gastrointestinal and Bariatric Surgery Imperial College London, UK (2015); *Bowel Injury After Laparoscopic Surgery*, US Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality, Estados Unidos. Disponible en: <https://psnet.ahrq.gov/web-mm/bowel-injury-after-laparoscopic-surgery>

Cabe anotar que en la apendicectomía laparoscópica practicada a CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ el 16 de junio de 2017 se utilizó un electrobisturí.

44. Ese mismo día, a las 13:52 Horas es valorado por el cirujano general ELPIDIO MANUEL BARAJAS FREGOSO, quien registra:

CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA

16 años

Diagnósticos:

1. *POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes + perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT (21/06/17)*

*Hallazgos: Peritonitis generalizada, con abundante líquido intestinal y membranas, adherencias inflamatorias interasas y de asas a pared, **perforación en borde mesentérico de íleon a aproximadamente 80 cms de válvula ileocecal**⁷⁰. Muñón apendicular indemne.*

⁷⁰ "Bowel, vascular, and biliary injuries during laparoscopic cholecystectomy (LC) have to be addressed with high priority. The focus of this study was on small bowel injury (SBI) and its impact on clinical management.

(...)

We report isolated iatrogenic SBI in 0.24% (5 of 2062) after LC. We identified 3 cases with SBI associated with the technique of Hasson or related problems with intraoperative relaxation toward the end of the LC. All 5 patients needed at least 1 reoperation. There was no mortality in this series and all patients with iatrogenic SBI got discharged from the clinic in good health. Nevertheless, 3 of 5 patients (60%) with SBI filed a law suit.

Conclusions:

Isolated iatrogenic SBI is a rare but dreaded complication after LC with high impact on patient's health and prone for medicolegal claims. Strict precaution on thorough relaxation throughout the operation, meticulous handling of closing technique of the fascial layer and "eternal vigilance" are mandatory to reduce risks of SBI after LC.

Traducción:

Las lesiones intestinales, vasculares y biliares durante la colecistectomía laparoscópica (CL) deben ser atendidas con alta prioridad. El presente estudio se centró en la lesión de intestino delgado (LID) y su impacto en el manejo clínico.

(...)

Reportamos LID iatrogénica aislada en 0.24% (5 de 2062) después de una CL. Identificamos 3 casos de LID asociadas con la técnica de Hasson o problemas relacionados con la relajación intraoperatoria al final de la CL. Todos los cinco pacientes necesitaron al menos una re-intervención quirúrgica. No hubo mortalidad en esta serie y todos los cinco pacientes fueron dados de alta en buenas condiciones. Sin embargo, 3 de los 5 pacientes (60%) presentaron una demanda legal.

Conclusiones:

Las lesiones iatrogénicas aisladas de intestino delgado son complicaciones raras pero temidas de la colecistectomía laparoscópica con un alto impacto en la salud del paciente y pueden dar lugar a procesos médico-legales. Se debe tener precaución muy estricta con la relajación (de los tejidos y músculos) a lo largo de la operación, un manejo meticuloso de la técnica de cerrado de la fascia y una eterna vigilancia, éstas son precauciones necesarios para evitar una lesión de intestino delgado durante la colecistectomía laparoscópica." Ver en : Künzli, Beat M. MD; Spohnholz, Johannes MD; Braumann, Chris MD; Shrikhande, Shailesh V. MD; Uhl, Waldemar MD (2018); Clinical Impact of Iatrogenic Small Bowel Perforation Secondary to Laparoscopic Cholecystectomy. A Single-center Experience . *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques: October 2018 - Volume 28 - Issue 5 - p 309-313* , Nueva York, Estados Unidos Unidos

2. POP de apendicectomía por laparoscopia (16/06/17). Hallazgos Apendicitis aguda en fase gangrenada con peritonitis localizada y plastrón local. Despulimiento de serosa de asa yeyunal después de la liberación de plastrón.

(...)

Objetivo:

TA=138/73 MMHg. FC=93 lat/min.FR=18 resp/min. T°C=36.8°C. SAT O2 = 94%. Paciente alerta, tranquilo, asténico, no álgico, mucosas húmedas y pálidas, eutérmico al tacto, sin dificultad respiratoria, no icterico, sin signos clínicos de respuesta inflamatoria sistémica. Abdomen con herida quirúrgica sin eritema, con humedad, a la palpación blando depresible, leve dolor sobre mesogastrio, sin irritación peritoneal, extremidades sin edemas, sin alteraciones neurológicas.

Diuresis: 850 CC/ 24 Horas

Glucometría: 132 – 97 – 98 MG DL

Sonda gástrica: 2240 CC 24 / Horas.

Análisis:

Paciente con diagnósticos anotados, quien evoluciona lento hacia la mejoría, en el momento con estabilidad hemodinámica, con diuresis positiva en quien se debe seguir manejo por UCIN hasta alcanzar estabilidad fisiológica, indico probar vía oral, pinzando sonda evidenciando tolerancia para retirar, indico cuidados de herida por enfermería, no hago cambios en el resto manejo médico indicado.

Plan:

-Manejo por UCIN

-Pinzar sonda nasogástrica e iniciar tolerancia de la vía oral con líquidos claros a sorvos (sic) pequeños.

-Retirar sonda nasogástrica verificando tolerancia a la vía oral.

-Cuidados de la herida quirúrgica por enfermería.

45. Ese mismo día a las 21:45 Horas el paciente es valorado por el médico intensivista Dr. LEONARDO MARÍN RESTREPO. Se hace el registro que a continuación se transcribe:

Objetivo:

Signos vitales:

TA=138/73 MMHg, FC=93 lat/min, FR=18 resp/min, T°C=36.8°C, Sat O2=94%.

Diuresis 900 CC/12 Horas

Glucometría 132-97-98 MG/DL

Sonda gástrica: 590 CC

Cardiopulmonar: Tórax simétrico, ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, sin soplos, ruidos respiratorios disminuidos hacia bases, sin sobreagregados.

Abdomen: Herida quirúrgica de piel con bordes eritematosos **y principios de dehiscencia⁷¹ en segmento medio con salida de material amarillo en abundante cantidad.⁷²**

Presentó emesis 300 CC

SNC: Alerta, consciente, Glasgow 15/15.

Análisis:

En el momento afebril, cifras tensionales estables, herida quirúrgica de piel con bordes eritematosos y principios de dehiscencia en segmento medio con salida de material amarillo en abundante cantidad. Cirujano de turno Dr. BARAJAS explora herida considerando que fascia en el momento está indemne. Tomo cultivo de herida. Indico continuar NET, retiro de sonda. Presentó emesis 300 CC. Continúa vigilancia en UCIN alto riesgo de deterioro.

(resaltado fuera de texto).

46. El 27 de junio de 2019 a las 09:09 Horas el cirujano general Dr. JOSE FERNANDO GUITARRERO PINZÓN hace la siguiente nota en la historia clínica:

CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA

16 años

Dx:

1. POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes + perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT (21/06/17).

Hallazgos: peritonitis generalizada, con abundante líquido intestinal y membranas, adherencias inflamatorias interasas y de asas a pared,

⁷¹ Dehiscencia: Significa que las suturas de la cirugía se están aflojando y que la herida quirúrgica se está abriendo nuevamente. Usualmente, este fenómeno es secundario a un proceso infeccioso.

⁷² La salida de líquido por la herida quirúrgica es signo de un proceso infeccioso activo subyacente en la cavidad abdominal. También es un signo de fuga o escape de líquido que debería estar en el intestino y que se está filtrando a la cavidad abdominal y al peritoneo, provocando una infección severa.

perforación en borde mesentérico de íleon a aproximadamente 80 cm de válvula ileocecal.⁷³ Muñón apendicular indemne.

2. POP de apendicectomía por laparoscopia (16/06/17).

Hallazgos: apendicitis aguda en fase gangrenada con peritonitis localizada y plastrón local. Despulgamiento de serosa de asa yeyunal después de la liberación del plastrón.

Paciente quien dice que se siente regular, con leve dolor sobre herida quirúrgica, niega fiebre, dice que ha vomitado esta mañana.

Objetivo:

TA=138/73 MMHg, FC=93 lat x min, FR=18 resp/min, T=36.8°C., SAT O2=94%

Paciente alerta, en cama, asténico, orientado, mucosas húmedas y pálidas, sin dificultad respiratoria, eutérmico al tacto, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen con herida quirúrgica bordes eritematosos, con segmentos de dehiscencia el tercio medio con salida de material amarillo en abundante cantidad, a la palpación blando, depresible, doloroso, extremidades sin edemas, sin alteraciones neurológicas, diuresis 900 CC/ 12 Horas. Glucometría 132-97-98 Mg DL. Sonda gástrica : 590 CC.

Análisis:

Paciente con diagnósticos relacionados, hoy se evidencia dehiscencia de herida quirúrgica con salida de material al parecer intestinal, con probabilidad de fuga por la anastomosis⁷⁴ vs. Fístula intestinal⁷⁵ debe llevarse a revisión quirúrgica de forma prioritaria, se indica detener nutrición, se carga procedimiento, se comenta con cirujano de urgencias.

Plan:

-Detener nutrición enteral.

-Se carga turno para laparotomía exploratoria por turno de urgencias, se hará según disponibilidad de quirófano con prioridad.

⁷³ “COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA: Las complicaciones de la Laparoscopia que son potencialmente mortales incluyen :

(...)

Trauma directo: Intestino, la vejiga, los vasos abdominales principales y los vasos de la pared abdominal anterior.” Tomado de :

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL (2015); Laparotomía y/Laparoscopia Diagnóstica en Abdomen Agudo no Traumático en el Adulto, Guía de referencia Rápida, Guía de Práctica Clínica, Gobierno Federal de México, México D.F., p. 5. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/509_GPC_Laparotomxaabdomen/GRR_LaparotomiaAbdomen.pdf

⁷⁴ Fuga de anastomosis: Significa que en la unión de los dos extremos del segmento de intestino que se extrajo por la perforación se está presentando salida de líquido.

⁷⁵ Fístula intestinal: Es una comunicación anormal entre el intestino y otro órgano. En este caso hace que dicho líquido salga del intestino hacia la piel del abdomen.

(resaltado fuera de texto)

47. Ese mismo día a las 11:44 el paciente es valorado por el médico internista Dr. VLADIMIR ALEXANDER DÍAZ ESCOBAR , quien registra la nota que a continuación se transcribe:

(...)

Objetivo:

Signos vitales:

TA=117/91 MMHg, FC=89 lat/min, FR=18 resp/min, SAT O2 94%, T=36.8°

Diuresis 1320 CC/24 h

Glucometría 94-69 MG DL

Sonda gástrica : 590 CC

Emesis: 500 CC

Pérdidas insensibles por herida quirúrgica en abundante cantidad posible líquido intestinal 1200 CC.

Cardiopulmonar: Tórax simétrico, ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, sin soplos, ruidos respiratorios disminuidos hacia bases, sin sobreagregados.

Abdomen: Herida quirúrgica de piel con bordes eritematosos y dehiscencia con salida de material amarillo en abundante cantidad posible líquido intestinal.

SNC: Alerta, consciente, Glasgow 15/15.

Análisis de resultados:

Observaciones:

HB 13 HTO 38 PLT 272000 WBC 9610 Neut 87% Na 143 Cl 108 K 3.8. CR 0.6 BUN 19 PT 15 PTT 26 INR 1.38 PCR 21

Análisis:

-Dehiscencia de herida quirúrgica con salida de material al parecer intestinal, con probabilidad de fuga por la anastomosis vs fístula intestinal,

-Tendencia a la hipoglicemia se indicó dextrosa para la corrección, y paso de CVC para nutrición parenteral. Valoración por nutrición.

-Continúa manejo en UCIN alto riesgo de mayor deterioro.

Plan:

-Continuar manejo en UCIN 4to piso.

-Manejo en conjunto con cirugía general.

-Llamado a sala de operaciones.

-Paso de CVC para TPN.

-Valoración nutrición.

-Medidas antiescara.

-Cabecera a 35°.

(...)

Justificación para que el paciente continúe hospitalizado hoy:

Condición clínica: sepsis abdominal⁷⁶, probabilidad de fuga por la anastomosis vs fistula intestinal.

48. El 27 de junio de 2017 , a las 12:10 Horas, el paciente es nuevamente llevado al quirófano. Esta es la tercera cirugía que se le practica estando en la Clínica de los Remedios. En la nota quirúrgica hecha a las 17:03 Horas se puede leer lo siguiente:

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA:

Nota operatoria realizada mucho después del procedimiento quirúrgico por congestión del servicio. Se retiran suturas previas de laparotomía y se accede a cavidad. Identificación de hallazgos. Procedimientos vía A: drenaje de peritonitis y toma de muestra para cultivo. Lisis de múltiples adherencias desde el treitz hasta la válvula ileocecal. Desmantelamiento y resección de anastomosis previa⁷⁷. Decompresión intestinal manual con salida de 1000 CC de líquido de retención a través de sonda nasogástrica. Se realiza nueva anastomosis manual termino-terminal⁷⁸ con sutura continua de PDS 3-0 más enterorrafias seromusculares con puntos separados. Se retiran hemolocks previos y se liga nuevamente muñón con seda 0. Lavado con 10 litros de SSN tibia hasta retorno limpio. Procedimientos vía B: Se arma sistema de vacío⁷⁹ con plástico multiperforado, esponjas de poliuretano, tegaderm, sensa track, que se conecta a canester de 1000 CC y a consola. Presión continua 100 mmHg. Próxima revisión tentativamente para dentro de 72 horas.

PLAN:

Traslado a UCI. Relaparotomía en 72 horas.

NOTAS ACLARATORIAS: 27/06/2017 17:42 h

⁷⁶ Sepsis abdominal: Infección severa en la cavidad abdominal y que afecta todo el organismo.

⁷⁷ En este procedimiento se verifica que la anastomosis previa presenta una importante fuga. Este segmento vuelve a ser cortado.

⁷⁸ Una vez cortado el segmento de intestino afectado, los extremos libres vuelven a unirse y suturarse.

⁷⁹ El sistema de vacío, o sistema VAC, consiste en cubrir las vísceras expuestas con una sábana de plástico fenestrada (perforada) y luego colocar sobre ella un sistema absorbente como esponjas de poliuretano. Luego las esponjas se cubren con un apósito o capa adhesiva que se conecta un tubo de succión. Este sistema favorece la cicatrización y la cuantificación del material (exudado) que sale de la pared abdominal. Se utiliza en infecciones abdominales muy severas en las que no se puede cerrar la pared abdominal debido a que el proceso séptico se encuentra muy avanzado.

Se complementan hallazgos: peritonitis fecal^{80, 81} de 4 cuadrantes. Dehiscencia del 70% de la anastomosis intestinal previa, localizado a 80 cms de la válvula ileocecal. Dehiscencia parcial del muñón apendicular con escasa filtración. Acodamientos obstructivos por bridas⁸² laxas en varios segmentos, desde el treitz hasta la válvula ileocecal.⁸³

(Resaltado fuera de texto)

El procedimiento practicado fue: 1) Enterorrafias múltiples 2) Reducción intestinal con resección intestinal por Laparotomía 3) Sistema de cicatrización asistida por vacío (sistema VAC). Fue llevado a cabo por los médicos Dra. BEATRIZ ADRIANA MARIÑO VIVEROS, Cirujana General, y el Dr. DANIEL POSADA, Cirujano General. Anestesiólogo: Cirujano General.

Se destaca que el registro de la nota operatoria se hizo cinco (05) horas después de la cirugía (a las 17:03 Horas), vulnerando de esta manera el estricto orden cronológico que deben tener los registros en la historia clínica.

49. A las 15:17 Horas del 27 de junio de 2019 la Dra. PAULA ANDREA LÓPEZ GARZÓN, médico intensivista, hace el siguiente registro en la historia clínica, correspondiente al ingreso del paciente a la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI):

Ingreso UCI

MC: POP laparotomía exploratoria

AP: No AP de interés

No alergias

EA: Paciente que ingresa el 16.06 por dolor abdominal se objetiva una apendicitis aguda siendo llevado a apendilap objetivando: apendicitis aguda

⁸⁰ Peritonitis fecal: Es la presencia en la cavidad peritoneal de líquido de aspecto fecal (tipo heces). Sugiere obstrucción nivel del intestino grueso o delgado, o una perforación a este nivel. Esta peritonitis es de suma gravedad.

⁸¹ La literatura recomienda lo siguiente en estos casos : “El manejo de lesiones de vísceras huecas asociadas a peritonitis se ha hecho clásicamente de dos formas: anastomosis primaria durante el procedimiento inicial o realización de una ostomía. La decisión de usar una ostomía o sutura primaria se basa fundamentalmente en tres factores: el estado hemodinámico, el compromiso de la cavidad peritoneal y la viabilidad del intestino. Cuando hay estabilidad hemodinámica, con una peritonitis leve o moderada, con el intestino en buen estado, sin repercusión local ni sistémica, está indicado el reparo primario. Las ostomías se realizan cuando hay compromiso importante del intestino con peritonitis grave y difusa, filtración de una anastomosis, edema intestinal importante, peritonitis postoperatoria, desnutrición grave, uso crónico de esteroides, isquemia mesentérica, inestabilidad hemodinámica asociada y, en ocasiones, durante la cirugía de control de daños. “ Ver en: ORDÓÑEZ, Carlos Alberto, MD; PINEDA, Jaime Andrés, MD; ARIAS, Rafael Humberto, MD; BENÍTEZ Federico Andrés, MD; TORO, Luis Eduardo, MD; ARISTIZÁBAL, Gonzalo, MD; MARTÍNEZ, Jorge Eduardo, MD; ROSSO Fernando MD; GRANADOS Marcela, MD; BADIÉL, Marisol, MD (2008); Curso clínico de la peritonitis grave en pacientes críticamente enfermos tratados con sutura primaria diferida. Revista Colombiana de Cirugía 2008; 23 (1); 22-30, p. 26, Bogotá, Colombia. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v23n1/v23n1a5.pdf>

⁸² Tejido cicatricial y fibrinoide que se produce por la reacción del peritoneo frente a procesos infecciosos severos y agudos.

⁸³ Todos estos hallazgos son secundarios a un gran proceso séptico que se origina en el área de perforación. Estos hallazgos no se encontraban al momento de la apendicectomía, y por lo tanto, NO son consecuencia del curso natural de la apendicitis (que en general es muy bueno si se hace el tratamiento correcto) , sino del error en la técnica de entrada durante la laparoscopia que causó la perforación en una zona diferente al proceso patológico inicial de apendicitis aguda (a 80 cms de la válvula ileocecal).

en fase gangrenada con peritonitis localizada y plastrón local. Despulimiento de serosa de asa yeyunal después de la liberación del plastrón. Con evolución tórpida, pobre tolerancia a la vía oral.

El día 21.06 radiografía de abdomen: niveles hidroaéreos escalonados, distensión de asas delgadas, por lo que se decide llevar a laparoscopia diagnóstica objetivando peritonitis fecal, **perforación intestinal a nivel de íleon**, realizando resección de un segmento más anastomosis término-terminal, muñón apendicular indemne, en POP ingresa en UCI, leve acidosis metabólica, estable durante la cirugía pero taquicárdico persistente. Reanimación con 2500 de cristaloides, sangrado de 100 CC, egresa extubado, manejo en UCI por 48 horas siendo trasladado a UCIN. Allí evolución estable, SNG con productivo, sin iniciar tolerancia vía oral. Hoy se evidencia salida de contenido intestinal por lo que se decide llevar a laparotomía exploratoria, se evidencia dehiscencia de anastomosis del 70% del íleon que se rehacen, refuerzo del muñón, lavado de peritonitis 4 cuadrantes. Egres a UCI bajo soporte con norepinefrina, intubado.

Objetivo:

Bajo sedación.

Hemodinámicamente inestable TA 70/40 por lo que se inicia norepinefrina. Orina clara en cistoflo. Ventilado en CV FIO2 0.4 EEP 8 ventilación simétrica sin agregados.

Abdomen con sistema VAC con débito serohemático escaso. Afebril.

Análisis:

Diagnósticos:

1. Shock séptico⁸⁴ de origen abdominal.
2. Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 27.06.
 - 2.1. Dehiscencia anastomosis íleon + re anastomosis TT + refuerzo sobre muñón apendicular + VAC
3. Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06.
 - 3.1 Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.
4. POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06.

(...)

(Resaltado fuera de texto)

⁸⁴ El shock séptico es una entidad clínica que incluye graves anomalías circulatorias, tisulares y metabólicas que afectan a todo el organismo. Su principal característica es la baja presión arterial (hipotensión) que limita seriamente el suministro de oxígeno a los tejidos y órganos, causando ulteriormente su falla. Se dice que es séptico cuando el cuadro es desencadenado por un proceso infeccioso severo.

50. A las 20:55 horas del 27 de junio de 2017 el paciente es valorado por el médico internista Dr. CARLOS MARIO BALCÁZAR VALENCIA, quien registra en la historia clínica la nota que a continuación se transcribe:

Subjetivo

UCI Noche

Diagnósticos:

1. *Shock séptico de origen abdominal.*
2. *Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 27.06.*
- 2.1. *Dehiscencia anastomosis íleon + re anastomosis TT + refuerzo sobre muñón apendicular + VAC*
3. *Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06.*
- 3.1 *Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.*
4. *POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06.*

Problemas:

- Choque séptico*
- Oligúrico en las últimas dos horas*
- SIRS activo // Gram negativo en secreción de herida quirúrgica.*
- Taquicárdico*
- Vasoactivos en aumento*
- Ácido láctico no depurado*
- Extubación reciente.*

Objetivo:

TAM 62, FC 130, FR 23, T 36.3, SAO2 99% (FIO2 50%). LE : 490 CC en 6 Horas. Glucometría : 99.

C/C: Conjuntivas pálidas, Escleras anictéricas, mucosas húmedas, CVC sin signos de infección local, ni sangrado.

C/P: Ruidos cardíacos rítmicos, taquicárdicos, no soplos, MV disminuido en bases sin estertores, ni sibilancias.

Abdomen: Abierto con sistema de VAC.

Extremidades: Simétricas, sin edemas, llenado capilar normal.

SNC: Alerta, conciente, sin déficit agudo.

Análisis:

- Condición clínica crítica*

-Choque séptico no resuelto, hemodinamia soportada con vasoactivos en ascenso, persiste taquicárdico con cifras tensionales limítrofes a pesar del vasopresor, últimas dos horas Oligúrico⁸⁵, tiene cubrimiento antibiótico a base de Piperacilina/tazobactam desde el día 22/06/17, sin embargo la evolución no ha sido favorable, tiempo de estancia mayor a 10 días y gram de secreción de herida quirúrgica reporta germen gram negativo creciendo, se considera que podemos estar en frente de germen resistente⁸⁶ no cubierto por lo que decido escalar manejo antibiótico a meropenem previa toma de nuevos hemocultivos y esperar reporte de cultivos definitivos para dirigir la terapia, el score de cándida es bajo, sin embargo ante la no mejoría debemos pensar en adicionar antimicótico si la evolución es tórpida.

Alto riesgo de falla orgánica múltiple. Pronóstico vital reservado.

Plan:

Hartmann 1000 CC en bolo y continuar 200 CC / hora

-Tomar 2 hemocultivos periféricos y 1 de barrido de catéter.

-Suspender piperazilina/tazobactam

-Iniciar meropenem 2 Gr IV cada 8 horas.

-Laboratorios de control para la noche.

-Resto de manejo igual.

51. El 28 de junio de 2019 a las 11:11 Horas la Dra. PAULA ANDREA LOPEZ GARZÓN hace la siguiente anotación en la historia clínica:

⁸⁵ Oligúrico: Significa poca producción de orina. Es un signo de daño renal en el contexto de un proceso séptico. Significa empeoramiento del cuadro clínico.

⁸⁶ “Se estima que en el mundo un 5% de los pacientes que ingresan a hospitalizarse adquieren una infección en el establecimiento de salud o como resultado de haber concurrido a él. Más aún, la tendencia indica que las infecciones intrahospitalarias aumentarán en el tiempo. Las nuevas herramientas diagnósticas y terapéuticas, muchas de ellas invasivas, y el cambio del perfil demográfico con tendencia al envejecimiento de la población, han aumentado los riesgos de infecciones intrahospitalarias. No es de extrañar entonces que los tribunales de justicia deban lidiar día a día con juicios que involucran daños causados por estas infecciones, llamadas también infecciones nosocomiales.

En Chile desde 1982 existe un programa nacional dirigido por el Ministerio de Salud que tiene por objeto disminuir las infecciones intrahospitalarias y sus regulaciones se aplican a todos los establecimientos de salud, públicos o privados.

Un médico experto en el tema se pregunta: “¿Es lícito que por falta de organización, negligencia o desaprensión temeraria, una persona que busca la mejoría o alivio de una dolencia contraiga otra enfermedad en el mismo establecimiento donde se supone su recuperación, incluso repercusiones para su salud, que eventualmente pueden llevarle a la muerte?” Ver en:

TOCORNAL COOPER, Josefina (2010); RESPONSABILIDAD CIVIL POR INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS-NOSOCOMIAL INFECTIONS AND CIVIL LIABILITY. *Revista Chilena de Derecho*, vol. 37 N °3, pp. 477- 504, 2010, Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Derecho, Santiago, Chile. Correo electrónico: jtc@uc.cl. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-34372010000300004>

(...)

Cabecera a 35°

SNG a drenaje

Dejar luz protegida para TPN

IC nutrición

Se ordenan el antibiótico meropenem y el antimicótico caspofungina.

52. A las 11:15 Horas de ese mismo día la Dra. LOPEZ GARZÓN continúa con la evolución del paciente:

Evolución día.

Dx:

- 1. Shock séptico de origen abdominal.*
- 2. Peritonitis por Klebsiella Pneumoniae^{87, 88}.*

⁸⁷ La bacteria *Klebsiella Pneumoniae* suele encontrarse en el tracto gastrointestinal y hace parte de la flora del intestino, sin causar normalmente ninguna patología. No obstante, en situaciones de trauma grave, inmunosupresión, cirugías abdominales y exposición continua a antibióticos, adquiere resistencia y causa graves enfermedades en los hospitales. Cuando no se cumplen adecuadamente los protocolos para prevenir las infecciones intrahospitalarias, el germen *Klebsiella Pneumoniae* aparece como patógeno causante de cuadros clínicos serios que amenazan la vida del paciente. Al respecto, LOPEZ y ECHEVERRI (2010) nos explican: “*Klebsiella spp.* es ubicua en la naturaleza, de tal forma que se encuentra en las superficies de las aguas, tierra y plantas, así como en algunas de las mucosas de mamíferos como los humanos, los caballos y los cerdos; en el humano se encuentra específicamente en la mucosa de nasofaringe y del intestino, alcanzando cifras de detección entre el 5 y el 38% en heces, y entre 1 al 6% en nasofaringe. Los gramnegativos no encuentran condiciones adecuadas en la piel de los humanos, por lo que *Klebsiella spp.* es muy pocas veces aislada en ella, constituyendo sólo flora transitoria. Los principales reservorios para la transmisión de la bacteria en el ambiente hospitalario son el tracto gastrointestinal de los pacientes y las manos del personal al cuidado de ellos.” Ver en: LÓPEZ VARGAS, Jaime Alberto; ECHEVERRI TORO, Lina María (2010); *K. pneumoniae: ¿la nueva “superbacteria”?* Patogenicidad, epidemiología y mecanismos de resistencia, Sistema de Información Científica Redalyc, Red de Revistas Científicas, Acceso abierto sin fines de lucro propiedad de la academia, Redalyc.org, Iatreia, vol. 23, núm. 2, junio, 2010, pp. 157-165 Universidad de Antioquia Medellín, Colombia, p. 159. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180519015007>

⁸⁸ “*Klebsiella pneumoniae*. Tipo de bacteria que realiza su contagio en los hospitales. Se trata de un microorganismo que muestra resistencia contra muchos antibióticos, por lo que se la ha asignado dentro del grupo de las 'superbacterias'. Especie de mayor relevancia clínica dentro del género bacteriano *Klebsiella*, compuesto por bacterias Gram negativas de la familia Enterobacteriaceae, que desempeñan un importante papel como causa de las enfermedades infecciosas oportunistas. El género fue llamado así en honor a Edwin Klebs, un microbiólogo alemán de finales del siglo XIX. (...) Origen de la bacteria. Fue descrita por Karl Friedländer, -bacteriólogo alemán- que descubrió una bacteria, agente de la neumonía, durante muchos años se conoció como el «bacilo de Friedländer». El bacilo ahora conocido como *Klebsiella pneumoniae* son bacterias gram negativas, la asimilación y la fermentación de la lactosa se puede observar en el agar MacConkey donde las colonias son de color rosado y en el medio Kligler o TSI donde son Ácido/Ácido, es decir fermentador de la lactosa más producción de gas; y en la fermentación acetónica o prueba de Voges Proskauer son positivos. Por último, sus condiciones óptimas de cultivo son en agar nutritivo a 37 °C, pH de 7.0, presión osmótica de 1 atm. Cuadros clínicos: Implicada principalmente en infecciones nosocomiales. Es el agente causal de infecciones del tracto urinario, neumonías, sepsis, infecciones de tejidos blandos, e infecciones de herida quirúrgica. Son especialmente susceptibles los pacientes ingresados en unidades de cuidados

3. Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 27.06.

4. Dehiscencia anastomosis íleon + reanastomosis TT + refuerzo sobre muñón apendicular + VAC

5. Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06.

6. Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.

7. Pop de apendicectomía por laparoscopia 16.06

8. Fallo renal agudo AKIN ⁸⁹

Problemas:

Choque séptico

Oligúrico.

SIRS activo //gram negativo en secreción herida quirúrgica.

Taquicárdico

Soporte vasopresor

Ácido láctico no depurado.

Extubación reciente.

(...)

Abdomen abierto + sistema VAC

Análisis:

Paciente joven en contexto de shock séptico origen abdominal con germen aislado *K Pneumoniae BLEE*⁹⁰ positivo más levaduras las cuales se

intensivos, neonatos, pacientes con EPOC, diabetes mellitus o alcohólicos.” Ver en: EcuRed (2018); *Klebsiella Pneumoniae* (2018); Oficina Nacional para la Informatización (ONI) y el Instituto de Información Científica y Tecnológica (IDICT), La Habana, Cuba. Disponible en: https://www.ecured.cu/index.php?title=Klebsiella_pneumoniae&oldid=3218390

⁸⁹ AKIN: Acrónimo para el inglés “Acute Kidney Injury Network”. Es una escala que mide el grado de daño agudo a los riñones. Un grado I significa la presencia de daño y compromiso renal, en el presente caso, secundario al cuadro de sepsis abdominal.

⁹⁰ BLEE : Acrónimo para “Beta-lactamasas de espectro extendido”. Las bacterias que tienen la capacidad de producir BLEE se consideran muy resistentes a los antibióticos. Esta característica suele tener lugar en ambientes hospitalarios. ECHEVERRI y cols (2012) nos explican: “Adicional al incremento en su prevalencia, se reporta un aumento de *Klebsiella Pneumoniae* resistente a los antimicrobianos alrededor del mundo y en nuestro país. Esta resistencia está dada principalmente por la producción de B-lactamasas de espectro extendido (BLEE) que inactivan a los antimicrobianos B-láctamicos, los más prescritos en todo el mundo y son el tratamiento de primera línea para las infecciones causadas por esta bacteria (...) Los bacilos gramnegativos entéricos resistentes a antimicrobianos son un problema frecuente en todo el mundo y han cobrado gran importancia como causantes de infecciones asociadas al cuidado de la salud. Latinoamérica no se escapa a esta realidad; en diferentes ciudades de Colombia y en nuestra institución se ha documentado en los últimos años un aumento en el aislamiento de estos microorganismos, especialmente aquellos productores de BLEE como *K. pneumoniae*.” Ver en : ECHEVERRI-TORO, Lina M.; RUEDA, Zulma V.; MAYA, Wilmar; AGUDELO, Yuli; OSPINA, Sigifredo (2012), pp. 175, 179, 180. **Se cita esta literatura con el fin de demostrar que la extensa peritonitis y sepsis abdominal que afectó al paciente fue causada por gérmenes adquiridos dentro de la institución , dada su multirresistencia, característica propia de las infecciones nosocomiales.** Este agente

evidenciaron en los primeros cultivos dado la condición del paciente y requerimiento de soporte vasopresor. Se decide ajustar cubrimiento antimicótico, con el soporte vasopresor, extubación reciente, persiste taquicárdico, oligúrico con fallo renal AKIN I, por el momento se continúa manejo médico en UCI se ajusta manejo se solicita paraclínicos de control. **Alto riesgo de falla orgánica múltiple, pronóstico vital reservado.**

53. A las 21:16 H de ese mismo día el Dr. WILLIAM MEJÍA PALOMINO, Cirujano General, hace la nota de evolución que se transcribe:

CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA

16 años

1. Shock séptico de origen abdominal.

2. POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes (27/04/17). Hallazgos: Peritonitis fecal de 4 cuadrantes, dehiscencia del 70% de la anastomosis intestinal previa, localizado a 80 cms de la válvula ileocecal. Dehiscencia parcial del muñón apendicular con escasa filtración. Acodamientos obstructivos por bridas laxas en varios segmentos, desde el treitz hasta la válvula ileocecal.

3. POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes + **perforación a nivel de íleon** + resección segmentaria anastomosis TT (21/06/17) . Hallazgos peritonitis generalizada, con abundante líquido intestinal y membranas, adherencias inflamatorias interasas y de asas a pared, **perforación en borde mesentérico de íleon a aproximadamente 80 cms de válvula ileocecal.**⁹¹

infeccioso (bacteria) no fue adquirida por el paciente en la comunidad, ni de manera previa a las reintervenciones quirúrgicas a las que fue sometido. Más bien, el agente infeccioso es consecuencia de dichas intervenciones.

⁹¹ Según Moorthy (2015):

“Take-Home Points

Every precaution should be taken to prevent bowel injuries during laparoscopic Surgery-access should preferably be through the open technique or through the use of optical entry trocars; all trocars should be inserted under direct vision.

Vigilance and early recognition are essential to rescuing patients from bowel injuries. Teamwork, communication, and leadership (human factors) skills are essential in ensuring that patients are rescued effectively with minimal morbidity and mortality.

Postoperative care should be protocol-based and there should be triggers to escalate care. Patients whose progress deviates from the norm (i.e., go off-protocol) are likely to have complications. This should trigger a set of clinical and system responses, including reviews by senior clinicians.

Traducción:

Puntos a tener en cuenta:

4. POP de apendicectomía por laparoscopia (16/06/17). Hallazgos: Apendicitis aguda en fase gangrenada con peritonitis localizada y plastrón local. Despulimiento de serosa de asa yeyunal después de la liberación del plastrón.

(...)

PLAN:

Manejo en UCI

Revisión de cavidad para el viernes.

54. A las 21:24 horas de ese día se hace la siguiente nota por parte de cirugía general, Doctor WILLIAM ALBERTO MEJÍA PALOMINO:

Diagnósticos:

1. Shock séptico de origen abdominal.
2. Peritonitis por *klebsiella pneumoniae Blee*⁹² + levaduras.
3. Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 27.06.
4. Dehiscencia anastomosis íleon + re anastomosis TT + refuerzo sobre muñón apendicular + VAC.
5. Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06.
- 6. Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.**

Se deben tomar todas las precauciones para prevenir las lesiones intestinales durante la laparoscopia. El acceso quirúrgico debe hacerse preferiblemente por medio de técnicas abiertas o mediante el uso de trócares ópticos; todos los trócares deben insertarse bajo visión directa.

La vigilancia y el reconocimiento temprano son esenciales para rescatar a los pacientes de las lesiones intestinales. El trabajo en equipo, la comunicación y el liderazgo (factores humanos) son habilidades esenciales para asegurar que los pacientes son rescatados efectivamente con una mínima mortalidad y morbilidad.

El cuidado en el postoperatorio debe basarse en protocolos y deben detectarse eventos para escalar el cuidado.

Pacientes en quienes el progreso se desvía de la norma o del protocolo son más propensos a tener complicaciones. Esto debe desencadenar un conjunto de respuestas clínicas y sistémicas, incluyendo la revisión de profesionales más experimentados. “Tomado de MOORTHY (2015), Ibid. Obviamente, ninguna de estas precauciones se tomaron en el caso de Christian David Hernández.

⁹² Nuevamente, LÓPEZ Y ECHEVERRI (2010) nos explican: “En Colombia, un estudio de resistencia en bacilos gramnegativos realizado por el Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas (CIDEIM), realizado en ocho hospitales de tercer nivel de atención de las ciudades de Bogotá, Medellín y Cali, reveló que el 32,6% de las cepas de *K. pneumoniae* cultivadas en pacientes en unidades de cuidados intensivos (UCI) y 29,8% de aquellas cultivadas en pacientes hospitalizados en otros servicios eran BLEE positivas, predominando las del grupo CTX-M.” Ver en: LÓPEZ VARGAS, Jaime Alberto; ECHEVERRI TORO, Lina María (2010);Ibid, p. 160. Con ello se demuestra que este tipo de bacterias resistentes se adquieren sólo en los hospitales, por lo que se les llama “infecciones nosocomiales”.

7. POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06

8. Fallo renal agudo AKIN I.

Objetivo:

Regular condición general.

TAM 66-67 FC 97 – 119 FR 17 sin fiebre.

Extubado.

Disminución de murmullo vesicular.

Ruidos cardiacos regulares.

Abdomen abierto con sistema VAC. Renal diuresis 30 – 40 CC/hora.

Neurológico despierto , colabora al examen físico.

Glucometrías 96 – 107 MG/DL.

Gases arteriales sin acidosis metabólica. Buena oxigenación.

55. El 29 de junio de 2019 a las 13:15 se hace la siguiente nota por cirugía general:

Diagnósticos:

1. *Shock séptico de origen abdominal.*

2. *POP de apendicectomía por laparoscopia (16.06.17). Hallazgos: Apendicitis en fase aguda gangrenada con peritonitis localizada y plastrón local. Despulimiento de serosa de asa yeyunal después de la liberación del plastrón.*

3. *POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes + perforación a nivel de íleon + resección segmentaria de anastomosis TT (21/06/17). Hallazgos: Peritonitis generalizada con abundante líquido intestinal y membranas, adherencias inflamatorias interasas y de asas a pared. **Perforación en borde mesentérico de íleon aproximadamente 80 cms de válvula ileocecal**⁹³. Muñón apendicular indemne.*

4. *POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes (27/04/17). Hallazgos: Peritonitis fecal de 4 cuadrantes, dehiscencia del 70% de la*

⁹³ “At 0.13 per cent, the incidence of laparoscopy-induced bowel injury is small and such injury is usually discovered during the operation. Nevertheless, laparoscopy-induced bowel injury is associated with a high mortality rate of 3.6 per cent.

Traducción:

A 0.13 por ciento, la incidencia de las lesiones inducidas por laparoscopia es pequeña y estas heridas usualmente son descubiertas durante la operación. Sin embargo, la lesión intestinal inducida por laparoscopia tiene una mortalidad alta. “

Ver en: M. van der Voort , E. A. M. Heijnsdijk , D. J. Gouma (2004); Bowel injury as a complication of laparoscopy. *British Journal of Surgery Society Ltd*. Published by John Wiley & Sons, Ltd. Disponible en: <https://bjssjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/bjs.4716>

anastomosis intestinal previa, localizado a 80 cms de la válvula ileocecal. Dehiscencia parcial del muñón apendicular con escasa filtración.

(...)

Escleras levemente ictéricas.

Abdomen blando, depresible, sistema VAC funcionando a 80 CC ahora con líquido serohemático escaso producido por sonda nasogástrica 1250 CC el día de ayer.

(...)

Análisis:

Regulares condiciones generales, con persistencia de taquicardia, aunque refiere mejoría del dolor abdominal, tiene pendiente cultivos, se realizará nuevo lavado mañana.

56. A las 13:44 horas de ese mismo día el Dr. DIEGO FERNANDO MORENO SANCHEZ hace la siguiente anotación:

Diagnósticos:

- 1. Shock séptico de origen abdominal.*
- 2. Peritonitis por klebsiella Pneumoniae BLEE⁹⁴ + levaduras.*
- 3. Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 27.06.*
- 4. Dehiscencia anastomosis íleon + re anastomosis TT + refuerzo sobre muñón apendicular + VAC.*
- 5. Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06.*

⁹⁴ “En Suramérica, se reporta mayor prevalencia de productora de Klebsiella pneumoniae BLEE entre 45,4 y 51,9% y por Escherichia coli (E. coli) entre 8,5 y 18,1%⁴. La mortalidad por SAMR es 2,5 veces mayor que por Staphylococcus aureus meticilino sensible (SAMS).

En Medellín, el estudio de tendencias de la resistencia antibiótica, realizado por el grupo GERMEN, revela entre las bacterias más aisladas E. coli, tanto en salas de hospitalización (29,8% de todos los aislamientos) como en unidades de cuidados intensivos (UCI) (15,3%), seguido de Staphylococcus aureus (S. aureus) (12,8%), Klebsiella pneumoniae (K. pneumoniae) (9,0%) y P. aeruginosa (5,7%)

Entre los factores relacionados con infecciones por bacterias multirresistentes, se reportan la hospitalización prolongada, enfermedades crónicas, intervenciones quirúrgicas, internación en UCI, inserción de dispositivos invasivos, incumplimiento de las normas de aislamiento y de las medidas de bioseguridad, y el uso inadecuado de antibióticos.” Ver: LONDOÑO RESTREPO, Johanna; MACIAS OSPINA, Isabel Cristina; OCHOA JARAMILLO, Francisco Luis (2015); Factores de riesgo asociados a infecciones por bacterias multirresistentes derivadas de la atención en salud en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín 2011-2014. Asociación Colombiana de Infectología, Medellín, Colombia, p. 78. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v20n2/v20n2a04.pdf>

6. Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.

7. POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06

8. Fallo renal agudo AKIN I.

Objetivo:

(...)

Abdomen: Blando, depresible, se observa herida qx abierta conectada a sistema vacuum.

G/U: se observa sonda vesical + cistoflo con eliminación aprox 110 CC.

Extremidades: Simétricas, móviles, edema G1.

57. A las 18:03 horas de ese día el servicio de terapia respiratoria registra:

Respiratorio: Anormal. Ausculto disminución del murmullo en bases.

58. A las 21:55 de ese mismo día se registra que el paciente será llevado nuevamente a cirugía para nuevo lavado de cavidad. Se hacen los siguientes diagnósticos:

1. *Shock séptico de origen abdominal.*

2. *Peritonitis por klebsiella pneumoniae Blee + levaduras.*

3. *Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 27.06.*

4. *Dehiscencia anastomosis íleon + re anastomosis TT + refuerzo sobre muñón apendicular + VAC.*

5. *Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06.*

6. Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.

7. POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06

8. Fallo renal agudo AKIN I.

59. A las 08:58 del 30 de junio de 2017 se puede leer:

Diagnósticos:

1. *Shock séptico de origen abdominal.*

2. POP de apendicectomía por laparoscopia (16.06.17). Hallazgos: Apendicitis en fase aguda gangrenada con peritonitis localizada y plastrón local. Despulimiento de serosa de asa yeyunal después de la liberación del plastrón.

3. POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes + perforación a nivel de íleon + resección segmentaria de anastomosis TT (21/06/17). Hallazgos: Peritonitis generalizada con abundante líquido intestinal y membranas, adherencias inflamatorias interasas y de asas a pared. **Perforación en borde mesentérico de íleon aproximadamente 80 cms de válvula ileocecal**⁹⁵. Muñón apendicular indemne.

4. POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes (27/04/17). Hallazgos: Peritonitis fecal de 4 cuadrantes, dehiscencia del 70% de la anastomosis intestinal previa, localizado a 80 cms de la válvula ileocecal. Dehiscencia parcial del muñón apendicular con escasa filtración.

(...)

Objetivo:

Encuentro paciente en cama, el día de hoy cohortizado⁹⁶ por cultivo multirresistente⁹⁷, activo, alerta, afebril, levemente ictérico, con sistema VAC

⁹⁵ “Be diligent about inspecting the bowel in the area of surgical intervention and quick to suspect intestinal injury when the patient doesn’t improve postop.

(...)

During operative laparoscopy, a quick search for injury through the laparoscope cannot assure any surgeon that the intestinal wall has not been seriously denuded. A damaged muscularis—even if it is not recognized as transmural injury—may subsequently rupture if it is not appropriately repaired intraoperatively.

Traducción:

Sea diligente al inspeccionar el intestino en el área de intervención quirúrgica y sospeche rápidamente una lesión intestinal cuando el paciente no mejore pronto en el postoperatorio.

(...)

