

Medellín, septiembre de 2020

Doctor

León Mario Toro C.

Director CENDES

Medellín

Referencia: Solicitud dictamen pericial

ALFONSO CADAVID QUINTERO, abogado con T. P. 64.460 del C. S de la J., me permito solicitar los servicios del CENDES a fin de que designe un perito médico coloproctólogo para que, previo estudio de la historia clínica anexa y de conformidad con el artículo 226 del Código General del Proceso, conceptúe sobre las patologías y la atención médica dispensada al señor Luis Roberto Agudelo por cuenta de la EPS SURA.

El dictamen pericial de parte fue decretado dentro del proceso judicial que se adelanta ante el Juzgado 6 Civil del Circuito de Medellín, bajo el radicado No. 2019-00268, concediéndose un término corto para aportarlo. Por tanto, agradezco que la experticia sea enviada a más tardar el día 9 de octubre a mi correo electrónico alfonsocadavid@gmail.com

Finalmente, es importante aclarar que ya se cuenta con dos experticias, rendidas por el CENDES, en las que se conceptuó sobre la atención dispensada por el Hospital Pablo Tobón Uribe y COMFAMA IPS al señor Agudelo, por lo que si bien se aporta la historia clínica de dichas entidades a fin de que no haya vacíos en la atención, no se pregunta por la atención brindada en dichas IPS.

I. CUMPLIMIENTO REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL ARTICULO 226 DEL CODIGO GENERAL DE PROCESO

El dictamen suscrito por el perito deberá contener, como mínimo, las siguientes declaraciones e informaciones:

1. La identidad de quien rinde el dictamen y de quien participó en su elaboración.
2. La dirección, el número de teléfono, número de identificación y los demás datos que faciliten la localización del perito.
3. La profesión, oficio, arte o actividad especial ejercida por quien rinde el dictamen y de quien participó en su elaboración. Deberán anexarse los documentos idóneos que lo habilitan para su ejercicio, los títulos

académicos y los documentos que certifiquen la respectiva experiencia profesional, técnica o artística.

4. La lista de publicaciones, relacionadas con la materia del peritaje, que el perito haya realizado en los últimos diez (10) años, si las tuviere.
5. La lista de casos en los que haya sido designado como perito o en los que haya participado en la elaboración de un dictamen pericial en los últimos cuatro (4) años. Dicha lista deberá incluir el Juzgado o Despacho en donde se presentó, el nombre de las partes, de los apoderados de las partes y la materia sobre la cual versó el dictamen.
6. Deberá señalar si ha sido designado en procesos anteriores o en curso por la misma parte o por el mismo apoderado de la parte, indicando el objeto del dictamen.
7. Deberá señalar si se encuentra incurso en las causales contenidas en el artículo 50, en lo pertinente.
8. Declarar si los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son diferentes respecto de los que ha utilizado en peritajes rendidos en anteriores procesos que versen sobre las mismas materias. En caso de que sea diferente, deberá explicar la justificación de la variación.
9. Declarar si los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son diferentes respecto de aquellos que utiliza en el ejercicio regular de su profesión u oficio. En caso de que sea diferente, deberá explicar la justificación de la variación.
10. Relacionar y adjuntar los documentos e información utilizados para la elaboración del dictamen.

II. CUESTIONARIO

Las preguntas que deberá absolver el perito son las siguientes:

1. Indicará el perito cuáles eran las patologías que aquejaban al señor Luis Roberto Agudelo.
2. ¿Cuál es el tratamiento de las hemorroides?
3. Indicará el perito si las hemorroides pueden recidivar después de un tratamiento adecuado.
4. Indicará el perito en qué consistió la atención médica dispensada con ocasión de las patologías identificadas en la pregunta No. 1.
5. Indicará si dichas atenciones se ajustaron a la *lex artis*.
6. Indicará el perito cuál es la causa de la evolución desfavorable del paciente.
7. ¿La historia clínica documenta una lesión iatrogénica?

8. Indicará el perito si la historia clínica del paciente evidencia negaciones en la atención por parte de la EPS SURA.

Atentamente,

Alfonso Cadauid 2

ALFONSO CADAVID Q.

