

**TRIBUNAL SECCIONAL DE ÉTICA MÉDICA DEL ATLÁNTICO**

Calle 57 No. 23-100 Piso 1 Celular: 3174305231

Correo Electrónico: [etica.medica@hotmail.com](mailto:etica.medica@hotmail.com)

Página web: [www.tematlantico.com](http://www.tematlantico.com)

Hospital Universitario CARI E.S.E.

Barranquilla Colombia

**BARRANQUILLA, VEINTISIETE (27) DE ENERO DE DOS MIL VEINTIUNO (2021)**

**SALA PLENA No. 953**

**MAGISTRADO PONENTE: PEDRO CORREA MENDOZA**

Por medio de la presente Providencia este Cuerpo Colegiado, procede a determinar la viabilidad de continuar con la investigación ético disciplinario que se adelanta mediante el proceso radicado bajo el **No.1.187**, contra el doctor **GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT**, Médico Cirujano General, Cirujano Plástico y Estético, varón, mayor de edad, domiciliado en el Municipio de Puerto Colombia, Atlántico, identificado con la cédula de ciudadanía No. 72.146.900 expedida en Barranquilla, Atlántico y Registro Médico No. 50088-95 expedido por la Secretaría de Salud de Antioquia. Por denuncia presentada por la señora **YADIRA URON ROMERO**.

Terminada la etapa preliminar y habiendo agotado las pruebas, el Magistrado Ponente presenta el Informe de Conclusiones a la Sala Plena, quien tomará cualquiera de las siguientes decisiones:

a: Declarar que no existe mérito para formular cargos por violación a la ética médica, en contra del profesional acusado.

b: Declarar que existe mérito para formular cargos por violación a la ética médica, caso en el cual por escrito se le hará saber así al profesional inculpado, señalando los actos que se imputan y fijando fecha y hora para que el Tribunal en Pleno lo escuche en Diligencia de descargos.

Para decretar que existe mérito para formular cargos por violación a la ética médica es necesario que de las pruebas allegadas a la investigación preliminar, surja por lo menos un indicio grave que pregone la responsabilidad del inculpado.

**HECHOS Y ACTUACION PROCESAL**

**QUEJA (FOLIO 2/8).**

El día 05 de octubre de 2018, se recibió queja presentada por la señora **YADIRA URON ROMERO**, contra el doctor **GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT**, en la que relata los siguientes hechos:

"El día 03 de diciembre de 2013, ingresé a la Clínica del Caribe, con fuerte dolor en la espalda, cadera y abdomen; fui atendida ese mismo día por el doctor **GIOVANNI OSPINO**, quien me diagnosticó cálculos en la vesícula y manifestó la necesidad que había de operarme de emergencia.

Después de pasar la noche del 03 de diciembre en la clínica, el día 04 de diciembre de 2013, me prepararon para operación. El 05 de diciembre de 2013, se me practicó **Colecistectomía Laparoscópica**.

Luego de la operación, en la primera revisión de control, le manifesté al doctor **OSPINO**, que mi abdomen se encontraba distendido e igualmente manifesté un dolor constante.

El doctor OSPINO, sugirió que podía ser estreñimiento y gases y ordenó la colocación de un Enema, el cual me fue puesto de conformidad con lo ordenado por el médico.

El día 07 de diciembre fui dada de alta, pese a que el abdomen no bajaba y la distensión abdominal era muy pronunciada; ya en la casa y sintiéndome mal de salud, llamé en varias ocasiones al doctor OSPINO, quien me dice que eso es normal, que pueden ser residuos quirúrgicos y me ordena caminar mucho. Luego, el día que tenía el control en el consultorio del doctor OSPINO, éste canceló la cita porque tenía una reunión.

El 14 de diciembre de 2013, regresé a Clínica del Caribe debido a que mi salud empeoró y fui atendida por el mismo médico, doctor GIOVANNI OSPINO, quien ordenó una ecografía, y luego me practicó un tacto rectal, señalando que tenía dos bolas de materia fecal que deberían sacar por medio de enemas, situación que me extrañó, pero, él dijo que era por el rebosamiento, además, la ecografía indicaba que el abdomen se encontraba lleno de líquidos, lo cual, fue irrelevante tanto para el médico como para la institución hospitalaria.