Durante la operación de laparoscopia, una búsqueda rápida con el laparoscopio no puede asegurar a ningún cirujano que la pared intestinal no ha sido denudada. Una muscularis lesionada – así no se reconozca como una lesión transmural – puede subsecuentemente presentar una ruptura si no es reparada de manera apropiada intraoperatoriamente.” Ver en: BAGGISH, Michael S, MD (2008); *Ibid*, parte 2, p. 55.

⁹⁶ Cohortizar: Significa aislar a los pacientes infectados de acuerdo al micro-organismo causal para de esta manera detener la cadena de transmisión. Es un procedimiento común usado en las infecciones intrahospitalarias (nosocomiales).

⁹⁷ “Como señala el Ministerio de Salud “debe considerarse que el control de estas infecciones permiten mejorar simultáneamente la calidad de la atención y la productividad de los establecimientos, lo que las hace un muy buen indicador de la gestión de los hospitales.

Ajenjo opina que “actualmente las Infecciones Intra-Hospitalarias (IIH) son consideradas como uno de los mejores indicadores de calidad de la atención debido a su frecuencia, la gravedad que conllevan, el aumento significativo de los costos que implica su ocurrencia y porque reflejan el resultado de acciones del equipo de salud, susceptibles de ser modificadas de acuerdo a estándares vigentes. Se estima que un tercio de ellas pueden prevenirse con un programa adecuado de control de infecciones y de los casos médicos que generan acciones legales, hasta 25% puede corresponder a IIH”. En el mismo sentido, los infectólogos americanos Edmond y Wenzel señalan que de acuerdo a lo estudiado sobre la eficacia de control de infecciones intrahospitalarias en hospitales americanos, se considera que hay un 32% menos de estas infecciones en

drenando 600 CC aproximadamente hasta el momento, SNG con 1750 CC de producido, verdoso sin salida de material purulento aparente. Herida quirúrgica con anastomosis aparentemente cerrando, sin estigmas de sangrado activo ni salida de material en el momento.

Se pasa turno quirúrgico para lavado peritoneal y sistema VAC.

60. A las 11:26 H del 30 de junio de 2017 se registra en la historia clínica:

Diagnósticos:

1. *Shock séptico de origen abdominal.*
 2. *Peritonitis por klebsiella pneumoniae Blee + levaduras.*
 3. *Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 27.06.*
 4. *Dehiscencia anastomosis íleon + re anastomosis TT + refuerzo sobre muñón apendicular + VAC.*
 5. *Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06.*
 - 6. Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.**
 7. *POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06*
 8. *Fallo renal agudo AKIN I.*
 9. *Cultivo de cavidad abdominal: enterobacter cloacae KPC^{98,99} + P neumoniae*
- (...)

Análisis:

Problemas:

establecimientos con programas activos de prevención en comparación con hospitales sin estos programas.” Ver en: TOCORNAL COOPER, Josefina (2010), Íbid.

⁹⁸ Enterobacter cloacae es un tipo de bacteria. Y “KPC” es el acrónimo para “Klebsiella Pneumoniae Carbapenemasa”, una enzima que producen ciertas bacterias y las hace resistentes a los antibióticos, haciéndolas más peligrosas. Este tipo de enzimas es producida principalmente por bacterias e infecciones adquiridas en los hospitales.

⁹⁹ “Los antibióticos β -lactámicos carbapenems son comúnmente usados para tratar infecciones causadas por enterobacterias multirresistentes. Las carbapenemasas (β -lactamasas que hidrolizan carbapenem) son las principales enzimas involucradas en la neutralización de los carbapenems. **Las enzimas KPC (Klebsiella pneumoniae carbapenemasas)** confieren resistencia a todos los agentes β -lactámicos incluyendo, penicilinas, cefalosporinas, monobactams y carbapenems. Se llamaron KPC por haber sido identificadas fundamentalmente en K. pneumoniae, aunque fueron reportadas, también en un número creciente y diverso de especies bacterianas, como Klebsiella oxytoca, Serratia spp., Enterobacter spp., Salmonella spp., Citrobacter freundii y Pseudomonas aeruginosa . Las enzimas KPC se encuentran normalmente en elementos genéticos móviles que facilitan la transferencia entre plásmidos y a través de distintas especies bacterianas.” Ver en: CIBIC LABORATORIOS (2013); Investigación del Gen KPC (Klebsiella pneumoniae carbapenemasas), Rosario, Santafe, Argentina. Disponible en: <http://www.cibic.com.ar/institucional/>

1. *Cultivo abdominal + enterobacter cloacae KPC^{100, 101} + K. pneumoniae. Se inicia colistina + amikacina*
 2. *Se logró destete de vasoactivos.*
 3. *SIRS no resuelta.*
 4. *Cirugía abdominal de alta complejidad con complicaciones.*
 5. *Cohortizado.*
- Diuresis + glucometrías en metas.*

61. A las 16:51 Horas de ese mismo día se puede leer en la historia clínica:

Diagnósticos:

1. *Shock séptico de origen abdominal.*
2. *Peritonitis por klebsiella pneumoniae Blee + levaduras.*

¹⁰⁰ ¿Qué son las KPC? Al respecto, el Dr. GUILLERMO LOSSA, Director del Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias del Ministerio de Salud de Argentina (2011) nos explica: “Las Carbapenemasas son enzimas de la familia de las Betalactamasas que, al ser producidas por las bacterias, confieren resistencia clínicamente significativa a antibióticos carbapenémicos (Imipenem, Meropenem, Doripenem, Ertapenem).
(...)”

Dentro de este grupo de enzimas la que más ha llamado la atención en los últimos tiempos es la denominada KPC producida fundamentalmente por *Klebsiella pneumoniae*, aunque también puede hallarse en otras Enterobacterias. Desde el año 2001 se han detectado en forma creciente en bacterias del género *Klebsiella* y posteriormente se han descrito en *Escherichia coli*, *Serratia marcescens*, *Citrobacter spp.*, *Enterobacter spp.*, *Pseudomona aeruginosa*, *P putida*, *Acinetobacter spp.*, entre otras.

(...)

¿Existen en Argentina? En Argentina los primeros hallazgos confirmados fueron en el año 2006 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y se encuentra en franco aumento desde entonces, habiendo hecho eclosión como causante de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud en el año 2010, en diferentes establecimientos de la ciudad y del país. Esto seguirá en aumento si no se toman urgentes medidas para su prevención y control (...). Ver en : LOSSA, Guillermo; LOSSA, Marcela (2011); ¿Qué son las Infecciones Hospitalarias (IH) ? *Klebsiella pneumoniae* organismos productores de carbapenemasas (KPC) , Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias. Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias del Ministerio de Salud de Argentina, Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=69279>

¹⁰¹ “Las Infecciones Hospitalarias (IH) pueden afectar a las personas que concurren a los establecimientos de salud, siendo distintas del motivo por el cual asisten inicialmente.

Los principales afectados por las IH son los pacientes (a través de las técnicas de diagnóstico y tratamiento) y el personal de salud (accidentes laborales) .

(...)

Las Infecciones Hospitalarias son, en definitiva, un problema sumamente preocupante para los hospitales. Significan un alto costo social y económico y una disminución de posibilidades de uso de camas para otras patologías.

Es fundamental la vigilancia, prevención y control estandarizada y sistematizada de las IH para mejorar la calidad de la atención médica y disminuir la morbimortalidad por IH. Ver en LOSSA y LOSSA (2011), *Íbid.*

3. *Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 27.06.*
4. *Dehiscencia anastomosis íleon + re anastomosis TT + refuerzo sobre muñón apendicular + VAC.*
5. *Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06.*
- 6. *Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.***
7. *POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06*
8. *Fallo renal agudo AKIN I.*

Se considera que el paciente en el curso de la hospitalización se ha infectado con gérmenes multirresistentes. Se ordena seguir con los antibióticos meropenem, se inicia colistina y amikacina.

62. Ese mismo día 30 de junio de 2017, a las 23:10 Horas, el paciente es llevado por cuarta vez a cirugía. En la nota quirúrgica se registra lo siguiente:

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA:

Asepsia y antisepsia

Campos de cirugía.

Retiro de sistema de vacío previo.

Drenaje de peritonitis generalizada y revisión sistemática de la cavidad.

Sección de adherencias peritoneales.

*Se procede a resección intestinal de aproximadamente 30 cms de intestino delgado incluyendo anastomosis previa no filtrada y **áreas de perforación múltiples en íleon.**¹⁰²*

¹⁰² Retomando a MOORTHY (2015): “Early recognition is essential in preventing some of the adverse outcomes from iatrogenic bowel injuries. Delayed diagnosis is associated with a higher risk of septicemia (as seen in this case), the need for a laparotomy, high risk of multiple operations, stoma formation, prolonged hospital stay, and, most importantly, mortality. The estimated mortality rate for all laparoscopic bowel procedures is 3.6%.

If an injury is recognized at the time of surgery, it can always be repaired, usually laparoscopically with minimum consequences. Ideally, experienced laparoscopic surgeons should perform the repair, as it involves laparoscopic suturing and knot tying, a complex technical task. However, a surgeon encountering this complication and lacking in experience in laparoscopic suturing should convert to an open laparotomy to repair the injury. In most circumstances, this would be safer than a poorly performed laparoscopic repair.”

Traducción:

“El reconocimiento temprano es esencial para prevenir algunos de los resultados adversos de las lesiones intestinales iatrogénicas. El diagnóstico tardío está asociado con un mayor riesgo de septicemia (como la que se vio en este caso), la necesidad de laparotomía, el alto riesgo de múltiples operaciones, formación de

Se realiza ileostomía en doble boca de cañón¹⁰³ en el flanco derecho y se madura con vicryl 3-0. Se realiza lavado peritoneal con 6000 CC de SSN.

Se coloca nuevo sistema de vacío abdominal Genadyne, plástico fenestrado y doble espuma verde. Se cubre con adhesivo y se conecta a succión a 100 mmHg con adecuado vacío.

HALLAZGOS:

Peritonitis fecal de 4 cuadrantes.

Áreas difusas de necrosis y perforación en íleon distal, anastomosis previa indemne, se decide resección incluyendo la anastomosis, e ileostomía.

Pérdida del domicilio abdominal.

PLAN:

Manejo en UCI.

Patología.

AB de amplio espectro, cubrir gram negativos (shigela, salmonela)

Revisión en 48 horas.

Reposo intestinal hasta nueva orden.

La nota es firmada por el Dr. JOSÉ FERNANDO GUITARRERO PINZÓN, Cirujano General. También interviene el Dr. DANIEL POSADA, Cirujano General.

63. En la nota anterior se observa que se ha encontrado una área de intestino que sigue perforada. Debe tenerse en cuenta que la explicación más razonable es que esta perforación también fue causada durante el acceso laparoscópico, es decir, durante la entrada de los trócares el 16 de junio de 2017. En la segunda cirugía (21 de junio de 2017) se encuentra un área de perforación, se realiza la resección de dicho segmento y la anastomosis término – terminal. Pero se deja sin reparar un área intestinal que seguía perforada, debido a una inspección incompleta y deficiente de las asas intestinales. Por supuesto, esto explica la persistencia del

estoma, estancia hospitalaria prolongada, y, lo más importante, mortalidad. La tasa de mortalidad general para todos los procedimientos laparoscópicos de intestino es del 3.6%.

Si una lesión se identifica durante la cirugía, siempre se puede reparar, usualmente de forma laparoscópica y con mínimas consecuencias. Idealmente, los cirujanos laparoscópicos experimentados deberían realizar la reparación, ya que involucra la sutura laparoscópica y puntos, una actividad técnicamente compleja. Sin embargo, un cirujano que encuentra estas complicaciones y no tiene suficiente experiencia en sutura laparoscópica debe convertir el procedimiento en una laparotomía abierta para reparar la lesión. En la mayoría de las circunstancias, esto es mejor que una reparación laparoscópica pobremente llevada a cabo. “Tomado de Moorthy (2015), Ibid. Es claro que en el caso de Christian David las perforaciones se detectaron muy tardíamente, lo cual ocasionó que el paciente presentara complicaciones serias y evolucionara hacia la sepsis y finalmente la muerte.

¹⁰³ Ileostomía: Significa conectar el intestino delgado con la pared abdominal, para que a través de un orificio se expulsan las heces fecales. A partir de ese momento las heces ya no se expulsan por el ano, sino que se expulsan a través del orificio de ileostomía en la pared abdominal, por lo que deben ser recogidas en una bolsa. Ileostomía en “doble boca de cañón” significa que hay dos orificios, uno por donde se expulsan las heces, y el otro que corresponde a la porción de intestino que continuaría su recorrido hasta el ano, pero que debido al orificio de ileostomía ya no recibirá más heces.

proceso infeccioso, de la filtración del contenido intestinal y de la peritonitis, al punto de que se hace necesaria una tercera cirugía el 27 de junio de 2017, en la que se documenta la dehiscencia de la anastomosis y del muñón apendicular, así como de filtración fecaloide, eventos que son consecuencia de la persistencia del proceso infeccioso, y que a su vez, lo agravan. Se repara la anastomosis resecaando el segmento comprometido, se hace una re-anastomosis, y se refuerza el muñón apendicular. Pero se deja, nuevamente, sin reparar el área de intestino que seguía perforada, por lo que naturalmente continúa la filtración, la sepsis, la necrosis del tejido lesionado y la peritonitis, situación que hace necesaria la cuarta cirugía, en la que finalmente se repara y se extrae el segmento que permanecía perforado. No obstante, para este momento, el cuadro infeccioso se encuentra muy avanzado, y el paciente infectado por bacterias nosocomiales y multirresistentes, lo que lleva a una evolución clínica ulterior tórpida, ominosa y finalmente mortal.

64. En líneas posteriores explicaremos como los demandados intentarán encubrir estas graves fallas atribuyendo las perforaciones a un proceso infeccioso (una "enteritis"), en especial, el segundo hallazgo de perforación. No obstante, tal como se probará, una perforación espontánea era de imposible ocurrencia en este paciente, y además, los gérmenes identificados correspondían a bacterias adquiridas en el centro asistencial demandado (nosocomiales) y a gérmenes propios de la flora intestinal que ingresaron al peritoneo debido a la misma perforación iatrogénica¹⁰⁴. No se hallaron otros gérmenes, y no era posible que estas bacterias, bajo este cuadro clínico, causaran dichas perforaciones intestinales. Por el contrario, la causa real y lógica de estas perforaciones fue un error en la técnica de acceso laparoscópico, y las infecciones adquiridas fueron una consecuencia, y no la causa, de dichas perforaciones.¹⁰⁵ Al error inicial cometido el 16 de junio de 2017, se debe agregar el error cometido en las cirugías (laparotomías) del 21 y 27

¹⁰⁴ Iatrogenia: Daño causado por el acto médico. En el presente caso, hace referencia a las perforaciones intestinales causadas por errores en la técnica de acceso laparoscópico durante la apendilap del 21 de junio de 2017.

¹⁰⁵ "Classifying intestinal injuries:

As in the case of major vessel injury, intestinal injury sustained during laparoscopy can be classified as either:

- Injury secondary to the approach. This category refers to entry complications associated with creation of the pneumoperitoneum and insertion of primary and secondary trocars.

- Injury secondary to the procedure or operation. This type of injury occurs as a result of manipulation with various devices during laparoscopy. The devices may include probes, forceps, scissors, or energy devices such as laser, electro-surgical, and ultrasonic instruments.

Traducción:

Clasificando las lesiones intestinales:

Como en el caso de la lesión a un gran vaso, la lesión intestinal sostenida durante la laparoscopia se puede clasificar en:

-Lesión secundaria al abordaje. Esta categoría se refiere a las complicaciones de entrada asociadas a la creación del neumoperitoneo y la inserción de los trócares primarios y secundarios.

-Lesión secundario al procedimiento. Este tipo de lesión tiene lugar como resultado de la manipulación de varios dispositivos durante la laparoscopia. Los dispositivos pueden ser sondas, fórceps, tijeras, o dispositivos de energía como láser, electrocauterio, e instrumentos ultrasónicos. " Ver en: Ver en BAGGISH, Michael S, MD (2008); Íbid, parte 1, p. 50.

de junio de 2017, en las que se pasó por alto la existencia de un área de intestino que seguía perforada, debido a una deficiente inspección de las asas intestinales.

65. El 1° de julio de 2017, a las 1:16 Horas, se registra lo siguiente en la historia clínica:

Diagnósticos:

1. *Shock séptico de origen abdominal.*
2. *Peritonitis por klebsiella pneumoniae BLEE¹⁰⁶ + levaduras.*
3. *Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 27.06.*
4. *Dehiscencia anastomosis íleon + re anastomosis TT + refuerzo sobre muñón apendicular + VAC.*
5. *Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06.*
6. ***Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.***
7. *POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06*
8. *Fallo renal agudo AKIN I.*

(...)

Análisis: Paciente a quien le practican laparotomía, encuentran nuevas perforaciones, por lo cual llevan a resección intestinal y dejan ileostomía, pronóstico reservado, ya está con amplio cubrimiento ABX (meropenem + colistina + caspofungina).

66. Ese mismo día a las 12:07 es valorado por Medicina Interna. A continuación se transcribe la nota que se hace en la historia clínica:

Subjetivo:

1. *Shock séptico de origen abdominal.*
2. *Peritonitis por K. Pneumoniae + levaduras.*
3. *Anastomosis e ileostomía (01/07/2017).*

¹⁰⁶ “Estima la Corte que al ser una obligación de prudencia y diligencia la de seguridad que se viene examinando (evitar que el paciente contraiga infecciones intrahospitalarias), el contenido de la obligación del deudor será entonces el de ser diligente y cuidadoso, el de emplear los medios idóneos de acuerdo con las circunstancias y las normas técnicas y protocolos para tratar de alcanzar el fin común perseguido por las partes, razón por la cual sólo su conducta lo hará responsable o lo exonerará, sin perjuicio de que, por supuesto, pueda demostrar una causa extraña.” Ver en: Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 20 de junio de 2019, MP. MARGARITA CABELLO BLANCO, Expediente 05001-31-03-004-2006-00280-01 .

4. *Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 27.06.*
5. *Dehiscencia anastomosis íleon + re anastomosis TT + refuerzo sobre muñón apendicular + VAC*
6. *Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06.*
7. *Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.*
8. *POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06.*
9. *Fallo renal agudo AKIN I.*

Objetivo:

Paciente tranquilo, alerta, con sat O2:94%, cánula O2. SV: TA=124/76 FC:89, FR=18, ORL: Escleras anictéricas, conjuntivas rosadas, mucosas húmedas, SNG a drenaje a cuello: no masas, no adenopatías. Tórax: simétrico, normoexpansivo C/P: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, campos pulmonares normoventilados, abdomen blando, depresible se observa herida quirúrgica abierta conectada a sistema vacum / ileostomía. G/U: Se observa sonda vesical + cistoflo con eliminación aproximadamente 1500 CC. Extremidades: simétricas, móviles, edema G1.

Análisis:

Paciente en manejo conjunto por servicio de cirugía general por POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes – requirió manejo con VMI. Ya extubado con adecuada respuesta clínica con buen patrón respiratorio, aún con soporte de vasoactivos, es llevado el día (01/07/2017) por servicio de cx general a nuevo procedimiento qx con los siguientes hallazgos: Peritonitis fecal de 4 cuadrantes, áreas difusas de necrosis y perforación en íleon distal, anastomosis previa indemne, determinando resección incluyendo la anastomosis e ileostomía. Por el momento pendiente nuevo procedimiento qx en 48 horas. Se continuará manejo conjunto con qx general.

(...)

Justificación para que el paciente continúe hospitalizado hoy:

Sepsis de origen abdominal.

La nota es firmada por el Dr. CARLOS MARIO BALCÁZAR VALENCIA, Médico Especialista en Medicina Interna.

67. Ese mismo día 1° de julio de 2017 a las 18:05 Horas Cirugía General hace la siguiente nota:

CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA

16 años

Diagnósticos:

1. Shock séptico de origen abdominal.
2. POP de apendicectomía por laparoscopia (16/06/17).
3. POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes + perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT (21/06/17). Hallazgos: Peritonitis generalizada, con abundante líquido intestinal y membranas, adherencias inflamatorias interasas y de asas a pared. **Perforación en borde mesentérico de íleon a aproximadamente 80 cm de válvula ileocecal. Muñón apendicular indemne.**¹⁰⁷
4. POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes (27/04/17). Hallazgos: peritonitis fecal de 4 cuadrantes, dehiscencia del 70% de la anastomosis intestinal previa, localizado a 80 cms de la válvula ileocecal. Dehiscencia parcial del muñón apendicular con escasa filtración. Acodamientos obstructivos por bridas laxas en varios segmentos, desde el treitz hasta la válvula ileocecal.
5. Pop de laparotomía + drenaje de peritonitis + ileostomía continente + sistema de cicatrización asistida por vacío (01/07/17). Hallazgos: Peritonitis fecal de 4 cuadrantes, áreas difusas de necrosis y perforación en íleon distal. Anastomosis previa indemne, pérdida del domicilio abdominal.

(...)

Objetivo:

(...)

Abdomen: depresible, distendido, manifiesta dolor a la palpación generalizada, sistema VAC funcionando.

(...)

Análisis:

Paciente hospitalizado en UCI, con diagnósticos anotados, actualmente Cohortizado por enterobacter cloacae KPC, recibiendo manejo requerido en UCI, en POP del día de ayer de lavado peritoneal, con hallazgos de peritonitis fecal de 4 cuadrantes, áreas difusas de necrosis y perforación de íleon distal, sin embargo anastomosis previa indemne, por lo que se realizó resección

¹⁰⁷ “In one memorable case, a primary trocar penetrated the omentum, injuring several underlying structures. In its transit, the trocar passed through both the anterior and posterior walls of the duodenum and finally entered the superior mesenteric artery. The gynecologic surgeon performing the laparoscopic tubal ligation failed to recognize any of these injuries. The patient went into shock in the recovery room and was returned to the operating room. Fortunately, a transplant surgeon from a neighboring theater was immediately available to consult and repair the damage.

Traducción:

En un caso memorable, un trocar primario penetró el omento, lesionando varias estructuras subyacentes. En su tránsito, el trócar pasó a través de las paredes anteriores y posteriores del duodeno y finalmente ingresó en la arteria mesentérica superior. El cirujano ginecológico que realizó la ligadura tubárica laparoscópica falló en reconocer estas lesiones. La paciente entró en shock mientras estaba en recuperación y fue regresada a la sala de operaciones. Afortunadamente, un cirujano de trasplantes que estaba en el quirófano de al lado pudo ser consultado y reparó el daño. “ Ver en: BAGGISH, Michael S, MD (2008); Íbid, parte 2, p. 59.

incluyendo anastomosis e ileostomía. El día de hoy paciente sintomático, con facies álgicas¹⁰⁸ claras, se considera programar para nuevo lavado el día de mañana.

Plan:

Se pasa turno para lavado peritoneal mañana.

La nota es firmada por el Dr. CARLOS ENRIQUE ARENAS, Cirujano General.

68. A las 21:05 horas Medicina interna hace el registro que a continuación se transcribe:

UCI noche

Diagnósticos:

Subjetivo:

- 1. Shock séptico de origen abdominal.*
- 2. Peritonitis por Enterobacter Cloacae KPC, K. Pneumoniae + levaduras.*
- 3. Anastomosis e ileostomía (01/07/2017).*
- 4. Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 27.06.*
- 5. Dehiscencia anastomosis íleon + re anastomosis TT + refuerzo sobre muñón apendicular + VAC*
- 6. Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06.*
- 7. Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.*
- 8. POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06.*
- 9. Fallo renal agudo AKIN I.*

Problemas:

-Abdomen abierto.

-Infección intrabdominal por gérmenes resistentes.¹⁰⁹

¹⁰⁸ Facies álgica: Significa que el paciente tiene en el rostro expresiones de dolor.

¹⁰⁹ "Todo establecimiento de salud está obligado a emplear la debida diligencia en advertir los riesgos propios del hospedero y tomar las medidas necesarias para que el paciente sea reforzado o protegido, justamente para no contraer una infección de este tipo. Es distinto un paciente cuyo estado general es sano a uno inmunocomprometido. El contexto del caso deberá llevar al juez a decidir si se tomaron las medidas de prevención adecuadas dado el estado de salud en que se recibió la paciente en el establecimiento. Es por ello sumamente relevante entender la ciencia médica en el caso antes de aplicar la ciencia jurídica.

El ambiente del hospital y la atención hospitalaria son de cargo del establecimiento de salud. Lo anterior no significa que no pueda existir personal del hospital o infractores individualizados que hayan atentado contra las normas de prevención o control. Sin embargo, frente a la víctima, debe responder el establecimiento de salud. Luego, de ser el caso y de conformidad al artículo 2325 del Código Civil, el establecimiento tendrá

-Ileostomía con moderado producido 800 CC y SNG 700 CC.

-Tolerando el retiro del fentanyl.

-Sin vasoactivos.

-Hipokalemia e hipofosfatemia.

(...)

Justificación para que el paciente continúe hospitalizado hoy:

Desequilibrio hidroelectrolítico.

Retiro reciente de vasopresores.

Abdomen abierto.

Paciente adolescente.

Riesgo de intestino corto y síndrome de realimentación.

La nota es firmada por el Dr. CARLOS MARIO BALCÁZAR VALENCIA, Médico Internista.

69. A las 12:29 del 02 de julio de 2017 se hace la nota que a continuación se transcribe:

Análisis:

Paciente en manejo conjunto por servicio de cirugía general por POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes – requirió manejo con VMI. Ya extubado con adecuada respuesta clínica con buen patrón respiratorio, aún con soporte de vasoactivos, es llevado el día (01/07/2017) por servicio de cx general a nuevo procedimiento qx con los siguientes hallazgos: Peritonitis fecal de 4 cuadrantes, áreas difusas de necrosis y perforación en íleon distal, anastomosis previa indemne, determinando resección incluyendo la anastomosis e ileostomía. Valorado el día de hoy por servicio de Qx general indicando nuevo procedimiento Qx para el día 03/07/2017, se realiza ajuste farmacológico. Se continúa igual manejo médico establecido.

(...)

Justificación para que el paciente continúe hospitalizado:

Sepsis abdominal.

Abdomen abierto

derecho a ser indemnizado por el infractor. La dificultad se encontrará en la relación causal, pues le será difícil acreditar al establecimiento que fue justamente la infracción del médico, enfermera u otro funcionario la que causó la infección en la víctima y su consecuente daño." Ver en: TOCORNAL COOPER, Josefina (2010), Íbid.

70. A las 12:42 el servicio de cirugía general hace la siguiente nota en la historia clínica:

CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA

16 años

Diagnósticos:

1. Shock séptico de origen abdominal.

2. POP de apendicectomía por laparoscopia (16/06/17). Hallazgos: Apendicitis aguda en fase gangrenada con peritonitis localizada y plastrón local. Despulimiento de serosa de asa yeyunal después de la liberación del plastrón.

*3. POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes + perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT (21/06/17). Hallazgos: Peritonitis generalizada, con abundante líquido intestinal y membranas, adherencias inflamatorias interasas y de asas a pared. **Perforación en borde mesentérico de íleon a aproximadamente 80 cm de válvula ileocecal. Muñón apendicular indemne.**¹¹⁰*

¹¹⁰ Es necesario señalar, nuevamente, que la perforación intestinal en el curso de una laparoscopia no es un “riesgo aceptable”, sino una complicación asociada a errores médicos en la técnica (malapraxis). Al respecto AGUDELO (2017) en su artículo de investigación COMPLICACIONES LAPAROSCÓPICAS ASOCIADAS A LA TÉCNICA DE ENTRADA nos informa:

“RESULTADOS

Se revisaron 36 artículos: 2 metaanálisis, 11 revisiones sistemáticas cualitativas, 1 guía clínica, 3 estudios clínicos aleatorizados, 10 revisiones de tema y 9 series de casos.

(...)

Lesiones intestinales

Son la causa de más de la mitad de las complicaciones mayores en cirugía laparoscópica con una incidencia de 0,06% a 0,65%;⁵ estas lesiones pueden ser sospechadas cuando se aspira contenido intestinal, se presenta olor fecaloide o cuando la presión a la entrada se encuentra entre 8 y 10 milímetros de mercurio (mm Hg). En el posoperatorio inmediato debe ser considerada si la paciente presenta vómito, dolor abdominal, distensión y fiebre.

(...)

Mortalidad

En el año 2001, Bhojrul y colaboradores analizaron 629 lesiones causadas por trócares, reportados a la Food and Drug Administration (FDA) entre 1993 y 1996. Se reportaron 32 muertes, donde 26 resultaron de injuria vascular y 6 de lesiones intestinales, en 28 muertes se usaron trócares desechables, 3 por visión óptica y 1 por trócares reutilizables, 408 lesiones fueron injurias vasculares y 182 lesiones viscerales, se presentaron 30 hematomas de pared y las demás pacientes no fueron analizadas. Estos autores concluyen que los trócares desechables y la entrada directa no disminuyen las complicaciones viscerales, y una lesión intestinal no reconocida puede ser fatal.

Posteriormente, Fuller y colaboradores analizaron 1.399 lesiones por trócares entre 1997 y 2002 reportadas a la FDA. Se presentaron 31 muertes; 25 de ellas fueron por lesiones vasculares y 6 por lesiones intestinales; en 15 de las muertes se utilizaron trócares desechables, en 9 muertes se utilizaron trócares con visión óptica y 7 muertes no se reportaron. Por otro lado, en el metaanálisis llevado a cabo por Molloy y colaboradores se presentaron 10 muertes, en 5 casos no establecen como fue la entrada, en las otras 5 muertes reportadas se

4. POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes (27/04/17). Hallazgos: peritonitis fecal de 4 cuadrantes, dehiscencia del 70% de la anastomosis intestinal previa, localizado a 80 cms de la válvula ileocecal. Dehiscencia parcial del muñón apendicular con escasa filtración. Acodamientos obstructivos por bridas laxas en varios segmentos, desde el treitz hasta la válvula ileocecal.

5. Pop de laparotomía + drenaje de peritonitis + ileostomía continente + sistema de cicatrización asistida por vacío (01/07/17). Hallazgos: Peritonitis fecal de 4 cuadrantes, áreas difusas de necrosis y perforación en íleon distal. Anastomosis previa indemne, pérdida del domicilio abdominal.

(...)

Análisis:

Paciente con historia y diagnósticos conocidos y anotados, quien se encuentra en POP de lavado peritoneal. En el momento paciente hemodinámicamente estable, con leve dolor abdominal. Evolución clínica el día de hoy estable el cual se llevará a re-laparotomía tentativamente el día de mañana por lo cual se pasa orden para realización de procedimiento. Por el momento continúa bajo vigilancia clínica y manejo médico instaurado.

Plan:

-Se pasa orden para relaparotomía + sistema VAC para el día de mañana.

-Continúa manejo instaurado en UCI.

71. A las 14:35 Horas de ese mismo día terapia respiratoria hace la siguiente nota: "Respiratorio: Anormal. Ausculto disminución del murmullo en bases"

72. El 03 de julio de 2017 a las 8:00 AM el paciente es llevado por quinta vez a cirugía. En la descripción quirúrgica se puede leer lo siguiente:

1. Decúbito dorsal bajo anestesia general, retirada de vac previo, asepsia campos estériles.

2. Evidencia de peritonitis generalizada con líquido peritoneal y membranas fibrinopurulentas en asas intestinales.

usó aguja de Veress, 2 fueron causadas por perforación intestinal y 3 relacionadas con embolismo gaseoso. Los autores no reportan el tipo de trócares que usaron.

CONCLUSIONES

La laparoscopia es un procedimiento relativamente seguro, sin embargo hay que tener mucho cuidado durante el acceso a la cavidad abdominal porque la mayoría de complicaciones ocurren durante la entrada."

Ver en: AGUDELO, Janer Sepúlveda (2017); COMPLICACIONES LAPAROSCÓPICAS ASOCIADAS A LA TÉCNICA DE ENTRADA. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 62 No. 1, Enero-Marzo 2011, (88-93), pp. 89, 90, 92, Bogotá, Colombia. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v62n1/v62n1a11.pdf>

3. Se lava cavidad con abundante cantidad de suero fisiológico tibio, drenado abscesos a nivel perihepático, periesplénico y alrededor de colostomía.

4. **Se revisa cavidad sistemáticamente sin evidenciar perforación de asas, ni otras lesiones.**

5. Se instala sistema de cicatrización asistida por vacío abdominal Genadyne, Canister y se conecta a consola quedando funcional.

6. Procedimiento sin complicaciones paciente pasa a UCI.

HALLAZGOS:

-Peritonitis generalizada.¹¹¹

-Absceso intrabdominal perihepático, periesplénico.

-Membranas fibrinopurulentas adheridas a asas.

PLAN:

Traslado a UCI.

Intervienen como cirujanos en este procedimiento los galenos Dr. PEDRO HURTADO y Dra. MARÍA PIEDAD ERAZO, Cirujanos Generales.

Al fin, en esta cirugía, se hace una revisión sistémica de la cavidad abdominal, lo cual no ocurrió en las intervenciones anteriores en las que se pasaron por alto las perforaciones intestinales. Debe tenerse en cuenta que en las intervenciones anteriores no se registra en la historia clínica que se haya realizado una revisión sistemática de cavidad, por lo que debe asumirse que no se realizó. En todo caso, la prueba fehaciente de que no se llevó a cabo la revisión sistemática de cavidad es que se pasaron por alto las perforaciones intestinales, las cuales continuaron filtrando contenido intestinal a la cavidad peritoneal, contribuyendo de esta manera a la persistencia y empeoramiento de la infección abdominal (nosocomial).

Para este momento, el grave daño hecho en las cirugías anteriores ha desencadenado un proceso séptico muy severo que es muy difícil de controlar.

73. Ese mismo día a las 11:23 Horas es valorado por Medicina Interna quienes registran:

¹¹¹ Peritonitis perforación y exudado: "La repuesta inflamatoria local es exudativa con salida de fluido rico en proteínas incluyendo opsoninas, fibrinógeno y leucocitos polimorfonucleares. El fibrinógeno por polimerización da lugar a fibrina que contribuye a bloquear el proceso localmente. El peritoneo esta edematoso, congestivo, cubierto por exudado fibrinoso que contribuye a adherir las asas intestinales y el epiplón vecino al foco. El peristaltismo de las asas intestinales cesa contribuyendo a focalizar la lesión. La fibrina contribuye a bloquear el proceso siendo un primer paso en la formación de adherencias, por otra parte evita el transporte de leucocitos al sitio. Las opsoninas y el sistema de complemento son necesarios para la fagocitosis de gérmenes por los macrófagos. La suma de un exudado rico en fibrinógeno, la producción de tromboplastinógeno por parte de las células mesoteliales y macrófagos activados conduce al secuestro bacteriano en una malla de fibrina." Ver en: GALINDO, Fernando; VASEN, Walter; FAERBERG, Alejandro (2009); PERITONITIS Y ABSCEOS INTRAABDOMINALES, Cirugía Digestiva Tomo II pp. 1-19 Sociedad Argentina de Cirugía Digestiva, Buenos Aires, Argentina, p.3. Disponible en: <http://www.sacd.org.ar/dsetentaysiete.pdf>

Subjetivo:

1. *Shock séptico de origen abdominal.*
2. *Peritonitis por K. Pneumoniae BLEE¹¹² + levaduras.*
3. *Anastomosis e ileostomía (01/07/2017).*
4. *Lavado peritoneal posqx + drenaje de absceso intraperitoneal (03/07/2017)*
5. *Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 27.06.*
6. *Dehiscencia anastomosis íleon + re anastomosis TT + refuerzo sobre muñón apendicular + VAC*
7. *Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06.*
8. *Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.*
9. *POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06.*
10. *Fallo renal agudo AKIN I.*

(...)

Análisis:

Paciente en manejo conjunto por servicio de cirugía general por POPQX de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes – requirió manejo con VMI – ya extubado con adecuada respuesta clínica con buen patrón respiratorio – aún con soporte de vasoactivos – es llevado el día (01/07/2017) por servicio de Cx general a nuevo procedimiento Qx con los siguientes hallazgos: peritonitis fecal de 4 cuadrantes, áreas difusas de necrosis y perforación en íleon distal, anastomosis previa indemne, determinando resección incluyendo la anastomosis, e ileostomía. El día de hoy (03/07/2017) es llevado a nuevo lavado + debridamiento/drenaje de absceso sin mención de complicación, ingresa a sala en buenas condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, no inestabilidad hemodinámica.

¹¹² “Es conocido el efecto negativo que sobre el paciente, la sociedad y la economía, tienen las infecciones que se producen en el hospital como resultado de los procedimientos terapéuticos o de diagnóstico llevados a cabo durante los tratamientos brindados a los pacientes.

Estas infecciones han sido muy estudiadas y se han puesto en funcionamiento programas y sistemas de vigilancia para evitarlas. Sin embargo, los mecanismos microbianos implicados en estos procesos infecciosos siempre se han disparado en bacterias, hongos y virus relacionados con ellos, logrando burlar las restricciones.” Ver en: DELGADO PÉREZ, Miriam Lázara; MORENO CEDEÑO, Edilia Esther; RODRÍGUEZ PÉREZ, Abilio Ubaldo; DEBROSSE BORREGO Zoila (2005); Infección hospitalaria. Resultados microbiológicos y estudio de la resistencia bacteriana en el Hospital Docente Clínico-Quirúrgico “Dr. Miguel Enríquez” durante el año 2002. Revista Mexicana de Patología Clínica, Volumen 53, número 1, pp.39-45, enero – marzo , 2006, Medigraphic Literatura Biomédica, México, p. 40. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2006/pt061e.pdf>

Esta descripción quirúrgica denota un esfuerzo del centro asistencial de encubrir los errores cometidos y manipular la historia clínica. No es posible que un paciente con un proceso séptico de origen abdominal y activo se encuentre “*en buenas condiciones generales*” y “*sin inestabilidad hemodinámica*”.

74. Ese día a las 20:38 se registra en nota del médico hospitalario de la UCI:

Justificación para que el paciente continúe hospitalizado hoy:

Sepsis severa de origen abdominal.

75. Y en nota de las 20:48 se lee:

Análisis:

Paciente con sepsis¹¹³ severa de origen abdominal.

Destete de vasoactivos menor a 24 horas.

Hoy lavado quirúrgico + drenaje de colección.

Se destaca que en esta ocasión se describe que en efecto, el paciente tiene una sepsis severa de origen abdominal (secundaria a las perforaciones intestinales provocadas durante la apendicetomía laparoscópica, su reparación tardía, y la infección nosocomial) , por lo que no puede estar “en buenas condiciones generales”. Las notas de la historia clínica que tengan esta expresión son imprecisas y erróneas.

76. El 04 de julio de 2017 a las 9:22 Horas el servicio de Cirugía General registra:

¹¹³ “La sepsis de origen peritoneal es una causa de ingreso frecuente en las unidades de cuidados intensivos polivalentes.

La persistencia de un foco infeccioso intraabdominal ha sido evaluada a través de signos y síntomas locales y sistémicos cuyo valor predictivo es discutido y permanece en revisión. Una exploración negativa, generalmente, implica la ausencia de absceso o pus. Sin embargo, el hallazgo de un líquido turbio en un abdomen multioperado es frecuente y puede constituir el foco infeccioso persistente.

La mortalidad de los pacientes con disfunción multiorgánica (DMO) oscila entre el 50 y el 70% según diferentes autores.” Ver en: J. MEDINA, J. PONTET, A. CURBELO, P. FERRA, A. FREIRE, R. MISA Y S. BENTANCOURT (2001); Relaparotomía en la sepsis peritoneal. Incidencia, oportunidad y factores pronósticos. *Medicina Intensiva*, vol. 25, NÚM. 2, 2001, Montevideo, Uruguay, p. 54. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/en-pdf-12003085>

Plan:

Revisión de cavidad mañana.

Continuar igual manejo en UCI.

Es claro que las perforaciones intestinales a nivel de íleon distal fueron causadas por el uso inadecuado e imperito del trócar durante la cirugía laparoscópica. No obstante, la Clínica Nuestra Señora de Los Remedios empezó a intentar un grosero encubrimiento de la grave falla que se había presentado, y empiezan a sugerir como posible explicación a lo sucedido la aparición de “perforaciones intestinales espontáneas”, evento de extraordinaria baja frecuencia y de imposible ocurrencia en el contexto clínico del paciente CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA.

77. A las 11:53 Horas de ese mismo día el paciente es valorado por el servicio de psicología, el cual ordena que una vez el paciente sea dado de alta sea valorado psiquiatría.

78. A las 13:28 Horas se hace la nota que a continuación se transcribe:

Diagnósticos:

1. Shock séptico de origen abdominal.

2. Peritonitis¹¹⁴ por K. Pneumoniae BLEE + levaduras.¹¹⁵

¹¹⁴ “FORMAS CLÍNICAS DE PERITONITIS

SECUNDARIAS

Aquí solo se destacarán las características sobresalientes de algunas formas clínicas.

Peritonitis postoperatoria. Están relacionadas a una complicación: dehiscencia de suturas, lesiones isquémicas por falta de irrigación, **perforaciones inadvertidas** o agravamiento del proceso original. La sospecha de la complicación es clínica, cambios en la evolución con desmejoramiento del estado general y o local, el dolor, fiebre y leucocitosis en ascenso. Esto lleva al estudio por imágenes y proceder de acuerdo a los hallazgos. Una fístula dirigida, con reacción peritoneal limitada, puede seguirse tratamiento conservador. La existencia de un absceso obliga a proceder al drenaje percutáneo. En las peritonitis por dehiscencia obliga a una relaparatomía para tratar la perforación o bien excluirla de la circulación enteral como puede ser el abocamiento de los cabos. (resaltado fuera de texto). Ver en: GALINDO, Fernando; VASEN, Walter; FAERBERG, Alejandro (2009); *Ibíd*, p. 10.

¹¹⁵ “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CANDIDIASIS INVASIVA

(...)

Cirugía previa, particularmente abdominal.

Perforación del tracto gastrointestinal y fugas de anastomosis.” (Resaltado fuera de texto)

Ver en: CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL (2012); Diagnóstico y Tratamiento de Candidiasis Invasiva en el adulto, *Guía de referencia Rápida GPC*, Gobierno Federal de México, México D.F, p 2. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/562_GPC_Candidiasisinvasiva/GRR_CandidiasisInvasiva.pdf

3. *Anastomosis e ileostomía (01/07/2017).*
4. *Lavado peritoneal posqx + drenaje de absceso intraperitoneal (03/07/2017)*
5. *Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 27.06.*
6. *Dehiscencia anastomosis íleon + re anastomosis TT + refuerzo sobre muñón apendicular + VAC*
7. *Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06.*
8. *Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.*
9. *POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06.*
10. *Fallo renal agudo AKIN I.*

79. A las 22:06 Horas de ese mismo día se registra en la historia clínica:

Análisis:

Crítico, sepsis de origen gastrointestinal, en manejo con abdomen abierto más revisión seriada, SRIS activo, aislamiento de K. Pneumoniae más E. Cloacae, sensibilidad adecuada a manejo (colistina), últimos hemocultivos negativos. En plan de revisión tentativo para el día de mañana. Por el momento sin cambios al manejo médico.

80. El 05 de julio de 2017 a las 09:42 Horas el servicio de Cirugía General hace la siguiente anotación:

PLAN:

Pendiente disponibilidad de quirófano para cirugía.

Reposición del 100% del producido por ileostomía.

81. A las 10:50 horas de ese mismo día el servicio de Medicina Interna ordena continuar con los antibióticos colistina y meropenem , y el antimicótico caspofungina.

82. El 06 de julio de 2017 el servicio de Cirugía General registra en la historia clínica a las 15:02 Horas:

Paciente programado el día de ayer para nuevo lavado, sin embargo por no disponibilidad de quirófano, no ha sido posible realizar el procedimiento, pendiente disponibilidad de quirófano para lavado.

(...)

Plan:

Pendiente disponibilidad de quirófano para procedimiento quirúrgico.

Continuar igual manejo en UCI.

Nuevamente, dejan entrever que la posible causa de las perforaciones a nivel del íleon fue un evento “espontáneo” por una “*enteritis?*”. Se trata de un grosero intento por encubrir la malapraxis que tuvo lugar durante el primer procedimiento laparoscópico (el 16 de junio de 2017), en el cual el trócar es el que causa las perforaciones. Un evento adverso de un procedimiento laparoscópico en manos inexpertas e imperitas es la perforación intestinal¹¹⁶. Por el contrario, las perforaciones intestinales espontáneas son fenómenos muy infrecuentes y de casi imposible ocurrencia en el contexto clínico y epidemiológico del paciente CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA.

83. A las 23:31 Horas de ese día se registra por parte del servicio de Cirugía general la siguiente nota:

Sin disponibilidad de quirófanos hasta el momento, no se ha podido pasar a revisión de cavidad, se deja para realizar procedimiento el día de mañana, se envía información a los familiares.