Abogado



Medellín, septiembre 25 de 2020

Doctor

ALFONSO CADAVID QUINTERO

E. S. M.

**ASUNTO: ENTREGA DICTAMEN MÉDICO PERICIAL / CASO LUIS
ROBERTO AGUDELO RODRÍGUEZ**

Respetado doctor,

De manera atenta hacemos entrega del Dictamen Médico Pericial solicitado por usted en días anteriores. Dicha experticia es rendida por la Universidad CES a través de la Doctora Nathalie Villán Ramírez, Especialista en Epidemiología, Especialista en Cirugía General, Especialización en Derecho Médico Universidad y Perito CENDES Perito CENDES

La aclaración a este dictamen sólo se surtirá si la solicitud se hace dentro de los 15 días calendario siguientes a la recepción de este escrito. En caso de programarse la sustentación del dictamen, se nos debe notificar mínimo con un mes de antelación a la diligencia por medio electrónico (sagonzalez@ces.edu.co ; cgiraldor@ces.edu.co para agendar a la especialista; adicionalmente, se nos debe allegar soporte o comprobante de pago para la asistencia a la audiencia con 15 días hábiles de anticipación; el pago extemporáneo no garantiza la asistencia del perito a la audiencia.

La institución cuenta con los medios tecnológicos suficientes para posibilitar la asistencia del perito y contradicción de la prueba en la audiencia correspondiente. En caso de requerirse la sustentación del dictamen en audiencia oral en la ciudad de Medellín, tiene un costo de tres salarios mínimos mensuales legales vigentes por cada asistencia del especialista.

Se anexa certificaciones académicas y profesionales del especialista que elabora el dictamen y certificación de auxiliar de la justicia de la institución.

Con toda atención,


LEÓN MARIO TORO CORTÉS
Coordinador CENDES



Medellín, septiembre de 2020

Doctor

ALFONSO CADAVID QUINTERO

E. S. M.

ASUNTO: DICTAMEN MÉDICO PERICIAL / CASO LUIS ROBERTO AGUDELO RODRÍGUEZ

Respetado doctor,

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

PERFIL PROFESIONAL DE LA PERITO

Nathalie Villán Ramírez

Médica general Universidad CES.

Especialista en Epidemiología Universidad CES.

Especialista en Cirugía General Universidad CES.

Especialización en Derecho Médico Universidad Pontificia Bolivariana (en curso).

Perito CENDES

Dirección de contacto: Calle 10 A # 22 – 04 U CES. Medellín – Antioquia

Teléfono: 444 05 55 ext. 1601 – 1352

De acuerdo al Código General del Proceso en su artículo 226:

- Expreso que cuento con los conocimientos necesarios, soy imparcial y no tengo impedimento alguno en la peritación que elaboro.
- Declaro que para el interesado que requiere el peritaje no he rendido dictamen pericial en el pasado.
- Se anexa los certificados de formación académica que me acreditan como idóneo para la presente evaluación pericial.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos que he empleado para la rendición de dictámenes periciales a través de la Universidad CES.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos respecto de aquellos que utilizo en el ejercicio regular de mi profesión, indicando que una cosa es la prestación de los servicios de salud y otra, muy diferente, la elaboración de dictámenes periciales.
- Manifiesto que el dictamen fue elaborado con la historia clínica suministrada por la parte interesada correspondiente al paciente **LUIS ROBERTO AGUDELO RODRÍGUEZ**



RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Paciente masculino, para la fecha de inicio de síntomas de 49 años que acude en febrero de 2012 a cita con coloproctología por presentar 3 meses de evolución de aparición de masa anal asociada a sangrado fresco permanente, sin trastorno en el hábito intestinal ni pérdida de peso. Se le habían ordenado múltiples manejos tópicos y analgésicos por parte de médicos de su EPS sin presentar mejoría. Coloproctólogo solicita la realización de una colonoscopia que evidencia hemorroides externas e internas (mixtas), motivo por el cual es programado para una cirugía de hemorroidectomía mixta.

El 19 de junio de 2012 se realiza dicho procedimiento, se anota en la historia clínica que se preserva el esfínter y que no se presentaron complicaciones intraoperatorias.

El 27 de junio de 2012 asiste a cita de revisión en donde refiere hábito diario, sin sangrado. Se da de alta por la especialidad.