El doctor OSPINO, me manifestó que es líquido quirúrgico que queda cuando lavan al terminar una cirugía, y que éste se expulsaba por vía rectal y por la orina, además, el doctor OSPINO, dejó indicaciones de ponerle enema cada 8 horas.

Tal tratamiento, que desconoció lo revelado en el examen de ecografía, afectó mi condición de salud, debilitando mis defensas físicas y emocionales, al punto que mi cuerpo no resistía más y caía en una crisis de pánico y llanto. Esta situación duró hasta el 19 de diciembre, sin que ni el médico tratante ni la institución tuvieran certeza de mi diagnóstico.

Para atender la crisis, el médico tratante ordenó la colocación de una sonda gástrica, que me maltrató de manera significativa; posteriormente, se me hincharon las piernas, por la baja de potasio que tenía, y volví a caer en crisis de pánico y llanto.

El 19 de diciembre de 2013, el doctor OSPINO se apareció con un médico amigo, y éste le sugirió que me realizara una punción en el estómago, y procedieron a sacar el líquido que había sido ubicado a través de la ecografía del 14 de diciembre. Efectivamente, así lo hicieron, y sacaron 5 litros de líquido biliar, pero el intensivista observó los signos vitales descompensados y de inmediato me subieron a la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde estuve hasta el 28 de diciembre de 2013. Once (11) días en estado crítico.

En el lapso de tiempo que estuve en unidad de cuidados intensivos, fui llevada a quirófano para realizarme una colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CEPRE), la cual no se pudo llevar a cabo, por presentar una fuerte inflamación en el hígado.

El doctor OSPINO, recomendó, entonces, hacer la cirugía el 22 de diciembre y la realizó junto al doctor HECTOR PULIDO, en dicha intervención, me colocaron cuatro drenajes, para que el líquido no siguiera cayendo en la cavidad abdominal y éstos empezaron drenando unos 600 ml diarios, ocasionando gran descompensación desnutrición, baja de peso y de hemoglobina. Con estos procedimientos, perdí 15 kilos de peso.

Según los doctores OSPINO y PULIDO, se debía esperar hasta el mes de abril a que se secaran los drenajes para poder realizar la operación de reconstrucción de vía biliar.

Desesperada, busqué otra opinión médica con el doctor JUAN CARLOS DAZA, de la póliza ALLIANZ, quien realizó los exámenes correspondientes y sugirió una interconsulta con el doctor JORGE CUELLO, para que él realizara una CEPRE (colangiopancreatografía retrograda endoscópica).

La CEPRE, se programó para el 16 de enero de 2014, en la Clínica Reina Catalina; habiéndose iniciado en procedimiento quirúrgico, se tuvo que desistir del mismo, porque se encontró una grapa que impidió colocar la prótesis.

El doctor CUELLO, les recomendó viajar a la ciudad de Bogotá, para que se procediera a realizar la cirugía de reconstrucción, debido a que en Barranquilla era muy difícil de que alguien lo realizara.

Se coordinó una cita a través de la póliza ALLIANZ con el director de la Clínica Country, el doctor JORGE OSPINA, y todo su equipo médico, y con base en los exámenes médicos realizados decidieron no operarla, porque estaba baja de peso, de hemoglobina y proteínas.

Se me realizó un tratamiento de recuperación del 21 al 25 de enero de 2014, obteniendo una mejoría en la salud, ya que le quitaron los dos (2) de los cuatros (4) drenajes que le habían colocado.

Entre el 25 de enero y 20 de febrero de 2014, se me mantuvo en tratamiento de recuperación.

El 22 de febrero de 2014, se me realizó la cirugía de reconstrucción de vía biliar, con un resultado de mejoría, dada las posibilidades restringidas que se tenía; dada mi condición, permanezco hospitalizada desde el 22 de febrero de 2014 hasta el 3 de marzo de 2014.