84. El 07 de julio de 2017 a las 10:12 H se registra en la historia clínica:

(...)

Paciente refiere pasar regular noche, continúa con problemas para conciliar sueño, manifiesta dolor abdominal, niega vómito, niega alzas térmicas, u otra sintomatología asociada.

Paciente hospitalizado en UCI, con historia y diagnósticos conocidos, actualmente recibiendo manejo requerido en UCI, en el momento recibiendo clonazepam por parte de psiquiatría para regular ciclos del sueño con respuesta refractaria, el día de hoy se valora paciente levemente sintomático, se explica a familiares que no se ha podido realizar procedimiento hasta el

¹¹⁶ “Over the past 40 years, laparoscopy has evolved from an uncommonly utilized diagnostic tool to a minimally invasive alternative to laparotomy for even the most difficult and complex operations, reaching a high point with robotic laparoscopy. As this technology has developed, serious complications—to some degree, unique to laparoscopy—have increased. In the future, as less skilled surgeons perform a greater percentage of laparoscopic surgeries, a still greater number of complications will arise.

Traducción:

En los últimos 40 años, la laparoscopia ha evolucionado desde una poco utilizada herramienta diagnóstica a una alternativa mínimamente invasiva a la laparotomía incluso para las más difíciles y complejas operaciones, alcanzando un punto alto con la laparoscopia robótica. A medida que esta tecnología se ha desarrollado, complicaciones serias-hasta cierto punto, únicas de la laparoscopia- se ha incrementado. En el futuro, en la medida en que cirujanos con menos habilidades realicen un mayor porcentaje de cirugías laparoscópicas, aparecerá un mayor número de complicaciones. “ Ver en BAGGISH, Michael S, MD (2008); Íbid, parte 1, p. 49.

momento por no disponibilidad de quirófano, se considera continuar igual manejo en UCI, pendiente evolución para traslado a UAPE, se solicitan tiempos de coagulación, se reservan 2 unidades de glóbulos rojos, pendiente llamado de quirófano para CX, avisar cambios.

Objetivo:

Encuentro paciente en cama, en mejores condiciones generales, cohortizado por germen KPC, alerta, activo, ansioso, afebril, con signos vitales TA=114/58, FC=100, FR=15, T=36.

Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación superficial, sistema VAC funcionando en herida quirúrgica, sin signos inflamatorios, ni salida de material purulento, con producido de material serohemático, drenando ileostomía aprox 600 CC en el momento. No palpo masas, ni visceromegalias, sin signos de irritación peritoneal en el momento.

Observaciones:

Laboratorios 07/07. Hemograma¹¹⁷: leucocitos:19.200, neutrófilos 15.720¹¹⁸, hemoglobina 8.8, hematocrito 25.7, plaquetas 697000, BUN 17, creatinina 0.6, PCR 7.6, Na 134, K 4.5, cloro 101.

85. El 07 de julio de 2017 el paciente es llevado por sexta vez al quirófano, nuevamente con diagnóstico de peritonitis. A las 11:02 H se registra la siguiente nota quirúrgica:

Asepsia Antisepsia

Campos de cirugía.

Retiro de sistema de vacío previo y hallazgos.

Se procede a drenaje de peritonitis residual y lavado peritoneal terapéutico con 3000 CC de SSN.

Se realiza cierre parcial de la piel con prolene 0 en puntos separados.

Se coloca nuevo sistema de vacío abdominal Genadyne, plástico fenestrado y doble apósito verde. Se cubre con adhesivo y se conecta a 100 mmHg.

HALLAZGOS:

Cavidad parcialmente bloqueada. Congelada¹¹⁹ en su totalidad.

¹¹⁷ Hemograma: Es un examen que brinda información sobre la cantidad y características de los glóbulos blancos, rojos y plaquetas en la sangre

¹¹⁸ Leucocitos: Glóbulos blancos. Los neutrófilos son un tipo especial de glóbulos blancos. En general, un recuento de leucocitos superior a 10 mil, con predominio de los neutrófilos, es indicativo de infección por bacterias, en este caso, nosocomiales.

¹¹⁹ Cavidad bloqueada: Significa que se han perdido los espacios naturales entre los diferentes órganos intrabdominales, especialmente las asas intestinales, debido a un severo proceso inflamatorio y formación de adherencias. El abdomen se ve inmóvil ya que las asas se aglomeran y se unen entre sí. El abdomen congelado es un hallazgo grave, consecuencia de un proceso infeccioso severo y de múltiples intervenciones quirúrgicas.

Algunas membranas de fibrina y escasa peritonitis residual.

Pérdida de domicilio abdominal.

Intervienen como cirujanos los galenos Dr. JOSE FERNANDO GUITARREROS PINZÓN y Dr. DANIEL POSADA. Los hallazgos descritos corresponden a un grave proceso clínico y séptico, desencadenado por las perforaciones producidas de manera negligente durante la apendicectomía laparoscópica.

86. El 08 de julio de 2017 a las 9: 18 H es valorado por el médico intensivista Dr. DIEGO FERNANDO MORENO SÁNCHEZ, se continúa con los antibióticos y antimicóticos que viene recibiendo: meropenem, colistina, caspofungina.

87. Ese mismo día a las 13:42 H el servicio de Cirugía General registra en la historia clínica :

Análisis:

Paciente hospitalizado en UCI, con historia y diagnósticos conocidos, cohortizado por germen KPC, actualmente en su primer día POP (07/07) de su última intervención quirúrgica de relaparotomía con hallazgos de cavidad parcialmente bloqueada, congelada en su totalidad, algunas membranas de fibrina y escasa peritonitis residual, evidenciando así cavidad peritoneal más limpia. En el momento con buena evolución hacia la mejoría de su POP, hemodinámicamente estable, diuresis positiva, se considera iniciar dieta líquida, continuar igual manejo en UCI, se programa para CX en sus próximas 48 horas, continúa pendiente traslado a UAPE. Avisar cambios.

(...)

Plan:

-Iniciar dieta líquida.

-Se pasa turno quirúrgico para nuevo lavado en próximas 48 horas.

-Pendiente traslado a UAPE

-Continuar igual manejo.

Nuevamente se plantea la tesis de que las perforaciones intestinales encontradas en el paciente fueron “espontáneas” a causa de una supuesta “enteritis”. Esta hipótesis diagnóstica carece por completo de base científica y no es más que una afirmación fantástica tendiente a encubrir y ocultar la grave malapraxis que tuvo lugar durante la apendicectomía laparoscópica (apendilap) en la cual debido a la inadecuada manipulación de los trócares se perforó el íleon distal del paciente CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA.

88. El 09 de julio de 2019 a las 13:02 horas el Dr. ELPIDIO MANUEL BARAJAS, Cirujano, hace la nota que a continuación se transcribe:

Paciente conocido por el servicio, hospitalizado en UAPE por aislamiento de germen multirresistente¹²⁰, completando manejo antibiótico de amplio espectro, se encuentra con cavidad abdominal con sistema VAC por herida abierta quien se ha indicado lavados peritoneales cada 48 horas, próxima tentativamente para el día de mañana. No requiere manejo adicional.

89. El 10 de julio de 2017 a las 11:48 horas se registra en la historia clínica por parte de cirugía general:

Análisis:

Paciente hospitalizado, ahora en UAPE por germen KPC, con historia y diagnósticos conocidos, actualmente continúa con buena evolución hacia la mejoría, recibiendo manejo antibiótico con meropenem y colistina, con buena respuesta, en el momento hemodinámicamente estable, sin signos de SIRS, se considera continuar igual manejo, seguiremos atentos de llamado de quirófano para nuevo lavado peritoneal (se pasó turno desde el sábado), avisar cambios.

90. El 10 de julio de 2017 a las 19:15 H el paciente es llevado por séptima vez al quirófano. La nota quirúrgica hecha a las 20:15 horas se informa lo siguiente:

Previa asepsia y colocación de campos estériles y bajo anestesia general, se realiza retiro de sistema de cicatrización asistido previo, se retiran esponjas, se realiza lavado de cavidad con solución salina, se verifica hemostasia con

¹²⁰ “GÉRMENES MULTIRRESISTENTES:

La aparición de GMA (Gérmes Multirresistentes a los Antibióticos), es una grave amenaza para la salud pública a nivel mundial. El desarrollo de estas resistencias es un fenómeno biológico natural que se va ampliando año tras año.

Entre los factores relacionados con las infecciones/colonizaciones por GMA, cabe describir: la hospitalización prolongada, las enfermedades crónicas, las intervenciones quirúrgicas, la estancia en UCI, la inserción de dispositivos invasivos, el incumplimiento de las normas de aislamiento y de las medidas de bioseguridad y el uso inadecuado de antibióticos.

(...)

La vigilancia epidemiológica, la divulgación e información a los profesionales y a la familia, la aplicación de soluciones hidroalcohólicas para la higiene de las manos y el aislamiento a nivel hospitalario de los enfermos portadores de gérmenes multirresistentes, han demostrado una eficacia en la reducción de estos gérmenes y a su vez, en la negativización de los pacientes infectados y/o colonizados con un ahorro considerable en el gasto sanitario y a nivel sociolaboral.”. Ver en: GONZÁLEZ MARTÍNEZ, Obdulio Manuel; RODRÍGUEZ SATURIO, Sara (2017); Detección, vigilancia, y seguimiento de gérmenes multirresistentes, en las áreas sanitarias III-IV de Cantabria (2013-2016), Enfermería Global, Revista Electrónica Trimestral de Enfermería, ISSN 1695-6141 No 51 Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia, España, p.124, 125. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/295821/230221>

monopolar, se coloca nuevo sistema de cicatrización asistido por vacío abdominal, se colocan esponjas seguido del drape, se coloca track de succión, se verifica adecuado funcionamiento del sistema.

HALLAZGOS:

Abdomen congelado, asas parcialmente peritonizadas, escasas membranas de fibrina, líquido turbio en cavidad.

Intervienen como cirujanos el Dr. ELPIDIO MANUEL BARAJAS FREGOSO y la Dra. MARIA PIEDAD ERAZO.

91. El 11 de julio de 2017 a las 09:26 Horas se puede leer en la historia clínica:

Objetivo:

Estable. Sin cambios. Hallazgos de última Qx: Abdomen congelado, asas parcialmente peritonizadas, escasas membranas de fibrina, líquido turbio en cavidad.

92. A las 9:34 Horas de ese mismo día se consigna en la historia:

Análisis:

Paciente sigue en SIRS no modulado, con aumento de la leucocitosis a pesar de amplia cobertura antibiótica de acuerdo a gérmenes aislados (enterobacter cloacae EPC y Klebsiella), solicito nuevos policultivos, revisión por lavado quirúrgico y toma de muestras para cultivo.

93. A las 11:13 H de ese día se hace el siguiente registro por parte del servicio de cirugía general:

Observaciones:

*11/07/17: hemograma: **Leucocitos 20.570**, neutrófilos 18.870, linfocitos 1.02, hemoglobina 8.5, hematocrito 25.3, plaquetas 569.000, PCR 3.2 Na 134, K 4.2, fósforo 3.4, magnesio 1.6.*

Análisis:

Paciente con historia y diagnósticos conocidos, actualmente en POP del 10/07/17 de lavado peritoneal + VAC, con hallazgos: abdomen congelado, asas parcialmente peritonizadas, escasas membranas de fibrina, líquido turbio en cavidad, el día de hoy paciente estable, con abdomen poco doloroso, sin signos de SIRS, por lo que se considera continuar igual manejo en la UAPE, se pasa turno quirúrgico para programar Cx el jueves. Continuaremos atentos a evolución, avisar cambios.

94. El 12 de julio de 2017 a las 8:33 H es valorado por medicina interna y se consigna:

Objetivo:

Paciente tranquilo, alerta, con Sat O2 97%, cánula de O2. SV: TA 90/60, FC089, FR=18, ORL: Escleras anictéricas, conjuntivas rosadas, mucosas húmedas. SNG a drenaje. Cuello: no masas, no adenopatías, Se observa CTTR para alimentación parenteral funcional. Tórax: Simétrico, normoexpansivo, C/P ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, campos pulmonares normoventilados, abdomen: blando, depresible, leve dolor a la palpación, se observa herida Qx abierta conectada a sistema VAC funcional, ileostomía/U: se observa sonda vesical + cistoflo con eliminación. Extremidades simétricas, móviles, edema G1.

Análisis:

SIRS no modulado. Sigue leucocitosis de 16000 aunque ha disminuido respecto a previo 20000. Con PCR normal. Se encuentran en trámite policultivos, requiere manejo quirúrgico y lavados activos por SIRS no modulado.

Plan:

Conducta por especialidades quirúrgicas.

Sigue cobertura antibiótica.

Reanimación cristaloides.

95. A las 10:02 de ese mismo día se registra en la historia clínica:

Análisis:

Paciente con diagnósticos anotados. En el momento refiere mejoría clínica.

Actualmente con herida mediana abierta con sistema vack funcional.

Está con manejo de ATB con colistina + meropenem el cual inició el 30/06/2017, finaliza el 14/07/2017.

Pendiente realización de nuevo lavado qx el día de mañana.

Por parte de infectología no requiere ningún ajuste a manejo actual.

96. A las 12:12 H es valorado por cirugía general:

Objetivo:

Encuentro paciente en cama, en UAPE cohortizado por germen KPC, en mejores condiciones generales. Alerta tranquilo, afebril.

Abdomen: Blando, depresible, con sistema VAC funcionando en herida quirúrgica, ileostomía drenando 340 CC en las últimas 24 horas, no palpo masas ni visceromegalias, sin signos de irritación peritoneal.

Análisis de resultados:

Observaciones:

12/07/17: hemograma: Leucocitos 16.300, neutrófilos 12.880, monocitos 0.81. hemoglobina 8.6, hematocrito 25.8. Plaquetas 640.000. PCR 1.6.

(...)

Plan:

Pendiente disponibilidad de quirófano para nuevo lavado.

Se solicita PT, PTT

Continuar igual manejo.

97. El 13 de julio de 2017 a las 9:03 Horas es valorado por medicina interna:

Objetivo:

Paciente tranquilo, alerta, con Sat O2 97%, cánula de O2. Signos vitales: TA=90/60, FR= 18, ORL: Escleras anictéricas, conjuntivas rosadas, mucosas húmedas, SNG a drenaje . Cuello: No masas , no adenopatías. Se observa CTTR para alimentación parenteral funcional. Tórax : simétrico, normoexpansivo. C/P: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, campos pulmonares normoventilados. Abdomen : blando, depresible, leve dolor a la palpación, se observa herida Qx abierta conectada a sistema VAC funcional / ileostomía. G/U: Se observa sonda vesical + cistoflo con eliminación. Extremidades: Simétricas, móviles, edema G1.

Análisis:

Paciente presenta ayer fiebre 37.9° un episodio, tendencia hipotensión. Hay disminución progresiva de leucocitosis, hoy 13000, venía de 16000.

98. A las 10:58 de ese día es valorado por cirugía general. Se ordena:

Turno quirúrgico para lavado peritoneal.

Continuar igual manejo en UAPE.

99. A las 15:10 horas es valorado por terapia Física, se registra:

Análisis:

Condición general estable.

Debilidad e hipotrofia muscular generalizada.

En tto con ATB.

Pendiente cirugía.

100. El 14 de julio de 2017 a las 11: 28 H es valorado por cirugía general, se hace el siguiente registro:

Paciente refiere pasar regular noche, manifiesta dolor abdominal moderado, niega alzas térmicas, diuresis y deposiciones positivas.

Objetivo:

Encuentro paciente en cama, en UAPE, cohortizado por germen KPC, somnoliento, afebril, en aceptables condiciones generales.

Abdomen: Blando, depresible, herida quirúrgica con VAC funcionando, se observa filtración de producto por ileostomía en herida quirúrgica (imposible su cuantificación), sin signos de irritación peritoneal.

Análisis de resultados:

Observaciones:

14/07/17 BUN: 22, creatinina 0.6, potasio 3.5

Análisis:

Paciente hospitalizado, con historia y diagnósticos conocidos, cohortizado, ahora en UAPE por germen KPC, actualmente con evolución lenta hacia la mejoría, paciente con episodios hipotensivos + SIRS no modulado en las últimas 48 horas, sin embargo en el momento hemodinámicamente estable, clínicamente con herida quirúrgica filtrando producido café oscuro, continuamos a la espera de disponibilidad de quirófano para realizar lavado peritoneal + nuevo sistema VAC, seguiremos atentos a evolución, avisar cambios.

101. A las 13:47 horas es valorado por Rehabilitación Física. Se registra:

Análisis:

Regular estado general.

Debilidad muscular marcada. Caquético.

En espera de cirugía.

102. El 14 de julio de 2017 a las 21:50 Horas el paciente es llevado por octava vez al quirófano. En la nota quirúrgica se puede leer lo siguiente:

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA:

Asepsia antisepsia.

Campos de cirugía.

Retiro de sistema de vacío y hallazgos.

Se procede a lavado peritoneal con 2000 CC de SSN.

Se tallan colgajos fasciocutáneos bilaterales para lograr cierre de piel.

Cierre de evisceración con puntos separados de prolene 2 – 0.

HALLAZGOS:

Pérdida de domicilio abdominal.

Fascia retraída.

Cavidad congelada y bloqueada.

Ostomía funcional.

Intervienen como cirujanos los médicos Dr. JOSE FERNANDO GUITARREROS PINZÓN y el Dr. JUAN PABLO USUBILLAGA.

103. El 15 de julio de 2017 a las 09:00 Horas es valorado por medicina interna. Se hace la siguiente nota:

Objetivo:

Paciente alerta mucho mejor control de dolor, con SAT O2:95%, febril, cánula de O2, SV TA:90/60, FC:89, FR:18, ORL: Escleras anictéricas, conjuntivas rosadas, mucosas húmedas. SNG a drenaje, cuello no masas, no adenopatías. Se observa CTTR para alimentación parenteral funcional. Tórax simétrico, normoexpansivo. C/P: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, campos pulmonares normoventilados, abdomen: blando, depresible, leve dolor a la palpación, se observa herida qx abierta conectada a sistema VAC funcional / ileostomía G/U: Se observa sonda vesical + cistoflo con eliminación, extremidades : simétricas, móviles, edema G1.

104. A las 11:06 de ese día Rehabilitación Física hace la nota que a continuación se transcribe:

Paciente en cama, somnoliento, sin soporte adicional de oxígeno, adinámico, manifiesta sentirse muy débil y refiere haber acabado de realizar los ejercicios enseñados. Doy recomendaciones a paciente y familiar que manifiestan aceptar y entender.

105. A las 13:03 horas es valorado por cirugía general. Se consigna:

Objetivo:

Encuentro paciente en cama, en UAPE, cohortizado por germen KPC, alerta, activo, hidratado, adinámico, en aceptables condiciones generales.

Abdomen: Blando, depresible, levemente doloroso a la palpación, herida quirúrgica cerrada, cubierta con apósitos, sin signos inflamatorios, ni salida de material purulento en el momento. No palpo masas ni visceromegalias, sin signos de irritación peritoneal.

Análisis de resultados:**Observaciones:**

Laboratorios:15/07/17 Hemograma: Leucocitos: 11420, neutrófilos 8120, hemoglobina 8.6, hematocrito 26.2. Plaquetas: 550.000 PCR 2.5

Análisis:

Paciente hospitalizado en UAPE, con historia y diagnósticos conocidos, actualmente en su primer día de POP de su última re-intervención quirúrgica de lavados + sistema VAC el 14/07/17, con hallazgos de fascia retraída, cavidad congelada y bloqueada, ostomía funcional. Se realizó lavado, retiro de sistema VAC, y finalmente cierre de evisceración, por lo cual se confirma no presencia de fístula , ni nueva perforación de asa, en el momento con evolución lenta hacia la mejoría, se valora paciente el día de hoy, encontrándolo asténico, adinámico y taquicárdico, servicio de enfermería reporta episodio de epistaxis en la mañana, por lo cual se considera iniciar dieta líquida clara, se sugiere valoración por otorrinolaringología, continuar igual manejo en conjunto con medicina interna, seguiremos atentos a evolución, avisar cambios.

106. El 16 de julio de 2017 a las 12:28 Horas es valorado por cirugía general. Se registra:

Análisis:

Paciente hospitalizado en UAPE, con historia y diagnósticos conocidos, actualmente en su segundo día de su última re-intervención quirúrgica de lavados + sistema VAC el 14/07/17, con hallazgos de fascia retraída, cavidad congelada y bloqueada, ostomía funcional , se realizó lavado, retiro de sistema VAC, y finalmente cierre de evisceración, por lo cual se confirma no presencia de fístula ni nueva perforación de asa, en el momento con evolución lenta hacia la mejoría, se valora paciente el día de hoy, encontrándolo asténico, adinámico¹²¹, toleró dieta líquida clara, por lo que se le avanza dieta, se sugiere valoración por otorrinolaringología, continuar igual manejo en conjunto con medicina interna, estaremos atentos a evolución, avisar cambios.

¹²¹ Astenia-adinamia: Términos médicos para describir debilidad, falta de vitalidad. En el contexto del paciente son consecuencia del proceso séptico.

107. El 17 de julio de 2017 a las 8:44 horas es valorado por medicina interna:

Objetivo:

Alerta, Escleras anictéricas, conjuntivas rosadas, mucosas húmedas, SNG a drenaje, cuello: no masa no adenopatías, se observa CTTR para alimentación parenteral funcional. Tórax: Simétrico, normoexpansivo. C/P: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, campos pulmonares normoventilados. Abdomen: Blando, depresible leve dolor a la palpación, se observa herida qx abierta conectada a sistema VAC funcional / ileostomía. GU: Se observa sonda vesical + cistoflo con eliminación, extremidades: simétricas, móviles. Edema G1.

108. A las 11:09 horas es valorado por cirugía general. Se registra:

Objetivo:

Encuentro paciente en cama, cohortizado por germen KPC, alerta, somnoliento, afebril, en mejores condiciones generales.

Abdomen: Blando, depresible, con herida quirúrgica cerrada, sin signos inflamatorios, ni salida de material purulento, ileostomía con producido de 1070 CC en las últimas 24 horas, no palpo masas , ni megalias, sin signos de irritación peritoneal.

(...)

Análisis:

Paciente hospitalizado, cohortizado en UAPE por germen KPC, con historia y diagnósticos conocidos, actualmente con esquema ATB completo, paciente hemodinámicamente estable, sin SIRS, con evolución lenta hacia la mejoría, ileostomía con aumento de su producido, por lo que se considera iniciar dieta seca para disminuir el producido de la misma, se evaluará posibilidad de indicar manejo con racecadotril, en caso de contar con el insumo se iniciará manejo con 1 sobre en 200 CC de agua cada 8 horas, si no debe continuar igual manejo, ahora con dietas seca, avisar cambios.

109. El 18 de julio de 2017 a las 9:22 horas es valorado por medicina interna. Se hace la siguiente nota en la historia clínica:

Medicina Interna (UAPE)

17 años

CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ

Dx:

1. Shock séptico de origen abdominal en resolución.
2. POP de apendicectomía por laparoscopia (16/06/17). Hallazgos: Apendicitis aguda en fase gangrenada con peritonitis localizada y plastrón local. Despulimiento de serosa de asa yeyunal después de la liberación del plastrón.
3. Perforaciones espontáneas¹²² intestinales // enteritis ? // Manejo con sistema de vacío y lavados secuenciales + ileostomía en asa de protección.
4. Abdomen abierto

Hallazgos:

Enterobacter cloacae resistente¹²³ a carbapenems (27/06/2017).

Klebsiella Pneumoniae PBLES

Objetivo:

FC: 90 x min FR 18 por minuto TA 120/80.

Escleras anictéricas, conjuntivas rosadas, mucosas húmedas, SNG a drenaje. Cuello: No masas, no adenopatías. Se observa CTTR para alimentación parenteral funcional. Tórax: simétrico, normoexpansivo.

C/P: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, campos pulmonares normoventilados, abdomen: Blando, depresible, leve dolor a la palpación, se observa herida Qx cerrada cubierta / ileostomía G/U: Se observa sonda vesical + cistoflo con eliminación. Extremidades simétricas, móviles, edema G1.

Análisis:

Paciente permanece afebril, sin dificultad respiratoria, con buen balance hidroelectrolítico, se encuentra completando ciclo de antibióticos.

Plan:

Manejo por especialidades quirúrgicas.

Justificación para que el paciente continúe hospitalizado hoy:

Estado General.

Aislamiento.

¹²² “La perforación del intestino suele asociarse a obstrucción, carcinoma, diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal, cuerpos extraños o traumatismos. Sin embargo, **la perforación espontánea sobre un intestino normal es una entidad extraordinariamente infrecuente**, de elevada mortalidad y etiología desconocida.” Ver en: L. Sánchez, C. del Pozo, C. Serra y J. García (1996); Perforación intestinal espontánea: una potencial complicación en hemodiálisis, *NEFROLOGIA. Vol. XVI. Núm. 3. 1996*, Alicante, España, p. 265. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699596008542>

¹²³ “Aunque las diferentes especies de enterobacterias fueron aisladas en menor frecuencia, se pudo apreciar que existe una constante presencia de estos microorganismos en las muestras procedentes de infecciones nosocomiales, por lo que se deben controlar las probables vías de transmisión de éstos para evitar posibles brotes nosocomiales por estas especies.” Ver: DELGADO PÉREZ, Miriam Lázara; MORENO CEDEÑO, Edilia Esther; RODRÍGUEZ PÉREZ, Abilio Ubaldo; DEBROSSE BORREGO Zoila (2005); *Íbid*, pp. 42, 43.

Nuevamente se plantea que la causa de las perforaciones intestinales fue “espontánea”, afirmación que carece por completo de fundamento clínico y científico. Las perforaciones espontáneas intestinales son extremadamente raras, y tienen unos antecedentes y un curso clínico específicos que no se dan en este caso. **En este caso la causa real de las perforaciones intestinales fue iatrogénica, es decir, secundaria a la instrumentalización quirúrgica durante la apendicectomía laparoscópica del 16 de junio de 2017.** ¹²⁴

110. El 19 de julio de 2017 a las 09:18 horas es valorado por medicina interna. Se registra:

Análisis:

Estabilidad clínica SIRS MODULACIÓN, aún sigue taquicárdico¹²⁵, ss potasio de control.

111. El 20 de julio de 2017 a las 12:28 horas es valorado por terapia física:

Subjetivo:

Paciente en cama, refiere sentirse muy débil.

Adoptando el sedente con buena tolerancia.

Objetivos:

Dx anotados, alerta, colaborador, debilidad e hipotrofia en extremidades, funcional en cama.

112. El 21 de julio de 2017 a las 14:4 Horas es valorado por medicina interna, se hace el siguiente registro en la historia clínica:

¹²⁴ “Mientras que la cirugía laparoscópica o mínimamente invasiva tiene ventajas claras y distintivas sobre la laparotomía abierta, tiene también inconvenientes. Específicamente, la disminución de la visualización inherente al procedimiento laparoscópico, es un factor significativo de contribución para el riesgo de perforación.

Esas lesiones intestinales iatrogénicas ocurren en todas las etapas de los procedimientos laparoscópicos, incluyendo la introducción de la aguja de Veress, colocación del trócar, disección intraoperatoria y cauterización .

(...)

El retraso en el diagnóstico puede resultar en progresión del shock séptico, falla orgánica multisistémica, y eventualmente la muerte, si la perforación permanece sin ser diagnosticada.” Ver en WYNNE, Elisabeth; AZAGURY, Dan (2019), *Íbid.*

¹²⁵ Estos son signos de que el proceso séptico continúa, y no de que se está resolviendo.

Subjetivo:

Se siente regular.

Objetivo:

Febril 39.4 de t

FR = 22

Hace pico de fiebre más escalofrío.

Análisis:

Revisamos, febril, sin flebitis visible actual, catéter central en cuello no observo secreción, herida sin secreción, abdomen no defensa, posibilidad de bacteriemia secundaria ??

Se solicitan hemocultivos bacterias y hongos y seguimiento con curva de T.

113. Ese mismo día a las 16:18 Horas es valorado por el Doctor WILLIAM ALBERTO MEJIA PALOMINO, quien registra que el paciente se encuentra estable, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica y mejorando. No obstante, esta afirmación no puede ser cierta, toda vez que el paciente se encontraba afectado por severas complicaciones post-quirúrgicas (perforación intestinal post-quirúrgica), con picos de fiebre y malestar.

109. A las 20 Horas la ronda médica hace la siguiente nota:

Paciente cursando con síndrome febril.

Ahora con T=40°C ya con orden de hemocultivos.

Se da manejo antipirético.

114. El 22 de julio de 2017 a las 09:35 Horas medicina interna evalúa al paciente y registra en la historia clínica:

Análisis:

Regulares condiciones generales, nuevamente se torna febril, había recibido tratamiento con meropenem, colistina, caspofungina, reinicia proceso febril.

Se realizan policultivos, se inicia cefipime hasta obtener reporte gérmenes aislados.

TAC abdominal de control.

115. A las 12:59 Horas es valorado por cirugía general:

(...)

Refiere haber presentado alzas térmicas en las horas de la noche cuantificadas en 40° y 39°C, sin dolor, sin dificultad respiratoria, no ha venido tolerando bien la dieta el día de ayer.

Objetivo: Encuentro paciente en cama, cohortizado por germen KPC, sin signos de dolor ni de dificultad respiratoria, afebril al tacto, se observa en zona de inserción del catéter central signos de inflamación, con un abdomen blando, depresible, con herida quirúrgica cerrada, sin signos de inflamación o infección en región abdominal, con ileostomía funcional con una producción en las últimas 24 horas de 550 CC.

Observaciones:

22/7/1 Potasio 4.5 Fósforo 3.7 Magnesio 0.7 21/7/17 Hb 9.7

Análisis:

Paciente conocido con diagnósticos anotados, cohortizado en UAPE por germen KPC, actualmente con esquema ATB completo, hemodinámicamente estable, quien cuenta con electrolitos de control dentro de rangos de normalidad, con adecuada evolución clínica, con ileostomía funcional con disminución de producción, por presentar alzas térmicas el día de ayer, se busca foco infeccioso, se dan indicaciones para limpieza de zona de inserción de catéter, se indica también subir moderadamente la dieta, se ordena terapia física, y por cuadro hemático sin leucocitosis sospecha de atelectasia, para lo cual se solicita placa de tórax, por el momento se continúa bajo vigilancia clínica, avisar cambios.

116. Se debe precisar que gran parte de las notas de la historia clínica son reiterativas y no son más que un “copiar y pegar”. Este patrón pone en duda de que el paciente estuviera siendo evaluado de forma adecuada y suficiente. De hecho, se puede suponer que las valoraciones más bien era superficiales. En la presente relación de los hechos de la demanda hemos transcrito sólo las más relevantes.

117. A las 17:00 H se hace la siguiente nota en ronda médica:

Paciente quien se encuentra hospitalizado por complicaciones de procedimiento quirúrgico.

Se atiende llamado, paciente en malas condiciones generales, pálido, asténico. SV: TA 64/30, 73/35, 84/40, FC=115 LPM, FR=24 RPM, T=35°C, SO2 100% con cánula nasal. Anúrico¹²⁶ desde el día de ayer.

Abdomen: Blando, depresible, leve dolor generalizado, colostomía funcional, rosada.

Se reporta crecimiento de hemocultivos con bacilos gramnegativos todavía sin tipificar germen. Paciente con posible septicemia, con cierta mejoría a volumen, se solicitan paraclínicos urgentes para revalorar, se comentará con especialidad tratante e intensivista de turno, para posible traslado a UCI.

¹²⁶ Anuria: Ausencia de orina. “Anúrico” significa que no orina. Es signo de un grave daño en los riñones.

En efecto, el paciente es trasladado a la UCI.

En esta nota se reconoce que, en efecto, el grave cuadro clínico del paciente fue causado por complicaciones del procedimiento quirúrgico, es decir, las perforaciones intestinales iatrogénicas causadas durante la apendicetomía laparoscópica.¹²⁷ No fueron causadas por una “enteritis”.

118. A las 17:40 Horas el paciente ingresa a la Unidad de Cuidado Intensivo con diagnóstico de shock séptico.

119. A las 20:27 Horas se inicia ventilación mecánica.

120. A las 22:03 Horas se registra:

Falla respiratoria severa.

Requiere intubación orotraqueal previa sedación analgesia y relajación con vecuronio.

Soporte vasoactivo.

Paso de catéter central subclavio izquierdo por contaminación de primer catéter se requiere pasar otro catéter venoso central.¹²⁸

121. El 23 de julio de 2017 a las 00:23 Horas se registra:

Objetivo:

¹²⁷ “How intraoperative injury happens

Operative injury of the large or small bowel often occurs during sharp or blunt dissection, performed during laparoscopy using accessory mechanical or energy devices. The latter type of device is utilized increasingly because laparoscopic knot tying and suturing are rather awkward and slow, and laparoscopic suturing to control bleeding is difficult. The size of the needle required for laparoscopic suture placement must be small enough to navigate a trocar sleeve.

Traducción:

La lesión quirúrgica del intestino grueso o delgado tiene lugar durante la disección roma o aguda (cortante), realizada durante la laparoscopia utilizando dispositivos mecánicos o de energía. Este último tipo de dispositivo se emplea cada vez más ya que la sutura laparoscópica es lenta e incómoda de hacer, y además controlar el sangrado es difícil. El tamaño de la aguja requerido para la sutura laparoscópica debe ser lo suficientemente pequeño para manejar el mango del trocar. “ Ver en: BAGGISH, Michael S, MD (2008); Íbid, parte 1, p. 53.

¹²⁸ “Se debe tener en cuenta que las infecciones que generalmente se producen en estos procedimientos se deben a deficiencias en las técnicas de desinfección y antisepsia previas a la colocación de estos dispositivos y en los lavados de manos del personal que las ejecuta, así como en las manipulaciones posteriores de esos dispositivos vasculares, por lo que hacia esa dirección se deben enfocar las medidas propuestas para lograr disminuir su incidencia.” Ver en: DELGADO PÉREZ, Miriam Lázara; MORENO CEDEÑO, Edilia Esther; RODRÍGUEZ PÉREZ, Abilio Ubaldo; DEBROSSE BORREGO Zoila (2005); Íbid, pp- 42, 43.

Critico

No ha habido respuesta

TAM muy bajas taquicárdico.

Hipoxémico acidótico.

Oligoanúrico.

*Acido láctico 3.5 Calcio 1.0 Fosforo 6.3. Na 129 K 5.9 Cloro 99 Cr 2.1 BUN 62
HCTO 23 PLT 224000.*

Análisis:

Paciente muy grave. Evolución hacia el deterioro en pocas horas.

Marcada leucocitosis.

Shock persistente, compromiso orgánico múltiple, con implicaciones pronósticas.

Se ajusta tratamiento médico. Y se observa evolución, sigue antibiótico de amplio espectro.

122. El 23 de julio de 2017 se registra la nota de fallecimiento del paciente CRISTHIAN DAVID HERNNADEZ SILVA:

Paciente con evolución hacia el deterioro.

Shock persistente, hipoperfusión, anuria, acidosis mixta con acidemia.

Hacia las 2 AM paro cardiaco actividad eléctrica sin pulso y rápidamente asistolia.

Se inicia reanimación cardiopulmonar, masaje, ventilación con ambú, adrenalina cada 3 minutos, bicarbonato 70 Meq, MGSO4 2 ampollas y 2 ampollas de gluconato de calcio. 18 minutos después de la reanimación sale a ritmo sinusal vs ritmo de la unión, con pulso. Se inicia infusión de adrenalina, sigue LEV, norepinefrina, vasopresina, infusión de bicarbonato, se intenta canalizar de varias formas línea de monitoría arterial, que previamente había disfuncionado, sin éxito. QRS se va ensanchando, por lo cual se pasan 2 ampollas nuevamente de gluconato de calcio.

Hacia las 2:54 nuevamente paro cardiaco con asistolia, con reanimación cardiopulmonar, 10 minutos después sin éxito. Dosis supramáximas de norepinefrina, adrenalina, vasopresina, bicarbonato de sodio, sin ninguna respuesta. Se considera que el paciente ha fallecido.

Hora de fallecimiento : 3:04 AM.

Diagnósticos:

Shock séptico.

Falla orgánica multisistémica.

AP de peritonitis y apendicitis.

123. El paciente CRISTHIAN DAVID HERNANDEZ SILVA, de 17 años, fallece el 23 de julio de 2017 a las 3:04 Horas. Como causa de su muerte se registra:

1. *Septicemia debida a otros organismos gramnegativos.*
2. *Shock séptico.*
3. *Falla orgánica multisistémica.*
4. *Antecedente personal (AP) de apendicitis y peritonitis.*

124. En conclusión, el paciente CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA fallece por las complicaciones que siguieron a la perforación intestinal causada durante el procedimiento de apendicectomía laparoscópica¹²⁹ realizado el 16 de junio de 2017¹³⁰ en la Clínica Nuestra Señora de Los Remedios de Cali. Esta perforación fue causada por la negligencia e impericia del cirujano que realizaba el procedimiento. La perforación no fue identificada sino hasta cinco (05) días después, el 21 de junio de 2017, procedimiento en el cual repara parte del intestino perforado. Esta situación pone de relieve más violaciones a la lex artis, pues se hace de manera muy tardía, cuando la literatura indica que una perforación intestinal debe ser reparada en el mismo tiempo quirúrgico, o máximo, 48 horas después. Además, durante la reparación, pasan por alto otras áreas de perforación causadas durante la primera laparoscopia. Ante la evidente no mejoría, el 27 de junio de 2017 el paciente es sometido a una tercera cirugía, durante la cual se drena gran cantidad de material purulento, pero se hace una revisión muy deficiente de la cavidad

¹²⁹ En condiciones normales, en un paciente sano, la muerte es un evento de muy rara ocurrencia durante una apendicectomía por apendicitis, a no ser, que tenga lugar un acto de mala-praxis médica. Al respecto, el Colegio Americano de Cirujanos explica: “La muerte es extremadamente rara entre personas saludables en casos de apendectomía con peritonitis, reportándose un índice o fluctuación de mortandad de 0 a 18 de cada 1,000 pacientes.” Ver en: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS (2014); APENDICECTOMÍA - EDUCACIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO, Chicago, Estados Unidos de América, p.4. Disponible en: <https://www.facs.org/~media/files/education/patient%20ed/apendectomia.ashx>

¹³⁰ “Mortality is most often the result of overwhelming and prolonged sepsis, leading to multiorgan failure, bleeding diathesis, and adult respiratory distress syndrome. Among 130 laparoscopic surgical cases complicated by bowel injury and reported by Baggish, sepsis was diagnosed in 100% of colonic perforations and 50% of small bowel perforations **when the diagnosis was delayed more than 48 hours after surgery.**”

Traducción:

La mortalidad usualmente es el resultado de una sepsis abrumadora y prolongada, que lleva a falla orgánica múltiple, diátesis hemorrágica y síndrome de estrés respiratorio del adulto. Entre los 130 casos de laparoscopias quirúrgicas complicadas con perforación intestinal y reportadas por Baggish, la sepsis se diagnosticó en el 100% de las perforaciones colónicas y en el 50% de las perforaciones de intestino delgado **cuando el diagnóstico se demoró más de 48 horas.** (resaltado fuera de texto). Ver en: BAGGISH, Michael S, MD (2008); *Ibíd*, parte 2, p. 58. **En el presente caso, se dan cuenta de la perforación intestinal sólo cinco (05) días después de haber tenido lugar la lesión. Las perforaciones tuvieron lugar durante el primer procedimiento (junio 16 de 2017), pero sólo las identifican y reparan cinco (05) días después (21 de junio de 2017). Fuera de eso hacen una exploración incompleta, y solo se den cuenta de que todavía quedaban perforaciones residuales el 30 de junio de 2017.**

abdominal, pues se vuelve a pasar por alto un segmento de intestino que seguía perforado a raíz del primer procedimiento del 16 de junio de 2017. Finalmente, el 30 de junio de 2017, durante una cuarta cirugía, reparan las áreas de intestino lesionadas. Pero para ese entonces el paciente ha permanecido catorce (14) días con un intestino perforado que filtraba material en el interior de su cavidad abdominal. Ya para este momento el proceso séptico estaba muy avanzado, el paciente fue sometido a otras cuatro (04) cirugías posteriores (para un total de ocho) que sirvieron muy poco para controlar los serios daños y la grave infección que se habían ocasionado a raíz del manejo imperito y negligente de los cirujanos tratantes.

La IPS intentó luego encubrir el hecho indicando que la perforación se debió a una “enteritis”, evento de imposible ocurrencia en el contexto clínico del paciente. **Debe tenerse en cuenta que las bacterias identificadas en los cultivos tomados al paciente no son capaces de producir por sí mismas una perforación o un trauma espontáneo. Además, se debe considerar que las bacterias aisladas son de tipo nosocomial, es decir, adquiridas en la institución. Esta infección nosocomial fue la consecuencia, y no la causa, de las perforaciones intestinales provocadas durante la apendicectomía laparoscópica.**

125. La IPS Clínica Nuestra Señora de Los Remedios y la EPS Coomeva S.A son solidariamente responsables de la muerte del paciente CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.) y de los daños patrimoniales y extrapatrimoniales causados a su familia.

126. El fallecimiento del menor CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.) causó un profundo e intenso sufrimiento en su grupo familiar (los demandantes) . Se afectó su unidad, sensación de bienestar y disfrute de la vida, al privárseles de la compañía del miembro más joven de la familia, en quien tenían muchas expectativas en compartir un futuro juntos y el cual ya no podrán tener.

127. Conforme a lo dispuesto en el artículo 35 de la ley 640 de 2001 y siguientes, que establecen como requisito de procedibilidad la conciliación prejudicial en derecho para acudir ante la jurisdicción civil, se celebró audiencia de conciliación con los demandados COOMEVA E.P.S. S.A. e INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA – CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS el día 10 de septiembre de 2020 en el Centro de Conciliación FUNDAFAS de la ciudad de Cali, diligencia que fue fallida. Se expidió constancia conforme a lo dispuesto en el artículo 2º de la ley 640 de 2001, terminando así el trámite conciliatorio y cumpliendo el requisito de procedibilidad que se anexa a la demanda.

128. Por Resolución Nro. 006045 del 27 de mayo de 2021, inscrita en la Cámara de Comercio de Cali el 31 de mayo de 2021 bajo el Nro. 10694 de libro IX, la Superintendencia Nacional de Salud, tomó inmediata posesión de los bienes, haberes y negocios de la sociedad COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A.

129. Por Resolución No. 20215100013230-6 del 27 de Septiembre de 2021, inscrita en la Cámara de Comercio de Cali el 12 de Octubre de 2021 con el No. 18478 del libro IX, la Superintendencia Nacional de Salud resolvió ordenar la INTERVENCIÓN FORZOSA ADMINISTRATIVA PARA ADMINISTRAR la sociedad COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A, por el término de un (1) año.

130. Por Resolución No. 2022320000000189-6 del 25 de enero de 2022, inscrita en la Cámara de Comercio de Cali el 02 de febrero de 2022 con el No. 1571 del Libro

IX, la Superintendencia de Salud ordena la liquidación como consecuencia de la toma de posesión de COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A.

131. Que conforme a lo publicado en la página web de la entidad demandada COOMEVA EPS SA EN LIQUIDACIÓN, se estableció como plazo dentro del proceso liquidatorio para radicar reclamaciones el 11 de marzo de 2022, fijando además un plazo adicional hasta el 31 de julio de 2023 para la presentación de reclamaciones extemporáneas. El 31 de julio de 2023 a las 14:45 Horas se presentó la reclamación económica contra Coomeva EPS S.A. en liquidación por concepto del proceso de responsabilidad médica iniciado con ocasión del fallecimiento del menor CRISTHIAN DAVID HERNANDEZ SILVA (Q.E.P.D.)

132. La comparecencia al proceso liquidatorio de la demandada COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN no afecta la vinculación de co-demandada IPS CLINICA LOS REMEDIOS, la cual responde en solidaridad (in solidum) en caso de que la entidad en liquidación no pueda asumir sus obligaciones patrimoniales.

133. El Agente Especial Liquidador designado por la Superintendencia Nacional de Salud para adelantar el proceso de liquidación de COOMEVA EPS profirió la Resolución No. L002 del 24 de enero de 2024, mediante la cual dispuso, entre otras, la terminación de la existencia legal de COOMEVA EPS S.A. EN LIQUIDACIÓN identificada con NIT 805.000.427-1, debidamente inscrita en el registro mercantil.