Desde el 10 de julio de 2013 acude a múltiples consultas por médico general de su EPS aduciendo nueva sensación de masa en ano con salida de pus y sangre, es evaluado en septiembre de 2014 por cirujano general de su EPS quien evidencia pliegues anales engrosados e indica manejo médico, baños de asiento y signos de alarma.

El 1 de julio de 2015 consulta en la Clínica El Rosario por 1 semana de dolor en ano irradiado a espalda, paraclínicos con leucocitosis de 20.080, se realiza TAC de pelvis que muestra lesión compatible con absceso de 4x4 cms encima del canal anal, se inicia manejo antibiótico y se solicita remisión a coloproctología.

El paciente ingresa al Hospital Pablo Tobón Uribe (HPTU) el 5 de julio del 2015 en donde se solicita RMN de pelvis que evidencia una fístula trans-esfinteriana con absceso isquio-rectal asociado en el lado izquierdo. Se programa para drenaje de absceso y manejo de la fístula. Se lleva a cirugía el 9 de julio de 2015, se encuentra absceso isquio-rectal izquierdo asociado a fístula trans-esfinterica media con orificio primario en línea dentada del canal anal cuadrante lateral izquierdo y compromiso del esfínter interno y externo que comunica a un orificio secundario en el cuadrante anterior lateral izquierdo a 2 cms del borde anal. Se realiza drenaje amplio del absceso isquio-rectal izquierdo, lavado, paso de setón de drenaje al orificio secundario. Además se realiza resección y biopsia de lesión de canal anal en lado derecho encontrada incidentalmente. Cirugía ambulatoria sin complicaciones reportadas.

El 5 de agosto de 2015 consulta por urgencias en HPTU por dolor intenso, se realiza ecografía que evidencia masa indurada pero sin área de licuefacción que sea susceptible de drenaje, se da de alta con analgésicos y antibiótico.

El 12 de agosto de 2015 asiste a cita de revisión por consulta externa con coloproctólogo de HPTU a quien le refiere que no presenta mejoría a pesar de tener el setón de drenaje. Se ordena RMN de pelvis y se prorroga incapacidad por 10 días.



El 6 de septiembre de 2015 se realiza resonancia que reporta fistula anal inter-esfinteriana compleja asociada a absceso.

El 9 de octubre de 2015 acude a cita de revisión con coloproctólogo en HPTU quien anota en la historia clínica que el paciente informa que tiene orden de cirugía y continuidad de su tratamiento en Clínica Las Américas por disposición de su EPS.

Por lo anterior el paciente asiste nuevamente a cita con coloproctólogo en Clínica Las Américas el 9 de septiembre de 2015, al examen físico se encuentra setón de drenaje dejado en la segunda cirugía por lo que se programa para una tercera cirugía: fistulectomía anal.

El 13 de noviembre de 2015 se realiza fistulectomía perianal (Clínica Las Américas) se encuentra fístula anal compleja con orificio 1 a las 9 del reloj y a 3 cms dentro del ano con trayecto fistuloso cateterizado por setón de drenaje y orificio 2 a las 9 del reloj y 2 cms por fuera del ano, se realiza cateterismo de trayecto fistuloso, se destecha la fistula y se aplican puntos de refuerzo esfinteriano, procedimiento sin complicaciones reportadas.

Es evaluado por consulta externa en Clínica Las Américas el 22 de diciembre de 2015, el paciente aqueja continuar con secreción sero-fibrinoide fétida asociada a dolor al sentarse. Se evalúa resonancia magnética de pelvis del 30 de noviembre de 2015 que evidencia fistula anal compleja con compromiso trans-esfinterico localizada entre las 4 y 5 del reloj. Se da incapacidad por 1 mes y se programa nueva fistulectomía anal sin poder garantizar resultados finales.

Esta cirugía no se lleva a cabo en las Clínica Las Américas. Existe una orden de la EPS de dicho procedimiento del 5 de enero de 2016 que tiene escrito manualmente “rechazamos cirugía por desacuerdo con especialista”.

El 16 de febrero de 2016 es evaluado nuevamente por coloproctólogo en Clínica Las Américas, genera una orden hacia la EPS de favor autorizar cirugía en otro centro y con otro cirujano ya que existe pérdida de empatía y respeto con el personal de dicho centro.