Mi incapacidad general comprendió desde el día 3 de diciembre del año 2013, hasta el año 25 de marzo de 2014.

Igualmente, la afectación de mi núcleo familiar, al verse afectado mi esposo e hija con el sufrimiento de su esposa y madre, quien ha perdido confianza en sí misma, dadas las lesiones permanentes que quedaron de secuelas, como marcas en el cuerpo, imposibilidad de consumir muchos alimentos comunes, baja autoestima, dietas que afectan su peso corporal, entre otras molestias y dolores permanentes.

Posteriormente, tuve que ser intervenida nuevamente, en la ciudad de Barranquilla, donde presenté una complicación adicional, ya que se me perforó un pulmón, con el catéter que me implantaron para poder expulsar el líquido, y éste se llenó de líquido, llevando como consecuencia, una cirugía de tórax, que se debía hacer enseguida o podría afectar gravemente el corazón.

Al pasar de los meses, empecé a presentar afecciones en la piel, que generaron granos y rasquiña en todo mi cuerpo, hasta el punto de tener que asistir de emergencia a la clínica, permaneciendo hospitalizada, ya que presentaba una grave infección. Mientras permanecía internada, cada 24 horas me ponían CIPRO, ese suceso fue para el mes de mayo de 2015.

Para entonces, me realizaron la dilatación, y cuando fue que presentó la complicación del pulmón, todo a raíz del mismo problema; en el momento en que me practican los chequeos, estos reflejan que aún tengo tapado un porcentaje importante, a causa de esto, estoy impedida para alimentarme de manera normal, ya que todo lo que consumo debe ser asado".

Aporta pruebas documentales, como son: las respectivas Historia clínicas. Asimismo, solicita: se Oficie a la Universidad Libre de Barranquilla, para que informe si el doctor GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT, realizó estudios de pregrado en Medicina General en esa institución, indicando fecha de ingreso, fecha de terminación de estudios y fecha de grado.

Se Oficie a la Universidad Central de Venezuela, para que informe si el doctor GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT, realizó estudios de especialización en

Cirugía Plástica y Reconstructiva en esa institución, indicando fecha de ingreso, fecha de terminación de estudios y fecha de grado.

Se Oficie a la Universidad de Costa Rica, para que informe si el doctor GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT, realizó estudios de especialización en Cirugía General en esa institución, indicando fecha de ingreso, fecha de terminación de estudios y fecha de grado.

Se oficie al Ministerio de Educación Nacional, para que informe si el doctor GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT, obtuvo la convalidación de sus estudios de especialización allegando las resoluciones correspondientes.

**HISTORIA CLINICA. CLINICA DEL CARIBE (FOLIOS 14/168; 410/584).**

A folios 410 envés/411, obra historia clínica, Clínica del Caribe, a nombre de YADIRA URÓN ROMERO, de 54 años de edad, fechada 03/12/2013 a las 16:06 hora, en la que se registra: Motivo de consulta: Dolor abdominal. Enfermedad actual: Paciente femenino de 54 años de edad, acude, manifestando desde hace aproximadamente 8 horas, presenta dolor abdominal intenso que se irradia a espalda, vómitos contenido alimentario, por lo cual decide consultar. Revisión física: Sistema digestivo: Dolor abdominal, vómitos. Resto de la revisión físico, normal. TA: 110/80. TAM: 90. FC:71. FR: 20. T: 36. Saturación de oxígeno: 97. Escala del dolor: 10. Peso: 66 Kg. Talla: 164. Examen físico: Aspecto general: Álgida, mucosas secas y pálida. Neurológico: Consciente alerta. Cuello: Móvil. Tórax: Simétrico, expansible. Corazón: Ruidos cardiacos rítmicos. Pulmones: Murmullo vesicular presente. Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal, puño percusión negativo. Diagnósticos: Otros dolores abdominales. Plan de manejo: SSN 0.9% c.c. IV bolo. Plitican ampolla IV. Muvett ampolla IV. Se solicita hemograma. Uroanálisis. Eco abdominal. Firma VIVIANA CASTRO, medicina general.