Además de lo anterior, en el aludido acto administrativo, se determinó:

*“Que la Junta de Acreedores, en sesión extraordinaria No. 01, celebrada el 19 de octubre de 2023, aprobó de manera unánime la rendición de cuentas final con corte 31 de agosto de 2023 y la suscripción de Contrato de Mandato con la sociedad **RACIL ASESORIAS S.A.S.***

*Que se solicitó en los términos del artículo 9.1.3.6.3 del Decreto 2555 de 2010, a la Superintendencia Nacional de Salud el día 30 de octubre de 2023, mediante oficio radicado 20239300403841122, **la autorización de suscripción del contrato de mandato correspondiente a la gestión de las actividades remanentes del proceso de liquidación de COOMEVA EPS S.A. EN LIQUIDACIÓN, así como para representar para todos los efectos legales pertinentes.***

*Que mediante comunicación 20241300000132081 del 24 de enero de 2024, **la Superintendencia Nacional de Salud, autorizó al liquidador para llevar a cabo la celebración de contrato de mandato con representación de las situaciones no definidas de Coomeva S.A. EPS en liquidación, de conformidad con los requisitos establecidos en el artículo 9.1.3.6.4 del Decreto 2555 de 2010. En consecuencia, se suscribió contrato de mandato con Representación No. LIQ00324 de fecha 24 de enero de 2024 entre COOMEVA EPS S.A. EN LIQUIDACIÓN y RACIL ASESORIAS S.A.S.***

134. Continúa la citada Resolución señalando:

*Que la Junta de Acreedores, en sesión extraordinaria No. 01, celebrada el 19 de octubre de 2023, aprobó de manera unánime la rendición de cuentas final con corte 31 de agosto de 2023 y la suscripción de **Contrato de Mandato con la sociedad RACIL ASESORIAS S.A.S.***

Que se solicitó en los términos del artículo 9.1.3.6.3 del Decreto 2555 de 2010, a la Superintendencia Nacional de Salud el día 30 de octubre de 2023, mediante oficio radicado 20239300403841122, la autorización de suscripción del contrato de mandato correspondiente a la gestión de las actividades remanentes del proceso de liquidación de COOMEVA EPS S.A. EN LIQUIDACIÓN, así como para representar para todos los efectos legales pertinentes.

Que mediante comunicación 20241300000132081 del 24 de enero de 2024, la Superintendencia Nacional de Salud, autorizó al liquidador para llevar a cabo la celebración de contrato de mandato con representación de las situaciones no definidas de Coomeva S.A. EPS en liquidación, de conformidad con los requisitos establecidos en el artículo 9.1.3.6.4 del Decreto 2555 de 2010. **En consecuencia, se suscribió contrato de mandato con Representación No. LIQ00324 de fecha 24 de enero de 2024 entre COOMEVA EPS S.A. EN LIQUIDACIÓN y RACIL ASESORIAS S.A.S.**

135. Por lo anterior, pese a que actualmente ya se hubiese efectuado el aludido registro de extinción de la persona jurídica, conforme las motivaciones del acto administrativo que dispuso la terminación de la existencia legal de Coomeva EPS (Hoy liquidada), y de acuerdo a lo normado en el Artículo 9.1.3.6.3 Literal b) y Artículo 9.1.3.6.4 del Decreto 2555 de 2010, aunado al contrato de mandato, **se tiene que Racil Asesorías SAS continúa representando a la entidad demandada pese a la terminación de su existencia legal en los procesos en curso admitidos al cierre del proceso y en situaciones jurídicas pendientes no definidas, como es el caso de la presente causa.** Esta posición jurídica ha sido asumida por lo diferentes Juzgados y Tribunales que conocen de procesos contra COOMEVA EN LIQUIDACIÓN.

135. El 1 de febrero de 2025 la Dra. TANNIA ALEJANDRA PORTILLA ESTRADA, identificada con la C.C 1.107.090.358, Medica y Cirujana de la Universidad del Valle, con Registro Médico 1107090358, rinde dictamen pericial sobre el caso del adolescente CHRISTHIAN DAVID HERNANDEZ SILVA. En las conclusiones de su informe manifiesta:

1. CHRISTIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.), identificado en vida con la TI. 1.192.804.736, fue sometido a apendicectomía laparoscópica el 16 de junio de 2017 en IPS Clínica Nuestra Señora de Los Remedios de Cali - Valle del cauca.
2. Durante la apendicetomía laparoscópica se evidencio presencia de plastrón apendicular. Se resalta que al paciente no se le tomo pruebas diagnósticas al ingreso donde se podría visualizar dicha patología.
3. El plastrón apendicular es una entidad cuyo manejo es conservador dado que su intervención quirúrgica está asociado a complicaciones, dentro de ellas perforación intestinal.
4. Durante el procedimiento practicado en la IPS Clínica Nuestra Señora de Los Remedios se produjo PERFORACIÓN IATROGÉNICA DEL INTESTINO DELGADO (íleon terminal). La perforación del intestino delgado durante una apendicetomía laparoscópica no es una complicación normal o esperada del procedimiento, ni mucho menos queda exonerada por el consentimiento informado. **Es una mala praxis grave producto de un acto médico imperito.**

5. *La perforación intestinal durante la cirugía laparoscópica no es un “evento adverso esperado” o un efecto secundario normal. Se considera un grave error asociado a una mala técnica de acceso laparoscópico, a una mala evaluación preoperatoria del paciente y una mala praxis asociada a negligencia o baja curva de aprendizaje.*

6. *Paciente desde el primer día de evolución posterior a la cirugía curso con clínica de perforación intestinal, signos y síntomas que se omitieron y llevaron a no realizar diagnóstico oportuno de perforación intestinal. Fue después de cinco días donde se reinterviene al paciente evidenciando perforaciones intestinales.*

7. *Según la historia clínica, paciente no tenía ningún factor de riesgo para desarrollar complicaciones tan severas, por el contrario era un paciente joven, sano y no padecía ninguna enfermedad.*

8. *La perforación iatrogénica del intestino obligó a que fuera sometido múltiples veces a intervenciones quirúrgicas, a permanecer hospitalizado en unidad de cuidados intensivos con presencia de dispositivos invasivos. Estas intervenciones, no hacen parte del protocolo normal de una apendectomía laparoscópica, además de adquirir infección nosocomial con bacterias multirresistentes.*

9. *El retraso en la intervención quirúrgica de corrección de perforación intestinal lleva a que la paciente desarrolle peritonitis, adquiera infecciones nosocomiales con desenlace en choque séptico de origen abdominal, con su consecuente muerte.*

136. El 11 de junio de 2025 el Dr. GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT, identificado con cedula de ciudadanía: 72.146.900 Registro Medico: 50088-95, médico especialista en Cirugía General, rinde dictamen pericial sobre el caso del adolescente CHRISTHIAN DAVID HERNANDEZ SILVA. En las conclusiones de su informe manifiesta:

1. *Existió manejo inadecuado al realizar manejo quirúrgico inmediato del plastrón apendicular, desconociendo recomendaciones establecidas de tratamiento conservador inicial.*

2. *Se cometió negligencia al no identificar y actuar oportunamente frente a signos clínicos tempranos de perforación intestinal en el postoperatorio inicial.*

3. *La perforación intestinal que desencadenó la peritonitis generalizada se produjo por una inserción incorrecta de los trócares laparoscópicos en la cirugía inicial.*

4. *La demora en realizar la segunda cirugía permitió la progresión de la infección intraabdominal y sepsis, agravando el cuadro clínico.*

5. *El desenlace fatal podría haberse evitado con una valoración clínica minuciosa y una intervención oportuna frente a las complicaciones postoperatorias tempranas.*

V. FUNDAMENTOS CLÍNICOS DE LA DEMANDA

5.1. FISIOLÓGÍA DEL APARATO DIGESTIVO Y DEL INTESTINO:

El aparato digestivo humano comprende diferentes órganos, iniciando en la cavidad oral y continuando con el esófago, estómago, duodeno, yeyuno, íleon, colon en sus segmentos ascendente, transversal y descendente, recto y ano. Tiene la función de procesar y digerir los alimentos que consumimos para extraer de ellos los nutrientes que los demás órganos y sistemas necesitan para cumplir sus funciones fisiológicas.

El intestino delgado mide entre 3 y 7 metros de longitud, dependiendo de las características de cada persona en particular, como su edad, sexo y talla, entre otras.

El intestino delgado inicia en el esfínter pilórico, el cual es un anillo muscular que permite el paso de los alimentos (quimo) provenientes del estómago. Finaliza en la válvula ileocecal, un esfínter funcional que permite el paso del quimo al intestino grueso.

El intestino delgado se divide en tres segmentos: Duodeno, yeyuno e íleon. Su pared tiene varias vellosidades, encargadas de absorber los nutrientes del quimo e incorporarlos a la circulación.

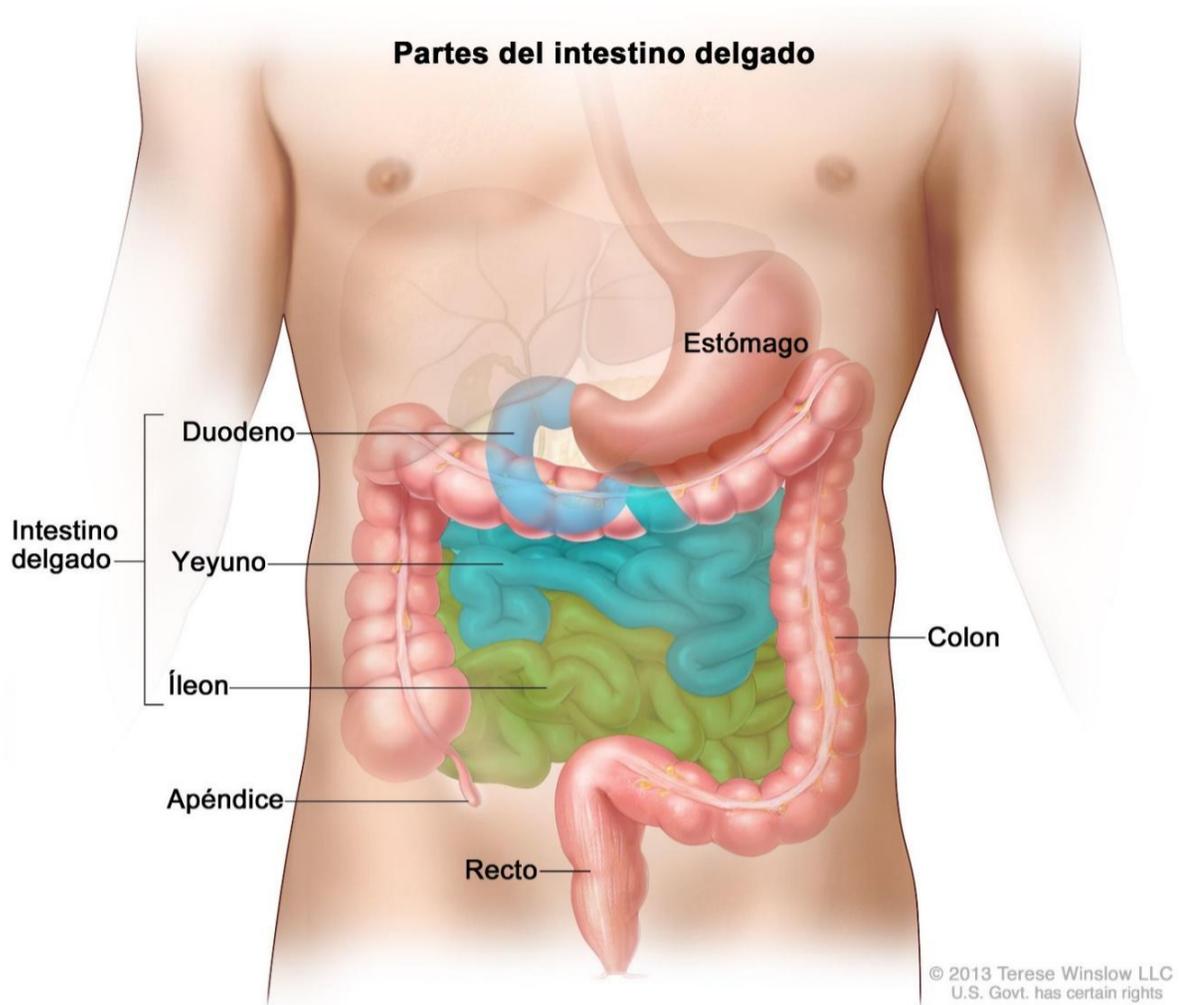
El duodeno es un lugar muy importante para la digestión de nutrientes. Productos del páncreas exocrino (proteasas, tripsina, amilasas y lipasa) y productos vertidos con la bilis (ácidos y sales biliares) se encargan de digerir las proteínas, glúcidos y grasas.

Sigue el yeyuno, porción que se caracteriza por tener unas largas vellosidades (más largas que en el duodeno o el íleon) donde se continúa con la digestión y absorción de los nutrientes.

El íleon es la parte final en la cual se absorbe la vitamina B12 y gran parte de las sales biliares. El íleon también alberga las Placas de Peyer, que son cúmulos de tejido linfático encargados de identificar y eliminar los antígenos provenientes de los alimentos.

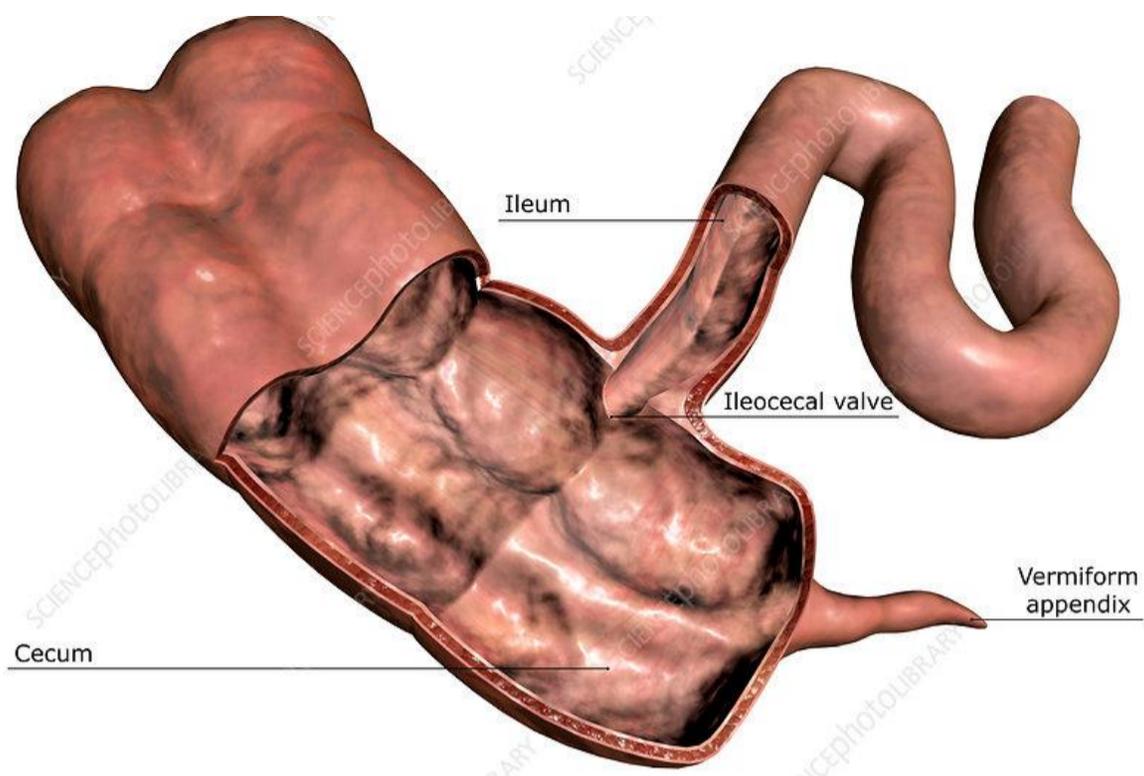
Finalmente, el intestino delgado termina en la válvula ileocecal, un esfínter (anillo muscular) que permite el paso del quimo al ciego, es decir, la primera parte del intestino grueso.

A continuación, una imagen esquemática del intestino delgado y sus tres segmentos:



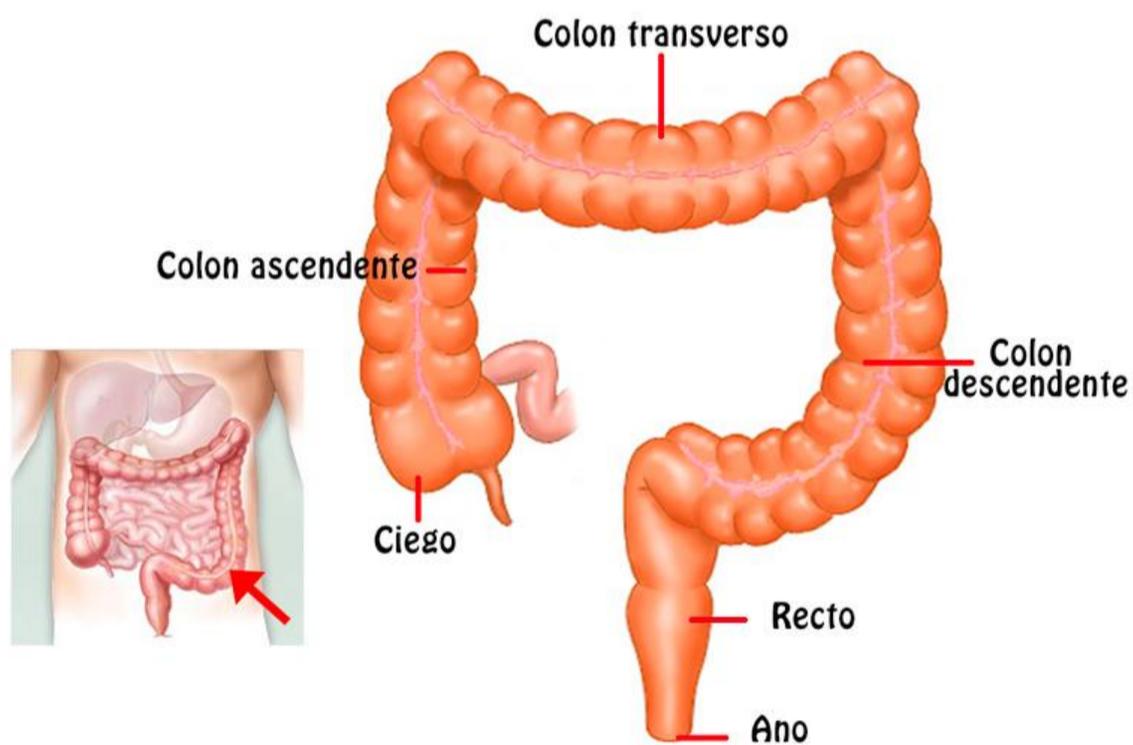
Tomado de: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/intestino-delgado/paciente/tratamiento-intestino-delgado-pdq>

Y a continuación se muestra una imagen esquemática del ciego, lugar donde desemboca el íleon. Esta área es de especial interés para el presente caso:



Tomado de: <https://www.sciencephoto.com/media/196683/view/the-ileocecaval-valve>

Una imagen esquemática del ciego en relación al intestino grueso:

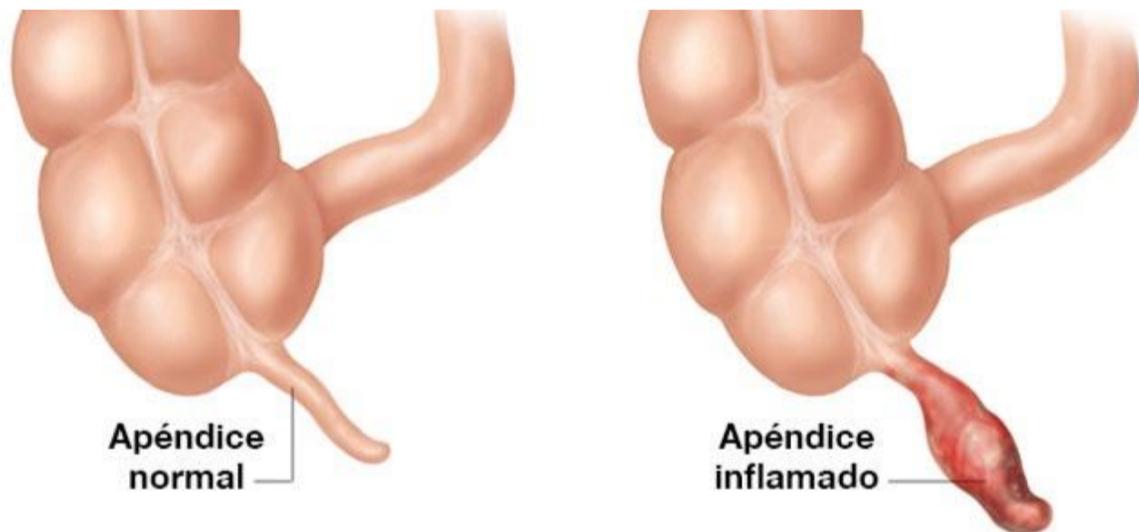


Tomado de: <https://webmorfoblog.wordpress.com/intestino-grueso/>

5.2. Apéndice:

El apéndice (también llamado apéndice vermiforme -del latín vermis que significa gusano -, es decir, con forma de gusano) es un tubo delgado y sin salida que se encuentra adherido al ciego, al inicio del intestino grueso. Se le considera un órgano vestigial que en el pasado evolutivo cumplió algunas funciones digestivas importantes, aunque teorías modernas señalan que no es un órgano vestigial y que por el contrario tiene una función importante en el sistema inmune.

A continuación una imagen esquemática del apéndice humano:



Tomado de: <https://www.gastroenterologos.net/sintomas-y-manifestaciones-clinicas-del-paciente-con-apendicitis/>

El apéndice puede inflamarse e infectarse, condición que se conoce como apendicitis. Esto ocurre porque el apéndice se obstruye, bien sea por inflamación, la presencia de un cuerpo extraño o un fecalito (pequeña masa de materia fecal dura y compacta). La obstrucción aumenta la inflamación y dificulta el drenaje venoso, linfático y la circulación, produciendo isquemia. En estas condiciones, se produce un crecimiento de bacterias, que causan un proceso infeccioso importante. Las bacterias pueden invadir la pared isquémica produciendo supuración y perforación.

El principal síntoma de la apendicitis es el dolor abdominal. Según la Clínica Mayo¹³¹ *“La apendicitis es una inflamación del apéndice, una bolsa en forma de dedo que se proyecta desde el colon en el lado inferior derecho del abdomen. La apendicitis provoca dolor en el abdomen bajo derecho. Sin embargo, en la mayoría de las personas, el dolor comienza alrededor del ombligo y luego se desplaza. A medida que la inflamación empeora, el dolor de apendicitis por lo general se incrementa y finalmente se hace intenso. Aunque cualquiera puede tener apendicitis, lo más frecuente es que ocurra en personas entre los 10 y 30 años de edad. El tratamiento estándar es la extirpación quirúrgica del apéndice.”*

¹³¹ Clínica Mayo (2019); *Ibíd.*

La apendicitis es una enfermedad que se presenta en la población con una prevalencia del 7%. El Ministerio de la Protección Social (2009) en su Guía “Apendicitis Aguda” explica¹³²:

“Una de las entidades patológicas que con mayor frecuencia enfrenta el médico es la apendicitis aguda, que ocurre en cualquier edad y que, se estima, puede presentarse en aproximadamente 7% de las personas en el curso de su vida. Su incidencia aumenta durante la infancia y alcanza un pico entre los 10 y 30 años, declina a partir de la cuarta década.”

5.3. Plastrón apendicular:

El tratamiento de la apendicitis aguda es en la mayoría de las ocasiones quirúrgico, es decir, se procede a la extirpación quirúrgica del apéndice, procedimiento denominado apendicectomía. Ello es así debido a que en la mayoría de los casos la apendicectomía es segura, y a que el manejo conservador (no quirúrgico) con antibióticos suele fracasar y obligar a una apendicectomía posterior.

No obstante, existe una discusión en relación a la entidad conocida como “plastrón apendicular”, pues frente a esta condición, que es el resultado del avance de la infección en el apéndice y su extensión a los tejidos adyacentes, varios autores postulan que su manejo debe ser conservador y no quirúrgico.

A continuación una imagen esquemática de un plastrón apendicular:

¹³² Ministerio de la Protección Social (2009); Guías para Manejo de Urgencias Tomo II, 3 Edición; *Ibíd.*



Tomado de FRANK NETTER, NETTER'S Gastroenterology, Diseases of the Appendix.

El plastrón apendicular es una masa que se forma en torno al apéndice por parte de los tejidos adyacentes (epiplón y asas intestinales). Es una reacción a la inflamación e infección del apéndice, y sirve para contenerla.

La Biblioteca Virtual del Servicio de Salud de Murcia (2018) nos define "plastrón apendicular" en los siguientes términos:¹³³

"Según el Diccionario de términos médicos de la Real Academia Nacional de Medicina la definición de plastrón apendicular (o plastrón periapendicular) sería: "Masa inflamatoria que se detecta en la palpación de la fosa iliaca derecha e indica una reacción peritoneal localizada en torno a un apéndice inflamado y generalmente perforado. Está formada por la adherencia de asas del intestino delgado y del epiplón mayor alrededor del apéndice inflamado, como respuesta defensiva que limita la peritonitis". La traducción del término al inglés sería "periappendiceal phlegmon" o "appendiceal phlegmon".

¹³³ CONSEJERÍA DE SALUD DE MURCIA (2018); Cirugía en pacientes con plastrón apendicular, Ibíd.

Asumiendo que la cuestión hace referencia a un paciente adulto en el cual las pruebas diagnósticas confirman la existencia de un plastrón apendicular, los documentos consultados, en base fundamentalmente a datos de estudios observacionales y a los de algún ensayo clínico de muestra muy reducida, consideran que el tratamiento de elección del paciente en el que se diagnostica un plastrón apendicular es el conservador o no quirúrgico, con antibióticos intravenosos (IV) y seguimiento cercano del paciente para descartar fallo terapéutico y/o complicación del proceso. Valoran la indicación de cirugía en los casos en los que no haya respuesta clínica/radiológica al tratamiento antibiótico, persisten los síntomas o recurre la apendicitis.”

Y sobre el manejo de esta entidad patológica, F. Villalón y cols (2013), en su trabajo de investigación “Tratamiento y seguimiento del plastrón apendicular” concluyen lo siguiente: ¹³⁴

Por otro lado, hay diversos trabajos (tanto en series pediátricas como en adultos) que defienden un tratamiento conservador inicial para posteriormente realizar la apendicectomía de manera diferida. La ventaja es la disminución en la tasa de complicaciones propias de las peritonitis de origen apendicular (como la infección de herida quirúrgica y el absceso intra-abdominal) ya que, al realizar la intervención de manera diferida, con el cuadro inflamatorio resuelto, la incidencia de estas complicaciones es menor. Así, se demuestra en nuestra serie, donde únicamente hemos tenido una complicación (absceso de pared).

Hay trabajos que incluso cuestionan la necesidad de realizar posteriormente la apendicectomía, puesto que se ha comprobado en las muestras analizadas al realizar la apendicectomía diferida que varias habían recobrado la configuración normal. Los motivos fundamentales para realizar la apendicectomía diferida son, tanto la prevención de un nuevo episodio de apendicitis aguda, como la exclusión de otras entidades que pueden simular un plastrón apendicular.

Se estima una tasa de recurrencia del 5 al 20% según las series, la mayoría de ellas antes de los dos años tras el primer episodio.

La ausencia de absceso en el TC y la presencia de apendicolito son factores asociados a mayor fallo del manejo conservador. En nuestra serie los casos que no precisaron drenaje peritoneal tuvieron una evolución satisfactoria, mientras que en 2 de los 3 casos en los que el manejo conservador funcionó se encontró un apendicolito.

CONCLUSIONES

¹³⁴ F. Villalón, A.Villanueva, M.A Suñol, J. Garay, J. Arana, J. Jiménez, M. Sainz de la Maza, I. Eizaguirre (2013); Tratamiento y seguimiento del plastrón apendicular. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Donostia. San Sebastián Cirugía Pediátrica 2013; 26: 164-166, España. Disponible en https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2013_26-4_164-166.pdf

Según nuestra experiencia, el manejo conservador es una alternativa eficaz para el tratamiento del plastrón apendicular en la edad pediátrica, siendo la tasa de éxito en nuestra serie del 84%.

En nuestra serie, la intervención resultó más sencilla cuando se realizó transcurridos entre 3 y 6 meses desde el momento agudo que cuando se postpuso más tiempo.

Al igual que se refleja en la literatura, la tasa de complicaciones fue menor cuando se realizó la apendicectomía diferida que si se realiza la intervención en el momento agudo.

Es necesario destacar que si bien el paciente fue diagnosticado al ingreso de la Clínica Nuestra Señora de Los Remedios con apendicitis aguda, durante al acceso laparoscópico se determinó la presencia de un plastrón apendicular, que es una forma evolucionada de la apendicitis. Si bien en el pasado se consideraba que el plastrón apendicular debía ser tratado quirúrgicamente, la evidencia actual, y vigente al momento de los hechos, indica que el tratamiento conservador con antibióticos da mejores resultados.

Llama la atención que al paciente no se le hicieron estudios de imágenes diagnósticas que permitieran diagnosticar previamente el plastrón, y así considerar la opción no quirúrgica. Incluso, una vez iniciada la laparoscopia y detectado el plastrón, el cirujano debió considerar la posibilidad de suspenderla e iniciar el manejo conservador. Pero nunca explicó, ni justificó, en la historia clínica su decisión de continuar. No sustentó su conducta.

Al respecto, citamos a P. Claire y cols (2004) quienes explican:¹³⁵

Basándonos en nuestros resultados recomendamos el manejo médico inicial y apendicectomía laparoscópica electiva posterior en todo paciente con diagnóstico de plastrón apendicular que se encuentre estable desde el punto de vista clínico; ya que con el manejo quirúrgico inicial el riesgo de complicaciones intra y postoperatorias son mayores.

Y en el mismo sentido, FARFÁN MEJÍA y cols (2018) concluyeron en su estudio “Plastrón apendicular como complicación de apendicitis aguda en pacientes adultos” lo siguiente:¹³⁶

¹³⁵ P. Claire, V. Linacre, J. Lagos, M. Guelfand, P. López, P. Gutiérrez, A. Zavala. (2004); Plastrón apendicular experiencia de 5 años. Hospital Exequiel Gonzales Cortes. *Revista de Cirugía Infantil* 14 (1, 2, 3, 4) 2004, Santiago, Chile, p.87. Disponible en: <http://acacip.org.ar/revista/140119.pdf>

¹³⁶ FARFAN MEJIA, Anilorena Stephanie; GARCÍA ZAMBRANO, Gino Luis; TUTIVEN MURILLO, Merly Karen; ZAMBRANO VÉLEZ, Alex Danilo (2018); Plastrón apendicular como complicación de apendicitis aguda en pacientes adultos, *Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias*. Vol. 2 núm., 2, Junio, ISSN: 2588-0748, 2018, pp. 357-366 Editorial Saberes del Conocimiento Vol. 2, núm. 2., (2018), Guayaquil, Ecuador, pp.364, 365 DOI: 10.26820/reciamuc/2.2.2018.357-366, disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/97/98>

Conclusiones.

*El plastrón es una presentación poco frecuente de la apendicitis (hasta el 9% de todos los casos de apendicitis pueden presentar una masa inflamatoria). **Existen trabajos que incluso cuestionan la necesidad de realizar posteriormente la apendicectomía, puesto que se ha comprobado en las muestras analizadas al realizar la apendicectomía diferida que varias habían recobrado la configuración normal.** Los motivos fundamentales para realizar la apendicectomía **diferida** son, tanto la prevención de un nuevo episodio de apendicitis aguda, como la exclusión de otras entidades que pueden simular un plastrón apendicular. Se estima una tasa de recurrencia del 5 al 20% según las series, la mayoría de ellas antes de los dos años tras el primer episodio. (Villalón, Villanueva, Suñol, Garay, & Arana, 2013).*

(...)

Recomendaciones.

En la apendicitis aguda es importante establecer un diagnóstico oportuno para disminuir la morbimortalidad. Se coincide además de que con una buena anamnesis y exploración física se pueda llegar a un diagnóstico fácil si se aplican los signos semiológicos que en muchas ocasiones se omiten. (Beauregard, Ituarte, & Moo, 2012).

*Basándonos en nuestros resultados **recomendamos el manejo médico inicial y apendicectomía laparoscópica electiva posterior en todo paciente con diagnóstico de plastrón apendicular que se encuentre estable desde el punto de vista clínico; ya que con el manejo quirúrgico inicial el riesgo de complicaciones intra y postoperatorias son mayores (Claure, y otros, 2004).***

(Resaltado fuera de texto)

Por lo tanto el cirujano debió primero realizar y analizar los estudios de imágenes diagnósticas y valorar adecuadamente al paciente para determinar si existía un plastrón apendicular y si se podía iniciar el manejo médico en vez de la cirugía. Pero no lo hizo. En todo caso, una vez se decide por la cirugía laparoscópica, e identifica y confirma la presencia de un plastrón apendicular, debió considerar suspender el procedimiento e iniciar el manejo conservador. Ahora bien, si se iba a apartar de la conducta conservadora (que según la evidencia es la que mejores resultados ofrece), debió sustentar su decisión en la historia clínica, pero tampoco lo hizo.

5.4. APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA:

Finalmente, el cirujano Dr. JUAN FERNANDO GUITARRERO decide realizar la apendicectomía laparoscópica (apendilap) al paciente CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA el 16 de junio de 2017.

Hicieron parte del equipo quirúrgico las siguientes personas:

LUZ KARIME HORMAZA – Anestesióloga.

JUAN FERNANDO GUITARRERO – Cirujano general.

RAY SALAZAR – Cirujano General.

MARTHA LUCÍA PARRA – Circulante de cirugía

ELIZABETH DELGADO – instrumentadora quirúrgica.

Fue este procedimiento, el cual se llevo a cabo de manera imperita y negligente, el que la causó múltiples perforaciones intestinales al paciente.

Es necesario explicar en qué consiste este procedimiento y cuál es la técnica que se emplea.

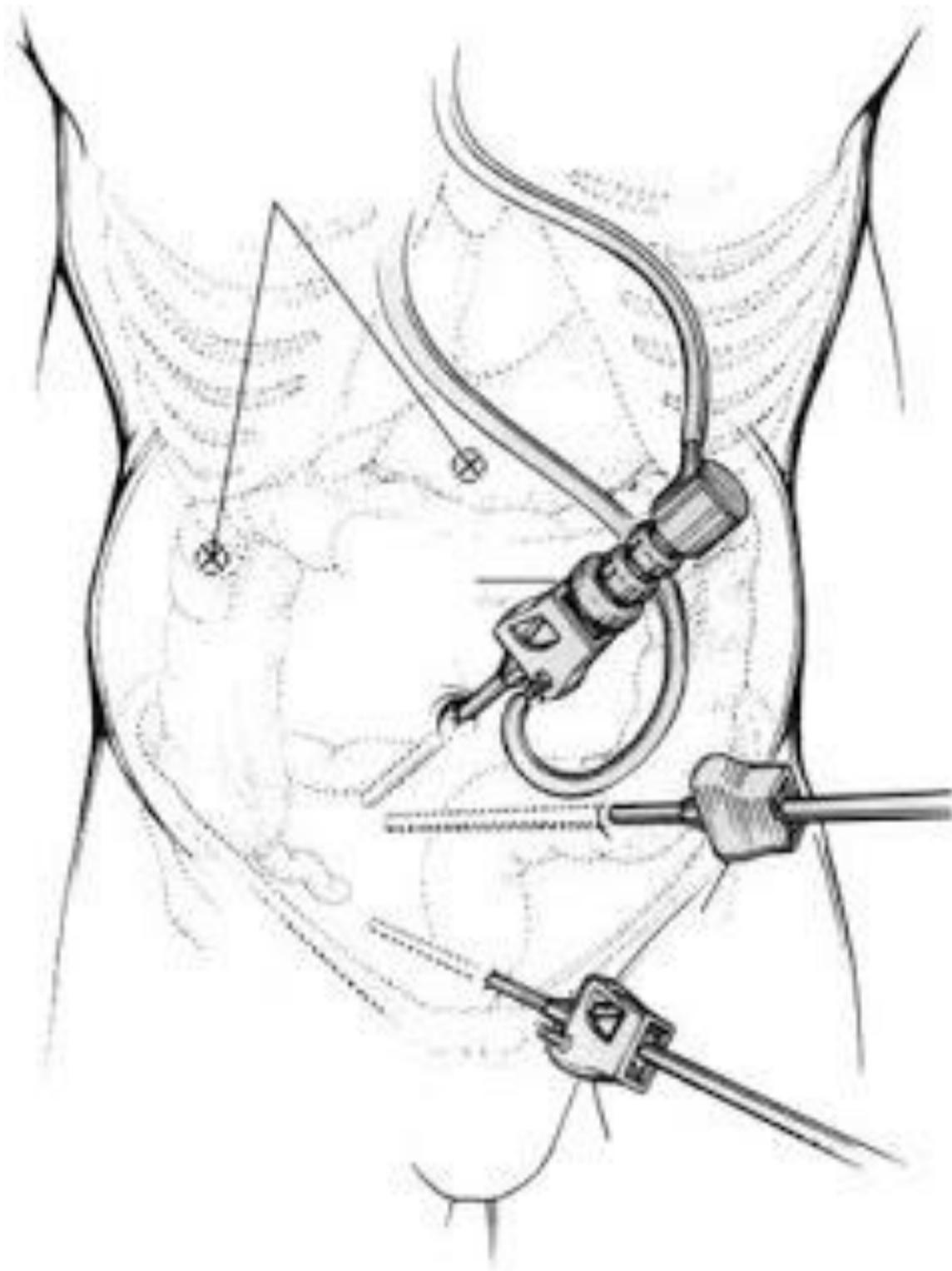
La Apendicectomía Laparoscópica (Apendilap) es una cirugía mediante la cual se hacen tres perforaciones en el abdomen. Una a nivel del ombligo, por donde se introduce un trócar que permite el ingreso del endoscopio (cámara o lente asociada a un tubo de fibra óptica) que permite visualizar el interior de la cavidad abdominal. Por este mismo orificio o puerto se insufla dióxido de carbono para crear suficiente espacio que permita una mejor visualización y maniobra de los instrumentos. Otra incisión se hace en la parte baja izquierda del abdomen, y la tercera un poco más arriba del pubis (región suprapúbica). Estas dos últimas incisiones permiten insertar dos trócares por los cuales ingresan los instrumentos quirúrgicos que permitirán extraer el apéndice.

Según la Sociedad Americana de Cirujanos Gastrointestinales y Endoscopistas :¹³⁷

“En su mayoría, las apendicectomías laparoscópicas se inician de la misma manera. Mediante el uso de una cánula (un instrumento estrecho y tubular), el cirujano accede al abdomen. Un laparoscopio (un pequeño telescopio conectado a una videocámara) se inserta a través de una cánula, lo cual ofrece al cirujano una vista ampliada de los órganos internos del paciente en una pantalla de televisión. Se insertan varias cánulas adicionales a fin de permitir que el cirujano trabaje por dentro y extirpe el apéndice. La totalidad del procedimiento se puede completar a través de las cánulas o al alargar una de las pequeñas incisiones para las cánulas. Es posible que se coloque un drenaje durante el procedimiento. El mismo se quitará antes de que usted se vaya del hospital.”

A continuación, una imagen esquemática de un abordaje laparoscópico :

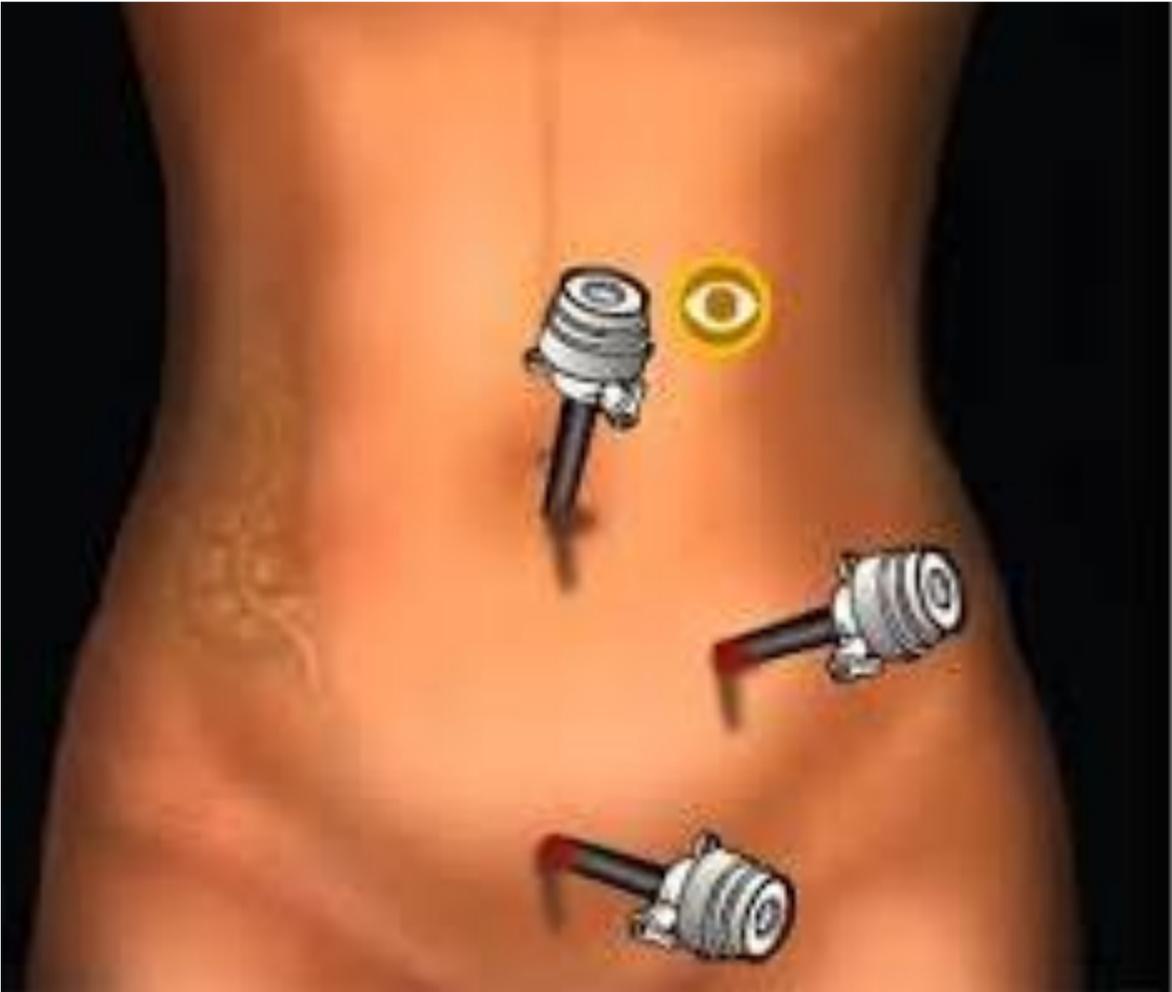
¹³⁷ Sociedad Americana de Cirujanos Gastrointestinales y Endoscopistas SAGES (2004) Apendicectomías Laparoscópicas: Información Para el Paciente de parte de su Médico y de SAGES, Ibíd.