El 16 de marzo del 2016 el paciente retorna al HPTU, refiere salida involuntaria de las heces, dolor anal y en muslo izquierdo, al examen físico no se aprecian orificios fistulosos y se aprecia el tono del esfínter anal francamente disminuido. Se remite a clínica del dolor, por ahora no se ofrece nueva cirugía, incapacidad por 30 días y cita de revisión en 6 meses o antes si los síntomas empeoran.

El 24 de septiembre de 2016 consulta por urgencias en HPTU por dolor anal intenso y cambios inflamatorios, se inicia manejo antibiótico y se realiza TAC de pelvis que muestra aumento en la atenuación en la grasa lo que sugiere compromiso inflamatorio-infeccioso local, el 27 de septiembre el absceso drena espontáneamente por el ano, el 29 de septiembre se da de alta con incapacidad, antibiótico y cita de revisión.



El 5 de octubre de 2016 es evaluado por consulta externa en HPTU en donde se aprecia defecto en cuadrante lateral izquierdo y que comunica a una cavidad en donde se presentó el absceso en días anteriores. Se programa para exploración anal bajo anestesia y proceder según hallazgos.

El 20 de octubre de 2016 se lleva a su cuarta cirugía, se encuentra orificio fistuloso primario en cuadrante lateral izquierdo y que comunica a una cavidad donde se presentó el absceso en días anteriores, se realiza exploración de tractos fistulosos y colocación de setones de corte.

Asiste a cita por consulta externa el 2 de noviembre de 2016, refiere poco dolor, no fiebre, no incontinencia, se da cita en un mes y se prorroga incapacidad. El 30 de noviembre se ajusta setón, se prorroga incapacidad y se ordena fisioterapia biofeedback 6 sesiones.

El 16 de diciembre de 2016 se ajusta nuevamente el setón y el 18 de octubre de 2017 se evalúa nuevamente, no hay fistulas, tiene dolor perianal residual, se da cita en 1 año y continuar manejo por clínica del dolor.

Desde el 25 de mayo del 2016 es paciente del Instituto Colombiano del Dolor (INCODOL) por dolor anal persistente mixto, ha requerido bloqueos, múltiples manejos analgésicos. Se realizó electromiografía que evidenció lesión del nervio pudendo.

Por todo lo anterior el paciente presenta incontinencia fecal, dolor anal crónico, un episodio depresivo moderado recurrente en manejo por psicología y psiquiatría y fue pensionado por las limitaciones que todo lo anterior le generaban a la hora de laborar.

CORRELACIÓN CLÍNICA Y MÉDICO LEGAL

Las hemorroides por definición son el desplazamiento anormal hacia caudal de los cojinetes anales que son prominencias de la mucosa anal formadas por tejido conectivo laxo, musculo liso y vasos arteriales y venosos, dicha enfermedad afecta al aproximadamente al 40% de los adultos siendo el principal síntoma el sangrado anal (64%).

Dicho desplazamiento anormal de los cojinetes es dado por diferentes factores que incluyen: cambios degenerativos que con el paso de los años se realizan en el tejido de sostén, dilatación venosa, aumento en el diámetro y el flujo de los vasos arteriales y cambios inflamatorios de las células con formación de microvasculatura.

El síntoma más común de las hemorroides es el sangrado rectal indoloro de sangre roja brillante asociado con la evacuación intestinal, a veces, con prolapso del tejido anal, por dichos síntomas consultó el paciente Luis Roberto Agudelo Rodríguez con coloproctología.



Una historia clínica precisa y un examen físico completo, incluido el tacto rectal son imprescindibles para el diagnóstico de hemorroides. Dado que el sangrado rectal puede ocurrir en otras enfermedades, como el cáncer colo-rectal y la colitis, está justificado y es necesario realizar una evaluación colónica completa (colonoscopia total) previo a realizar una intervención quirúrgica. Dicho procedimiento se realizó pertinentemente al paciente Luis Roberto Agudelo Rodríguez.