Obra a folio 411 envés, nota médica realizada por la misma médica general VIVIANA CASTRO, el 03/12/2013 a las 18:57, en la que registra: Hemograma: Leuco: 9.320. NT: 86.8. HB: 13.10. Amilasa: 119, Lipasa: 21. Eco reporta hidrocolecisto con colecistitis alitiásica. Se solicita valoración por Cirugía general.

En los folios 412/412 envés, obra nota de interconsulta, realizada por cirugía general, fechada 03/12/2013 a las 19:26 hora, en la que se registra: Paciente con historia de dolor abdominal en región lumbar derecha, que se irradia a hipocondrio derecho y a flanco derecho desde hoy en la mañana, asociado a nauseas, vómito y malestar general, el cual no le ha permitido la ingesta de alimento. Ante esto, y en vista de la no mejoría, vine a valoración. Se examina y se encuentra paciente hidratada con facie algica y con dolor a la palpación en HD, con signos de Murphy negativo, pero con dolor a la palpación profunda en HD con puño percusión negativa y dolor en flanco derecho. No hay signos de IP. Tiene ecografía con presencia de vesícula pletórica con edema de pared sin cálculos en su interior. Reporta colecistitis acalculosa. Hemograma normal, con leucocitos normales, pero con diferencial más de neutrofilia. Parcial de orina con hematuria y leucocitaria sin bacterias. Análisis de resultados: Cólico renoureteral versus colecistitis, que no se evidenció cálculo en su interior. Diagnósticos: Otros dolores abdominales y los no especificados en estudio. Plan de manejo: Hospitalizar. NVO. SF 0.9% 2000 CC para 24 horas. Pielo TAC con medio IV. Creatinina, BUN UREA. Control de hemoleucograma. Buscapina simple 1 amp. IV cada 8 horas. Control con signos vitales, avisar cambios. Firma GIOVANNI OSPINO, cirugía general. Cirugía plástica y estética.

Ese mismo día 03/12/2013 a las 22:39, obra nota médica, folios 412 envés/413, en la que se registra: Se observa consciente, orientada en sus tres esferas, hidratado, afebril al tacto. Manifiesta disminución del dolor abdominal ahora durante la noche, no picos febriles. Al examen físico: Abdomen: Color homogéneo, peristalsis positiva, activa, blando, depresible, dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Murphy negativo. No masas, no masas, no megalias, no signos de irritación

peritoneal. Diagnósticos: Otros dolores abdominales y los no especificados en estudio. Otras colecistitis en estudio. Firma YINETH EDITH CAMARGO VASQUEZ, médico general.

A folio 413/413 envés, obra nota médica, fechada 04/12/2013 a las 9:33, que dice: Paciente femenina de 54 años de edad con diagnósticos anotados, quien refiere haber pasado buena noche. Afebril, sin disnea, no dolor abdominal. Al examen físico: Normotenso. Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos. Pulmones sin agregados en ACP. Abdomen: Blando, depresible, peristalsis positiva, no dolor a la palpación profunda sin signos de irritación peritoneal, diuresis positiva, extremidades sin edemas, pulsos positivos. SNC: Alerta, consciente. Pendiente: Piel. TAC contrastado TA: 120/78, TAM: 92. FC: 78, FR: 20, T: 36, Saturación de oxígeno: 98. Diagnósticos: Otros dolores abdominales y los no especificados en estudio. Otras colecistitis en estudio. Plan de manejo. Continúa tratamiento instaurado. Firma KAREN BLANCO, medicina general.