Tomado de: <http://apendilap.blogspot.com/2016/11/apendilap-apendicectomia-laparoscopica.html>

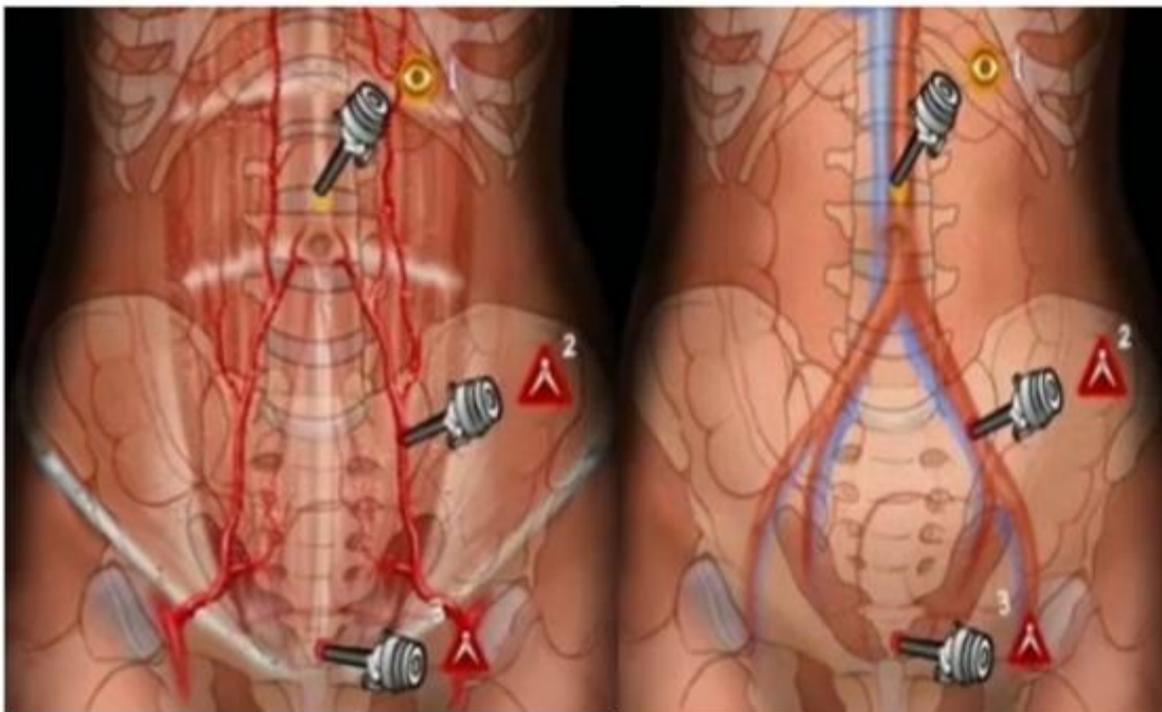
Se observan los dos trócares (suprapúbico y en fosa ilíaca izquierda) con los que se manipulan los órganos, y un tercer trócar (infraumbilical) por donde se insufla el dióxido de carbono (para causar el neumoperitoneo) y se inserta el endoscopio para visualizar mediante una cámara y un sistema de fibra óptica el procedimiento.

A continuación otras dos imágenes esquemáticas:



Tomado de: <https://policlinicolaserlosnaranjos.com/especialidades/cirugia-laparoscopica/>

APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA



Tomado de: <https://es.slideshare.net/FernandaLuna1/apendicectomia-laparoscopica-31011404>

En el Tratado “Principios de Cirugía – Schwartz” se puede leer la siguiente descripción del procedimiento:¹³⁸

La apendicectomía laparoscópica se lleva a cabo bajo anestesia general. Se utiliza una sonda orogástrica o nasogástrica y un catéter urinario. Se coloca al paciente en decúbito dorsal con su brazo izquierdo fijo y asegurado con cintas en la mesa de operaciones. Tanto el cirujano como el ayudante deben estar a la izquierda del paciente de frente hacia el apéndice. Se deben colocar los monitores a la derecha del paciente o en el pie de la cama. La apendicectomía laparoscópica normal suele utilizar tres puertos de acceso. Por lo general, se utiliza un trócar de 10 ó 12 mm al nivel del ombligo, en tanto que los dos trócares de 5 mm se colocan en la región suprapúbica y en la fosa iliaca izquierda. El paciente debe colocarse en posición de Trendelenburg e inclinado hacia la izquierda.

El apéndice se identifica de la misma forma que en la cirugía abierta siguiendo la tenia libre del colon hasta la base del apéndice. A través del trócar suprapúbico, se debe sujetar el apéndice con firmeza y elevarlo a la posición de las 10 horas. Se obtiene “una vista decisiva del apéndice” en la que la tenia

¹³⁸ BRUNICARDI, Charles; ANDERSEN, Dana K.; BILLIAR, Timothy; DUNN, David L.; HUNTER, John G.; MATTHEWS, Jeffrey; POLLOCK, Raphael (2015); SCHWARTZ – Principios de Cirugía (2015) – Apendicectomía Laparoscópica Mac Graw Hill Education, pp. 1252-1253.

libre se halla en la posición de las 3 horas, el íleon terminal en la porción de las 6 horas y el apéndice retraído en la posición de las 10 horas para permitir la identificación adecuada de la base del apéndice. A través del trocar infraumbilical, se disecciona suavemente el mesenterio en la base del apéndice y se crea una ventana. Por lo general se aplica una grapa en la base del apéndice, y luego se efectúa la sutura automática mecánica del mesenterio. Como alternativa, el mesenterio se puede dividir mediante un dispositivo de energía o se le puede aplicar un clic en la base del apéndice inmovilizada con una endoasa. Se examina con cautela el muñón para asegurarse de la hemostasia, de que el corte de la base del apéndice haya sido completo y confirmar que no quede el muñón. Se reseca el apéndice a través del trocar infraumbilical en una bolsa de recuperación.

En general, los resultados finales de una apendicectomía laparoscópica son buenos. La mayoría de los pacientes se recuperan rápidamente y vuelven a la normalidad a los pocos días.

En condiciones normales, en un paciente sano, la muerte es un evento de muy rara ocurrencia durante una apendicectomía por apendicitis, a no ser, que tenga lugar un acto de mala-praxis médica. Al respecto, el Colegio Americano de Cirujanos explica:¹³⁹ “La muerte es extremadamente rara entre personas saludables en casos de apendicectomía con peritonitis, reportándose un índice o fluctuación de mortalidad de 0 a 18 de cada 1,000 pacientes.”

Sobre el buen pronóstico general de la apendicitis en el contexto de un manejo acertado, MUÑOZ, VERGARA y VERGARA (2013) nos dicen:¹⁴⁰

“La apendicitis aguda es la patología quirúrgica de emergencia más frecuente en el mundo. El pronóstico de los pacientes con apendicitis aguda es bastante bueno si se realiza el diagnóstico y el tratamiento temprano de dicha patología. (...) El manejo de un plastrón apendicular (apendicitis subaguda) se basa, inicialmente, en antibioticoterapia endovenosa, nada vía oral y drenaje percutáneo de abscesos periapendiculares. Al disminuir el dolor se puede iniciar cuidadosamente la ingesta, para finalmente terminar el curso de antibióticos por vía oral para el alta. Es aconsejable realizar imágenes del abdomen de control para estar seguros que la colección se ha resuelto antes del retiro del drenaje, y descartar otras patologías asociadas o causales (como cáncer). Luego de 6 a 8 semanas, se puede realizar la apendicectomía.”

Entonces, si en términos generales se considera que la apendicectomía laparoscópica es un procedimiento seguro ¿Qué pasó en el caso de CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA? ¿Cómo es que termina con el intestino perforado, una

¹³⁹ AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS (2014); APENDICECTOMÍA - EDUCACIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO, *Ibíd.*

¹⁴⁰ MUÑOZ ORTIZ, Michael; VERGARA DAGOBETH, Edgar; VERGARA GARCÍA, David Andrés (2013): Plastrón apendicular secundario a apendicitis aguda de presentación clínica atípica: un reporte de caso y revisión de la literatura, *Ibíd.*

grave infección nosocomial y finalmente la muerte tras un procedimiento que en principio era muy seguro? Eso el que explicaremos en las próximas líneas.

5.5. PERFORACIÓN INTESTINAL DURANTE APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA:

A pesar de que en términos generales se le considera una cirugía con buenos resultados, la literatura científica y diversos estudios describen eventos en los que se presenta una perforación intestinal durante este procedimiento.

La perforación intestinal durante la cirugía laparoscópica no es un “evento adverso esperado” o un efecto secundario normal. **Se considera un grave error asociado a una mala técnica de acceso laparoscópico, a una mala evaluación preoperatoria del paciente y una malpraxis asociada a negligencia o baja curva de aprendizaje.**

Incluso, la literatura prevé la forma en que se debe actuar cuando se identifica este grave error, señalando las pautas para contener y reparar el daño. En el caso de CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA no solo se cometió este grave error, sino que además se omitieron todos los procedimientos indicados para corregirlo.

La perforación intestinal derivó en una grave infección causada por gérmenes propios de la flora intestinal y luego intrahospitalarios, cuadro que evolucionó a un proceso séptico que terminó en la muerte del paciente. Una cadena mortal de errores.

MICHAEL BAGGISH (2008) en su artículo de investigación “Lessons in timely recognition of laparoscopy-related bowel injury – Lecciones en el reconocimiento oportuno de la lesión intestinal relacionada con laparoscopia” nos explica:¹⁴¹

“The most favorable time to diagnose an iatrogenic intestinal perforation is within the intraoperative period. Prompt recognition and repair of bowel perforation offers several advantages.

(...)

Traducción:

*El tiempo más favorable para diagnosticar una perforación intestinal iatrogénica **es en el período intraoperatorio. El pronto reconocimiento y la reparación de la perforación intestinal ofrece muchas ventajas.**”*

(Resaltado fuera de texto)

En el caso de CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA, la perforación intestinal se identificó cinco días después (junio 21 de 2017), cuando debió haber sido identificada en el primer procedimiento, esto es, el 16 de junio de 2017.

¹⁴¹ BAGGISH, Michael S, MD (2008); Lessons in timely recognition of laparoscopy-related bowel injury, parte 2, *Ibíd.*

Este mismo autor continúa explicando:¹⁴²

“What the data show:

Of the 130 intestinal injuries recently reported by Baggish, 62 of 81 (77%) small bowel injuries were related to trocar insertion, as were 20 of 49 (41%) large intestinal injuries. In other words, 82 of 130 intestinal injuries (63%) were the direct result of trocar entry.

Bhoyrul and associates reported 629 trocar injuries, of which 182 were visceral. Of the 32 deaths, six were secondary to unrecognized bowel injury. Of 176 nonfatal visceral injuries, 128 (73%) involved the intestines, and 22 were unrecognized.

Traducción:

Lo que muestran los datos:

De 130 lesiones intestinales reportadas por Baggish, 62 de 81 (77%) lesiones de intestino delgado estuvieron relacionadas con la inserción del trócar, así como 20 de 49 (41%) lesiones de intestino grueso. En otras palabras, 82 de 130 lesiones intestinales (63%) fueron resultado directo de la entrada del trócar.

Bhoyrul y asociados reportaron 629 lesiones por trócar, de las cuales 182 fueron viscerales. De las 32 muertes, seis fueron secundarias a lesiones no reconocidas de intestino. De 176 lesiones no fatales, 128 (73%) involucraron los intestinos, y 22 no fueron reconocidas.

La perforación intestinal durante una cirugía laparoscópica es una complicación infrecuente asociada a errores en la técnica. PALÁ y PUIGANTELL (2012) en su capítulo de libro “Complicaciones y errores en cirugía laparoscópica de la eventración” nos explican cómo se puede producir este error:¹⁴³

Clasificación: (...)

1. Derivadas del acceso laparoscópico:

(...)

b) Introducción de los trócares

Si bien los trócares actuales disponen de mecanismo de protección frente a la lesión intrabdominal debemos tener siempre presente que éste es un momento delicado, ya que en estos pacientes con cirugía intrabdominal previa puede haber adherencias intestinales a la pared. Por ello, somos partidarios de utilizar el primer trócar con visión directa a fin de minimizar el riesgo de lesión. La lesión de los vasos epigástricos o alguna de sus ramas es otra complicación que debemos tener presente, ya que la mayoría de grupos utilizan un acceso de 3 trócares en flanco izquierdo cercano al trayecto de estos vasos. Si se

¹⁴² BAGGISH, Michael S, MD (2008); How to avoid injury to bowel during laparoscopy, parte 1, Ibíd.

¹⁴³ PALÁ, Feliu Palá; PUIGANTELL, Josep Camps (2012); Complicaciones y errores en cirugía laparoscópica de la eventración, Ibíd.

detecta sangrado durante la cirugía es conveniente solucionarlo con puntos de sutura o maniobras de compresión.

(...)

b) Lesión intestinal: Es una de las complicaciones más graves de la técnica (laparoscópica) . En la revisión realizada por LeBlanc en 2005 se refiere en un 0-6% de casos. Se produce por sección del asa intestinal durante la disección, pero también puede deberse a maniobras bruscas de tracción, presa traumática de las pinzas laparoscópicas o por lesión térmica a distancia.

(Resaltado fuera de texto)

PETTINA y CAZÓN (2018) en su trabajo académico “Eventos intraoperatorios en la cirugía laparoscópica”, manifiestan que las complicaciones de la cirugía laparoscópica dependen de la experiencia del equipo quirúrgico. Una de las complicaciones descritas es la perforación intestinal:¹⁴⁴

*“La incidencia de complicaciones perioperatorias asociada con los procedimientos por video laparoscopia varía significativamente, **dependiendo de la experiencia del equipo quirúrgico**. Las ventajas de la laparoscopia son: menor dolor postoperatorio, menor estadía en el hospital, rápido retorno a las actividades normales y costos más reducidos. Sin embargo, estos procedimientos presentan complicaciones que no se ven en la cirugía convencional. El conocimiento de estas complicaciones potenciales, de su génesis y evolución deben servir para disminuir la morbimortalidad de los procedimientos. Las complicaciones de la laparoscópica están relacionadas, en su mayor parte, con la insuflación de anhídrido carbónico intraperitoneal (CO₂) y los cambios en la posición del paciente durante la cirugía de laparoscopia, con distintas consecuencias hemodinámicas, pulmonares y endocrinas. La colocación de la aguja de insuflación en forma incorrecta ocasiona efectos indeseables. Cuando es introducida a ciegas puede ser colocada intravascular, en el tejido celular, o preperitoneal, en una víscera, en el mesenterio o en el retroperitoneo. Además, pueden existir varias complicaciones quirúrgicas incluyendo enfisema subcutáneo, neumotórax, neumomediastino, embolia gaseosa, hemorragia aguda, **perforación de intestino** o de vejiga.*

(...)

Lesiones Viscerales: *Del mismo modo que se producen heridas de los vasos durante las maniobras de instrumentación quirúrgica, se pueden lesionar diversos órganos, por ejemplo, estómago, **intestino**, hígado, vías biliares, bazo, vejiga y uréteres.”*

(Resaltado fuera de texto)

¹⁴⁴ PETTINA Liliana; CAZÓN Marta (2018); Eventos intraoperatorios en la cirugía laparoscópica, Ibíd.

Retomando a BAGGISH (2008), encontramos que la literatura científica señala que después de una cirugía laparoscópica de cualquier tipo, el cirujano debe estar atento a síntomas como el dolor abdominal o la no mejoría del paciente, pues ello podría estar indicando la presencia de una perforación intestinal. La reparación de la perforación intestinal debe realizarse lo más pronto posible, lo adecuado es de manera inmediata, es decir, dentro de la misma cirugía en que se ocasiona. Este autor nos explica:¹⁴⁵

“At the conclusion of any laparoscopic procedure, especially after adhesiolysis or bowel dissection, inspect the intestines and include the details in the operative report.

After any laparoscopic procedure, if the patient does not improve steadily, the first presumptive diagnosis to be excluded is injury secondary to the procedure or technique.

The major symptom of intestinal perforation is abdominal pain, which does not ease without increasing quantities of analgesics.

Investigate any bowel injury thoroughly to determine viability at the site of injury. Whenever possible, repair all injuries intraoperatively.

After intestinal perforation, the risk of sepsis is high. Look for early signs such as tachycardia, subnormal body temperature, depressed WBC count, and the appearance of immature white cell elements

Traducción:

Al concluir todo procedimiento laparoscópico, especialmente adhesiolisis o disección del intestino, inspeccione el intestino e incluya todos los detalles en la historia clínica.

Después de cualquier procedimiento laparoscópico, si el paciente no mejora sostenidamente, el primer diagnóstico presuntivo a ser excluido es la lesión secundaria al procedimiento o la técnica.

El principal síntoma de perforación intestinal es el dolor abdominal, el cual no mejora con dosis crecientes de analgésicos.

*Investigue cualquier lesión intestinal a fondo para determinar viabilidad en el sitio de la lesión. Cuando sea posible, **repare todas las lesiones intraoperatoriamente.***

Después de una perforación intestinal, el riesgo de sepsis es alto. Busque signos tempranos como taquicardia, temperatura corporal anormal, recuento bajo de glóbulos blancos, y la aparición de células blancas inmaduras.” (resaltado fuera de texto).

La perforación intestinal durante una cirugía laparoscópica es tan real que incluso se han diseñado dispositivos para identificarla intraoperatoriamente, los cuales

¹⁴⁵ BAGGISH, Michael S, MD (2008); Íbid, parte 1, Íbid.

miden los cambios de aire y gas en la cavidad abdominal . WYNNE y AZAGURY (2019) , en el manual explicativo de unos de estos dispositivos, explican:¹⁴⁶

*Más de 7,5 millones de cirugías laparoscópicas se realizan anualmente en los EEUU y Europa; **una de sus complicaciones más temidas es la perforación intestinal intraoperatoria no detectada.***

Se ha estimado que el 0,3–1% de los procedimientos quirúrgicos laparoscópicos se complican por una perforación intestinal iatrogénica .

(...)

La demora en el diagnóstico y tratamiento hasta el período postoperatorio puede resultar en peritonitis, sepsis y muerte.

(resaltado fuera de texto)

MOORTHY (2015) en su artículo de investigación “Bowel Injury After Laparoscopic Surgery – Lesión intestinal después de la cirugía laparoscópica” elaborado para el Departamento de Salud y Servicios Humanos – Agencia para la Investigación en Salud y Calidad de los Estados Unidos de América, señala con claridad que uno de los factores de riesgo más relevantes para que se produzca una perforación intestinal durante un procedimiento laparoscópico es la impericia, falta de experiencia y baja curva de aprendizaje del cirujano:¹⁴⁷

Bowel injuries occur in around 0.13% of laparoscopic procedures. This incidence is probably an underestimate due to the retrospective nature of most studies. These injuries may vary from serosal to full thickness injuries; the latter may lead to bowel perforation or transection.

***The risk factors for bowel injuries include surgeon-related factors such as inexperience and early learning curve,** previous abdominal surgery, adhesions, and obesity. The injury could be a result of direct injury during laparoscopic port insertion (access injury) or during handling the bowel with instruments. Thermal injuries to the bowel may occur because of equipment faults (e.g., damage to the insulation on a laparoscopic instrument) **or improper use of an energy device** (e.g., using an ultrasonic forceps as a grasper).”*

Traducción:

Las lesiones intestinales tienen lugar en aproximadamente en el 0.13% de los procedimientos laparoscópicos. Esta incidencia probablemente es subestimada debido a la naturaleza retrospectiva de la mayoría de los estudios. Estas lesiones pueden variar desde el compromiso de la serosa,

¹⁴⁶ WYNNE, Elisabeth; AZAGURY, Dan (2019); Dispositivo para detectar enterotomías iatrogénicas durante la laparoscopia, Ibíd.

¹⁴⁷ MOORTHY, Krishna, MD, MS Senior Lecturer, Consultant Surgeon Upper Gastrointestinal and Bariatric Surgery Imperial College London, UK (2015); *Bowel Injury After Laparoscopic Surgery*, US Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality, Estados Unidos.

hasta lesiones de espesor completo. Esta última puede llevar a perforación intestinal o transección.

Los factores de riesgo para lesiones intestinales incluyen factores relacionados con el cirujano como inexperiencia y curva de aprendizaje, cirugías abdominales previas, adhesiones, y obesidad. La lesión puede ser resultado de daño directo durante la inserción del puerto laparoscópico (lesión por acceso) o durante la manipulación del intestino con los instrumentos. Las lesiones térmicas al intestino suceden por fallas en el equipo (por ejemplo daño en el aislamiento de un instrumento laparoscópico) o el uso inadecuado de un dispositivo eléctrico (por ejemplo usando un fórceps ultrasónico o una pinza).

(Resaltado fuera de texto)

En este punto, se debe destacar la nota complementaria quirúrgica del 16 de junio de 2017 en la que se registra:

Fecha - Hora: 16/06/2017 20:47 Presentó Reacción:

Reacción: No

Área de Asepsia Quirúrgica: Abdomen

Placa Electro Bisturí: SI

(Resaltado fuera de texto)

Es decir, se indica la presencia de instrumentos eléctricos o de electrocauterio durante la laparoscopia. Este aspecto es relevante, pues la literatura describe que el uso de dispositivos térmicos o eléctricos aumenta la posibilidad de lesiones, y de que éstas sean más severas. Es más, la misma literatura indica con claridad que las lesiones causadas por este tipo de instrumentos están fuertemente asociadas a la impericia del cirujano y al mal uso del dispositivo. Al respecto, ALKATOUT y cols (2012) explican:¹⁴⁸

*Es necesario un conocimiento básico de la electricidad para aplicar de forma segura la tecnología electroquirúrgica. La electrocirugía es uno de los sistemas de energía más comúnmente usados en **cirugía laparoscópica. El riesgo de complicaciones está ligado al conocimiento del instrumental, técnica quirúrgica, biofísica y anatomía.***

(...)

Complicaciones de la electrocirugía

¹⁴⁸ ALKATOUT, Ibrahim, MD, MA, SCHOLLMAYER, Thoralf, MD, HAWALDAR, Nusrat A., MS, SHARMA Nidhi, MS, METTLER, Liselotte, PhD (2012); PRINCIPIOS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD DE ELECTROCIRUGÍA EN LAPAROSCOPIA, Ibid.

La lesión electrotérmica puede ocurrir por aplicación directa, acoplamiento directo, fallo de aislamiento y acoplamiento capacitivo.

Aplicación directa Debido a la activación involuntaria del equipo electroquirúrgico fuera del área quirúrgica.

Acoplamiento directo se produce cuando el equipo de electrocirugía es activado accidentalmente mientras que el electrodo activo está en estrecha proximidad de otro instrumento de metal.

Fallo de aislamiento Principal causa de lesiones. Ruptura o defecto de las vainas de aislamiento del instrumental. El uso de corriente de baja intensidad, coagulación con corriente de corte y un sistema de monitorización de trócares, puede reducir los riesgos.

Acoplamiento capacitivo cuando la corriente eléctrica corre en paralelo con el electrodo activo, se transfiere a través del aislamiento intacto a materiales o estructuras conductoras adyacentes (por ejemplo, el intestino) sin contacto directo. El uso de trocares metálicos puede reducir este riesgo al disipar la energía.

*Hallazgos clinicopatológicos la mayoría de las lesiones electrotérmicas en el intestino (aproximadamente el 75%) no son reconocidas en el momento. **Los síntomas de la perforación intestinal se observan generalmente 4 a 10 días después del procedimiento.***

Medidas de seguridad para la prevención de las complicaciones de electrocirugía:

- 1. Inspeccionar cuidadosamente el aislamiento*
- 2. Usar el ajuste de potencia más bajo posible*
- 3. Usar una forma de onda de baja tensión (corte)*
- 4. Usar la activación intermitente breve*
- 5. No activar en circuito abierto*
- 6. No activar en estrecha proximidad o el contacto directo con otro instrumento*
- 7. Utilizar la electrocirugía bipolar cuando sea apropiado*
- 8. Seleccionar un sistema de cánula de metal como opción más segura*
- 9. Utilizar la tecnología disponible para disminuir los riesgos del fallo de aislamiento y acoplamiento capacitivo.*

(Resaltado fuera de texto)

El artículo citado señala incluso las medidas para prevenir este tipo de lesiones intestinales.

BAGGISH (2008) reitera igualmente que durante una cirugía laparoscópica se puede presentar una perforación intestinal, razón por la cual se deben tomar precauciones.

Señala que esta perforación también se puede producir por dispositivos de energía.¹⁴⁹

How intraoperative injury happens

Operative injury of the large or small bowel often occurs during sharp or blunt dissection, performed during laparoscopy using accessory mechanical or energy devices. The latter type of device is utilized increasingly because laparoscopic knot tying and suturing are rather awkward and slow, and laparoscopic suturing to control bleeding is difficult. The size of the needle required for laparoscopic suture placement must be small enough to navigate a trocar sleeve.

Traducción:

La lesión quirúrgica del intestino grueso o delgado tiene lugar durante la disección roma o aguda (cortante), realizada durante la laparoscopia utilizando dispositivos mecánicos o de energía. Este último tipo de dispositivo se emplea cada vez más ya que la sutura laparoscópica es lenta e incómoda de hacer, y además controlar el sangrado es difícil. El tamaño de la aguja requerido para la sutura laparoscópica debe ser lo suficientemente pequeño para manejar el mango del trócar.

Este autor, quien ha hecho un importante trabajo de investigación sobre las causas y prevalencia de las lesiones intestinales iatrogénicas en el curso de la cirugía laparoscópica, explica que la lesión se puede producir durante el abordaje (ingreso de los trócares) o durante el procedimiento:¹⁵⁰

Classifying intestinal injuries:

As in the case of major vessel injury, intestinal injury sustained during laparoscopy can be classified as either:

- Injury secondary to the approach. This category refers to entry complications associated with creation of the pneumoperitoneum and insertion of primary and secondary trocars.

- Injury secondary to the procedure or operation. This type of injury occurs as a result of manipulation with various devices during laparoscopy. The devices may include probes, forceps, scissors, or energy devices such as laser, electrosurgical, and ultrasonic instruments.

Traducción:

Clasificando las lesiones intestinales:

Como en el caso de la lesión a un gran vaso, la lesión intestinal sostenida durante la laparoscopia se puede clasificar en:

¹⁴⁹ Ver en: BAGGISH, Michael S, MD (2008); parte 1, Ibíd.

¹⁵⁰ Ver en: Ver en BAGGISH, Michael S, MD (2008); parte 1, Ibíd.

-Lesión secundaria al abordaje. Esta categoría se refiere a las complicaciones de entrada asociadas a la creación del neumoperitoneo y la inserción de los trócares primarios y secundarios.

-Lesión secundario al procedimiento. Este tipo de lesión tiene lugar como resultado de la manipulación de varios dispositivos durante la laparoscopia. Los dispositivos pueden ser sondas, fórceps, tijeras, o dispositivos de energía como láser, electrocauterio, e instrumentos ultrasónicos.

KÜNZLI y cols (2018) señalan asimismo que la perforación intestinal es una complicación temida de la cirugía laparoscópica, insistiendo en las medidas de prevención para evitar que suceda.¹⁵¹

Bowel, vascular, and biliary injuries during laparoscopic cholecystectomy (LC) have to be addressed with high priority. The focus of this study was on small bowel injury (SBI) and its impact on clinical management.

(...)

We report isolated iatrogenic SBI in 0.24% (5 of 2062) after LC. We identified 3 cases with SBI associated with the technique of Hasson or related problems with intraoperative relaxation toward the end of the LC. All 5 patients needed at least 1 reoperation. There was no mortality in this series and all patients with iatrogenic SBI got discharged from the clinic in good health. Nevertheless, 3 of 5 patients (60%) with SBI filed a law suit.

Conclusions:

Isolated iatrogenic SBI is a rare but dreaded complication after LC with high impact on patient's health and prone for medicolegal claims. Strict precaution on thorough relaxation throughout the operation, meticulous handling of closing technique of the fascial layer and "eternal vigilance" are mandatory to reduce risks of SBI after LC.

Traducción:

Las lesiones intestinales, vasculares y biliares durante la colecistectomía laparoscópica (CL) deben ser atendidas con alta prioridad. El presente estudio se centró en la lesión de intestino delgado (LID) y su impacto en el manejo clínico.

(....)

Reportamos LID iatrogénica aislada en 0.24% (5 de 2062) después de una CL. Identificamos 3 casos de LID asociadas con la técnica de Hasson o problemas relacionados con la relajación intraoperatoria al final de la CL. Todos los cinco pacientes necesitaron al menos una re-intervención quirúrgica. No hubo mortalidad en esta serie y todos los cinco pacientes fueron dados de alta en

¹⁵¹ Ver en : Künzli, Beat M. MD; Spohnholz, Johannes MD; Braumann, Chris MD; Shrikhande, Shailesh V. MD; Uhl, Waldemar MD (2018); Clinical Impact of Iatrogenic Small Bowel Perforation Secondary to Laparoscopic Cholecystectomy. A Single-center Experience . *Ibíd.*

buenas condiciones. Sin embargo, 3 de los 5 pacientes (60%) presentaron una demanda legal.

Conclusiones:

*Las lesiones iatrogénicas aisladas de intestino delgado son complicaciones raras pero temidas de la colecistectomía laparoscópica con un alto impacto en la salud del paciente y pueden dar lugar a procesos médico-legales. **Se debe tener precaución muy estricta con la relajación (de los tejidos y músculos) a lo largo de la operación, un manejo meticuloso de la técnica de cerrado de la fascia y una eterna vigilancia, éstas son precauciones necesarias para evitar una lesión de intestino delgado durante la colecistectomía laparoscópica.***

(Resaltado fuera de texto)

El Consejo de Salubridad General de México (2015) señala igualmente que la perforación intestinal se puede presentar en el curso de una cirugía laparoscópica:¹⁵²

*COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA: Las complicaciones de la Laparoscopia que son **potencialmente mortales** incluyen :*

(...)

*Trauma directo: **Intestino**, la vejiga, los vasos abdominales principales y los vasos de la pared abdominal anterior.*

Ahora bien, debe tenerse en cuenta que la literatura científica sobre el tema es clara en señalar que las lesiones intestinales durante la cirugía laparoscópica son prevenibles y evitables, si se toman ciertas medidas de precaución. No son un evento inexorable debido a la “mala suerte”, no señores. Al respecto, Moorthy (2015) informa:¹⁵³

Take-Home Points

Every precaution should be taken to prevent bowel injuries during laparoscopic Surgery-access should preferably be through the open technique or through the use of optical entry trocars; all trocars should be inserted under direct vision.

Vigilance and early recognition are essential to rescuing patients from bowel injuries. Teamwork, communication, and leadership (human factors) skills are essential in ensuring that patients are rescued effectively with minimal morbidity and mortality.

Postoperative care should be protocol-based and there should be triggers to escalate care. Patients whose progress deviates from the norm (i.e., go off-

¹⁵² CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL (2015); Laparotomía y/Laparoscopia Diagnóstica en Abdomen Agudo no Traumático en el Adulto, Guía de referencia Rápida, Ibíd.

¹⁵³ MOORTHY (2015), Ibíd

protocol) are likely to have complications. This should trigger a set of clinical and system responses, including reviews by senior clinicians.

Traducción:

Puntos a tener en cuenta:

Se deben tomar todas las precauciones para prevenir las lesiones intestinales durante la laparoscopia. El acceso quirúrgico debe hacerse preferiblemente por medio de técnicas abiertas o mediante el uso de trócares ópticos; todos los trócares deben insertarse bajo visión directa.

La vigilancia y el reconocimiento temprano son esenciales para rescatar a los pacientes de las lesiones intestinales. El trabajo en equipo, la comunicación y el liderazgo (factores humanos) son habilidades esenciales para asegurar que los pacientes son rescatados efectivamente con una mínima mortalidad y morbilidad.

El cuidado en el postoperatorio debe basarse en protocolos y deben detectarse eventos para escalar el cuidado.

Pacientes en quienes el progreso se desvía de la norma o del protocolo son más propensos a tener complicaciones. Esto debe desencadenar un conjunto de respuestas clínicas e institucionales, incluyendo la revisión de profesionales más experimentados.

Obviamente, ninguna de estas precauciones se tomaron en el caso de Cristhian David Hernández. El comportamiento del cirujano fue imperito, negligente y descuidado.

VAN DER VOORT (2004) explica igualmente la posibilidad de que durante una cirugía laparoscópica se produzcan perforaciones accidentales, las cuales en muchas ocasiones son mortales:¹⁵⁴

At 0.13 per cent, the incidence of laparoscopy-induced bowel injury is small and such injury is usually discovered during the operation. Nevertheless, laparoscopy-induced bowel injury is associated with a high mortality rate of 3.6 per cent.

Traducción:

A 0.13 por ciento, la incidencia de las lesiones inducidas por laparoscopia es pequeña y estas heridas usualmente son descubiertas durante la operación. Sin embargo, la lesión intestinal inducida por laparoscopia tiene una mortalidad alta.

Resaltamos nuevamente los trabajos de BAGGISH (2008) en relación con el deber de cuidado y diligencia que debe tener el cirujano durante el procedimiento laparoscópico. Este autor nos advierte que se deben evitar las revisiones rápidas o

¹⁵⁴ M. van der Voort, E. A. M. Heijnsdijk, D. J. Gouma (2004); Bowel injury as a complication of laparoscopy. *British Journal of Surgery Society Ltd*, *Ibid.*

“express” y que el cirujano debe **tomarse su tiempo** para REVISAR la cavidad abdominal una vez terminado el procedimiento para descartar que se hayan presentado perforaciones.¹⁵⁵

Be diligent about inspecting the bowel in the area of surgical intervention and quick to suspect intestinal injury when the patient doesn't improve postop.

(...)

During operative laparoscopy, a quick search for injury through the laparoscope cannot assure any surgeon that the intestinal wall has not been seriously denuded. A damaged muscularis—even if it is not recognized as transmural injury—may subsequently rupture if it is not appropriately repaired intraoperatively.

Traducción:

Sea **diligente** al inspeccionar el intestino en el área de intervención quirúrgica y sospeche rápidamente una lesión intestinal cuando el paciente no mejore pronto en el postoperatorio.

(...)

Durante la operación de laparoscopia, una búsqueda rápida con el laparoscopio no puede asegurar a ningún cirujano que la pared intestinal no ha sido denudada. Una muscularis lesionada – así no se reconozca como una lesión transmural – puede subsecuentemente presentar una ruptura si no es reparada de manera apropiada intraoperatoriamente.

En otro aparte de su trabajo, este autor continúa explicando lo siguiente:¹⁵⁶

*Mortality is most often the result of overwhelming and prolonged sepsis, leading to multiorgan failure, bleeding diathesis, and adult respiratory distress syndrome. Among 130 laparoscopic surgical cases complicated by bowel injury and reported by Baggish, sepsis was diagnosed in 100% of colonic perforations and 50% of small bowel perforations **when the diagnosis was delayed more than 48 hours after surgery.***

Traducción:

La mortalidad usualmente es el resultado de una sepsis abrumadora y prolongada, que lleva a falla orgánica múltiple, diátesis hemorrágica y síndrome de estrés respiratorio del adulto. Entre los 130 casos de laparoscopias quirúrgicas complicadas con perforación intestinal y reportadas por Baggish, la sepsis se diagnosticó en el 100% de las perforaciones

¹⁵⁵ BAGGISH, Michael S, MD (2008); parte 2, *Ibid.*

¹⁵⁶ *Ibid.*

colónicas y en el 50% de las perforaciones de intestino delgado **cuando el diagnóstico se demoró más de 48 horas.** (resaltado fuera de texto).

En el caso de CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA, se dan cuenta de la perforación intestinal sólo cinco (05) días después de haber tenido lugar la lesión. Las perforaciones tuvieron lugar durante el primer procedimiento (junio 16 de 2017), pero sólo las identifican y reparan cinco (05) días después (21 de junio de 2017). Fuera de eso hacen una exploración incompleta el 21 y el 27 de junio, y solo se dan cuenta de que todavía quedaban perforaciones residuales el 30 de junio de 2017.

En el mismo sentido MOORTHY (2015) insiste en la necesidad de identificar, reconocer y reparar lo más pronto posible las perforaciones intestinales que se producen durante un procedimiento laparoscópico. Este autor recomienda que la reparación debe ser inmediata, es decir, en el mismo intraoperatorio: ¹⁵⁷

Early recognition is essential in preventing some of the adverse outcomes from iatrogenic bowel injuries. Delayed diagnosis is associated with a higher risk of septicemia (as seen in this case), the need for a laparotomy, high risk of multiple operations, stoma formation, prolonged hospital stay, and, most importantly, mortality. The estimated mortality rate for all laparoscopic bowel procedures is 3.6%.

If an injury is recognized at the time of surgery, it can always be repaired, usually laparoscopically with minimum consequences. Ideally, experienced laparoscopic surgeons should perform the repair, as it involves laparoscopic suturing and knot tying, a complex technical task. However, a surgeon encountering this complication and lacking in experience in laparoscopic suturing should convert to an open laparotomy to repair the injury. In most circumstances, this would be safer than a poorly performed laparoscopic repair."

Traducción:

El reconocimiento temprano es esencial para prevenir algunos de los resultados adversos de las lesiones intestinales iatrogénicas. El diagnóstico tardío está asociado con un mayor riesgo de septicemia (como la que se vio en este caso), la necesidad de laparotomía, el alto riesgo de múltiples operaciones, formación de estoma, estancia hospitalaria prolongada, y, lo más importante, mortalidad. La tasa de mortalidad general para todos los procedimientos laparoscópicos de intestino es del 3.6%.

Si una lesión se identifica durante la cirugía, siempre se puede reparar, usualmente de forma laparoscópica y con mínimas consecuencias. Idealmente, los cirujanos laparoscópicos experimentados deberían realizar la reparación, ya que involucra la sutura laparoscópica y puntos, una actividad técnicamente compleja. Sin embargo, un cirujano que encuentra estas

¹⁵⁷ Tomado de Moorthy (2015), Ibid. Es claro que en el caso de Christian David las perforaciones se detectaron muy tardíamente, lo cual ocasionó que el paciente presentara complicaciones serias y evolucionara hacia la sepsis y finalmente la muerte.

complicaciones y no tiene suficiente experiencia en sutura laparoscópica debe convertir el procedimiento en una laparotomía abierta para reparar la lesión. En la mayoría de las circunstancias, esto es mejor que una reparación laparoscópica pobremente llevada a cabo. (resaltado fuera de texto).

En el caso de CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ se dan cuenta de la perforación intestinal sólo cinco (05) días después de haberse producido. Las perforaciones tuvieron lugar durante el primer procedimiento (junio 16 de 2017), pero sólo las identifican y reparan cinco (05) días después (21 de junio de 2017), procedimiento en el que además hacen una revisión incompleta, dejando otras áreas de perforación sin reparar. El 27 de junio de 2017 resecan la anastomosis previa por filtración y dehiscencia (si la infección y la perforación no se resuelven, la anastomosis va a presentar dehiscencia y va a fracasar) en la cual nuevamente pasan por alto las perforaciones remanentes y no reparadas. Solo hasta el 30 de junio de 2017 se dan finalmente cuenta de que todavía quedaban perforaciones residuales (14 días después de las perforaciones iniciales).

Al error inicial cometido el 16 de junio de 2017, se debe agregar el error cometido en las cirugías (laparotomías) del 21 y 27 de junio de 2017, en las que se pasó por alto la existencia de un área de intestino que seguía perforada, debido a una deficiente inspección de las asas intestinales. Solo hasta el 30 de junio identifican las perforaciones remanentes, procediendo a repararlas, es decir, 14 días después de las lesiones iniciales.

Evidentemente, el caso de CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA pone de manifiesto una cadena de errores y graves descuidos que contradicen todo lo que ha dicho la literatura citada:

- 1) Que al finalizar un procedimiento laparoscópico se debe hacer una revisión completa para descartar perforaciones . No se hizo.
- 2) Que toda lesión debe ser reparada de inmediato, máximo a más tardar dentro de las 48 horas siguientes. No se hizo.
- 3) Si el paciente no mejora en el postoperatorio **inmediato** (en especial si se trata de un paciente sano y joven como CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA) debe sospecharse una perforación. Solo vienen a revisar el abdomen 5 días después.
- 4) Toda revisión de cavidad en la que se buscan perforaciones debe ser sistemática y completa, el cirujano debe tomarse su tiempo. No se hizo. El 21 y 27 de junio de 2017 se hacen revisiones de mala calidad e incompletas. Por ejemplo, el 27 de junio se detecta dehiscencia de la anastomosis realizada el 21 de junio, consecuencia de que aún existía filtración por perforaciones remanentes en otras áreas.
- 5) Solo hasta el 30 de junio reparan todas las perforaciones dejando al paciente con una ileostomía, es decir, 14 días después de las lesiones iniciales. El 03 de julio hacen al fin una revisión completa de cavidad, y descartan cualquier otra perforación remanente. Pero ya habían pasado muchos días, el proceso séptico había avanzado y el paciente estaba ya colonizado por gérmenes intrahospitalarios (adquiridos en el hospital-nosocomiales).

BAGGISH (2008), nos presenta como ejemplo un caso en el que una paciente sufrió una grave perforación intestinal durante un procedimiento laparoscópico, en el cual también se lesionó la arteria mesentérica superior. La lesión sólo pudo ser

reparada debido a la rápida intervención de otro cirujano, quien actuó de manera inmediata.¹⁵⁸

In one memorable case, a primary trocar penetrated the omentum, injuring several underlying structures. In its transit, the trocar passed through both the anterior and posterior walls of the duodenum and finally entered the superior mesenteric artery. The gynecologic surgeon performing the laparoscopic tubal ligation failed to recognize any of these injuries. The patient went into shock in the recovery room and was returned to the operating room. Fortunately, a transplant surgeon from a neighboring theater was immediately available to consult and repair the damage.

Traducción:

En un caso memorable, un trocar primario penetró el omento, lesionando varias estructuras subyacentes. En su tránsito, el trocar pasó a través de las paredes anteriores y posteriores del duodeno y finalmente ingresó en la arteria mesentérica superior. El cirujano ginecológico que realizó la ligadura tubárica laparoscópica falló en reconocer estas lesiones. La paciente entró en shock mientras estaba en recuperación y fue regresada a la sala de operaciones. Afortunadamente, un cirujano de trasplantes que estaba en el quirófano de al lado pudo ser consultado y reparó el daño.

Este importante autor explica que debido al extendido uso de las técnicas laparoscópicas, aparece cada vez más un mayor número de cirujanos inexpertos, mal entrenados e imperitos practicando estos procedimientos:¹⁵⁹

Over the past 40 years, laparoscopy has evolved from an uncommonly utilized diagnostic tool to a minimally invasive alternative to laparotomy for even the most difficult and complex operations, reaching a high point with robotic laparoscopy. As this technology has developed, serious complications—to some degree, unique to laparoscopy—have increased. In the future, as less skilled surgeons perform a greater percentage of laparoscopic surgeries, a still greater number of complications will arise.

Traducción:

*En los últimos 40 años, la laparoscopia ha evolucionado desde una poco utilizada herramienta diagnóstica a una alternativa mínimamente invasiva a la laparotomía incluso para las más difíciles y complejas operaciones, alcanzando un punto alto con la laparoscopia robótica. A medida que esta tecnología se ha desarrollado, complicaciones serias-hasta cierto punto, únicas de la laparoscopia- se ha incrementado. **En el futuro, en la medida en***

¹⁵⁸ Ver en: BAGGISH, Michael S, MD (2008); parte 2, *Ibíd.*

¹⁵⁹ *Ibíd.*, parte 1.

que cirujanos con menos habilidades realicen un mayor porcentaje de cirugías laparoscópicas, aparecerá un mayor número de complicaciones.

Es necesario señalar, nuevamente, que la perforación intestinal en el curso de una laparoscopia no es un “riesgo aceptable”, sino una complicación asociada a errores médicos en la técnica (malapraxis). Al respecto AGUDELO (2017) en su artículo de investigación COMPLICACIONES LAPAROSCÓPICAS ASOCIADAS A LA TÉCNICA DE ENTRADA nos informa:¹⁶⁰

“RESULTADOS

Se revisaron 36 artículos: 2 metaanálisis, 11 revisiones sistemáticas cualitativas, 1 guía clínica, 3 estudios clínicos aleatorizados, 10 revisiones de tema y 9 series de casos.

(...)

Lesiones intestinales

Son la causa de más de la mitad de las complicaciones mayores en cirugía laparoscópica con una incidencia de 0,06% a 0,65%;⁵ estas lesiones pueden ser sospechadas cuando se aspira contenido intestinal, se presenta olor fecaloide o cuando la presión a la entrada se encuentra entre 8 y 10 milímetros de mercurio (mm Hg). En el posoperatorio inmediato debe ser considerada si la paciente presenta vómito, dolor abdominal, distensión y fiebre.

(...)

Mortalidad

En el año 2001, Bhojru y colaboradores analizaron 629 lesiones causadas por trócares, reportados a la Food and Drug Administration (FDA) entre 1993 y 1996. Se reportaron 32 muertes, donde 26 resultaron de injuria vascular y 6 de lesiones intestinales, en 28 muertes se usaron trócares desechables, 3 por visión óptica y 1 por trócares reutilizables, 408 lesiones fueron injurias vasculares y 182 lesiones viscerales, se presentaron 30 hematomas de pared y las demás pacientes no fueron analizadas. Estos autores concluyen que los trócares desechables y la entrada directa no disminuyen las complicaciones viscerales, y una lesión intestinal no reconocida puede ser fatal.

Posteriormente, Fuller y colaboradores analizaron 1.399 lesiones por trócares entre 1997 y 2002 reportadas a la FDA. Se presentaron 31 muertes; 25 de ellas fueron por lesiones vasculares y 6 por lesiones intestinales; en 15 de las muertes se utilizaron trócares desechables, en 9 muertes se utilizaron trócares con visión óptica y 7 muertes no se reportaron. Por otro lado, en el metaanálisis llevado a cabo por Molloy y colaboradores se presentaron 10 muertes, en 5 casos no establecen como fue la entrada, en las otras 5 muertes reportadas se usó aguja de Veress, 2 fueron causadas por perforación intestinal y 3

¹⁶⁰ Ver en: AGUDELO, Janer Sepúlveda (2017); COMPLICACIONES LAPAROSCÓPICAS ASOCIADAS A LA TÉCNICA DE ENTRADA. *Ibíd.*

relacionadas con embolismo gaseoso. Los autores no reportan el tipo de trócares que usaron.