Las hemorroides generalmente se clasifican por su ubicación en: internas (se originan por encima de la línea dentada y están cubiertas por mucosa anal); externas (se originan debajo de la línea dentada y están cubiertas por anodermo); y de tipo mixto (cuando se presentan ambos componentes). Estas últimas eran las que aquejaban al paciente Luis Roberto Agudelo Rodríguez.

Las hemorroides mixtas usualmente tienen un curso más crónico, los síntomas suelen estar dominados en un momento dado por su componente interno o externo, pero no es raro que el paciente se queje de síntomas simultáneos tanto de hemorroides internas como externas y que requiera el manejo de ambas conjuntamente. Debido a que estas hemorroides suelen ser muy grandes, los pacientes a menudo se quejan de una sensación de masa constante.

Las opciones de tratamiento dependen principalmente del grado de las hemorroides y la gravedad de los síntomas que las mismas produzcan. Sin embargo, la preferencia del paciente, así como la habilidad y la experiencia del cirujano también influyen en la elección del tratamiento.

Para las hemorroides consideradas como “leves” o que estén produciendo pocos síntomas el tratamiento generalmente es conservador y consiste en modificaciones en la dieta (comidas altas en fibra, bajas en grasas), mayor ingesta de líquidos orales, evitar agentes o medicamentos que causan estreñimiento o diarrea, y algunos cambios en el estilo de vida, como hacer ejercicio con regularidad y abstenerse de hacer esfuerzos y de leer en el sanitario.

Existen procedimientos considerados como menores o susceptibles de realizar en consultorio para el manejo de las hemorroides como lo son la ligadura con bandas de goma, escleroterapia y coagulación con infrarrojo que si bien han mostrado importantes y favorables resultados están muy poco disponibles en nuestro medio.

La hemorroidectomía por escisión es el estándar con el que se comparan todas las demás técnicas de tratamiento de las hemorroides en cuanto al dolor, la durabilidad y las complicaciones. El tratamiento quirúrgico de las hemorroides se utiliza en aquellos pacientes que habiéndose sometido al manejo médico no presentaron mejoría, para quienes es poco probable que por el grado de la enfermedad respondan a las técnicas no quirúrgicas o para quienes tienen un componente hemorroidal externo significativo, dicho tratamiento quirúrgico provoca un dolor posoperatorio significativo y una convalecencia prolongada. Esta es la razón principal por la que los pacientes y los cirujanos reservan su realización para los casos realmente necesarios previamente anotados. Esta intervención fue realizada al paciente Luis Roberto Agudelo Rodríguez y se encuentra justificada por falta de mejoría de sus síntomas con



el manejo médico recibido, la presencia de sangrado constante que puede generar anemia y la presencia de un componente mixto de su patología.

El manejo del dolor con terapia multimodal incluye infiltración local, técnicas anestésicas modernas y medicamentos posoperatorios narcóticos y no narcóticos, ha permitido que la hemorroidectomía se realice en el ámbito ambulatorio como se le realizó al señor Luis Roberto Agudelo Rodríguez. Sin embargo, el dolor crónico puede desarrollarse en 14 a 20% de los pacientes y como complicación adicional hasta el 6% de los pacientes pueden presentar incontinencia fecal.

La segunda patología que presentó el paciente fue un absceso isquio-rectal con una posterior fistula trans-esfinterica e inter-esfinterica. Dicha sintomatología está documentada iniciar alrededor de 13 meses luego de la cirugía de hemorroides, sin embargo clínicamente se manifestó con un absceso 3 años luego de la cirugía inicial.

La mayoría de los abscesos surgen debido a una infección criptoglandular, las glándulas de la cripta anal penetran el complejo del esfínter anal a distintas profundidades y la obstrucción de estas glándulas conduce a la supuración, que tiende a dirigirse hacia distintas localizaciones; el camino tomado determina la ubicación del absceso y por lo tanto el tipo de fístula que puede desarrollarse.

La aparición de una fístula es dos veces más común en hombres y la edad promedio de diagnóstico es de aproximadamente 40 años. Existe aproximadamente un 50% de posibilidades de desarrollar una fístula anal después de presentar un absceso perianal.