En el folio 414, obra nota de cirugía general, fechada 04/12/2013 a las 17:15, en la que se registra: Paciente femenina de 54 años de edad, 1 día de hospitalización, con historia de dolor en HD, el cual se le realizó UROTAC, en vista de la sintomatología. UROTAC que reporta colelitiasis más colecistitis más cálculo enclavado, que le está produciendo los síntomas anotados. Se le explica a la paciente la conducta a realizar colecistectomía por video. Se le explica riesgos de no cirugía y de la cirugía. Se le solicita autorización de la cirugía. Análisis de los resultados: Urotac con los datos anotados hidrops vesicular. Diagnósticos: Otros dolores abdominales y los no especificados en estudio. Otras colecistitis en estudio. Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Hidrops vesicular. Plan de manejo: Solicitar autorización de cirugía. EKG. Radiografía de tórax. TP. TPT. Hemoclasificación. Reservar dos unidades de GRE. Valoración preoperatoria por medicina interna. Firma GIOVANNI OSPINO, Cirugía general. Cirugía plástica y estética.

A folio 414 fechado 05/12/2013 a las 7:28, obra evolución por medicina general, en la que se describe: Paciente femenina de 54 años de edad, con diagnóstico de colelitiasis. Refiere paciente haber pasado buena noche, afebril sin disnea. Al examen físico: Normotenso. Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos, pulmones sin agregados en ambos campos pulmonares. Abdomen: Blando, depresible, peristalsis positiva, ligero dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, sin irritación peritoneal, resto del examen sin cambios. Reporte de TP, TPT, normales. Pendiente glicemia. Paciente quien es valorado por internista, quien da pase a cirugía. TA: 120/80 TAM: 93, FC: 78, FR: 20, T: 37, Saturación de oxígeno: 97. Diagnósticos: Otros dolores abdominales y los no especificados en estudio. Otras colecistitis en estudio. Plan de manejo: Pendiente cirugía hoy. Firma KAREN BLANCO. Medicina general.

Visible a folio 414 envés/415, obra evolución médica de Medicina Interna, fechada 05/12/2013 a las 7:32, en la que se registra: Paciente femenina de 54 años de edad, 1 día de hospitalización. Paciente refiere no sufrir de ninguna enfermedad. Niega alergias. Programada para colecistectomía por video por colelitiasis, colecistitis. Actualmente, niega síntomas. Al examen: Mucosa oral húmeda. Pulmones sin estertores. Corazón: Ruidos cardiacos rítmicos. Abdomen: Ligero dolor en hipocondrio derecho. Extremidades: No edemas. SNC: Sin déficit. Resultados de laboratorio LEUCO: 7390. HB:12. PLAQ: 248.000, GLUCOMETRÍA, ahora: 104, VSG: 12, LIPASA: 21, AMILASA 119, CREATININA: 0.48, TP: 11.4, TPT: 25.2. Parcial de orina: Leucoesterasa: 100. LEUC: 12-14 XC (Asintomática). EKG: Sinusal FC: 75 no isquemia ni lesión. RX de tórax: Normal. TA: 100/80, TAM:86, FC:72, FR: 18, T: 36. Escala del dolor: 0. Diagnósticos: Otros dolores abdominales y los no especificados en estudio. Otras colecistitis en estudio. Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Colelap. Plan de manejo: Riesgo cardiovascular intermedio. Recomendaciones: Antibióticos y analgésicos a criterio del cirujano. Profilaxis anti TVP y protección

gástrica. Reservar 2 unidades de GRE. Manejo por cirugía. Atento al llamado. Firma JAIME REYES, Médico Internista.

Muestran los folios 415/415 envés, evolución médica fechada 06/12/2013 a las 8:06, que dice: Paciente femenina de 54 años de edad, en su segundo día de hospitalización. Con diagnósticos de Otros dolores abdominales y los no especificados en estudio. Otras colecistitis en estudio. Análisis: Paciente femenino de 54 años, con diagnósticos de: POP colecistectomía por laparoscopia más liberación de adherencias perivesiculares por video laparoscopia. Refiere paciente, dolor abdominal. Al examen físico: Normotensa. Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos, pulmones sin agregados en ACP, abdomen blando, depresible, peristalsis positiva, distendido, doloroso a la palpación profunda en epigastrio, rafia quirúrgica en buen tono, no signos de irritación peritoneal, diuresis positiva, extremidades sin edema, pulsos positivos. SNC: Alerta, consciente. TA: 120/80, TAM: 93, FC: 78, FR: 20, T: 36. Saturación de oxígeno: 98. Diagnósticos: Otros dolores abdominales y los no especificados en estudio. Otras colecistitis en estudio. Plan de manejo: Muvett 1 amp de 50 mg IV ahora. Continúa tratamiento instaurado. Firma KAREN BLANCO, Medicina general.