CONCLUSIONES

La laparoscopia es un procedimiento relativamente seguro, sin embargo hay que tener mucho cuidado durante el acceso a la cavidad abdominal porque la mayoría de complicaciones ocurren durante la entrada.”

De igual manera AZAGURY (2019) destaca que el retraso en el diagnóstico e identificación adecuada de una perforación intestinal durante un procedimiento laparoscópico empeora el pronóstico.¹⁶¹

“Mientras que la cirugía laparoscópica o mínimamente invasiva tiene ventajas claras y distintivas sobre la laparotomía abierta, tiene también inconvenientes. Específicamente, la disminución de la visualización inherente al procedimiento laparoscópico, es un factor significativo de contribución para el riesgo de perforación.

Esas lesiones intestinales iatrogénicas ocurren en todas las etapas de los procedimientos laparoscópicos, incluyendo la introducción de la aguja de Veress, colocación del trocar, disección intraoperatoria y cauterización .

(...)

El retraso en el diagnóstico puede resultar en progresión del shock séptico, falla orgánica multisistémica, y eventualmente la muerte, si la perforación permanece sin ser diagnosticada.”

5.6. RELACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PRACTICADAS AL PACIENTE CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA : ORDEN CRONOLÓGICO DE LA MALAPRAXIS:

Primera intervención quirúrgica:

La primera intervención tiene lugar el 16 de junio de 2017. Se realiza la apendicectomía laparoscópica (apendilap). Es durante este procedimiento cuando se producen las perforaciones intestinales, por impericia del cirujano.

Segunda intervención quirúrgica:

La segunda cirugía tiene lugar el 21 de junio de 2017, cinco (05) días después de la primera. Ante la no mejoría del paciente en el postoperatorio, pues seguía presentando dolor y distensión abdominal y signos de respuesta inflamatoria

¹⁶¹ Ver en WYNNE, Elisabeth; AZAGURY, Dan (2019), *Íbid.*

sistémica, se decide hacer una segunda cirugía. En esta ocasión se realiza una laparotomía abierta.

En la nota quirúrgica se describen los siguientes hallazgos, ya descritos en líneas anteriores en múltiples ocasiones:

HALLAZGOS:

Se evidencia perforación intestinal. Se decide resección segmentaria; ligadura del meso, resección, anastomosis término terminal con sutura continua de vicryl 3-0. Se sutura defecto del meso.

*Peritonitis generalizada, con abundante líquido intestinal y membranas, adherencias inflamatorias interasas y de asa a pared, **perforación en borde mesentérico de íleon a aproximadamente 80 cm de válvula ileocecal.** **Muñón apendicular indemne***

La perforación tiene lugar en un sitio muy alejado del apéndice, por lo tanto, no puede ser atribuida a la apendicitis, ni al proceso infeccioso en sí (además de que es exótico que una infección intestinal produzca perforaciones de esta naturaleza). De otra parte, las perforaciones sí que están en el área cercana al ingreso de los trócares.

Se reseca la perforación y se realiza una anastomosis término-terminal. No obstante, se hace una exploración deficiente, pues se pasan por alto otras áreas de intestino perforado que estaban presentes.

Los hallazgos reportados en este procedimiento corresponden a una extensa inflamación e infección de la cavidad abdominal. No obstante, debe aclararse que son posteriores (5 días) a la apendicectomía laparoscópica. Durante la apendicectomía no se reportó esta extensa infección (peritonitis). Se debe concluir que la infección se desarrolló de manera posterior al procedimiento laparoscópico del 16 de junio de 2017, a consecuencia de la perforación accidental que tuvo lugar durante el mismo. Nótese que el “muñón apendicular” está indemne, por lo tanto, en el sitio mismo de la resección del apéndice no se presentaron lesiones, perforaciones o infecciones distintas al proceso de apendicitis aguda. La perforación se encuentra, tal como dice la historia clínica, a 80 cms de la válvula ileocecal.

Tercera intervención quirúrgica:

La tercera cirugía tiene lugar el 27 de junio de 2017. El paciente continuaba sin mejoría, con dolor, y presentó salida de líquido abdominal por la herida quirúrgica. Este era un signo de que persistía la infección en la cavidad abdominal y la filtración intestinal por las áreas de intestino perforado que aún no habían sido identificadas, ni reparadas.

La nota quirúrgica dice lo siguiente:

Drenaje de peritonitis y toma de muestra para cultivo. Lisis de múltiples adherencias desde el treitz hasta la válvula ileocecal. Desmantelamiento y resección de anastomosis previa. Decompresión intestinal manual con salida de 1000 CC de líquido de retención a través de sonda nasogástrica. Se realiza nueva anastomosis manual termino-terminal con sutura continua de PDS 3-0 más enterorrafias seromusculares con puntos separados.

NOTAS ACLARATORIAS: 27/06/2017 17:42 h

Se complementan hallazgos: peritonitis fecal de 4 cuadrantes. Dehiscencia del 70% de la anastomosis intestinal previa, localizado a 80 cms de la válvula ileocecal. Dehiscencia parcial del muñón apendicular con escasa filtración. Acodamientos obstructivos por bridas laxas en varios segmentos, desde el treitz hasta la válvula ileocecal.

Obviamente, si persistía un proceso infeccioso y una filtración de contenido abdominal secundarias a una perforación intestinal no resuelta, la anastomosis y el muñón apendicular iban a presentar dehiscencia (apertura de la herida y desajuste de la sutura).

En esta exploración nuevamente pasan por alto las áreas de intestino perforado remanentes causadas desde la primera cirugía.

Realizan una nueva anastomosis.

Cuarta intervención quirúrgica:

La cuarta cirugía se lleva a cabo el 30 de junio de 2017. El paciente no mejoraba y se ordena revisión de cavidad. La nota quirúrgica registra lo siguiente:

*Se procede a resección intestinal de aproximadamente 30 cms de intestino delgado incluyendo anastomosis previa no filtrada y **áreas de perforación múltiples en íleon.***

Se realiza ileostomía en doble boca de cañón en el flanco derecho y se madura con vicryl 3-0. Se realiza lavado peritoneal con 6000 CC de SSN.

En esta cirugía identifican, al fin, las áreas de intestino perforadas que aún no habían sido reparadas. Se resecan, y se deja una ileostomía. En total, se demoraron 14 días (contados desde el 16 de junio) en reparar completamente el intestino que había sido perforado durante la apendicectomía laparoscópica. Las revisiones de cavidad fueron descuidadas, hechas a la carrera, no fueron acuciosas, y por este motivo se pasaron por alto en tres ocasiones (incluyendo la propia apendilap).

Quinta intervención quirúrgica:

La quinta cirugía se realiza el 03 de julio de 2017. En la nota quirúrgica se puede leer lo siguiente:

Evidencia de peritonitis generalizada con líquido peritoneal y membranas fibrinopurulentas en asas intestinales.

Se lava cavidad con abundante cantidad de suero fisiológico tibio, drenado abscesos a nivel perihepático, periesplénico y alrededor de colostomía.

Se revisa cavidad sistemáticamente sin evidenciar perforación de asas, ni otras lesiones.

Al fin, en esta cirugía se hace revisión sistemática de cavidad. No se encuentran perforaciones. Pero ya era demasiado tarde. Esta revisión sistemática debió hacerse desde la primera cirugía del 16 de junio de 2017, o máximo, dentro de las 48 horas siguientes a la perforación intestinal. Pero no se hizo. Tampoco se hizo en la cirugía del 21 de junio, ni en la del 27 de junio, en las cuales se pasaron por alto las áreas de intestino perforado. La revisión sistemática y la reparación definitiva de las perforaciones intestinales causadas el 16 de junio de 2017 durante la primera cirugía sólo viene a realizarse 14 días después, el 30 de junio. Revisión que se confirma el 03 de julio de 2017.

Para este momento la peritonitis y el proceso séptico se encuentran demasiado avanzados y el paciente ya tiene una infección nosocomial.

Sexta intervención quirúrgica:

La sexta cirugía tiene lugar el 07 de julio de 2017. En la nota quirúrgica se consigna:

HALLAZGOS:

Cavidad parcialmente bloqueada. Congelada en su totalidad.

Algunas membranas de fibrina y escasa peritonitis residual.

Pérdida de domicilio abdominal.

La historia clínica reporta el hallazgo de “cavidad bloqueada”, lo cual significa que se han perdido los espacios naturales entre los diferentes órganos intrabdominales, especialmente las asas intestinales, debido a un severo proceso inflamatorio y formación de adherencias. El abdomen se ve inmóvil ya que las asas se aglomeran y se unen entre sí. El abdomen congelado es un hallazgo grave, consecuencia de un proceso infeccioso severo y de múltiples intervenciones quirúrgicas.

Séptima intervención quirúrgica:

La séptima cirugía se lleva a cabo el 10 de julio de 2017. Se hace cambio del sistema VAC y lavado de cavidad. La peritonitis sigue avanzando. En la historia clínica se puede leer:

HALLAZGOS:

Abdomen congelado, asas parcialmente peritonizadas, escasas membranas de fibrina, líquido turbio en cavidad.

Octava intervención quirúrgica:

La octava cirugía se realiza el 14 de julio de 2017. El proceso séptico y la peritonitis continúan y el paciente presenta una grave sepsis de tipo nosocomial.

En la nota quirúrgica se lee:

HALLAZGOS:

Pérdida de domicilio abdominal.

Fascia retraída.

Cavidad congelada y bloqueada.

Ostomía funcional.

Finalmente, el 23 de julio de 2017 el paciente CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA, de 17 años, fallece a consecuencia de las graves complicaciones derivadas de la impericia, negligencia y malapraxis que produjeron las perforaciones intestinales que se presentaron en la cirugía del 16 de junio de 2017. Negligencia y descuido que persistieron en las revisiones quirúrgicas del 21 y 27 de junio de 2017, en las que se pasaron por alto estas lesiones iatrogénicas.

La IPS Clínica Nuestra Señora de Los Remedios intentó luego encubrir el hecho indicando que la perforación se debió a una “enteritis”, evento de imposible ocurrencia en el contexto clínico del paciente. Debe tenerse en cuenta que las bacterias identificadas en los cultivos tomados al paciente no son capaces de producir por sí mismas una perforación o un trauma espontáneo. Además, se debe considerar que las bacterias aisladas son de tipo nosocomial, es decir, adquiridas en la institución. **Esta infección nosocomial fue la consecuencia, y no la causa, de las perforaciones intestinales provocadas durante la apendicectomía laparoscópica y las subsecuentes cirugías practicadas al paciente.** La IPS intentará encubrir la falla señalando que la infección fue la causa de las perforaciones (y no la consecuencia), lo cual, de acuerdo a la amplia literatura citada, no es más que una grosera falsedad.

Sobre este punto, resulta pertinente citar a GALINDO y cols (2009):¹⁶²

Perforación y peritonitis

“FORMAS CLÍNICAS DE PERITONITIS

¹⁶² Ver en: GALINDO, Fernando; VASEN, Walter; FAERBERG, Alejandro (2009); PERITONITIS Y ABSCEOS INTRAABDOMINALES, Cirugía Digestiva Tomo II, Ibíd.

SECUNDARIAS

Aquí solo se destacarán las características sobresalientes de algunas formas clínicas.

Peritonitis postoperatoria. *Están relacionadas a una complicación: dehiscencia de suturas, lesiones isquémicas por falta de irrigación, **perforaciones inadvertidas** o agravamiento del proceso original. La sospecha de la complicación es clínica, cambios en la evolución con desmejoramiento del estado general y o local, el dolor, fiebre y leucocitosis en ascenso. Esto lleva al estudio por imágenes y proceder de acuerdo a los hallazgos. Una fístula dirigida, con reacción peritoneal limitada, puede seguirse tratamiento conservador. La existencia de un absceso obliga a proceder al drenaje percutáneo. En las peritonitis por dehiscencia obliga a una relaparatomía para tratar la perforación o bien excluirla de la circulación enteral como puede ser el abocamiento de los cabos.*

(resaltado fuera de texto).

5.7. INFECCIÓN NOSOCOMIAL ADQUIRIDA POR EL PACIENTE CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA: CONSECUENCIA Y NO CAUSA DE LA PERFORACIÓN INTESTINAL:

El 24 de junio de 2017 es valorado por el médico hospitalario de la UCIN doctor JAIME ERASMO RUIZ GALLARDO quien registra los resultados del cultivo del líquido abdominal:

*Atentos a resultados de hemocultivos tomados el 22 de junio en proceso. Y cultivo de muestra cavidad abdominal: Reacción leucocitaria escasa, **bacilos gramnegativos abundantes, hifas y levaduras moderadas.***

El cultivo reporta dos tipos de microorganismos: Bacilos gramnegativos y levaduras. **Ambos son comensales normales de la flora intestinal.**

Los bacilos gramnegativos son un grupo de bacterias muy comunes en el intestino. El término gramnegativo hace referencia a que no tiñen de azul o violeta con la tinción de gram. Este fenómeno se produce debido a que carecen de una pared de peptidoglicano externa, estructura que sí está presente en las bacterias grampositivas.

Las hifas y levaduras son estructuras micóticas, es decir, hongos. La presencia de hongos es un fenómeno normal en el intestino (más no en la cavidad abdominal). Uno de los hongos más comunes de la flora intestinal son las especies del género Cándida.

En caso de infecciones abdominales, **en especial cuando hay ruptura del tracto gastrointestinal**, es frecuente encontrar estos micro-organismos en los cultivos. En el paciente traumatizado, séptico e inmunosuprimido se crea un ambiente propicio para el crecimiento de estos hongos, situación clínica que hace más grave el

pronóstico. Estos hongos suelen encontrarse junto con bacterias en los cultivos en los cuadros de peritonitis secundaria y terciaria.

Así las cosas, la presencia de hongos tipo cándida es normal en el intestino, más no en la cavidad abdominal. Ahora bien ¿Por qué aparecen entonces estos hongos en un cultivo de cavidad abdominal? La respuesta es simple: Por la perforación del intestino, evento que permite el paso de estos microorganismos a una cavidad en la que no deberían estar. De esta manera, pasan de ser microorganismos normales de la flora a ser microorganismos patógenos y causantes de infección (peritonitis) y enfermedad.

De igual manera, el trauma, las múltiples cirugías y la inmunosupresión, favorecen el crecimiento de estos hongos, así como la selección de colonias resistentes.

VERGIDIS y cols (2016) establecen claramente la relación entre peritonitis postquirúrgica y la presencia de cándida en la cavidad abdominal. La presencia de este microorganismo demuestra que la peritonitis no es causada por un proceso natural, sino por instrumentación quirúrgica:¹⁶³

La peritonitis posquirúrgica se diagnostica mediante la observación de levaduras en el examen directo o su crecimiento tras cultivo del líquido peritoneal obtenido durante el acto quirúrgico o por aspiración. *La sospecha de peritonitis suele aparecer cuando crecen levaduras en el cultivo de un drenaje. Algunos pacientes tienen candidemia concomitante. Aproximadamente en el 65% de los pacientes con peritonitis por Candida crecen bacterias en el líquido peritoneal o en el absceso. En general, solo crece una especie de levadura pero a veces hay más. Aproximadamente, C. albicans es la responsable en el 55% de los casos.”*

(resaltado fuera de texto)

Se aclara que usualmente se encuentran en los cultivos, además de las levaduras, bacterias gramnegativas, en muchos casos resistentes.

De igual manera, HERNÁNDEZ CÁDIZ (2010) establece que la perforación intestinal es un claro factor causal de peritonitis por levaduras:¹⁶⁴

*Peritonitis por Candida : Cuando se obtiene aislamiento de Candida spp. en una muestra peritoneal obtenida por medio de laparotomía o punción percutánea en pacientes con clínica asociada, **como perforación de víscera abdominal**, dehiscencia de sutura intestinal con peritonitis, pancreatitis aguda grave o existencia de catéter para diálisis peritoneal, estamos capacitados para llegar al diagnóstico de Peritonitis por Candida. Como ya se ha explicado en párrafos anteriores, dicho diagnóstico está relacionado con muy mal pronóstico , por lo que, en el momento se diagnostica, o existe sospecha*

¹⁶³ Ver en: VERGIDIS, Pascalis; CLANCY, Cornelius J; SHIELDS Ryan K. ; PARK, Seo Young; WILDFEUER, Brett N.; SIMMONS, Richard L.; NGUYEN, M. Hong (2016); Peritonitis por candida. Intra-Abdominal Candidiasis: The Importance of Early Source Control and Antifungal Treatment, Ibíd.

¹⁶⁴ HERNÁNDEZ CÁDIZ, María José (2010); CANDIDIASIS PERITONEAL: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO, Ibíd.

fundamentada, se recomienda tratamiento con antifúngicos por vía intravenosa, por tratarse de una candidiasis grave.

(resaltado fuera de texto)

En nota de la historia clínica del 24 de junio de 2017 se puede leer la siguiente:

CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA – 16 AÑOS

Diagnósticos:

1. POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06

*Hallazgos: Peritonitis generalizada, con abundante líquido intestinal y membranas, adherencias inflamatorias interasas y de asas a pared, **perforación en borde mesentérico de íleon a aproximadamente 80 cms de válvula ileocecal** . Muñón apendicular indemne.*

*2. **Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.***

3. POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06

(...)

SIRS modulada.

*Atentos a resultados de hemocultivos tomados el 22 de junio en proceso. Y cultivo de muestra cavidad abdominal: Reacción leucocitaria escasa, **bacilos gramnegativos abundantes, hifas y levaduras moderadas.***

(resaltado fuera de texto)

Se puede observar entonces, como la perforación intestinal precede la presencia de hongos y bacilos gramnegativos en la cavidad abdominal.

Como bien nos explica BAGGISH (2008):¹⁶⁵

Después de una perforación intestinal, el riesgo de sepsis es alto. Busque signos tempranos como taquicardia, temperatura corporal anormal, recuento bajo de glóbulos blancos, y la aparición de células blancas inmaduras.

A las 20:55 horas del 27 de junio de 2017 el paciente es valorado por el médico internista Dr. CARLOS MARIO BALCÁZAR VALENCIA, quien registra en la historia clínica la nota que a continuación se transcribe:

¹⁶⁵ Ver en BAGGISH, Michael S, MD (2008); Íbid, parte 1, p. 48.

*Subjetivo**UCI Noche**Diagnósticos:*

1. *Shock séptico de origen abdominal.*
2. *Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 27.06.*
 - 2.1. *Dehiscencia anastomosis íleon + re anastomosis TT + refuerzo sobre muñón apendicular + VAC*
3. *Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06.*
 - 3.1 *Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.*
4. *POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06.*

Problemas:

- Choque séptico*
- Oligúrico en las últimas dos horas*
- SIRS activo // Gram negativo en secreción de herida quirúrgica.*
- Taquicárdico*
- Vasoactivos en aumento*
- Ácido láctico no depurado*
- Extubación reciente.*

Objetivo:

TAM 62, FC 130, FR 23, T 36.3, SAO2 99% (FIO2 50%). LE : 490 CC en 6 Horas. Glucometría : 99.

C/C: Conjuntivas pálidas, Escleras anictéricas, mucosas húmedas, CVC sin signos de infección local, ni sangrado.

C/P: Ruidos cardíacos rítmicos, taquicárdicos, no soplos, MV disminuido en bases sin estertores, ni sibilancias.

Abdomen: Abierto con sistema de VAC.

Extremidades: Simétricas, sin edemas, llenado capilar normal.

SNC: Alerta, conciente, sin déficit agudo.

Análisis:

- Condición clínica crítica*

-Choque séptico no resuelto, hemodinamia soportada con vasoactivos en ascenso, persiste taquicárdico con cifras tensionales limítrofes a pesar del vasopresor, últimas dos horas Oligúrico, tiene cubrimiento antibiótico a base de Piperacilina/tazobactam desde el día 22/06/17, **sin embargo la evolución no ha sido favorable, tiempo de estancia mayor a 10 días y gram de secreción de herida quirúrgica reporta germen gram negativo creciendo, se considera que podemos estar en frente de germen resistente** no cubierto por lo que decido escalar manejo antibiótico a meropenem previa toma de nuevos hemocultivos y esperar reporte de cultivos definitivos para dirigir la terapia, el score de candida es bajo, sin embargo ante la no mejoría debemos pensar en adicionar antimicótico si la evolución es tórpida.

Alto riesgo de falla orgánica múltiple. Pronóstico vital reservado.

Plan:

Hartmann 1000 CC en bolo y continuar 200 CC / hora

-Tomar 2 hemocultivos periféricos y 1 de barrido de catéter.

-Suspender piperazilina/tazobactam

-Iniciar meropenem 2 Gr IV cada 8 horas.

-Laboratorios de control para la noche.

-Resto de manejo igual.

(resaltado fuera de texto)

La presencia de gérmenes multirresistentes es altamente indicativa de infección nosocomial, ya que es una característica de las infecciones adquiridas en los hospitales, y rara vez se ve en la comunidad.

El 28 de junio de 2017 a las 11:15 Horas la Dra. PAULA ANDREA LÓPEZ GARZÓN registra la siguiente nota de evolución del paciente:

Evolución día.

Dx:

1. Shock séptico de origen abdominal.

2. Peritonitis por Klebsiella Pneumoniae.

3. Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 27.06.

4. Dehiscencia anastomosis íleon + reanastomosis TT + refuerzo sobre muñón apendicular + VAC

5. Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06.

6. Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.

7. Pop de apendicectomía por laparoscopia 16.06

8. Fallo renal agudo AKIN I

Problemas:

Choque séptico

Oligúrico.

SIRS activo //gram negativo en secreción herida quirúrgica.

Taquicárdico

Soporte vasopresor

Ácido láctico no depurado.

Extubación reciente.

(...)

Abdomen abierto + sistema VAC

Análisis:

*Paciente joven en contexto de shock séptico origen abdominal **con germen aislado K Pneumoniae BLEE** positivo **más levaduras** las cuales se evidenciaron en los primeros cultivos dado la condición del paciente y requerimiento de soporte vasopresor. Se decide ajustar cubrimiento antimicótico, con el soporte vasopresor, extubación reciente, persiste taquicárdico, oligúrico con fallo renal AKIN I, por el momento se continúa manejo médico en UCI se ajusta manejo se solicita paraclínicos de control. Alto riesgo de falla orgánica múltiple, pronóstico vital reservado.*

(resaltado fuera de texto)

Se destaca que los cultivos reportan la presencia de una bacteria que causa frecuentemente infecciones nosocomiales: *Klebsiella Pneumoniae*. La bacteria recibe su nombre en honor al microbiólogo alemán del siglo XIX EDWIN KLEBS. Se trata de una enterobacteria que se puede encontrar en el tracto gastrointestinal, pero en casos de perforación intestinal puede causar graves infecciones de tipo nosocomial. La exposición del paciente a diversos antibióticos hace además que este germen adquiera un patrón de multirresistencia antibiótica.

ECHEVERRI y cols (2012) en su trabajo de investigación “*K. pneumoniae: ¿la nueva “superbacteria”?* Patogenicidad, epidemiología y mecanismos de resistencia” nos explican lo siguiente en relación a este germen:¹⁶⁶

*Las enterobacterias comprenden universalmente el 50% de los aislados encontrados en infecciones adquiridas en los hospitales y 80% de todos los aislados gramnegativos. Dentro de esta familia, el segundo género en importancia es *Klebsiella spp.*, siendo *Klebsiella Pneumoniae* la especie más estudiada y de mayor relevancia clínica. Datos del año 2009 recolectados en*

¹⁶⁶ Ver en: ECHEVERRI-TORO y cols (2012), *Klebsiella pneumoniae* multirresistente, factores predisponentes y mortalidad asociada en un hospital universitario en Colombia, p. 175.

el Departamento de Antioquia, señalan a este microorganismo como el segundo agente encontrado en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo (UCIs) cobrando gran importancia como causante de infecciones asociadas al cuidado de la salud. Los datos publicados por el grupo GREBO de Bogotá, también para el 2009, reportan a K. pneumoniae como el segundo microorganismo aislado en pacientes hospitalizados.

Los citados autores señalan que la presencia de este germen es indicativa de infección nosocomial (intrahospitalaria), descartando así que la sepsis sufrida por el paciente CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA fuese causada por un germen adquirido en la comunidad. Además, la presencia de este patógeno en la cavidad peritoneal fue la consecuencia de la perforación intestinal iatrogénica producida durante la apendicectomía laparoscópica el 16 de junio de 2017.

La bacteria *Klebsiella Pneumoniae* suele encontrarse en el tracto gastrointestinal y hace parte de la flora del intestino (más no de la cavidad peritoneal), sin causar normalmente ninguna patología. No obstante, en situaciones de trauma grave, inmunosupresión, cirugías abdominales y exposición continua a antibióticos, adquiere resistencia y causa graves enfermedades en los hospitales. Cuando no se cumplen adecuadamente los protocolos para prevenir las infecciones intrahospitalarias, el germen *Klebsiella Pneumoniae* aparece como patógeno causante de cuadros clínicos serios que amenazan la vida del paciente

LÓPEZ VARGAS y cols (2010) en su trabajo de investigación “K. pneumoniae: ¿la nueva “superbacteria”? Patogenicidad, epidemiología y mecanismos de resistencia, Sistema de Información Científica Redalyc” nos explican que los hospitales se han convertido en el reservorio de este germen debido a malas prácticas de desinfección:¹⁶⁷

*Klebsiella spp. es ubicua en la naturaleza, de tal forma que se encuentra en las superficies de las aguas, tierra y plantas, así como en algunas de las mucosas de mamíferos como los humanos, los caballos y los cerdos; en el humano se encuentra específicamente en la mucosa de nasofaringe y del intestino, alcanzando cifras de detección entre el 5 y el 38% en heces, y entre 1 al 6% en nasofaringe. Los gramnegativos no encuentran condiciones adecuadas en la piel de los humanos, por lo que *Klebsiella spp.* es muy pocas veces aislada en ella, constituyendo sólo flora transitoria. Los principales reservorios para la transmisión de la bacteria en el ambiente hospitalario son el tracto gastrointestinal de los pacientes **y las manos del personal al cuidado de ellos.***

(Resaltado fuera de texto)

A su vez, la Oficina Nacional para la Informatización (ONI) y el Instituto de Información Científica y Tecnológica (IDICT), La Habana, Cuba, administradores del

¹⁶⁷ LÓPEZ VARGAS y cols (2010); K. pneumoniae: ¿la nueva “superbacteria”? Patogenicidad, epidemiología y mecanismos de resistencia, Sistema de Información Científica Redalyc, p. 159.

portal EcuRed, nos ofrecen la siguiente descripción de la bacteria *Klebsiella Pneumoniae*, destacando su hallazgo en hospitales:¹⁶⁸

Klebsiella pneumoniae. Tipo de bacteria que realiza su contagio en los hospitales. Se trata de un microorganismo que muestra resistencia contra muchos antibióticos, por lo que se la ha asignado dentro del grupo de las 'superbacterias'. Especie de mayor relevancia clínica dentro del género bacteriano *Klebsiella*, compuesto por bacterias Gram negativas de la familia *Enterobacteriaceae*, que desempeñan un importante papel como causa de las enfermedades infecciosas oportunistas. El género fue llamado así en honor a Edwin Klebs, un microbiólogo alemán de finales del siglo XIX. (...) Origen de la bacteria. Fue descrita por Karl Friedländer, -bacteriólogo alemán- que descubrió una bacteria, agente de la neumonía, durante muchos años se conoció como el «bacilo de Friedländer». El bacilo ahora conocido como *Klebsiella pneumoniae* son bacterias gram negativas, la asimilación y la fermentación de la lactosa se puede observar en el agar MacConkey donde las colonias son de color rosado y en el medio Kligler o TSI donde son Ácido/Ácido, es decir fermentador de la lactosa más producción de gas; y en la fermentación acetónica o prueba de Voges Proskauer son positivos. Por último, sus condiciones óptimas de cultivo son en agar nutritivo a 37 °C, pH de 7.0, presión osmótica de 1 atm. Cuadros clínicos: Implicada principalmente en infecciones nosocomiales. Es el agente causal de infecciones del tracto urinario, neumonías, sepsis, infecciones de tejidos blandos, e infecciones de herida quirúrgica. Son especialmente susceptibles los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos, neonatos, pacientes con EPOC, diabetes mellitus o alcohólicos.

A las 21:24 horas del 28 de junio de 2017 se hace la siguiente nota en la historia clínica por parte de cirugía general, Doctor WILLIAM ALBERTO MEJÍA PALOMINO:

Diagnósticos:

1. Shock séptico de origen abdominal.
- 2. Peritonitis por *klebsiella pneumoniae* BLEE + levaduras.**
3. Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 27.06.
4. Dehiscencia anastomosis íleon + re anastomosis TT + refuerzo sobre muñón apendicular + VAC.
5. Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06.
- 6. Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.**
7. POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06

¹⁶⁸ Ecu Red, Oficina Nacional para la Informatización (ONI) - Instituto de Información Científica y Tecnológica (IDICT), Ibíd.

8. Fallo renal agudo AKIN I.

Objetivo:

Regular condición general.

TAM 66-67 FC 97 – 119 FR 17 sin fiebre.

Extubado.

Disminución de murmullo vesicular.

Ruidos cardiacos regulares.

Abdomen abierto con sistema VAC. Renal diuresis 30 – 40 CC/hora.

Neurológico despierto , colabora al examen físico.

Glucometrías 96 – 107 MG/DL.

Gases arteriales sin acidosis metabólica. Buena oxigenación.

En la nota transcrita se observa que el patrón de resistencia de la bacteria es tipo BLEE, es decir “Beta-lactamasas de espectro extendido”, característica prácticamente única de las infecciones adquiridas al interior de los hospitales.

Las bacterias que tienen la capacidad de producir BLEE se consideran muy resistentes a los antibióticos. Esta característica suele tener lugar en ambientes hospitalarios. ECHEVERRI y cols (2012) nos explican:¹⁶⁹

Adicional al incremento en su prevalencia, se reporta un aumento de Klebsiella Pneumoniae resistente a los antimicrobianos alrededor del mundo y en nuestro país. Esta resistencia está dada principalmente por la producción de B-lactamasas de espectro extendido (BLEE) que inactivan a los antimicrobianos B-láctámicos, los más prescritos en todo el mundo y son el tratamiento de primera línea para las infecciones causadas por esta bacteria (...) Los bacilos gramnegativos entéricos resistentes a antimicrobianos son un problema frecuente en todo el mundo y han cobrado gran importancia como causantes de infecciones asociadas al cuidado de la salud. Latinoamérica no se escapa a esta realidad; en diferentes ciudades de Colombia y en nuestra institución se ha documentado en los últimos años un aumento en el aislamiento de estos microorganismos, especialmente aquellos productores de BLEE como K. pneumoniae.

Se cita esta literatura con el fin de demostrar que la extensa peritonitis y sepsis abdominal que afectó al paciente CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA fue causada por gérmenes adquiridos dentro de la institución , dada su multirresistencia, característica propia de las infecciones nosocomiales.

Este agente infeccioso (bacteria) no fue adquirida por el paciente en la comunidad, ni de manera previa a las reintervenciones quirúrgicas a las que fue sometido. Más bien, el agente infeccioso es consecuencia de dichas intervenciones.

¹⁶⁹ Echeverri-Toro y cols (2012), Ibíd, pp. 175, 179, 180.

A las 13:44 horas del 29 de junio de 2017 el Dr. DIEGO FERNANDO MORENO SANCHEZ hace la siguiente anotación:

Diagnósticos:

1. Shock séptico de origen abdominal.

2. Peritonitis por klebsiella Pneumoniae BLEE + levaduras.

3. Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 27.06.

4. Dehiscencia anastomosis íleon + re anastomosis TT + refuerzo sobre muñón apendicular + VAC.

5. Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06.

6. Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.

7. POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06

8. Fallo renal agudo AKIN I.

Objetivo:

(...)

Abdomen: Blando, depresible, se observa herida qx abierta conectada a sistema vacuum.

G/U: se observa sonda vesical + cistoflo con eliminación aprox 110 CC.

Extremidades: Simétricas, móviles, edema G1.

(resaltado fuera de texto)

En la nota se vuelve hacer mención al patrón microbiológico del germen Klebsiella Pneumoniae aislado del paciente, BLEE, casi exclusivo de las infecciones adquiridas en los hospitales.

LÓPEZ Y ECHEVERRI (2010) nos explican sobre este punto:¹⁷⁰

En Colombia, un estudio de resistencia en bacilos gramnegativos realizado por el Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas (CIDEIM), realizado en ocho hospitales de tercer nivel de atención de las ciudades de Bogotá, Medellín y Cali, reveló que el 32,6% de las cepas de K. pneumoniae cultivadas en pacientes en unidades de cuidados intensivos (UCI) y 29,8% de aquellas cultivadas en pacientes hospitalizados en otros servicios eran BLEE positivas, predominando las del grupo CTX-M.

¹⁷⁰ LÓPEZ Y ECHEVERRI (2010), *Ibid*, p. 160.

Con ello se demuestra que este tipo de bacterias resistentes se adquieren sólo en los hospitales, por lo que se les llama “infecciones nosocomiales”.

En el mismo sentido, LONDOÑO y cols (2015) señalan:¹⁷¹

En Suramérica, se reporta mayor prevalencia de productora de Klebsiella pneumoniae BLEE entre 45,4 y 51,9% y por Escherichia coli (E. coli) entre 8,5 y 18,1%4. La mortalidad por SAMR es 2,5 veces mayor que por Staphylococcus aureus meticilino sensible (SAMS).

En Medellín, el estudio de tendencias de la resistencia antibiótica, realizado por el grupo GERMEN, revela entre las bacterias más aisladas E. coli, tanto en salas de hospitalización (29,8% de todos los aislamientos) como en unidades de cuidados intensivos (UCI) (15,3%), seguido de Staphylococcus aureus (S. aureus) (12,8%), Klebsiella pneumoniae (K. pneumoniae) (9,0%) y P. aeruginosa (5,7%)

Entre los factores relacionados con infecciones por bacterias multirresistentes, se reportan la hospitalización prolongada, enfermedades crónicas, intervenciones quirúrgicas, internación en UCI, inserción de dispositivos invasivos, incumplimiento de las normas de aislamiento y de las medidas de bioseguridad, y el uso inadecuado de antibióticos.

(Resaltado fuera de texto)

Los citados autores destacan que el hallazgo de bacterias con patrón BLEE (cómo las encontradas en el paciente CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA) es exclusivo de infecciones adquiridas al interior de los hospitales. **Pero además, también señalan que su presencia se debe a malas practicas de desinfección y manejo del personal de la institución.**

A las 08:58 del 30 de junio de 2017 se puede leer en la historia clínica:

Objetivo:

Encuentro paciente en cama, el día de hoy cohortizado por cultivo multirresistente, activo, alerta, afebril, levemente icterico, con sistema VAC drenando 600 CC aproximadamente hasta el momento, SNG con 1750 CC de producido, verdoso sin salida de material purulento aparente. Herida quirúrgica con anastomosis aparentemente cerrando, sin estigmas de sangrado activo ni salida de material en el momento.

A las 11:26 H del 30 de junio de 2017 se registra en la historia clínica:

¹⁷¹ LONDOÑO y cols (2015), *Ibíd*, p. 78.

Diagnósticos:

1. Shock séptico de origen abdominal.
2. Peritonitis por *klebsiella pneumoniae* BLEE + levaduras.
3. Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 27.06.
4. Dehiscencia anastomosis íleon + re anastomosis TT + refuerzo sobre muñón apendicular + VAC.
5. Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06.
6. **Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.**
7. POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06
8. Fallo renal agudo AKIN I.
9. **Cultivo de cavidad abdominal: enterobacter cloacae KPC + P pneumoniae**

(...)

Análisis:

Problemas:

1. Cultivo abdominal + enterobacter cloacae KPC + *K. pneumoniae*. Se inicia colistina + amikacina
2. Se logró destete de vasoactivos.
3. SIRS no resuelta.
4. Cirugía abdominal de alta complejidad con complicaciones.
5. Cohortizado.

Diuresis + glucometrías en metas.

Se destaca de esta nota el hallazgo en los cultivos de otro germen con otro patrón de resistencia: Enterobacter Cloacae KPC. Enterobacter cloacae es un tipo de bacteria. Y "KPC" es el acrónimo para "Klebsiella Pneumoniae Carbapenemasa", una enzima que producen ciertas bacterias y las hace resistentes a los antibióticos, haciéndolas más peligrosas. Este tipo de enzimas es producida principalmente por bacterias e infecciones adquiridas en los hospitales. Lo anterior es indicativo que la infección por el germen intrahospitalario ha ido evolucionando hacia patrones de resistencia más severos. De nuevo, este tipo de resistencia (ahora KPC) es exclusivo de los hospitales.

Sobre este patrón CIBIC LABORATORIOS (2013) nos explican:¹⁷²

¹⁷² CIBIC LABORATORIOS (2013), *Ibíd.*

Los antibióticos β -lactámicos carbapenems son comúnmente usados para tratar infecciones causadas por enterobacterias multirresistentes. Las carbapenemasas (β -lactamasas que hidrolizan carbapenem) son las principales enzimas involucradas en la neutralización de los carbapenems. Las enzimas KPC (Klebsiella pneumoniae carbapenemasas) confieren resistencia a todos los agentes β -lactámicos incluyendo, penicilinas, cefalosporinas, monobactams y carbapenems. Se llamaron KPC por haber sido identificadas fundamentalmente en K. pneumoniae, aunque fueron reportadas, también en un número creciente y diverso de especies bacterianas, como Klebsiella oxytoca, Serratia spp., Enterobacter spp., Salmonella spp., Citrobacter freundii y Pseudomonas aeruginosa . Las enzimas KPC se encuentran normalmente en elementos genéticos móviles que facilitan la transferencia entre plásmidos y a través de distintas especies bacterianas.

El infectólogo argentino GUILLERMO LOSSA (2011), y quien fuera Director del Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias del Ministerio de Salud de Argentina, en su artículo “¿Qué son las Infecciones Hospitalarias (IH) ? Klebsiella pneumoniae organismos productores de carbapenemasas (KPC) , Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias. Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina” señala que las enzimas KPC están relacionadas con las “infecciones asociadas al cuidado de la salud”, es decir, intrahospitalarias. El autor señala asimismo que este tipo de infecciones puede ser prevenido con las adecuadas medidas de control: ¹⁷³

Las Infecciones Hospitalarias (IH) pueden afectar a las personas que concurren a los establecimientos de salud, siendo distintas del motivo por el cual asisten inicialmente.

Los principales afectados por las IH son los pacientes (a través de las técnicas de diagnóstico y tratamiento) y el personal de salud (accidentes laborales) .

(...)

Las Infecciones Hospitalarias son, en definitiva, un problema sumamente preocupante para los hospitales. Significan un alto costo social y económico y una disminución de posibilidades de uso de camas para otras patologías.

Es fundamental la vigilancia, prevención y control estandarizada y sistematizada de las IH para mejorar la calidad de la atención médica y disminuir la morbimortalidad por IH.

(....)

Las Carbapenemasas son enzimas de la familia de las Betalactamasas que, al ser producidas por las bacterias, confieren resistencia clínicamente significativa a antibióticos carbapenémicos (Imipenem, Meropenem, Doripenem, Ertapenem).

¹⁷³ LOSSA Y LOSSA (2011), ¿Qué son las Infecciones Hospitalarias (IH) ? Klebsiella pneumoniae organismos productores de carbapenemasas (KPC) , Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias. Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina, Ibíd.

(...)

Dentro de este grupo de enzimas la que más ha llamado la atención en los últimos tiempos es la denominada KPC producida fundamentalmente por *Klebsiella pneumoniae*, aunque también puede hallarse en otras **Enterobacterias**. Desde el año 2001 se han detectado en forma creciente en bacterias del género *Klebsiella* y posteriormente se han descrito en *Escherichia coli*, *Serratia marcescens*, *Citrobacter spp.*, *Enterobacter spp.*, *Pseudomona aeruginosa*, *P putida*, *Acinetobacter spp.*, entre otras.

(...)

¿Existen en Argentina? En Argentina los primeros hallazgos confirmados fueron en el año 2006 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y se encuentra en franco aumento desde entonces, habiendo hecho eclosión como causante de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud en el año 2010, en diferentes establecimientos de la ciudad y del país. Esto seguirá en aumento si no se toman urgentes medidas para su prevención y control (...).”

(resaltado fuera de texto)

El 03 de julio de 2017 a las 11:23 Horas el paciente CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA es valorado por Medicina Interna quienes registran en la historia clínica:

Subjetivo:

1. Shock séptico de origen abdominal.
2. **Peritonitis por K. Pneumoniae BLEE + levaduras.**
3. Anastomosis e ileostomía (01/07/2017).
4. Lavado peritoneal posqx + drenaje de absceso intraperitoneal (03/07/2017)
5. Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 27.06.
6. Dehiscencia anastomosis íleon + re anastomosis TT + refuerzo sobre muñón apendicular + VAC
7. Peritonitis 4 cuadrantes + POP de laparotomía + drenaje de peritonitis 4 cuadrantes 21.06.
8. Perforación a nivel de íleon + resección segmentaria anastomosis TT.
9. POP de apendicectomía por laparoscopia 16.06.
10. Fallo renal agudo AKIN I.

(resaltado fuera de texto)

Sobre las infecciones nosocomiales y su efecto nocivo DELGADO y cols (2005) en su estudio "Infección hospitalaria. Resultados microbiológicos y estudio de la resistencia bacteriana en el Hospital Docente Clínico-Quirúrgico" indican:¹⁷⁴

Es conocido el efecto negativo que sobre el paciente, la sociedad y la economía, tienen las infecciones que se producen en el hospital como resultado de los procedimientos terapéuticos o de diagnóstico llevados a cabo durante los tratamientos brindados a los pacientes.

El 09 de julio de 2019 a las 13:02 horas el Dr. ELPIDIO MANUEL BARAJAS, Cirujano, hace la nota que a continuación se transcribe:

*Paciente conocido por el servicio, hospitalizado en UAPE por aislamiento de **germen multirresistente**, completando manejo antibiótico de amplio espectro, se encuentra con cavidad abdominal con sistema VAC por herida abierta quien se ha indicado lavados peritoneales cada 48 horas, próxima tentativamente para el día de mañana. No requiere manejo adicional.*

En esta nota se reporta nuevamente el hallazgo de gérmenes multirresistentes en el paciente CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA. Es necesario destacar que este tipo de gérmenes es exclusivo de las infecciones nosocomiales. GONZÁLEZ y RODRÍGUEZ (2017) explican dos puntos importantes sobre este tipo de bacterias: primero, que prácticamente son exclusivas de los ambientes hospitalarios. Y segundo, que su propagación obedece a fallas administrativas y malas prácticas de desinfección por parte del personal asistencial:¹⁷⁵

GÉRMENES MULTIRRESISTENTES:

La aparición de GMA (Gérmenes Multirresistentes a los Antibióticos), es una grave amenaza para la salud pública a nivel mundial. El desarrollo de estas resistencias es un fenómeno biológico natural que se va ampliando año tras año.

Entre los factores relacionados con las infecciones/colonizaciones por GMA, cabe describir: la hospitalización prolongada, las enfermedades crónicas, las intervenciones quirúrgicas, la estancia en UCI, la inserción de dispositivos invasivos, el incumplimiento de las normas de aislamiento y de las medidas de bioseguridad y el uso inadecuado de antibióticos.

(...)

La vigilancia epidemiológica, la divulgación e información a los profesionales y a la familia, la aplicación de soluciones hidroalcohólicas para la higiene de las manos y el aislamiento a nivel hospitalario de los enfermos portadores de gérmenes multirresistentes, han demostrado una eficacia en la reducción de

¹⁷⁴ DELGADO y cols (2005), *Ibíd*, p. 40.

¹⁷⁵ GONZÁLEZ y RODRÍGUEZ (2017), *Ibíd*, pp. 124, 125.

estos gérmenes y a su vez, en la negativización de los pacientes infectados y/o colonizados con un ahorro considerable en el gasto sanitario y a nivel sociolaboral.

A las 9:34 Horas del 11 de julio de 2017 se consigna en la historia:

Análisis:

Paciente sigue en SIRS no modulado, con aumento de la leucocitosis a pesar de amplia cobertura antibiótica de acuerdo a gérmenes aislados (enterobacter cloacae EPC y Klebsiella), solicito nuevos policultivos, revisión por lavado quirúrgico y toma de muestras para cultivo.

A las 22:03 del 22 de julio de 2017 Horas se registra:

Falla respiratoria severa.