Las fistulas inter-esfintericas comprenden aproximadamente el 70% de todas las fístulas perianales y como se anotó suelen deberse a un absceso perianal. Dichas fistulas involucran una cantidad variable de esfínter anal interno pero no afectan el esfínter externo, mientras que las fistulas trans-esfinterianas comprenden el 25% de todas las fistulas, por lo general surgen de un absceso isquio-anal y suelen afectar el esfínter anal externo, cabe resaltar que el paciente Luis Roberto Agudelo Rodríguez se le documentaron dos fistulas, inicialmente una trans-esfinterica y luego una inter-esfinterica.

El diagnóstico de las fistulas perianales se debe realizar idealmente con una resonancia magnética de pelvis (RMN) lo cual se realizó adecuadamente en el paciente Luis Roberto Agudelo Rodríguez y los objetivos del tratamiento de la fístula son la eliminación de la misma con la preservación de la función del esfínter y la prevención de la recurrencia.

La identificación de las aberturas u orificios primarios y secundarios son el primer paso en la clasificación de la fístula, que además es un paso necesario para elegir la opción de manejo quirúrgico adecuada según sea el caso.

La preservación de la continencia fecal es más desafiante cuando se maneja una fistula trans-esfinteriana ya que la simple apertura del músculo afectado produce una alta tasa de incontinencia fecal. Estos procedimientos a menudo se realizan de forma escalonada con el uso de setones. Un setón es una especie de hilo de material no



absorbible que se pasa a través de la fistula y por “el camino” de la misma y finalmente se asegura consigo mismo para formar un bucle, estos setones se utilizan para la identificación o promoción de fibrosis en fístulas complejas que rodean todo o gran parte del mecanismo del esfínter, para marcar el trayecto de la fístula, promover el drenaje y en otras situaciones en las que preocupa que la división de esfínteres resulte en incontinencia (como es el caso de las fistulas trans-esfintericas o múltiples), el propósito de un setón de drenaje es facilitar el drenaje del foco séptico perianal al prevenir el desarrollo de una infección de espacio cerrado.

La colocación del setón brinda al paciente la oportunidad de resolver la infección aguda y al médico la oportunidad de delinear la anatomía y permite realizar la reparación definitiva en un campo operatorio libre de infección.

Con la colocación de un setón de drenaje como complemento de la fistulotomía en las fístulas trans-esfinterianas se pueden lograr tasas de éxito a largo plazo entre un 44% a un 78%, mientras que la morbilidad de la incontinencia fecal es alta en este procedimiento, pues la división de una porción significativa del esfínter interno puede comprometer la función del mismo.

Los setones de corte se diferencian de los de drenaje en que están diseñados para inducir inflamación y cicatrización mientras dividen lentamente el trayecto de la fístula; por lo tanto, están bien apretados y se utilizan porque su método de acción pretende dividir el trayecto de la fístula mediante la división secuencial de las fibras del esfínter, un proceso que permite la cicatrización del músculo del esfínter dividido y la preservación del tono del esfínter y por lo tanto tiene en teoría mejores resultados para la continencia (al menos el 12% de los pacientes que reciben esta intervención desarrollarán incontinencia permanente)

Las tasas de curación para las fistulas dependen de múltiples factores, pero en fistulas trans-esfintericas, múltiples o recurrentes pueden tener tasas tan bajas como un 50-60%, la continencia y la curación a menudo están inversamente relacionadas, particularmente para la enfermedad de fístula compleja o recurrente.

Conceptúo que el tratamiento médico y quirúrgico ofrecido al paciente Luis Roberto Agudelo Rodríguez estuvo ajustado a los lineamientos antes mencionados que cumplen la Lex Artis para esta patología.

RESPUESTA A CUESTIONARIO PROPUESTO:

- 1. Indicaré el perito cuáles eran las patologías que aquejaban al señor Luis Roberto Agudelo.*

RESPUESTA: El señor Luis Roberto Agudelo Rodríguez padecía de hemorroides mixtas (internas y externas) asociadas a sangrado y dolor anal.

- 2. ¿Cuál es el tratamiento de las hemorroides?*



RESPUESTA: El tratamiento de las hemorroides incluye: cambios en el estilo de vida (abundantes líquidos orales, dieta alta en fibra, baja en grasas, realizar ejercicio regularmente, no realizar valsalva (o fuerzas) prolongadas), manejo con medicamentos con fibra suplementaria, flavonoides, analgésicos y anestésicos locales. Cuando con lo anterior no se logran controlar los síntomas el manejo es quirúrgico.