Ese mismo día 06/12/2013, a las 13:31, obra nota realizada por el doctor RICARDO PABÓN RCDRIGUEZ, médico general, folio 416, en la que anota: Paciente femenina de 54 años de edad, quien tiene diagnósticos anotados, quien por orden del doctor OSPINO, cirugía general, se le ordena Buscapina compuesta IV ahora.

A folios 416/416 envés, obra nota médica fechada 06/12/2013 a las 14:51, que dice: Paciente de 54 años, femenina, 2 días de hospitalización. POP de 1 día de colelap, refiere que está distendida con eructo y además, con dolor en área hemiabdomen superior, toeró vía oral líquida, además, presenta timpanismo abdominal sin signos de IP. Análisis y resultado: Se ordena Trimebutina y Buscapina compuesta. Diagnósticos: Otros dolores abdominales y los no especificados en estudio. Otras colecistitis en estudio. Plan y manejo: Muvett 1 amp IV cada 12 horas. Buscapina compuesta 1 cada 12 horas. Deambular. Dieta líquidos claros. Firma GIOVANNI OSPINO, Cirugía general, cirugía plástica y estética.

En el folio 416 envés, obra nota de medicina general, doctora KAREN BLANCO, fechada 7/12/2013 a las 8:16. Paciente femenina de 54 años de edad, tercer día en hospitalización, con diagnósticos conocidos. Refiere paciente haber pasado buena noche, afebril sin disnea, con mejoría de la distensión abdominal. Al examen físico: Normotensa. Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos, pulmones sin agregados en ACP, abdomen blando, depresible, peristalsis positiva, ligeramente distendido, sin irritación peritoneal, eructos positivos, flatos no, resto del examen sin cambios. TA: 120/70, TAM: 86, FC: 76, FR: 20, T: 37, Sat: 98. Diagnósticos: Otros dolores abdominales y los no especificados en estudio. Otras colecistitis en estudio. Plan de manejo: Continúa tratamiento instaurado.

Ese mismo día 7/12/2013 a las 13:39, obra nota médica, en la que se describe: Paciente de 54 años de edad, femenina, tercer día en hospitalización. POP 2 días de colelap, buena evolución, afebril, hidratada con distensión abdominal, peristalsis positiva, pero con distensión abdominal, sin salida de gases, pero con buena tolerancia a los alimentos, paciente quien regularmente merita fibra y medicamentos para ayudarse con la distensión y defecación. Paciente con buena evolución de su postoperatorio. Se coloca enema para ayudar con la deposición y si evoluciona satisfactoriamente, se da alta. Plan de manejo: Enema SF 0.9% 250 cc. Alta si evolución es satisfactoria. Incapacidad por 25 días a partir del 4 12 13. Mesulid 1 tab cada 8 horas. Unasyn 375 mg 1 cada 8 horas por 7 días. Retiro de hilos en 10 días por urgencias día hábil de 8 a 10 am.

Control postoperatorio en 30 días. Firma GIOVANNI OSPINO, Cirugía General, Cirugía plástica y estética.

Visible a folio 417 envés, obra evolución médica fechada 7/12/2013 a las 13:48, en la que se registra: Nota de egreso: Vivo, Causa de egreso: Alta. Hace un resumen del egreso, firma RICARDO PABÓN ROIDRIGUEZ, medicina general.

De folios 418/423 envés, obran notas de enfermería.

A folios 424-426, obra epicrisis.

De folios 427/437, obran, laboratorios clínicos, ultrasonido abdominal total, radiografía de tórax, urotac, electrocardiograma.

En el folio 438, obra consentimiento informado para anestesia, debidamente diligenciado.