Requiere intubación orotraqueal previa sedación analgesia y relajación con vecuronio.

Soporte vasoactivo.

Paso de catéter central subclavio izquierdo por contaminación de primer catéter se requiere pasar otro catéter venoso central.

Las infecciones nosocomiales se adquieren por fallas administrativas y asistenciales, debido a la deficiente implementación de técnicas de asepsia. Además, la presencia de múltiples dispositivos (como catéteres) puede favorecer este tipo de gérmenes. DELGADO y cols (2005) explican al respecto:¹⁷⁶

Se debe tener en cuenta que las infecciones que generalmente se producen en estos procedimientos se deben a deficiencias en las técnicas de desinfección y antisepsia previas a la colocación de estos dispositivos y en los lavados de manos del personal que las ejecuta, así como en las manipulaciones posteriores de esos dispositivos vasculares, por lo que hacia esa dirección se deben enfocar las medidas propuestas para lograr disminuir su incidencia.

Debe tenerse en cuenta que las bacterias identificadas en los cultivos tomados al paciente no son capaces de producir por sí mismas una perforación o un trauma espontáneo. Además, se debe considerar que las bacterias aisladas son de tipo nosocomial, es decir, adquiridas en la institución. La infección nosocomial adquirida por el paciente fue la

¹⁷⁶ DELGADO y Cols (2005), *Ibíd*, pp. 42, 42.

consecuencia, y no la causa, de las perforaciones intestinales provocadas durante la apendicectomía laparoscópica.

Durante el manejo dado al paciente se presentaron varios errores y fallas. El primero es la impericia observada durante el procedimiento de apendicectomía laparoscópica del 16 de junio de 2017 durante el cual se causaron múltiples perforaciones intestinales iatrogénicas al paciente CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA. Segundo, siguieron las intervenciones y evaluaciones posteriores en las cuales se realizó una revisión deficiente de la cavidad abdominal y en las que se pasó por alto reparar las perforaciones, las cuales sólo pudieron ser abordadas 14 días después. Y tercero, debido a malas prácticas de desinfección y manipulación de insumos, se permitió que un paciente en graves condiciones adquiriera una infección nosocomial.

Sobre el último punto, TOCORNAL (2010) en su artículo “RESPONSABILIDAD CIVIL POR INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS- NOSOCOMIAL INFECTIONS AND CIVIL LIABILITY” manifiesta:¹⁷⁷

Se estima que en el mundo un 5% de los pacientes que ingresan a hospitalizarse adquieren una infección en el establecimiento de salud o como resultado de haber concurrido a él. Más aún, la tendencia indica que las infecciones intrahospitalarias aumentarán en el tiempo. Las nuevas herramientas diagnósticas y terapéuticas, muchas de ellas invasivas, y el cambio del perfil demográfico con tendencia al envejecimiento de la población, han aumentado los riesgos de infecciones intrahospitalarias. No es de extrañar entonces que los tribunales de justicia deban lidiar día a día con juicios que involucran daños causados por estas infecciones, llamadas también infecciones nosocomiales.

En Chile desde 1982 existe un programa nacional dirigido por el Ministerio de Salud que tiene por objeto disminuir las infecciones intrahospitalarias y sus regulaciones se aplican a todos los establecimientos de salud, públicos o privados.

Un médico experto en el tema se pregunta: “¿Es lícito que por falta de organización, negligencia o desaprensión temeraria, una persona que busca la mejoría o alivio de una dolencia contraiga otra enfermedad en el mismo establecimiento donde se supone su recuperación, incluso repercusiones para su salud, que eventualmente pueden llevarle a la muerte?

(...)

Como señala el Ministerio de Salud (de Chile) debe considerarse que el control de estas infecciones permiten mejorar simultáneamente la calidad de la atención y la productividad de los establecimientos, lo que las hace un muy buen indicador de la gestión de los hospitales.

¹⁷⁷ TOCORNAL COOPER, Josefina (2010), Íbid.

Ajenjo opina que “actualmente las Infecciones Intra-Hospitalarias (IIH) son consideradas como uno de los mejores indicadores de calidad de la atención debido a su frecuencia, la gravedad que conllevan, el aumento significativo de los costos que implica su ocurrencia y porque reflejan el resultado de acciones del equipo de salud, susceptibles de ser modificadas de acuerdo a estándares vigentes. Se estima que un tercio de ellas pueden prevenirse con un programa adecuado de control de infecciones y de los casos médicos que generan acciones legales, hasta 25% puede corresponder a IIH”. En el mismo sentido, los infectólogos americanos Edmond y Wenzel señalan que de acuerdo a lo estudiado sobre la eficacia de control de infecciones intrahospitalarias en hospitales americanos, se considera que hay un 32% menos de estas infecciones en establecimientos con programas activos de prevención en comparación con hospitales sin estos programas.

(...)

Todo establecimiento de salud está obligado a emplear la debida diligencia en advertir los riesgos propios del hospedero y tomar las medidas necesarias para que el paciente sea reforzado o protegido, justamente para no contraer una infección de este tipo. Es distinto un paciente cuyo estado general es sano a uno inmunocomprometido. El contexto del caso deberá llevar al juez a decidir si se tomaron las medidas de prevención adecuadas dado el estado de salud en que se recibió la paciente en el establecimiento. Es por ello sumamente relevante entender la ciencia médica en el caso antes de aplicar la ciencia jurídica.

El ambiente del hospital y la atención hospitalaria son de cargo del establecimiento de salud. Lo anterior no significa que no pueda existir personal del hospital o infractores individualizados que hayan atentado contra las normas de prevención o control. Sin embargo, frente a la víctima, debe responder el establecimiento de salud. Luego, de ser el caso y de conformidad al artículo 2325 del Código Civil, el establecimiento tendrá derecho a ser indemnizado por el infractor. La dificultad se encontrará en la relación causal, pues le será difícil acreditar al establecimiento que fue justamente la infracción del médico, enfermera u otro funcionario la que causó la infección en la víctima y su consecuente daño.

La IPS demandada intentó manipular la historia clínica. Los galenos tratantes intentaron encubrir los graves errores cometidos afirmando que el paciente sufrió unas “perforaciones espontáneas” por una “enteritis”, y que la infección abdominal que presentó fue la causa de las perforaciones intestinales. Pero esta tesis es absurda y de imposible ocurrencia. Fue todo lo contrario: Las perforaciones intestinales iatrogénicas fueron LA CAUSA, Y NO LA CONSECUENCIA, de la grave infección abdominal que presentó el paciente. Los gérmenes aislados no corresponden a microorganismos que se puedan encontrar fuera de un hospital, y menos aún, que sean capaces de provocar una perforación intestinal por sí solos. De otra parte, la literatura citada demuestra sin lugar a dudas que la presencia de los gérmenes aislados del paciente son de naturaleza exclusivamente nosocomial, es decir, fueron adquiridos en la institución hospitalaria. Igualmente, esta literatura demuestra que la perforación intestinal accidental o iatrogénica, la instrumentalización, la hospitalización prolongada y las malas prácticas de desinfección son las causa de estas infecciones nosocomiales.

La infección nosocomial que padeció el paciente CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA fue la consecuencia, y no la causa, de las perforaciones intestinales provocadas durante la apendicectomía laparoscópica y las subsecuentes cirugías practicadas al paciente. La IPS intentará encubrir la falla señalando que la infección fue la causa de las perforaciones (y no la consecuencia), lo cual, de acuerdo a la amplia literatura citada, no es más que una grosera falsedad.

Ahora bien, las perforaciones intestinales “espontáneas” como las que pretende exponer la IPS demandada, son extremadamente raras, y además, tienen lugar en pacientes cuyo perfil epidemiológico es completamente diferente al de CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA.

Por ejemplo, TOAPANTA-YANCHAPAXI y cols (2012) nos exponen un extraño caso de perforación intestinal espontánea en un paciente de 60 años y VIH positivo. Igualmente, describen el perfil epidemiológico de este tipo de sucesos:¹⁷⁸

Introducción. En los pacientes con dolor abdominal y un estado de inmunosupresión cabe la posibilidad de la presencia de una perforación de víscera hueca, en cuyo caso se deben considerar varias causas como citomegalovirus, Criptosporidium o linfomas. Caso clínico. Hombre de 60 años. Sin hábitos tóxicos (cigarrillo o licor) y con transfusión de paquetes globulares en 2008. Antecedentes patológicos personales: esplenectomía por púrpura trombocitopénica idiopática. Diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humana, en tratamiento. Hipotiroidismo. Acudió con un cuadro de dolor abdominal súbito de 6 h de evolución. Al examen físico: hipotenso, deshidratado, con cuadro sugestivo de perforación de víscera hueca; se realizó tomografía de abdomen. Se realizó laparotomía exploradora (LAPE) y se identificó un sitio de perforación doble a nivel de íleon a 30 cm de la válvula ileocecal, por lo que se realizó resección y anastomosis latero-lateral terminal. En informe de patología se documentó Citomegalovirus e Histoplasma capsulatum, por lo que recibió tratamiento con ganciclovir y anfotericina B al igual que cobertura antimicrobiana con linezolid y meropenem. Durante su evolución hospitalaria se documentó la presencia de histoplasmosis pulmonar. Discusión. La perforación intestinal por Citomegalovirus ocurre en pacientes con menos de 50 cel/ microL CD4. Representa 4% de todas las infecciones gastrointestinales asociadas a este microorganismo. Mientras que la perforación del intestino delgado por Histoplasma capsulatum es poco frecuente. Cuando se presenta, hasta 40% de pacientes debutan con úlcera como lesión primaria. La perforación intestinal causada por ambos microorganismos es excepcional.

Cómo se puede ver, se trata de un paciente de 60 años y VIH positivo. Los gérmenes involucrados no son de tipo nosocomial, sino oportunistas:

¹⁷⁸ TOAPANTA-YANCHAPAXI, Liz Nicole; ÓRNELAS-ARROYO, Sofía; MANZANO-ROBLEDA, María del Carmen; GARCÍA-MÉNDEZ, Jorge; SÁNCHEZ-CORTÉS, Eduardo; CHABLÉ-MONTERO, Fredy; TORRES-VILLALOBOS, Gonzalo (2012); Perforación espontánea de víscera hueca en paciente inmunosuprimido, Revista de Investigación Médica del Sur de México, Octubre-Diciembre 2012; 19 (4): 235-239, México, p. 235. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2012/ms124g.pdf>

Citomegalovirus e Histoplasma capsulatum. NADA QUE VER CON CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA, un paciente joven de 16 años inmunocompetente y en el que se aislaron gérmenes adquiridos en la institución hospitalaria: levaduras, Klebsiella Pneumoniae y Enterobacter Cloacae multirresistentes. Por supuesto, la principal diferencia entre ambos pacientes radica en que CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA fue sometido a una apendicectomía laparoscópica en la que le causaron varias perforaciones intestinales iatrogénicas, mientras que el paciente del caso citado no había sido sometido a ningún procedimiento quirúrgico previo que explicara la perforación.

Quedan de presente las mentiras y falsedades con las cuales los demandados intentarán sustentar su defensa.

VI. FUNDAMENTOS JURISPRUDENCIALES

6. 1. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CIVIL MÉDICA

Los daños sufridos por las personas en el curso de la actividad médico-asistencial pueden ser de orden contractual o extracontractual. La responsabilidad es contractual cuando el daño es consecuencia del incumplimiento de un contrato. En el caso de la responsabilidad médica, se trata de un contrato para la prestación del servicio de salud.

No obstante, la actividad médica también puede causar daños a otras personas por fuera del ámbito de las actividades de un contrato, y estas víctimas tienen derecho a ser indemnizadas a pesar de no tener la posibilidad de alegar la violación o incumplimiento de cláusulas contractuales.

En la medida que evoluciona el conocimiento técnico y jurídico, y sobre todo en lo relacionado con las controversias generadas por la deficiente prestación del servicio de salud que se ventilan en sede judicial, un tema por cierto de palpitante actualidad, se observa que la responsabilidad civil profesional médica tiende cada vez más a convertirse en un instituto normativo independiente con sus propios elementos jurídicos. La distinción entre los elementos contractuales y extracontractuales tiende a perder vigencia en este campo¹⁷⁹, máxime si se tiene en cuenta el cumplimiento del mandato constitucional y legal sobre la universalización del servicio de salud.

La Honorable Corte Suprema de Justicia, en sentencia del 30 de agosto de 2011, expediente 11001-3103-018-1999-00533-01, Magistrado Ponente WILLIAM NAMEN VARGAS, expresó sobre el tema lo siguiente:

La responsabilidad de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), es contractual o extracontractual. Con relación al afiliado o usuario, la afiliación,

¹⁷⁹ "(...) nos parece que, en el porvenir, la distinción entre responsabilidades contractual y extracontractual está llamada a perder su importancia en provecho de otra distinción, que tiende hoy a afirmarse cada vez más, entre el „derecho general“ o „derecho común“ y los regímenes especiales de responsabilidad civil". Geneviève VINEY, *Tratado de derecho civil, Introducción a la responsabilidad*, trad. es. F. Montoya M., Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2007, no. 245, pp. 524 ss. Citado en sentencia del 04 de mayo de 2009, Sala de Casación Civil, Corte Suprema de Justicia, MP. WILLIAM NAMÉN VARGAS, expediente 05001-3103-002-2002-00099-01.

para estos efectos, materializa un contrato, y por tanto, en línea de principio, la responsabilidad es contractual, naturaleza expresamente prevista en los artículos 183 de la Ley 100 de 1983 que prohíbe a las EPS “en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados”, y los artículos 16 y 17 del Decreto 1485 de 1994, relativos a los “contratos de afiliación para la prestación del Plan Obligatorio de Salud que suscriban las Entidades Promotoras de Salud con sus afiliados” y los planes complementarios. Contrario sensu, la responsabilidad en que pueden incurrir las Entidades Promotoras de Salud (EPS) respecto de terceros perjudicados por los daños al afiliado o usuario con ocasión de la prestación de los servicios médicos del plan obligatorio de salud, es extracontractual.

Ahora, cuando se ocasiona el daño por varias personas o, en cuya causación intervienen varios agentes o autores, todos son solidariamente responsables frente a la víctima (art. 2344, Código Civil; cas. civ. sentencias de 30 de enero de 2001, exp. 5507, septiembre 11 de 2002, exp. 6430; 18 de mayo de 2005, SC-084-2005], exp. 14415).

(...)

La responsabilidad civil médica, modalidad específica de la profesional, configura sistema compuesto por la proyección e incidencia de la medicina en la vida, salud e integridad sicofísica de la persona, la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad y los derechos fundamentales del sujeto. La salud, es derecho fundamental vinculado a la vida e integridad de las personas, base cardinal indisociable sin la cual el orden jurídico constituiría un simple enunciado vacuo, teórico e inocuo. La prestación del servicio médico y los servicios de salud, constituye derecho esencial del ser humano con singular y reforzada tutela normativa, a punto de ser deber constitucional del Estado, las instituciones prestadoras y del profesional. La protección de la vida humana, salud, dignidad y libertad de la persona, el principio de solidaridad social, reconduce las directrices tradicionales de la responsabilidad más allá de la relación directa médico paciente o de la naturaleza intelectual, liberal y discrecional de la profesión médica (artículos 11, 13, 44, 48, 49, 78, 95 y 366 Constitución Política; Ley 23 de 1991, art. 1º, “El respeto por la vida humana y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual”).

A las pautas generales de la responsabilidad civil, y a las singulares de la profesional, aúnanse las reglas, normas, o directrices específicas reguladoras del arte, ciencia o profesión con los cánones o principios científicos o técnicos de su ejercicio (Lex artis), según criterios o procederes usuales en cierto tiempo y lugar, el conocimiento, avance, progreso, desarrollo y estado actual (Lex artis ad hoc).

La actividad médica, en la época contemporánea más dinámica, eficiente y precisa merced a los adelantos científicos y tecnológicos, cumple una función de alto contenido social. Al profesional de la salud, es exigible una especial diligencia en el ejercicio de su actividad acorde al estado de la ciencia y el arte, sobre él gravitan prestaciones concretas, sin llegar a extremo rigor, considerada la notable incidencia de la medicina en la vida, salud e integridad de las personas

(...)

Justamente, la civil médica, es una especie de la responsabilidad profesional sujeta a las reglas del ejercicio de la profesión de la medicina, y cuando en cualquiera de sus fases de prevención, pronóstico, diagnóstico, intervención, tratamiento, seguimiento y control, se causa daño, demostrados los restantes elementos de la responsabilidad civil, hay lugar a su reparación a cargo del autor o, in solidum si fueren varios los autores, pues “el acto médico puede generar para el profesional que lo ejercita obligaciones de carácter indemnizatorio por perjuicios causados al paciente, como resultado de incurrir en yerros de diagnóstico y de tratamiento, ya porque actúe con negligencia o impericia en el establecimiento de las causas de la enfermedad o en la naturaleza misma de ésta, ora porque a consecuencia de aquello ordene medicamentos o procedimientos de diversa índole inadecuados que agravan su estado de enfermedad, o bien porque ese estado de agravación se presenta simplemente por exponer al paciente a un riesgo injustificado o que no corresponda a sus condiciones clínico – patológicas” (cas. civ. sentencia de 13 de septiembre de 2002, exp. 6199).

De igual manera, la Honorable Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, en sentencia del 30 de septiembre de 2016, MP. ARIEL SALAZAR RAMÍREZ, expediente SC13925-2016 Radicación N° 05001-31-03-003-2005-00174-01, explicó que la Responsabilidad Civil Médica debe ser entendida en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud a la cual pertenecen las entidades promotoras y prestadoras del servicio público de salud. Explicó la Corte en dicho fallo:

De ahí que tanto las entidades promotoras e instituciones prestadoras de salud como los profesionales que fungen como agentes suyos, están cada vez más inmersos en un contexto de responsabilidad, porque entre mayor es el saber científico, la actualización de los conocimientos, el poder de predicción de los resultados y el dominio de las consecuencias, se incrementa el grado de exigencia ética y jurídica que se hace a las empresas y agentes prestadores del servicio de salud.

Es esperable que a mayor comprensión sobre los procedimientos y técnicas idóneas que rigen un ámbito especializado de la ciencia, más grande es el poder de control sobre el mismo y mayores las posibilidades de evitar resultados adversos, lo que aumenta el grado de exigencia de responsabilidad.

(...)

En la responsabilidad civil que surge de los daños ocasionados a los usuarios del sistema de seguridad social en salud, el objeto, fundamento y características del servicio de salud; la afiliación al sistema; la forma de pago y monto de las cotizaciones; el régimen de beneficios; las garantías y deberes de los usuarios; los deberes de los empleadores; la dirección, administración y financiación del sistema; su organización, control y vigilancia; y, en fin, todo lo concerniente a las obligaciones y derechos de los integrantes del sistema,

sean prestadores o usuarios, está regulado por el Título II (artículos 152 y siguientes) de la Ley 100 de 1993 y disposiciones modificatorias y complementarias.

Poco queda a la iniciativa privada de las partes, salvo la posibilidad de escoger la entidad promotora de salud a la que tienen que afiliarse, así como la de acudir a la institución prestadora de su preferencia cuando ello es posible según las condiciones de oferta de servicios (artículo 153-4, ejusdem).

El artículo 153-2 de la Ley 100 consagra la obligación para todos los habitantes del país de afiliarse al sistema general de seguridad social en salud, por lo que todo empleador tiene la obligación de afiliar a sus trabajadores al sistema. De igual manera, los trabajadores independientes o contratistas están obligados a cotizar al régimen contributivo en salud.

(...)

Como participantes del sistema de seguridad social en salud, las personas esperan una eficiente prestación del servicio que pagan mensualmente mediante un aporte económico individual o familiar financiado directamente por el afiliado, o en concurrencia entre éste y su empleador; o bien a través de una cotización subsidiada total o parcialmente con recursos fiscales o de solidaridad.

(...)

La atención de calidad, oportuna, humanizada, continua, integral y personalizada hace parte de lo que la literatura médica denomina “cultura de seguridad del paciente”, que por estar suficientemente admitida como factor asociado a la salud del usuario y por ser un mandato impuesto por la Ley 100 de 1993, es de imperiosa observancia y acatamiento por parte de las empresas promotoras e instituciones prestadoras del servicio de salud, por lo que su infracción lleva implícita la culpa de la organización cuando tal omisión tiene la virtualidad de repercutir en los eventos adversos.

6.2. PERFORACIÓN INTESTINAL DURANTE UN PROCEDIMIENTO LAPAROSCÓPICO: ERROR NO ACEPTABLE Y CONTRARIO A LA LEX ARTIS. ANTECEDENTES JURISPRUDENCIALES.

En líneas anteriores, en la parte del libelo correspondiente a la explicación de los fundamentos clínicos y científicos de la demanda, se expusieron ampliamente los motivos por los cuales la perforación del intestino durante un procedimiento laparoscópico es un error inaceptable contrario a la lex artis y que denota negligencia e impericia del cirujano que realiza tal procedimiento. En el presente caso, se presentaron además demoras injustificadas en la identificación y reparación de tales perforaciones, así como exploraciones incompletas y deficientes que pasaron por alto las lesiones causadas durante la laparoscopia. El cuadro séptico ocasionado por estas graves lesiones intestinales se agravó debido a la presencia de bacterias nosocomiales que fueron adquiridas durante la hospitalización, es decir, bacterias que fueron adquiridas en la institución y que no tenía previamente el paciente.

Además de la literatura científica aportada, existen ya expresos pronunciamientos judiciales en nuestro país sobre este tipo de errores (perforación intestinal durante laparoscopia). Al respecto, el Honorable Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, en sentencia del 29 de abril de 2015, MP. CARLOS ALBERTO ZAMBRANO BARRERA, expediente 76001-23-31-000-2004-03651-01(35978), se pronunció sobre un caso similar:

Las complicaciones del estado de salud de la señora Aracelly Ramírez se derivaron del primer procedimiento que le realizaron el 25 de septiembre de 2002 en el Dispensario de la Tercera Brigada, Dirección de Sanidad del Ejército Nacional, esto es, la laparoscopia diagnóstica con liberación de bridas. Lo anterior halla sustento en que, al día siguiente, la paciente presentó shock hipovolémico y en que, 2 días después, le detectaron una perforación intestinal que obligó a que le realizaran colostomía de doble boca y a que le drenaran la peritonitis. A partir de ese momento, la demandante presentó complicaciones de salud muy serias que desencadenaron hasta en insuficiencias cardíaca y respiratoria secundarias. (...) las anotaciones de la historia clínica permiten concluir sin hesitación que la sepsis abdominal y la peritonitis sufridas por la señora Aracelly Ramírez fueron secundarias a las perforaciones intestinales ocurridas en la laparoscopia diagnóstica con liberación de bridas, esto es, la realizada el 25 de septiembre de 2002 en el Dispensario de la Tercera Brigada de la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional, puesto que, luego de la misma, su estado de salud se complicó progresivamente.

(...)

El 6 de julio de 2003 se remitió a la clínica Valle del Lili (centro asistencial de tercer nivel), por presentar sepsis abdominal post quirúrgica, donde permaneció hasta el 16 de julio siguiente. El resumen de egreso es:

“FECHA DE INGRESO: JULIO /6/2003

FECHA DE EGRESO: JULIO /16/2003

“(...)

“DIAGNÓSTICOS DE INGRESO:

“1. SEPSIS ABDOMINAL POST QUIRÚRGICA (CIRUGÍA REALIZADA EN OTRA INSTITUCIÓN)

“2. POST QUIRÚRGICO DE CIERRE DE COLOSTOMÍA POR VÍA INTRAPERITONEAL Y COLOCACIÓN DE MALLA PARA CORRECCIÓN DE EVENTORRAFIA

“3. HISTORIA DE SEPSIS ABDOMINAL POST QUIRÚRGICA HACE NUEVE MESES

“DIAGNÓSTICOS DE EGRESO:

“1. SEPSIS ABDOMINAL POST QUIRÚRGICA (CIRUGÍA REALIZADA EN OTRA INSTITUCIÓN)

“2. POST QUIRÚRGICO DE CIERRE DE COLOSTOMÍA POR VÍA INTRAPERITONEAL Y COLOCACIÓN DE MALLA PARA CORRECCIÓN DE EVENTORRAFIA

“3. HISTORIA DE SEPSIS ABDOMINAL POST QUIRÚRGICA HACE NUEVE MESES

“CAUSA DE ADMISIÓN Y ENFERMEDAD ACTUAL:

“Paciente quien cuatro días antes del ingreso le realizaron un cierre de sigmoidostomía (sic) y eventorrafia con malla abdominal simultanea (sic). Hace nueve meses se le había realizado una Sigmoidostomía y sepsis de origen abdominal, secundaria a laparoscopia diagnostica (sic). En esta ocasión fue llevada a cirugía para cierre de Sigmoidostomía (sic) por vía intraperitoneal y en el mismo acto quirúrgico corrigieron eventración secundaria a su sepsis abdominal, mediante la colocación de una malla. Actualmente es remitida por que (sic) su evolución no es satisfactoria: Se encuentra polipneica con mucho dolor abdominal, distensión y taquicardia.

“Antecedentes personales:

“Historia de sepsis abdominal, secundaria a perforaciones intestinales múltiples después de laparoscopia diagnóstica. Historia de insuficiencia cardiaca congestiva durante la hospitalización anterior y sangrado del tracto gastrointestinal superior.

“Hace nuevo (sic) meses requirió múltiples laparotomías con abdomen abierto por su sepsis abdominal.

6.3. INFECCIONES NOSOCOMIALES – RESPONSABILIDAD DE LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD POR LA ADQUISICIÓN DE PATÓGENOS AL INTERIOR DE LAS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS:

También en este punto se aportó abundante literatura científica relacionada con la previsibilidad y responsabilidad de las entidades hospitalarias en la prevención y control de las infecciones nosocomiales. Y al respecto también existen pronunciamientos jurisprudenciales.

Debe tenerse en cuenta que en el presente caso la perforación intestinal iatrogénica causada durante el procedimiento laparoscópico del 16 de junio de 2017 desencadenó un severo cuadro séptico asociado a gérmenes multirresistentes que sólo se encuentran en los hospitales. Es decir, la perforación y el traumatismo inicial rompen las barreras naturales del intestino, se desencadena un proceso inflamatorio sistémico, y en el curso del mismo, debido a la hospitalización prolongada y la inmunosupresión causada por trauma severo, el paciente es infectado por éstos gérmenes resistentes. Téngase en cuenta que el paciente no venía inmunosuprimido de forma previa a su ingreso. Fue la grave lesión causada durante la cirugía laparoscópica la que lo lleva a ese estado. Al respecto, indicamos al señor Juez que los demandados intentarán distraer el juicio y confundir al operador judicial con el argumento de que el paciente *“venía inmunosuprimido”* y que por ello *“adquirió la infección nosocomial”*.

Sobre el tema, la Honorable Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, en Sentencia del 20 de junio de 2019, MP. MARGARITA CABELLO BLANCO, Expediente 05001-31-03-004-2006-00280-01, manifestó lo siguiente:

Estima la Corte que al ser una obligación de prudencia y diligencia la de seguridad que se viene examinando (evitar que el paciente contraiga infecciones intrahospitalarias), el contenido de la obligación del deudor será entonces el de ser diligente y cuidadoso, el de emplear los medios idóneos de acuerdo con las circunstancias y las normas técnicas y protocolos para tratar de alcanzar el fin común perseguido por las partes, razón por la cual sólo su conducta lo hará responsable o lo exonerará, sin perjuicio de que, por supuesto, pueda demostrar una causa extraña.

De igual manera, el Honorable Consejo de Estado, Sección Tercera, en sentencia del 29 de agosto de 2013, MP. DANILO ROJAS BETANCOURTH, expediente 25000-23-26-000-2001-01343-01(30283), explicó lo siguiente:

En primer lugar, está demostrado que antes de que la bacteria fuera detectada en su organismo, el paciente permaneció cinco días hospitalizado en la clínica Jorge Bejarano con diagnóstico de bronconeumonía. Esta circunstancia es indicativa de que la bacteria es de carácter nosocomial porque se conoce que la permanencia prolongada en los establecimientos hospitalarios es un factor de riesgo para la transmisión de este tipo de agentes patógenos. En segundo lugar, la bacteria fue calificada como “multirresistente”. Esta circunstancia es igualmente indicativa de que el paciente la contrajo en el nosocomio porque las bacterias multirresistentes son aquellas que, como su nombre lo indica y lo informa el dictamen de medicina legal, son resistentes a los antibióticos e inciden en las enfermedades de carácter intrahospitalario. Así, existiendo prueba indiciaria de que el paciente contrajo la klebsiella pneumoniae en la clínica Jorge Bejarano cuando fue hospitalizado por primera vez por espacio de cinco días, comprendidos entre el 18 y el 23 de junio de 1999 (ver supra párr. 9.1 y 9.3), cabe concluir que el daño padecido por el niño Carlos Alberto Rojas Pérez encuentra su origen en una infección de tipo nosocomial u hospitalaria

(...)

Al consultar la jurisprudencia y la doctrina especializada sobre el tema, la Sala encuentra que las infecciones nosocomiales ciertamente pueden causarse por fallas derivadas de la inobservancia de las recomendaciones establecidas por la autoridad sanitaria para la prevención de las mismas, la vigilancia de los riesgos epidemiológicos y el manejo de los residuos patogénicos.

(...)

En el caso concreto, está probado, a través del dictamen de medicina legal que la meningitis que afectó al niño Carlos Alberto Rojas Pérez y que alteró de forma grave su desarrollo psico-motriz –el cual era adecuado al momento de su ingreso a la clínica Jorge Bejarano (ver supra párr. 9.2.)– fue causada por la bacteria klebsiella pneumoniae multirresistente, que es de carácter intrahospitalario. Esta circunstancia es suficiente para concluir que el Instituto de Seguros Sociales es administrativamente responsable del daño padecido por la parte actora, pues según ya se expuso, las enfermedades de carácter intrahospitalario son imputables a los establecimientos de salud a título de

riesgo excepcional en cuanto se demuestre, tal como sucede en este caso, que entre éstas y aquél existe un nexo de causalidad.

Vale la pena insistir en que aunque las infecciones nosocomiales pueden llegar a ser irresistibles, son prevenibles y controlables, por lo que está en manos de las entidades hospitalarias adoptar todas las medidas establecidas en los protocolos diseñados por las autoridades competentes a efectos de reducir los riesgos que comporta para los pacientes, en especial para aquellos que resultan más vulnerables como los niños, las personas de la tercera edad y quienes padecen de enfermedades crónicas, el uso de cierto instrumental médico, la permanencia prolongada en los establecimientos hospitalarios y el contacto directo o indirecto con otros pacientes infectados.

Así mismo, es tarea de las autoridades encargadas del control y vigilancia de la prestación de los servicios de salud, velar porque estas medidas se cumplan, así como monitorear la incidencia de las infecciones nosocomiales en los centros hospitalarios tanto de carácter público como privado con fin de promover la implementación de estrategias para identificar las prácticas en la atención clínica que favorecen la aparición del riesgo de este tipo de infecciones y que repercuten negativamente en los indicadores de calidad de la atención en salud.

Por las razones anotadas, la Sala revocará la sentencia apelada y ordenará que una copia de esta providencia sea remitida al Ministerio de Salud como fórmula para incentivar el diseño e implementación de nuevos y mejores programas e iniciativas para detectar, prevenir y reducir los riesgos de enfermedades asociadas a la prestación de los servicios de salud.

VII. LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA:

Están legitimados en la causa por activa la víctima y los familiares de la víctima CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA por el incumplimiento de las obligaciones estipuladas en el contrato de prestación de servicios de salud. Aquí se puede hablar de una responsabilidad civil contractual. Pero también los familiares del menor fallecido están legitimados dentro del marco de la responsabilidad civil extracontractual, de la siguiente forma: Sus padres NELLY SILVA y GUILLERMO HERNÁNDEZ; sus hermanos GUILLERMO HERNÁNDEZ SILVA, JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ SILVA, OSCAR ANDRÉS HERNÁNDEZ SILVA, SANDRA PATRICIA HOYOS SILVA; y sus sobrinas STHEFANIA BECERRA HOYOS y GABRIELA ALEJANDRA VALDEZ HOYOS.

Sobre el particular ha manifestado la Honorable Corte Suprema de Justicia en sentencia del 04 de mayo de 2009, Sala de Casación Civil, MP. WILLIAM NAMÉN VARGAS, expediente 05001-3103-002-2002-00099-01, lo siguiente:

No obstante, es pertinente memorar que la Corte, en su prístino propósito de administrar y lograr la justicia (...) ha admitido, en determinadas hipótesis, el deber resarcitorio del quebranto inferido a sujetos diversos, precisamente en

repudio de la impunidad a que conduciría la exclusión de la reparación del daño inmotivado causada a la esfera tutelada por el ordenamiento jurídico, verbi gratia, en tratándose de los intereses de consumidores y usuarios (...) y, de la responsabilidad médica, por cuanto, en oportunidades, unos mismos hechos, actos o conductas, a más de lesionar el contrato y, por tanto, los derechos e intereses de las partes contratantes, pueden generar un detrimento a terceros extraños al vínculo contractual, o sujetos distintos pueden causar el quebranto a una misma persona o a varias personas bajo distintas relaciones o situaciones jurídicas o diversos títulos de imputación, por ello legitimados para reclamarlos de conformidad con las normas legales (cas. civ. 11 de septiembre de 2002 [SC-172-2002], exp. 6430; 13 de septiembre de 2002, exp. 6199; 27 de septiembre de 2002, exp. 6143; 18 de mayo de 2005, exp. 14405).

VIII. LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA:

En el presente caso, están legitimados por pasiva, y de forma solidaria, los demandados COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - COOMEVA E.P.S. S.A. y el INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA – CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, la primera en su calidad de aseguradora y la segunda en su calidad de Institución Prestadora de Servicios (IPS) contratada por la Entidad Promotora de Salud (EPS) para la prestación del servicio y a la cual se remitió al paciente.

En relación al tema, la Honorable Corte Suprema de Justicia, en sentencia del 30 de agosto de 2011, expediente 11001-3103-018-1999-00533-01, Magistrado Ponente WILLIAM NAMEN VARGAS, expresó lo siguiente:

Es principio del sistema organizado, administrado y garantizado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), la calidad en la prestación de los servicios de salud, atención de las condiciones del paciente según las evidencias científicas, y la provisión “de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada” (artículo 153, 3.8, Ley 100 de 1993).

En idéntico sentido, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), son responsables de administrar el riesgo de salud de sus afiliados, organizar y garantizar la prestación de los servicios integrantes del POS, orientado a obtener el mejor estado de salud de los afiliados, para lo cual, entre otras obligaciones, han de establecer procedimientos garantizadores de la calidad, atención integral, eficiente y oportuna a los usuarios en las instituciones prestadoras de salud (art. 2º, Decreto 1485 de 1994).

Igualmente, la prestación de los servicios de salud garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), no excluye la responsabilidad legal que les corresponde cuando los prestan a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o de profesionales mediante contratos reguladores sólo de su relación jurídica con aquéllas y éstos. Por lo tanto, a no dudarlo, la prestación del servicio de salud deficiente, irregular, inoportuna, lesiva de la calidad

exigible y de la lex artis, compromete la responsabilidad civil de las Entidades Prestadoras de Salud y prestándolos mediante contratación con Instituciones Prestadoras de Salud u otros profesionales, son todas solidariamente responsables por los daños causados, especialmente, en caso de muerte o lesiones a la salud de las personas.

XIX. PRUEBAS

1. DOCUMENTALES:

Sírvase señor Juez tener como pruebas los siguientes documentos que se aportan con la demanda:

1.1. Poder conferido por NELLY SILVA, GUILLERMO HERNÁNDEZ, GUILLERMO HERNÁNDEZ SILVA, JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ SILVA, OSCAR ANDRÉS HERNÁNDEZ SILVA, SANDRA PATRICIA HOYOS SILVA, STHEFANIA BECERRA HOYOS y GABRIELA ALEJANDRA VALDEZ HOYOS.

1.2. Copia tarjeta de identidad No. 1.192.804.736 del menor fallecido CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.).

1.3. Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento Indicativo Serial 30136859 NUIP 00-07-13 de la Notaría Séptima del Círculo de Cali del menor fallecido CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.).

1.4. Copia auténtica del Registro Civil de Defunción indicativo Serial 07241901 de la Notaría Primera de Yumbo, Valle, del menor fallecido CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.).

1.5. Copia certificado de defunción antecedente para el registro civil No. 71660084-7

1.6 Copia cédula de ciudadanía de NELLY SILVA, GUILLERMO HERNÁNDEZ, GUILLERMO HERNÁNDEZ SILVA, JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ SILVA, OSCAR ANDRÉS HERNÁNDEZ SILVA, SANDRA PATRICIA HOYOS SILVA y STHEFANIA BECERRA HOYOS.

1.7. Copia Tarjeta de Identidad de GABRIELA ALEJANDRA VALDEZ HOYOS.

1.8. Copia auténtica del Registro Civil de las siguientes personas:

1.8.1 NELLY SILVA: Registro Civil de Nacimiento Serial-Folio 489, Tomo 19, de la Notaría del Círculo de Santander de Quilichao.

1.8.2. GUILLERMO HERNÁNDEZ : Registro Civil de Nacimiento Indicativo Serial 3306691 de la Notaría Única de Ortega, Tolima

1.8.3. GUILLERMO HERNÁNDEZ SILVA: Registro Civil de Nacimiento Indicativo Serial 6524557 de la Notaría Séptima de Cali

1.8.4. JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ SILVA : Registro Civil de Nacimiento Indicativo Serial 9037751 de la Notaría Séptima del Círculo de Cali

1.8.5. OSCAR ANDRÉS HERNÁNDEZ SILVA: Registro Civil de Nacimiento Indicativo Serial 17392090 de la Notaría Séptima del Círculo de Cali.

1.8.6. SANDRA PATRICIA HOYOS SILVA : Registro Civil de Nacimiento Indicativo Serial 1554145 de la Notaría Única de Yumbo, Valle

1.8.7. STHEFANIA BECERRA HOYOS: Registro Civil de Nacimiento Indicativo Serial 19854496.

1.8.8. GABRIELA ALEJANDRA VALDEZ HOYOS Registro Civil de Nacimiento Indicativo Serial 33797952 de la Notaría Quinta del Círculo de Cali.

1.9. Copia constancia del Colegio Mixto Fray Peña de Yumbo en que se certifica que el menor fallecido CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.) se encontraba realizando estudios en dicha institución educativa al momento de su fallecimiento.

1.10. Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Cali COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - COOMEVA E.P.S. S.A. EN LIQUIDACIÓN NIT. 805.000.427-1 representada legalmente por su liquidador DR. FELIPE NEGRET MOSQUERA identificado con C.C.10547944 , o quien haga sus veces.

1.11. Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Gobernación del Departamento del Valle del Instituto de Religiosas de San José de Gerona – Clínica Nuestra Señora de Los Remedios personería jurídica otorgada por la Gobernación del Valle del Cauca mediante resolución 004802 del 16 de diciembre de 1966 NIT. 890.301.430-5, representada legalmente por la señora USDELLY ALZATE VARELA identificada con c.c. 31.276.463, o quien haga sus veces.

1.12. Certificado expedido por el Canciller de la Arquidiócesis de Cali sobre la existencia y representación legal del Instituto de Religiosas de San José de Gerona – Clínica Nuestra Señora de Los Remedios personería jurídica otorgada por la Gobernación del Valle del Cauca mediante resolución 004802 del 16 de diciembre de 1966 NIT. 890.301.430-5, representada legalmente por la señora USDELLY ALZATE VARELA identificada con c.c. 31.276.463, o quien haga sus veces.

1.13. Certificado de afiliación a Coomeva EPS y de semanas cotizadas del menor fallecido CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.)

1.14. Copia historia clínica de la atención recibida por el menor fallecido CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.) el 16 de junio de 2017 en el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo.

1.15. Copia historia clínica de la atención recibida por el menor fallecido CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.) del 16 de junio al 23 de julio de 2017 en la Clínica Nuestra Señora de Los Remedios de Cali.