3. *Indicará el perito si las hemorroides pueden recidivar después de un tratamiento adecuado.*

RESPUESTA: Sí. Los síntomas recurrentes pueden ocurrir después de todas las opciones de tratamiento para las hemorroides. Si el manejo inicialmente fue médico, la enfermedad puede progresar y eventualmente requerir manejo quirúrgico. Si el manejo fue quirúrgico se pueden presentar dilatación y crecimiento de nuevos vasos sanguíneos (tanto venosos como arteriales) lo que puede general aparición de nuevos paquetes de hemorroides.

4. *Indicará el perito en qué consistió la atención médica dispensada con ocasión de las patologías identificadas en la pregunta No. 1.*

RESPUESTA: La atención médica inicialmente fue ofrecerle al paciente manejo médico (baños de asiento, laxantes, anestésicos locales y analgésicos), posteriormente se realizó una colonoscopia que confirmó el diagnóstico de hemorroides mixtas y con ello fue evaluado por el coloproctólogo quien programa para manejo quirúrgico ante la no mejoría con el manejo médico previamente descrito.

5. *Indicará si dichas atenciones se ajustaron a la lex artis.*

RESPUESTA: Sí. Conceptúo que el manejo que se le dio al paciente estuvo ajustado a la Lex Artis. Se inició con manejo medico y al no presentar mejoría se escalonó a manejo quirúrgico.

6. *Indicará el perito cuál es la causa de la evolución desfavorable del paciente.*

RESPUESTA: El paciente Luis Roberto Agudelo Rodríguez 3 años después de la cirugía de hemorroides presentó un absceso isquio-rectal, patología que en mi concepto no se encuentra relacionada con su cirugía anterior de hemorroides. Posterior al drenaje de dicho absceso presentó unas fistulas perianales complejas que requirieron 3 procedimientos quirúrgicos realizados en dos instituciones hospitalarias diferentes. La primera de las fistulas fue una fistula trans-esfinterica, dicha fistula es de las mas complejas de tratar porque afecta el esfínter anal externo y posteriormente presenta una fistula inter-esfinterica que involucra el esfínter anal interno, al tener una doble afectación esfinteriana (tanto del esfínter externo como del interno) tiene mayor probabilidad de tener complicaciones como la incontinencia y de que su tratamiento sea mas difícil y con menores tasas de éxito.

7. *¿La historia clínica documenta una lesión iatrogénica?*

RESPUESTA: No. En ninguna de las descripciones operatorias se reportan complicaciones intraoperatorias ni lesiones iatrogénicas.

8. *Indicará el perito si la historia clínica del paciente evidencia negaciones en la atención por parte de la EPS SURA.*



RESPUESTA: Existe una orden de cirugía que tiene una anotación manual sobre que dicho procedimiento (fistulectomía) fue “Rechazado por desacuerdo con especialista”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hemorrhoids and Fistulas: New Solutions to Old Problems. *Current Problems in Surgery* 51 (2014) 98–137
2. Approach to Hemorrhoids. *Curr Gastroenterol Rep* (2013) 15:332
3. Simple anal fistulae. *Seminars in Colon and Rectal Surgery* 25 (2014) 183–185
4. Hemorrhoids. *N Engl J Med* 2014;371:944-51. [L]
[SEP]
5. Modern Management of Hemorrhoidal Disease. *Gastroenterol Clin N Am* 42 (2013) 759–772

Con toda atención,

NATHALIE VILLÁN RAMÍREZ

Médica general Universidad CES.

Especialista en Epidemiología Universidad CES.

Especialista en Cirugía General Universidad CES.

Especialización en Derecho Médico Universidad Pontificia Bolivariana (en curso).