A folios 439-439 envés, obra hoja quirúrgica, fechada 5-12-2013 a nombre de YADIRA URON ROMERO. Cirujano: doctor GIOVANNI OSPINO. Primer Ayudante: Doctor MARCOS LLINAS. Tipo de anestesia: Anestesia general. Anestesia: Doctor PALOMINC. Diagnósticos pre operatorios: Hidrops Vesicular, cálculo enclavado. Colecistitis aguda. Diagnósticos Postoperatorio: Colecistitis crónica y ayuda adherencias, perivesiculares cálculo enclavado. Nombre de las intervenciones: colecistectomía laparoscópica. Liberación de Adherencias perivesiculares por videolaparoscopia. Tejidos enviados a Anatomía patológica: Vesícula biliar. Hallazgos operatorios y procedimientos: Asepsia y antisepsia, neumoperitoneo con Verres a 15 cm de ilegible. Se colocan 4 puertos 2 de 1 cm 2 de 0.5 cm. Se procede a liberar gran cantidad de adherencias perivesiculares con ligasure y se disecciona conducto y arteria cística y se ligan con endoloop (cond. Cística), posterior a identificar, que las grapas no abarcan todas las circunferencias del cístico. Se disecciona cisto fúndica la vesícula del lecho con cauterio y se le hace hemostasia del lecho. Se cierra piel y fascia, la segunda con Vicryl y la piel con nylon 4-0. No complicaciones. Hay una firma.

Se encuentra en el folio 440, registro de anestesia.

A folio 442, obra asistencia de enfermería en recuperación.

Muestran los folios 443/443 envés, hoja de instrumentación quirúrgica.

De folio 445/446 envés, obras notas de enfermería cirugía.

A folio 447, obra reporte de patología, fechado 09/12/2013, con diagnóstico de: Colecistitis crónica moderada, colelitiasis.

En el folio 448 envés, obra nota de ingreso a servicio, a nombre de YADIRA URON ROMERO, fechada 14/12/2013 a las 15:11. Motivo de consulta y enfermedad actual: Refiere paciente que hace 8 días, le realizaron colelap y hace 3 días presenta distensión abdominal, que el día de hoy se hizo más intensa, además, presenta expulsión de gases por la boca. Al examen físico: Abdomen globoso distendido, timpánico, no hay signos de irritación peritoneal. Resto del examen físico: Normal. Diagnósticos: Otras colecistitis en estudio, otros dolores abdominales y los no especificados en estudio, síndrome del colon irritable sin diarrea en estudio. Plan de manejo: Muvett am IV ahora. Se solicita Rx de abdomen simple de pie y acostada. Valoración por cirugía general. Firma DIANA PATRICIA PASCUALES CABALLERO, Medicina general.

Registra el folio 449 envés, nota médica fechada 14/12/2013 a las 15:18, Interconsulta: cirugía general. Paciente de 54 años de edad, femenina. Paciente con historia desde PO inmediato hace 10 días por colecistitis aguda, hidrops vesicular y colelitiasis. Paciente refiere gran distensión abdominal, eructos abundantes y falta de flatos, además, refiere que tolera la vía oral y que hasta antier ha tenido deposiciones normales. Dice, no haber presentado fiebre ni escalofrío, en vista que sigue con

distensión abdominal y con dolor abdominal, decide venir a urgencias, paciente con abdomen distendido con peristalsis positiva y dolor en todo el abdomen, hidratada. Se ordenan exámenes. Diagnósticos: Síndrome del colon irritable sin diarrea en estudio. Otros dolores abdominales y los no especificados en estudio, se descarta otras colecistitis por la paciente ya fue operada de esta patología hace 10 días. Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: Íleo Postoperatorio E Colelap. Plan de manejo: Hospitalizar, NVO, SF 0.9% 2000 c.c. para 24 horas. Radiografía de abdomen de pie y acostada. Ecografía de abdomen. Hemograma completo. TP, TPT, INR. Electrolitos. Cuantificar ingresos y egresos. Firma GIOVANNI OSPINO. Cirugía general, cirugía plástica y estética.