1.16. Registro Fotográfico CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA: Cinco (05) fotografías.

Copia de los siguientes artículos científicos:

1.17.1. AGUDELO, Janer Sepúlveda (2017); COMPLICACIONES LAPAROSCÓPICAS ASOCIADAS A LA TÉCNICA DE ENTRADA. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Vol. 62 No. 1, Enero-Marzo 2011, (88-93), pp. 89, 90, 92, Bogotá, Colombia. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v62n1/v62n1a11.pdf>

1.17.2. ORDÓÑEZ, Carlos Alberto, MD; PINEDA, Jaime Andrés, MD; ARIAS, Rafael Humberto, MD; BENÍTEZ Federico Andrés, MD; TORO, Luis Eduardo, MD; ARISTIZÁBAL, Gonzalo, MD; MARTÍNEZ, Jorge Eduardo, MD; ROSSO Fernando MD; GRANADOS Marcela, MD; BADIÉL, Marisol, MD (2008); Curso clínico de la peritonitis grave en pacientes críticamente enfermos tratados con sutura primaria diferida. Revista Colombiana de Cirugía 2008; 23 (1); 22-30, p. 26, Bogotá, Colombia. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v23n1/v23n1a5.pdf>

1.17.3. PALÁ, Feliu Palá; PUIGANTELL, Josep Camps (2012); Complicaciones y errores en cirugía laparoscópica de la eventración. Capítulo 63 Eventraciones Otras hernias de pared y cavidad abdominal, Primera Edición, Asociación Española de Cirujanos, Valencia, España. p. 736. Disponible en: <https://www.sohah.org/wp-content/uploads/libro/eventraciones-parte-VIII.pdf>

1.17.4. MUÑOZ ORTIZ, Michael; VERGARA DAGOBETH, Edgar; VERGARA GARCÍA, David Andrés (2013): Plastrón apendicular secundario a apendicitis aguda de presentación clínica atípica: un reporte de caso y revisión de la literatura. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Sucre REVISALUD Unisucre 2013;1(2): 116 – 121, Sincelejo, Colombia, pp. 116, 120. Disponible en: <https://revistas.unisucre.edu.co/index.php/revisalud/article/download/108/108>

1.17.5. ECHEVERRI-TORO, Lina M.; RUEDA, Zulma V.; MAYA, Wilmar; AGUDELO, Yuli; OSPINA, Sigifredo (2012); Klebsiella pneumoniae multi-resistente, factores predisponentes y mortalidad asociada en un hospital universitario en Colombia. Revista Chilena de Infectología 2012; 29 (2): 175-182, Microbiología. Investigación financiada por el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín y la Universidad Pontificia Bolivariana, p. 175. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182012000200009

1.17.6. HERNÁNDEZ CÁDIZ, María José (2010); CANDIDIASIS PERITONEAL: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO. ESTUDIO PRELIMINAR. Trabajo de Investigación. Departamento de Medicina Universidad Autónoma de Barcelona, España, p. 10. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2012/hdl_2072_199347/TR-HernandezCadiz.pdf

1.17.7. VERGIDIS, Pascal; CLANCY, Cornelius J; SHIELDS Ryan K. ; PARK, Seo Young; WILDFEUER, Brett N.; SIMMONS, Richard L.; NGUYEN, M. Hong (2016); Peritonitis por candida. Intra-Abdominal Candidiasis: The Importance of Early Source Control and Antifungal Treatment, Universidad de Wisconsin. PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0153247 April 28, 2016 - LIFE Leading International Fungal Education, Wisconsin, Estados Unidos de América. Disponible en español: <http://www.life-worldwide.org/esp/fungal-diseases/candida-peritonitis> ; En inglés: <http://www.life-worldwide.org/assets/uploads/files/Vergidis%20Intra-abdominal%20candidiasis%20PLOS%20One%202016.pdf>

1.17.8. LÓPEZ VARGAS, Jaime Alberto; ECHEVERRI TORO, Lina María (2010); K. pneumoniae: ¿la nueva “superbacteria”? Patogenicidad, epidemiología y

mecanismos de resistencia, Sistema de Información Científica Redalyc, Red de Revistas Científicas, Acceso abierto sin fines de lucro propiedad de la academia, Redalyc.org, Iatreia, vol. 23, núm. 2, junio, 2010, pp. 157-165 Universidad de Antioquia Medellín, Colombia, p. 159. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180519015007>

1.17.9. EcuRed (2018); Klebsiella Pneumoniae (2018); Oficina Nacional para la Informatización (ONI) y el Instituto de Información Científica y Tecnológica (IDICT), La Habana, Cuba. Disponible en: https://www.ecured.cu/index.php?title=Klebsiella_pneumoniae&oldid=3218390

1.17.10. CIBIC LABORATORIOS (2013); Investigación del Gen KPC (Klebsiella pneumoniae carbapenemasas), Rosario, Santa Fe, Argentina. Disponible en: <http://www.cibic.com.ar/institucional/>

1.17.11. LOSSA, Guillermo; LOSSA, Marcela (2011); ¿Qué son las Infecciones Hospitalarias (IH)? Klebsiella pneumoniae organismos productores de carbapenemasas (KPC), Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias. Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina, Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=69279>

1.17.12. WYNNE, Elisabeth; AZAGURY, Dan (2019); Dispositivo para detectar enterotomías iatrogénicas durante la laparoscopia. Surgical Endoscopy volume 33, pages 1687–1692 (2019), Springer Nature, Springer Science + Business Media. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=94353&pagina=1>; <https://link.springer.com/article/10.1007/s00464-018-06637-2>

1.17.13. KÜNZLI, Beat M. MD; SPOHNHOLZ, Johannes, MD; BRAUMANN, Chris, MD; SHRIKHANDE, Shailesh V. MD; UHL, Waldemar MD (2018); Clinical Impact of Iatrogenic Small Bowel Perforation Secondary to Laparoscopic Cholecystectomy. A Single-center Experience. Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques: October 2018 - Volume 28 - Issue 5 - p 309-313, Nueva York, Estados Unidos de América. Divulgado por Wolters Kluwer Health, Países Bajos. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30067585>

1.17.14. MOORTHY, Krishna, MD, MS Senior Lecturer, Consultant Surgeon Upper Gastrointestinal and Bariatric Surgery Imperial College London, UK (2015); Bowel Injury After Laparoscopic Surgery, US Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality, Estados Unidos. Disponible en: <https://psnet.ahrq.gov/web-mm/bowel-injury-after-laparoscopic-surgery>

1.17.15. PETTINA Lilibian; CAZÓN Marta (2018); Eventos intraoperatorios en la cirugía laparoscópica. Federación Argentina de Asociaciones de Anestesia, Analgesia y Reanimación, Buenos Aires, Argentina. Disponible en: https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/628/c.php

1.17.16. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL (2015); Laparotomía y Laparoscopia Diagnóstica en Abdomen Agudo no Traumático en el Adulto, Guía de referencia Rápida, Guía de Práctica Clínica, Gobierno Federal de México, México D.F., p. 5. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/509_GPC_Laparotomxaabdomen/GRR_LaparotomiaAbdomen.pdf

1.17.17. M. van der Voort , E. A. M. Heijnsdijk , D. J. Gouma (2004); Bowel injury as a complication of laparoscopy. British Journal of Surgery Society Ltd. Published by John Wiley & Sons, Ltd. Disponible en: <https://bjssjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/bjs.4716>

1.17.18 F. Villalón, A.Villanueva, M.A Suñol, J. Garay, J. Arana, J. Jiménez, M. Sainz de la Maza, I. Eizaguirre (2013); Tratamiento y seguimiento del plastrón apendicular. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Donostia. San Sebastián Cirugía Pediátrica 2013; 26: 164-166, España. Disponible en https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2013_26-4_164-166.pdf

1.17.19 P. Claire, V. Linacre, J. Lagos, M. Guelfand, P. López, P. Gutiérrez, A. Zavala. (2004); Plastrón apendicular experiencia de 5 años. Hospital Exequiel Gonzales Cortes. *Revista de Cirugía Infantil* 14 (1, 2, 3, 4) 2004, Santiago, Chile,. Disponible en: <http://acacip.org.ar/revista/140119.pdf>

1.17.20 FARFAN MEJIA, Anilorena Stephanie; GARCÍA ZAMBRANO, Gino Luis; TUTIVEN MURILLO, Merly Karen; ZAMBRANO VÉLEZ, Alex Danilo (2018); Plastrón apendicular como complicación de apendicitis aguda en pacientes adultos, *Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias. Vol. 2 núm., 2, Junio, ISSN: 2588-0748, 2018, pp. 357-366 Editorial Saberes del Conocimiento Vol. 2, núm. 2., (2018)*, Guayaquil, Ecuador, DOI: 10.26820/reciamuc/2.2.2018.357-366, disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/97/98>

1.17.21 BRUNICARDI, Charles; ANDERSEN, Dana K.; BILLIAR, Timothy; DUNN, David L.; HUNTER, John G.; MATTHEWS, Jeffry; POLLOCK, Raphael (2015); SCHWARTZ – Principios de Cirugía (2015) – Apendicectomía Laparoscópica Mac Graw Hill Education

1.17.22 ALKATOUT, Ibrahim, MD, MA, SCHOLLMEYER, Thoralf, MD, HAWALDAR, Nusrat A., MS, SHARMA Nidhi, MS, METTLER, Liselotte, PhD (2012); PRINCIPIOS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD DE ELECTROCIRUGÍA EN LAPAROSCOPIA *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. JSLS* (2012)16:130-139, Estados Unidos de América, disponible en: <http://eideg.com/web/wp-content/uploads/2012/11/Principios-y-Medidas-de-Seguridad-de-Electrocirug%C3%ADa-en-Laparoscopia-3.pdf>

1.17.23 TOAPANTA-YANCHAPAXI Liz Nicole; ÓRNELES-ARROYO Sofía; MANZANO-ROBLEDA María del Carmen; GARCÍA-MÉNDEZ Jorge, SÁNCHEZ-CORTÉS Eduardo; CHABLÉ-MONTERO Fredy; TORRES-VILLALOBOS Gonzalo (2012); Perforación espontánea de víscera hueca en paciente inmunosuprimido. Caso problema. *Revista de Investigación Médica del Sur de México, Octubre-Diciembre 2012; 19 (4): 235-239*, México D.F. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2012/ms124g.pdf>

Soporte de radicación de acreencia COOMEVA E.P.S

1.18. Soporte de radicación de acreencia COOMEVA E.P.S. S.A.- COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A EN LIQUIDACION por concepto del proceso de responsabilidad civil médica derivado del fallecimiento del menor CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.) y publicación en la pagina web de Coomeva EPS en liquidación del plazo adicional para presentar reclamaciones.

DICTÁMENES PERICIALES

1.19. Dictamen pericial sobre el caso del adolescente CHRISTHIAN DAVID HERNANDEZ SILVA (Q.E.P.D.) rendido por la Dra. TANNIA ALEJANDRA PORTILLA ESTRADA, identificada con la C.C 1.107.090.358, Medica y Cirujana de la Universidad del Valle, con Registro Médico 1107090358. Se ordenará la comparecencia del perito si así lo estima el señor Juez.

1.20. Cédula de ciudadanía, diplomas, tarjeta profesional, registro médico y hoja de vida que demuestran la idoneidad del perito Dra. TANNIA ALEJANDRA PORTILLA ESTRADA.

1.21. Dictamen pericial sobre el caso del adolescente CHRISTHIAN DAVID HERNANDEZ SILVA (Q.E.P.D.) rendido por el Dr. GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT, identificado con cedula de ciudadanía: 72.146.900 Registro Medico: 50088-95, médico especialista en Cirugía General. Se ordenará la comparecencia del perito si así lo estima el señor Juez.

1.22. Cédula de ciudadanía, diplomas, tarjeta profesional, registro médico y hoja de vida que demuestran la idoneidad del perito Dr. GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT.

Otros:

1.23. Resolución No. L002 del 24 de enero de 2024 proferida por el Agente Especial Liquidador designado por la Superintendencia Nacional de Salud para adelantar el proceso de liquidación de COOMEVA EPS.

1.24. Decisiones judiciales donde se observa la posición de Juzgados sobre la continuidad procesal de RACIL ASESORÍAS SAS en los procesos donde es parte COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN (LIQUIDADA), en su calidad de mandatario judicial.

1.25. Certificado de Existencia y Representación Legal actualizado RACIL ASESORÍAS SAS, mandatario judicial de COOMEVA EPS LIQUIDADA.

2. OFICIOS:

2.1. Sírvase señor Juez oficiar a COOMEVA E.P.S. S.A.- COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A EN LIQUIDACION. NIT. 805000427-1 - CALLE 10 # 4 - 47 PISO 23 EDIFICIO CORFICOLOMBIANA. Municipio: Cali – Valle Correos electrónicos: liquidacioneps@coomevaeps.com y correoinstitucionaleps@coomevaeps.com , con el fin de que aporte al proceso copia del contrato o convenio que tiene o tenía suscrito con la Clínica Nuestra Señora de Los Remedios para la atención de sus afiliados en la época del fallecimiento del menor CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.). O requerir a la Clínica Nuestra Señora de Los Remedios que lo aporte.

3. TESTIMONIALES A PEDIR:

Sírvase señor Juez fijar fecha y hora para que en audiencia pública de rigor, comparezcan ante su despacho, las personas que más adelante identificaré, todas ellas mayores de edad, domiciliadas y residentes en la ciudad de Cali-Valle, quienes bajo la gravedad de juramento expondrán todo aquello que les conste con relación

a los hechos informados en la demanda, conforme a sus conocimientos científicos y en general a lo que constituye materia de debate judicial, de acuerdo a la unidad asistencial en la que fue atendido el paciente CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.):

3.1. Dr. JOSE FERNANDO GUITARRERO PINZON, Cirujano General

3.2. Dr. WILLIAM ALBERTO MEJIA PALOMINO, Cirujano General

3.3. Dr. FERNANDO ZAPATA, Anestesiólogo

3.4. Dra. CAROLINA TIGREROS, Anestesióloga

3.5. Dr. JUAN PABLO USUBILLAGA, Cirujano General.

3.6. Dra. MARIA PIEDAD ERAZO Cirujana General

3.7. Dr. FABIAN VALLEJO, Anestesiólogo

3.8. Dr. JULIAN MINA, Anestesiólogo

3.9. Dr. LUIS ALFREDO VELEZ VISCAINO, Intensivista

3.10. Dr. VLADIMIR ALEXANDER DIAZ ESCOBAR, Medicina Interna

Objeto de los testimonios: Demostrar el nexo causal entre los hechos de la demanda y el fallecimiento del menor CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.) a causa de una malpraxis médica que le ocasionó una perforación intestinal iatrogénica. Todos estos profesionales trataron al paciente mientras estuvo hospitalizado, conocieron sus antecedentes e hicieron registros en la historia clínica sobre su evolución. Estos testimonios son pertinentes para comprender los hechos de la demanda. No obstante señor Juez, debe tenerse en cuenta que estos profesionales laboran para la Clínica Nuestra Señora de Los Remedios, y su testimonio podría ser parcializado.

4. PRUEBA TÉCNICA BASADA EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL

De manera respetuosa solicito a su despacho que se permita la comparecencia del Modelo de Lenguaje Avanzado basado Inteligencia Artificial ChatGPT Pro. Este es el modelo profesional y empresarial, diferente de la versión gratuita accesible al público. La compañía de análisis forense TECNOVASK SAS se ha ofrecido a prestar su cuenta de OpenAI. La comparecencia del Modelo de IA a la audiencia se puede hacer de forma virtual, para lo cual tanto el suscrito apoderado como la compañía Tecnovask pueden ofrecer soporte técnico. Tanto el Juez como las partes pueden hacerle preguntas al modelo sobre los dictámenes, la historia clínica y demás hechos relevantes del proceso. Se puede enviar un correo a Tecnovask al siguiente e mail: infogenvask@mail.com.

X. PERJUICIOS E INDEMNIZACIÓN: ESTIMACIÓN RAZONADA DE LA CUANTÍA Y FUNDAMENTOS JURISPRUDENCIALES

La jurisprudencia y la doctrina han distinguido dos categorías de perjuicios que deben ser reparados y objeto de una indemnización: los daños patrimoniales y los daños extrapatrimoniales.

Los daños patrimoniales incluyen el daño emergente y el lucro cesante. El daño emergente corresponde a la pérdida de elementos del patrimonio de la víctima y a desembolsos pasados y futuros que deba efectuar para reparar las consecuencias del incumplimiento del contrato, o bien, las consecuencias del daño que por culpa o dolo se infiere a una persona. El lucro cesante corresponde a los rendimientos o frutos que se dejarán de percibir.

Los daños extrapatrimoniales incluyen los daños morales, el daño a la vida de relación y el daño a la salud. Los daños morales se describen como una lesión de la esfera sentimental e íntima del individuo, relacionados con su aflicción y congoja por soportar un evento dañoso. En este caso, los familiares de CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA se ven afectados por el hecho de haber visto morir a su hijo, hermano y tío, y haberlo perdido para siempre. Igualmente, la familia padeció un intenso sufrimiento durante la agonía de 37 días de CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ, quien previamente se encontraba en buenas condiciones de salud. El daño a la vida de relación corresponde a la pérdida de la capacidad para disfrutar los placeres de la vida humana.

10.1 Daño moral:

Es una lesión o menoscabo de la esfera sentimental e íntima del individuo, relacionados con su aflicción y congoja por soportar un evento dañoso, en este caso, la muerte del hijo menor de la familia CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA.

En sentencia de casación civil del 18 de septiembre de 2009, exp. 20001-3103-005-2005-00406-01, la Honorable Corte Suprema de Justicia manifestó sobre el daño moral:

En el empeño de encarar directamente el asunto, la Sala precisa que, para la valoración del quantum del daño moral en materia civil, estima apropiada la determinación de su cuantía en el marco fáctico de circunstancias, condiciones de modo, tiempo y lugar de los hechos, situación o posición de la víctima y de los perjudicados, intensidad de la lesión a los sentimientos, dolor, aflicción o pesadumbre y demás factores incidentes conforme al arbitrio judicial ponderado del fallador.

(...)

Por consiguiente, la Corte itera que la reparación del daño causado y todo el daño causado, cualquiera sea su naturaleza, patrimonial o no patrimonial, es un derecho legítimo de la víctima y en asuntos civiles, la determinación del monto del daño moral como un valor correspondiente a su entidad o magnitud, es cuestión deferida al prudente arbitrio del juzgador según las circunstancias propias del caso concreto y los elementos de convicción.

(...)

Al respecto, dentro de cualquier proceso que se surta ante la Administración de Justicia, la valoración de daños irrogados a las personas y a las cosas, atenderá los principios de reparación integral y equidad y observará los criterios técnicos actuariales” (artículo 16 de la Ley 446 de 1998; cas. civ. sentencias de 3 de septiembre de 1991, 5 de noviembre de 1998 y 1º de abril de 2003), es decir, se consagra el resarcimiento de todos los daños causados, sean patrimoniales, ora extrapatrimoniales, aplicando la equidad que no equivale a arbitrariedad ni permite „valoraciones manifiestamente exorbitantes o, al contrario inicuas y desproporcionadas en relación con los perjuicios sufridos” (Flavio Peccenini, La liquidazione del danno morale, in Monateri, Bona, Oliva, Peccenini, Tullini, Il danno alla persona, Torino, 2000, Tomo I, 108 ss)

Por lo anterior, consultando la función de nomofilaquia, hermenéutica y unificadora del ordenamiento que caracteriza a la jurisprudencia, la Sala periódicamente ha señalado al efecto unas sumas orientadoras del juzgador, no a título de imposición sino de referentes (cas. civ. sentencia de 28 de febrero de 1990, G.J. No. 2439, pp. 79 ss; así en sentencia sustitutiva de 20 de enero de 2009, exp. 170013103005 1993 00215 01, reconoció por daño moral, cuarenta millones de pesos).

Para concluir, en preservación de la integridad del sujeto de derecho, el resarcimiento del daño moral no es un regalo u obsequio gracioso, tiene por causa el quebranto de intereses protegidos por el ordenamiento, debe repararse in casu con sujeción a los elementos de convicción y las particularidades de la situación litigiosa según el ponderado arbitrio iudicis, sin perjuicio de los criterios orientadores de la jurisprudencia, en procura de una verdadera, justa, recta y eficiente impartición de justicia, derrotero y compromiso ineludible de todo juzgador.

La Honorable Corte Suprema de Justicia, en sentencia de casación civil del 18 de septiembre de 2009, exp. 20001-3103-005-2005-00406-01, manifestó sobre el denominado “daño a la vida de relación” lo siguiente:

De acuerdo con una opinión jurisprudencial bastante difundida, el daño podrá recaer sobre bienes susceptibles per se de evaluación pecuniaria inmediata u objetiva o respecto de „intereses que según la conciencia social no son susceptibles de valorización económica” (C. M. Bianca, Diritto civile, vol. 5, La responsabilità (1994), reimpresión, Milán, Giuffrè, 1999, p. 166), esto es,

afectar valores vitales, consustanciales, inmanentes e intrínsecos del sujeto, inherentes a su personalidad y esfera afectiva, ora extrínsecos y externos al mismo, es decir, ostentar naturaleza material (Dommages matériels), ora inmaterial (Dommages immatériels), bien patrimonial (Vermögensschaden), ya extrapatrimonial (nicht Vermögensschaden).

A dicho propósito, „el daño a la persona”, ciertamente se proyecta en „un desmedro a la integridad física o mental, o en injuria al honor, la libertad o la intimidad, susceptible de traducirse en consecuencias patrimoniales, de proyectarse en quebrantos en la vida de relación y de repercutir en el equilibrio sentimental del sujeto” (cas. civ. sentencia de abril 4 de 1968, G.J. t. CXXIV, pág. 58).

Exactamente, ha dicho la Corte, el daño a los bienes, derechos, valores e intereses de la persona „puede repercutir en el patrimonio de la misma... y también manifestarse en quebrantos transitorios o definitivos, más o menos graves, en la vida de relación del sujeto, e incluso proyectarse en sus sentimientos” (cas. civ. sentencia de abril 4 de 1968, G.J. t. CXXIV, pág. 58), siendo el primero “expresiones características del perjuicio que reviste naturaleza eminentemente patrimonial, en los términos en que han sido descritos por los artículos 1613 y 1614 del Código Civil”, el segundo, “es el denominado daño a la vida de relación, que se traduce en afectaciones que inciden en forma negativa sobre su vida exterior, concretamente, alrededor de su „... actividad social no patrimonial ...”, como se lee también en el citado fallo” y, el último, “se identifica con la noción de daño moral, que incide o se proyecta en la esfera afectiva o interior de la persona, al generar sensaciones de aflicción, congoja, desilusión, tristeza, pesar, etc.”) (cas. civ. sentencia 13 de mayo de 2008, SC-035-2008, exp. 11001-3103-006-1997-09327-01).

10.2. Daño a la vida de relación:

El daño a la vida de relación es un daño autónomo, y hace referencia a la incapacidad de disfrutar la vida debido al hecho generador del daño. Significa la disminución del interés por participar en actividades de las que antes se realizaban como parte del disfrute o goce de la vida en el ámbito individual, familiar o social, con fines recreativos, deportivos, artísticos, culturales, de relaciones sociales

La Honorable Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, en sentencia del 20 de enero de 2009, Radicación 19930021501, explicó lo siguiente en relación a las características del daño a la vida de relación

Huelga memorar que si bien la jurisprudencia colombiana al referirse en un comienzo a los perjuicios extrapatrimoniales solamente aludía a los morales, lo cierto es que hoy reconoce que de esa naturaleza participa el denominado ‘daño a la vida de relación’, aceptando que éste tiene una entidad jurídica propia y, por ende, no puede confundirse con otras clases de agravios que posean alcance y contenido disímil, ni subsumirse en ellos.

“Un primer paso lo dio la Corte cuando en el fallo de 4 de abril de 1968 contempló el ‘daño a la persona’, y señaló que consistía en ‘un desmedro a la integridad física o mental, o en injuria al honor, la libertad o la intimidad’, susceptible de ‘proyectarse en quebrantos en la vida de relación y de repercutir en el equilibrio sentimental del sujeto’; posteriormente, sea oportuno relievarlo, el legislador previó que el daño moral no era el único de carácter inmaterial, pues estableció en el artículo 4º del Decreto 1260 de 1970 que ‘la persona a quien se discuta el derecho al uso de su propio nombre, o que pueda sufrir quebranto por el uso que otra haga de él, puede demandar judicialmente que cese la perturbación y se le dé seguridad contra un temor fundado, así como la indemnización de los daños a los bienes de su personalidad y del daño moral que haya sufrido’ (...).

“(...).

“La Corte a tono con los postulados constitucionales vigentes y con la realidad jurídica y social, retomó el tema del ‘daño a la vida de relación’, en el fallo emitido el 13 de mayo de 2008 -Exp. No.1997 09327 01-, en el que reparó tanto en la doctrina foránea como en la jurisprudencia patria para concluir que es de completo recibo en nuestro ordenamiento como una especie de daño extrapatrimonial, incluso precisó que era distinto al de índole moral -también inmaterial-; y, por tanto, su protección se impone en los casos en que esté cabalmente acreditado.

“Sobre las particularidades del daño en cuestión, puntualizó los siguientes aspectos: a) su naturaleza es de carácter extrapatrimonial, ya que incide o se proyecta sobre intereses, derechos o bienes cuya apreciación es inasible, porque no es posible realizar una tasación que repare en términos absolutos su intensidad; b) se proyecta sobre la esfera externa del individuo; c) en el desenvolvimiento de la víctima en su entorno personal, familiar o social se revela en los impedimentos, exigencias, dificultades, privaciones, vicisitudes, limitaciones o alteraciones, temporales o definitivas que debe soportar y que no son de contenido económico; d) pueden originarse tanto en lesiones de tipo físico, corporal o psíquico, como en la afectación de otros bienes intangibles de la personalidad o derechos fundamentales; e) recae en la víctima directa de la lesión o en los terceros que también resulten afectados, según los pormenores de cada caso, por ejemplo, el cónyuge, compañero (a) permanente, parientes cercanos, amigos; f) su indemnización está enderezada a suavizar, en cuanto sea posible, las consecuencias negativas del mismo; g) es un daño autónomo reflejado ‘en la afectación de la vida social no patrimonial de la persona’, sin que comprenda, excluya o descarte otra especie de daño -material e inmaterial- de alcance y contenido disímil, como tampoco pueda confundirse con ellos.

“De igual modo, clarificó que el daño a la vida de relación y el moral son distintos, habida cuenta que el primero se refleja sobre la esfera externa del individuo, es decir, tiene que ver con las afectaciones que inciden en forma negativa en su vida exterior, concretamente, alrededor de su actividad social no patrimonial, mientras que el segundo recae sobre la parte afectiva o interior de la persona, al generar sensaciones de aflicción, congoja, desilusión, tristeza, pesar, etc.”.

Cuantificación del daño moral: Criterio jurisprudencial actualizado - sentencia SC072-2025 del 27 de marzo de 2025:

Es necesario tener en cuenta la sentencia SC072-2025 del 27 de marzo de 2025, proferida por la Honorable Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, expediente 66001-31-03-004-2013-00141-01, MP. OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE. Este fallo constituye una jurisprudencia trascendental y significativa sobre responsabilidad médica, abordando la indemnización integral por daños derivados de errores médicos, incluyendo aspectos patrimoniales y extrapatrimoniales. **Es, de hecho, la jurisprudencia que se debe considerar vigente y actualizada para la definición y cuantificación de los daños inmateriales.**

En el citado fallo la Corte definió el daño moral en los siguientes términos:

***El daño moral** es el que emana de los «dolores, padecimientos, aflicciones y afectaciones como individuo y ser social» (SC088-1994), por lo que «incide en la órbita de los afectos, en el mundo de los sentimientos más íntimos, pues consiste en el pesar, en la aflicción que padece la víctima por el comportamiento doloso o culposo de otro sujeto, por cuanto sus efectos solamente se producen en la entraña o en el alma de quien lo padece, al margen de los resultados que puedan generarse en su mundo exterior.*

(...)

En lo que avanza de la centuria, período objeto de análisis para fines de concreción, la Corte ha reconocido como reparación del daño moral sumas dinerarias que han oscilado entre \$10.000.000 y \$72.000.000

La Corporación ha señalado (en la precitada sentencia) que uno de sus deberes es determinar los criterios para la cuantificación de los daños morales, así como **actualizarlos** cuando la realidad social lo exija:

La Corte, fundada en razones de equidad, ha justipreciado la indemnización por daño moral al evaluar la razonabilidad de las condenas impuestas por el jueces de segunda instancia o al proferir sentencias sustitutivas, tasación que puede servir a la labor de los demás servidores judiciales, quienes han acudido a estos parámetros en el ejercicio su labor decisional, inicialmente, por fuerza de la doctrina probable establecida en el artículo 4° de la ley 169 de 1896, derogada por el canon 92 de la ley 2430 de 2024, y, con posterioridad, por ser la jurisprudencia una fuente de derecho conforme al precepto 230 de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 7 y 42 -numeral 6- del Código General del Proceso.

(...)

Las condenas por daño moral deben guardar coherencia, tanto en el tiempo como frente a los supuestos de hecho, de suerte que las providencias judiciales sean respetuosas del principio de igualdad, que reclama que a situaciones similares se den respuestas equivalentes, y de la seguridad jurídica, expresada en el respeto al precedente horizontal.

En consecuencia, de forma trascendente, en el citado fallo judicial del 27 de marzo de 2025, la Corte **actualizó** la cuantía del daño moral en los siguientes términos:

*En consecuencia, a partir de la fecha, el parámetro indicativo para tasar la reparación del daño moral **será de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes.*** (Resaltado fuera de texto)

Sobre los daños a la vida en relación la Corporación determinó que se trata de un daño diferente, autónomo e inmaterial, haciendo una síntesis de la doctrina y la jurisprudencia precedentes. En este importante fallo la Corte explica lo siguiente:

Daño a la vida de relación:

El daño a la vida de relación, también conocido como daño al agrado -o a la amenidad-, es el ocasionado por la imposibilidad en que queda la víctima de disfrutar o realizar las actividades de recreo, disfrute o sosiego, e incluso las normales o esenciales de la vida -como comer, beber, levantarse, acostarse, caminar, controlar esfínteres, realizar labores domésticas, manejar dispositivos, etc.-, fruto del hecho contrario a derecho.

Asevera la doctrina que este daño «se manifiesta sobre la privación de amenidad que podría resultar para la víctima en el ejercicio de una actividad específica (deportes o artes, por ejemplo), se incluye también de una manera mucho más amplia, la privación de las comodidades de una vida normal. Sin duda, hubo más que un simple cambio en la definición, de la frustración de los placeres particulares de la vida a la disminución del placer de vivir.

Y procedió a cuantificarlo de la siguiente manera:

3.2.3.2.3. Daño a la vida de relación o daño al agrado

(...)

*Por tanto, desde ahora, **se fija en 200 salarios mínimos legales mensuales vigentes.** Monto que, conviene reiterar, no es una fórmula objetiva ni una muralla, pues el sentenciador tiene el deber, evaluadas las particularidades del*

litigio, de fijar la indemnización que considere adecuada y justa, para lo cual puede acudir a los precedentes de esta Corporación como indicativos.

10.3. PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

Daños morales:

Estimo la cuantía de los daños morales para los familiares de la víctima CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA de la siguiente forma:

- NELLY SILVA en su calidad de madre del menor fallecido: Cien (100) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes – SMLMV
- GUILLERMO HERNÁNDEZ en su calidad de padre del menor fallecido: Cien (100) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes - SMLMV
- GUILLERMO HERNÁNDEZ SILVA en su calidad de hermano del menor fallecido: Cincuenta (50) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes - SMLMV
- JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ SILVA en su calidad de hermano del menor fallecido: Cincuenta (50) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes - SMLMV
- OSCAR ANDRÉS HERNÁNDEZ SILVA en su calidad de hermano del menor fallecido: Cincuenta (50) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes - SMLMV
- SANDRA PATRICIA HOYOS SILVA en su calidad de hermana (media) del menor fallecido: Cincuenta (50) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes - SMLMV
- STHEFANIA BECERRA HOYOS en su en calidad de sobrina del menor fallecido: Treinta (30) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes - SMLMV
- GABRIELA ALEJANDRA VALDEZ HOYOS en su calidad de sobrina del menor fallecido: Treinta (30) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes - SMLMV

Daño a la vida de relación

Estimo la cuantía de los daños a la vida de relación para los familiares de la víctima CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA de la siguiente forma:

- NELLY SILVA en su calidad de madre del menor fallecido: Ochenta (80) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes – SMLMV (40% de 200 SMMLV por la muerte de familiares según criterio de la Corte Suprema de Justicia)
- GUILLERMO HERNÁNDEZ en su calidad de padre del menor fallecido: Ochenta (80) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes – SMLMV (40% de 200 SMMLV por la muerte de familiares según criterio de la Corte Suprema de Justicia)

10.4. RESUMEN DE LOS PERJUICIOS

PERJUICIOS MORALES	:	460 SMLMV
VIDA DE RELACIÓN	:	160 SMLMV
TOTAL PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	:	620 SMLMV

Conforme a lo establecido en los artículos 25 y 26.1 del Código General del Proceso, se trata de un proceso de MAYOR CUANTÍA.

XI. JURAMENTO ESTIMATORIO

El Código General del Proceso estipula en su artículo 206 lo siguiente:

ARTÍCULO 206. JURAMENTO ESTIMATORIO. Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos. Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo. Solo se considerará la objeción que especifique razonadamente la inexactitud que se le atribuya a la estimación.

Formulada la objeción el juez concederá el término de cinco (5) días a la parte que hizo la estimación, para que aporte o solicite las pruebas pertinentes.

Aun cuando no se presente objeción de parte, si el juez advierte que la estimación es notoriamente injusta, ilegal o sospeche que haya fraude, colusión o cualquier otra situación similar, deberá decretar de oficio las pruebas que considere necesarias para tasar el valor pretendido.

Si la cantidad estimada excediere en el cincuenta por ciento (50%) a la que resulte probada, se condenará a quien hizo el juramento estimatorio a pagar al Consejo Superior de la Judicatura, Dirección Ejecutiva de Administración Judicial, o quien haga sus veces, una suma equivalente al diez por ciento (10%) de la diferencia entre la cantidad estimada y la probada.

El juez no podrá reconocer suma superior a la indicada en el juramento estimatorio, salvo los perjuicios que se causen con posterioridad a la presentación de la demanda o cuando la parte contraria lo objete. Serán ineficaces de pleno derecho todas las expresiones que pretendan desvirtuar o dejar sin efecto la condición de suma máxima pretendida en relación con la suma indicada en el juramento.

El juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales. *Tampoco procederá cuando quien reclame la indemnización, compensación los frutos o mejoras, sea un incapaz.*

(Resaltado fuera de texto)

Es necesario tener en cuenta que CHRISTIAN DAVID HERNANDEZ SILVA, al momento de su fallecimiento, era un menor de edad, y por lo tanto, no se encontraba trabajando. Además, conforme a lo consolidado en nuestra jurisprudencia y legislación, el menor de edad no debe manutención a sus padres, hermanos o ascendientes por regla general, por lo que no posible reclamar lucro cesante. Por el contrario, los menores y cónyuges de la persona fallecida sí pueden reclamar esta manutención, y por lo tanto, reclamar el lucro cesante consolidado y futuro, pero ese no es el caso en el presente proceso.

Tampoco se reclama en la presente demanda daño emergente.

Así las cosas, no se reclama en la demanda la indemnización por perjuicios materiales, base del juramento estimatorio. Solo se reclaman perjuicios morales y de daño a la salud y vida de relación, es decir, solo se reclaman perjuicios extrapatrimoniales, excluidos expresamente de la cuantificación del juramento estimatorio.

Por lo tanto, no se hace juramento estimatorio en el presente escrito.

Ahora bien, en cuanto a la reclamación de los daños extrapatrimoniales, tanto el Consejo de Estado como la Corte Suprema de Justicia han fijado unos parámetros orientativos para que el Juez cuantifique el valor que puede representar el dolor por la pérdida de un ser querido. Y es con base en dichas orientaciones que se han formulado las pretensiones. Debe tenerse en cuenta que CHRISTIAN DAVID HERNANDEZ falleció siendo apenas un adolescente, con toda la vida por delante, y no tenía ningún tipo de enfermedad o discapacidad antes de ingresar a la Clínica de Los Remedios, donde falleció cuando sus intestinos fueron perforados por un laparoscopista imperito y negligente. Este dolor intenso por parte de su familia, por demás numerosa, son los que dan lugar al valor de las pretensiones, las cuales se basan en un criterio razonable y ponderado.

El juramento estimatorio es un requisito de la demanda (entiéndase petición de que trate) que no requiere prueba, pues la sola afirmación bajo la gravedad de juramento constituye prueba siempre que sea discriminada y razonada. Por ello, la demanda podrá inadmitirse cuando no se haga el juramento estimatorio o cuando el hecho se considere insuficiente, bien porque, falte la discriminación o detalle en los conceptos que lo componen o porque lo pedido, carezca de fundamento o razones, pero no es causal de inadmisión la falta de acervo probatorio que respalde la apreciación.

En cuanto la prueba del juramento estimatorio, o de su objeción, el destacado tratadista HERNAN FABIO LÓPEZ BLANCO explica:¹⁸⁰

¹⁸⁰ LÓPEZ BLANCO, Hernán Fabio. Código General del Proceso, parte general, Bogotá DC, Dupré editores, 2016, p.511.

“No es menester allegar o solicitar pruebas para fundamentar el juramento estimatorio, porque la aseveración de su monto es la prueba.

(...)

Recuérdese que de lo que se trata es de dejar sentado por este medio de prueba las cantidades por las que se puede concretar una condena, porque en principio el medio de prueba de esas sumas es precisamente el juramento y bien sabido es que la prueba no se prueba.”

XII. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Como fundamentos de derecho de la presente demanda deben tenerse en cuenta los siguientes compendios normativos, entre otros:

Ley 100 de 1993 por medio de la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral. Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Código Civil Colombiano artículos 1602 a 1617 y 2341. Ley 57 de 1887. Ley 153 de 1887. Ley 1564 de 2012 por medio de la cual se expide el Código General del Proceso. Y demás normas concordantes, o que adicionen, modifiquen o deroguen las anteriores.

XIII. CUANTÍA

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 26 del Código General del Proceso, la cuantía se determina de la siguiente manera:

ARTÍCULO 26. DETERMINACIÓN DE LA CUANTÍA. La cuantía se determinará así:

1. Por el valor de todas las pretensiones al tiempo de la demanda, sin tomar en cuenta los frutos, intereses, multas o perjuicios reclamados como accesorios que se causen con posterioridad a su presentación.

De igual manera, el artículo 25, inciso 4, del CGP dispone:

Son de mayor cuantía cuando versen sobre pretensiones patrimoniales que excedan el equivalente a ciento cincuenta salarios mínimos legales mensuales vigentes (150 smlmv).

Conforme a las pretensiones de la demanda, el presente procesos es de MAYOR CUANTÍA.

XIV. JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA

El artículo 20 del Código general del proceso establece:

ARTÍCULO 20. COMPETENCIA DE LOS JUECES CIVILES DEL CIRCUITO EN PRIMERA INSTANCIA. Los jueces civiles del circuito conocen en primera instancia de los siguientes asuntos:

1. De los contenciosos de mayor cuantía, incluso los originados en relaciones de naturaleza agraria salvo los que le correspondan a la jurisdicción contencioso administrativa.

También conocerán de los procesos contenciosos de mayor cuantía por responsabilidad médica, de cualquier naturaleza y origen, sin consideración a las partes, salvo los que correspondan a la jurisdicción contencioso administrativa.

De igual manera, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 28 del CGP, en razón del territorio es competente el juez del domicilio del demandado (COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - COOMEVA E.P.S. S.A. EN LIQUIDACIÓN y el INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA – CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS).

En ese orden de ideas, es usted señor Juez Civil del Circuito de Cali competente en primera instancia para adelantar el presente proceso.

XV. ANEXOS

Me permito adjuntar:

- 1) Poderes para actuar.
- 2) Constancia de conciliación fallida.
- 3) Los documentos relacionados en el acápite de pruebas.
- 4) Demanda y copias para el traslado.
- 5) Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Cali COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - COOMEVA E.P.S. S.A. EN LIQUIDACIÓN NIT. 805.000.427-1 representada legalmente por su liquidador DR. FELIPE NEGRET MOSQUERA identificado con C.C.10547944 , o quien haga sus veces.
- 6) Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Gobernación del Departamento del Valle del Instituto de Religiosas de San José de Gerona – Clínica Nuestra Señora de Los Remedios personería jurídica otorgada por la Gobernación del Valle del Cauca mediante resolución 004802 del 16 de diciembre

de 1966 NIT. 890.301.430-5, representada legalmente por la señora USDELLY ALZATE VARELA identificada con c.c. 31.276.463, o quien haga sus veces.

7) Certificado expedido por el Canciller de la Arquidiócesis de Cali sobre la existencia y representación legal del Instituto de Religiosas de San José de Gerona – Clínica Nuestra Señora de Los Remedios personería jurídica otorgada por la Gobernación del Valle del Cauca mediante resolución 004802 del 16 de diciembre de 1966 NIT. 890.301.430-5, representada legalmente por la señora USDELLY ALZATE VARELA identificada con c.c. 31.276.463, o quien haga sus veces.

XVI. ACLARACIÓN SOBRE UNA DE LAS PARTES DEL EXTREMO PASIVO: COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN (LIQUIDADA) REPRESENTADA JUDICIALMENTE POR SU MANDATARIO RACIL ASESORIAS S.A.S identificada con NIT: 900.375.730-2.

conforme a la Resolución No. L002 del 24 de enero de 2024 proferida por el Agente Especial Liquidador designado por la Superintendencia Nacional de Salud para adelantar el proceso de liquidación de COOMEVA EPS, RACIL ASESORIAS S.A.S identificada con NIT: 900.375.730-2 actúa en calidad de mandatario judicial de COOMEVA EPS LIQUIDADA en aquellos procesos en los que sea parte y hayan sido debidamente radicados durante el proceso liquidatorio, como ha sucedido en este caso (Ver Hecho 131)

El Agente Especial Liquidador designado por la Superintendencia Nacional de Salud para adelantar el proceso de liquidación de COOMEVA EPS profirió la Resolución No. L002 del 24 de enero de 2024, mediante la cual dispuso, entre otras, la terminación de la existencia legal de COOMEVA EPS S.A. EN LIQUIDACIÓN identificada con NIT 805.000.427-1, debidamente inscrita en el registro mercantil.

Además de lo anterior, en el aludido acto administrativo, se determinó:

*“Que la Junta de Acreedores, en sesión extraordinaria No. 01, celebrada el 19 de octubre de 2023, aprobó de manera unánime la rendición de cuentas final con corte 31 de agosto de 2023 y la suscripción de Contrato de Mandato con la sociedad **RACIL ASESORIAS S.A.S.***

*Que se solicitó en los términos del artículo 9.1.3.6.3 del Decreto 2555 de 2010, a la Superintendencia Nacional de Salud el día 30 de octubre de 2023, mediante oficio radicado 20239300403841122, **la autorización de suscripción del contrato de mandato correspondiente a la gestión de las actividades remanentes del proceso de liquidación de COOMEVA EPS S.A. EN LIQUIDACIÓN, así como para representar para todos los efectos legales pertinentes.***

*Que mediante comunicación 20241300000132081 del 24 de enero de 2024, **la Superintendencia Nacional de Salud, autorizó al liquidador para llevar a cabo la celebración de contrato de mandato con representación de las situaciones no definidas de Coomeva S.A. EPS en liquidación, de conformidad con los requisitos establecidos en el artículo 9.1.3.6.4 del Decreto 2555 de 2010. En consecuencia, se suscribió contrato de mandato con Representación No. LIQ00324 de fecha 24 de enero de 2024 entre COOMEVA EPS S.A. EN LIQUIDACIÓN y RACIL ASESORIAS S.A.S.***

Continúa la citada Resolución señalando:

*Que la Junta de Acreedores, en sesión extraordinaria No. 01, celebrada el 19 de octubre de 2023, aprobó de manera unánime la rendición de cuentas final con corte 31 de agosto de 2023 y la suscripción de Contrato de Mandato con la sociedad **RACIL ASESORIAS S.A.S.***

Que se solicitó en los términos del artículo 9.1.3.6.3 del Decreto 2555 de 2010, a la Superintendencia Nacional de Salud el día 30 de octubre de 2023, mediante oficio radicado 20239300403841122, la autorización de suscripción del contrato de mandato correspondiente a la gestión de las actividades remanentes del proceso de liquidación de COOMEVA EPS S.A. EN LIQUIDACIÓN, así como para representar para todos los efectos legales pertinentes.

*Que mediante comunicación 20241300000132081 del 24 de enero de 2024, la Superintendencia Nacional de Salud, autorizó al liquidador para llevar a cabo la celebración de contrato de mandato con representación de las situaciones no definidas de Coomeva S.A. EPS en liquidación, de conformidad con los requisitos establecidos en el en el artículo 9.1.3.6.4 del Decreto 2555 de 2010. **En consecuencia, se suscribió contrato de mandato con Representación No. LIQ00324 de fecha 24 de enero de 2024 entre COOMEVA EPS S.A. EN LIQUIDACIÓN y RACIL ASESORIAS S.A.S.***

Por lo anterior, pese a que actualmente ya se hubiese efectuado el aludido registro de extinción de la persona jurídica, conforme las motivaciones del acto administrativo que dispuso la terminación de la existencia legal de Coomeva EPS (Hoy liquidada), y de acuerdo a lo normado en el Artículo 9.1.3.6.3 Literal b) y Artículo 9.1.3.6.4 del Decreto 2555 de 2010, aunado al contrato de mandato, **se tiene que Racil Asesorías SAS continúa representando a la entidad demandada pese a la terminación de su existencia legal en los procesos en curso admitidos al cierre del proceso y en situaciones jurídicas pendientes no definidas, como es el caso de la presente causa.** Esta posición jurídica ha sido asumida por lo diferentes Juzgados y Tribunales que conocen de procesos contra COOMEVA EN LIQUIDACIÓN.

XVII. NOTIFICACIONES

A LA PARTE DEMANDANTE:

Al suscrito apoderado de la parte actora en la Calle 26 N # 5 AN – 50 Barrio San Vicente Cali. E mail merizalde39@hotmail.com . Celular/Whatsapp + 57 314 6 28 32 48.

Las personas que integran la parte demandante recibirán notificaciones en la siguiente: Calle 2 oeste # 2 – 41 apto. 301 Edificio Borinquen Barrio El Peñón, Cali, Valle. Teléfono fijo: (57) 2 – 893 34 66. Celular: 315 4 76 59 84.. E mail: orlandoabogados@une.net.co

A LOS DEMANDADOS:

1. COOMEVA E.P.S. S.A.- COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A EN LIQUIDACION. NIT. 805000427-1, representada legalmente por su liquidador DR. FELIPE NEGRET MOSQUERA identificado con C.C.10.54.7944 , o quien haga sus veces:

Dirección para notificación judicial: CALLE 77 # 11 - 19 OFICINA 401 Municipio: Bogota - Distrito Capital

E mail: correoinstitucionaleps@coomevaeps.com

Teléfonos: 3182400 - 4855723

Se aclara que esta dirección en Bogotá y este email es el que la entidad demandada ha identificado como su dirección de notificaciones de acuerdo al Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Cali. No obstante, en el mismo Certificado de Existencia y representación se indica que el domicilio principal de la entidad es la ciudad de Cali, en la siguiente dirección:

Dirección del domicilio principal: CALLE 10 # 4 - 47 PISO 23 EDIFICIO CORFICOLOMBIANA. Municipio: Cali - Valle

Correo electrónico: liquidacioneps@coomevaeps.com

Teléfonos: 3182400 - 4855723

Por tanto, la notificación del auto admisorio deberá efectuarse en ambos correos electrónicos liquidacioneps@coomevaeps.com y correoinstitucionaleps@coomevaeps.com

E mail de notificación a su mandatario judicial RACIL ASESORES SAS identificada con NIT: 900.375.730-2:

wtenjo@gmail.com

notificacionesjudicialeslb@gmail.com

estellaescobar0802@gmail.com

jjgarces500@yahoo.com

mandato@coomevaeps.com

Dirección Física : Carrera 32 No. 10 – 91, según Certificado de Existencia y Representación Legal.

2. INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA – CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS: En las siguientes direcciones: Calle 8 No. 29-50, Cali, Valle, y en la Avenida 2 N # 24 – 157 Cali, Valle. Correos electrónicos: juridico@clinicadelosremedios.org y servicioalcliente@clinicadelosremedios.org Teléfonos (57) 602 – 608 10 00 - (57) 602 – 386 50 40, representada legalmente por la señora USDELLY ALZATE VARELA identificada con c.c. 31.276.463, o quien haga sus veces.

Del señor Juez, atentamente,



La presente firma se presume auténtica conforme a lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto Legislativo 806 de 2020 y los artículos 2, 5 y 11 de la ley 2213 de 2022

HERNÁN FELIPE MERIZALDE GARCÍA

Médico y Abogado

TP. 210837 CSJ

Registro Médico: 762966-10 SSDV

C.C. 18.004.625 de San Andrés Islas

Calle 26 N # 5 AN – 50 Barrio San Vicente, Cali, Valle.

Celular/Whatsapp + 57 314 628 32 48. - E mail: merizalde39@hotmail.com