Perito CENDES



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

EN ATENCIÓN A QUE

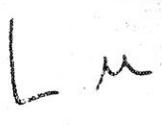
Nathalie Carolina Villán Ramírez

C.C. 1.092.341.515 de Villa del Rosario (Norte de Santander)

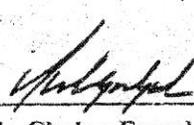
HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS
EXIGIDOS POR LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS,
PARA OPTAR EL TÍTULO DE

Médica y Cirujana

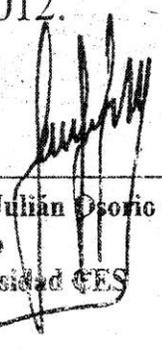
EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y REFRENDA EL DIPLOMA
CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLÍN, COLOMBIA
A LOS 13 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2012.



José María Maya Mejía
Rector
Universidad CES



Patricia Chejne Fayad
Secretaria General
Universidad CES



Jorge Julián Osorio Gómez
Decano
Universidad CES

Registrado: Folio 292. Número 10623 del 13 de diciembre de 2012. Acta 10741 del 13 de diciembre de 2012. Firma: 



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

EN ATENCIÓN A QUE

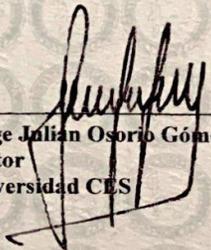
Nathalie Carolina Villán Ramírez

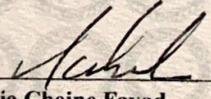
C.C. 1.092.341.515 de Villa Rosario (Norte de Santander)

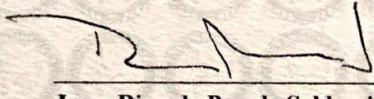
HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS
EXIGIDOS POR LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS,
LA UNIVERSIDAD CES LE CONFIERE EL TÍTULO DE

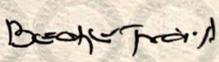
**Especialista en
Cirugía General**

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y REFRENDA EL DIPLOMA
CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLÍN, COLOMBIA
A LOS 18 DÍAS DEL MES DE JULIO DE 2019.


Jorge Julián Osorio Gómez
Rector
Universidad CES


Patricia Chejne Fayad
Secretaria General
Universidad CES


Jorge Ricardo Posada Saldarriaga
Decano
Universidad CES

Registrado en: Libro 34, Folio 527, Número 17657 del 18 de julio de 2019. Acta 17751 del 18 de julio de 2019. Firma: 



Calle 10A No. 22-04 A.A. 054 591 Conmutador 444 05 55 fax 266 60 46 NIT 890.984.002-6 Medellín / Colombia



Rama Judicial del Poder Público
Consejo Superior de la Judicatura
Sala Administrativa
Dirección Seccional Administración Judicial Medellín
Oficina Judicial

CERTIFICADO

La suscrita Jefe de Oficina Judicial de Medellín, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 1518 de 2002, de la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura por medio del cual se establece manejo de los auxiliares de la justicia, hace constar que una vez consultado el listado de auxiliares de la justicia para el período vigente se pudo evidenciar que la UNIVERSIDAD CES, representada legalmente por el doctor JOSE MARIA MAYA MEJIA identificado con cédula de ciudadanía 70.048.880 de Medellín, presentó solicitud de inscripción en el mes de Octubre del año 2002, para conformar el registro de Auxiliares de la Justicia, para los despachos judiciales de Medellín, en todas las especialidades y acreditó requisitos para los siguientes cargos así:

- Odontología (507), psiquiatría (509), veterinaria (510), fisioterapeuta (512), zootecnista (513), cardiología (601), ginecología (602), médico general (603), otorrinolaringología(604), siquiatría (605), oftalmología (606), pediatría (607), fonoaudiología (608), ortopedia(609), cirujano plástico(610), urología (611), dermatología(612), optometría (613).

En octubre de 2004, adicióno los siguientes cargos:

- Especialista en salud ocupacional (517), biología (524), dermatología (612), optometría (613), valoración de daño corporal (614).

En octubre de 2008, adicióno los siguientes cargos:

- Especialista en gerencia en servicios de salud (525), especialista en auditoria en la calidad de la salud (526).

La lista se encuentra vigente a partir del primer día del mes de marzo de 2003 y tiene carácter permanente sin perjuicio de las decisiones judiciales sobre las exclusiones de los auxiliares de la justicia.

Medellín, Febrero 3 de 2010.


MARIA ROSINA GIRALDO OSORIO
Coordinadora de la Oficina Judicial