En ese mismo folio, obra nota aclaratoria fechada 14/12/2013 a las 16:21. Se ha realizado TR, donde se evidencia gran contenido fecal en ampolla rectal. Se valora radiografía de abdomen de pie y acostado, que evidencia gran cantidad de aire interceptado con gran cantidad de materia fecal en ampolla rectal y gran cantidad de heces en hemicolon derecho. Presencia de pequeños niveles hidroaéreos a un mismo nivel. No hay presencia de gas distal en ampolla rectal. En vista de esto se deja hospitalizada y se maneja como íleo postoperatorio tardío más coprostasis. Firma GIOVANNI OSPINO. Cirugía general, cirugía plástica y estética.

A folios 450/450 envés, obra nota de medicina general, nota de medicina general fechada 14/12/2013 a las 20:01, en la que se describe: paciente femenino de 54 años de edad, ingresó por urgencias, postoperatorio de 10 días por colecistectomía por hidrops vesicular, coledocitis, comenta que ha tenido disposiciones hasta 3 días, pero que ha venido presentando distensión abdominal, eructos falta de flatos, revisada en urgencias por cirujano general, se le ordena hospitalizarse. Se le realiza ecografía abdominal, la cual informa de manera preliminar, líquido libre ascítico espacio subfrénico y pelvis, gran interposición de gas intestinal en la línea media que impide evaluar lóbulo hepático izquierdo, páncreas y retroperitoneo, lóbulo derecho, riñones, bazo y útero normales, se comenta dicho reporte con doctor OSPINO, quien da órdenes a seguir, iniciar antibioticoterapia y continuar con enemas jabonosos. Firma PATRICIA MARTINEZ, Medicina general.

A las 23:00 horas de ese mismo día, 14/12/2013, folio 450 envés, obra nota de medicina general, en la que se anota: Llega reporte de laboratorio: SODIO: 135, POTASIO: 3,59. CLORO: 97,5. LEUCOCITOS: 11,4. HB: 12.1. HTO: 35.5%. PLAQ: 428 diferencial. NEUTROFILOS: 83.3%. LINFOCITOS: 7,6%. VSG: 20. PT: 15, CONTROL: 11. INR: 1.3. PTT: 29, 3. CONTROL: 25.8. La paciente ha realizado 6 deposiciones abundantes, actualmente con mucosa oral semiseca, orientada, eupneica, tolera más el decúbito, ruidos cardiacos rítmicos no soplos, pulmones claros, abdomen peristalsis positiva, blando, distendido, pero en menor grado, sin signos de irritación peritoneal. TA: 100/80, TAM: 86, FC: 80, FR: 20, T: 36. Firma PATRICIA MARTINEZ, medicina general.

En ese mismo folio 450 envés, día 14/12/2013 a las 23:00 horas, obra nota de medicina general, en donde se reporta los resultados de laboratorio: SODIO: 136, POTASIO: 3.59, CLORO:97.5, LEUCOCITOS: 11.4, HB: 12.1, HTO: 35.5%, PLAQUETAS: 428 diferencias, NEUTROFILOS: 83.3%, LINFOCITOS: 7.6%, VSG: 20 MM/H, PT: 15 SEG, control: 11 SEG, INR: 1.3, PTT: 29.3, Control: 25.8 seg. La paciente ha realizado 6 deposiciones abundantes, actualmente con mucosa oral semiseca, orientada, eupneica, tolera más el decúbito, ruidos cardiacos rítmicos no soplos, pulmones claros, abdomen peristalsis positiva, blando distendido, pero en menor grado, sin signos de irritación peritoneal. TA: 100/80, TAM: 86, FC: 80, FR: 20, T: 36. Diagnósticos: Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio), síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Plan de manejo: Control de electrolitos en am, líquidos endovenosos a chorro 200 c.c. hora. Firma PATRICIA MARTINEZ medicina general.

A folios 451 envés/452, obra evolución médica Cirugía General, fechada 15/12/2013 a las 13:33 hora, que dice: Análisis: Paciente con historia clínica como se anota.

Cuadro de estreñimiento y coprostasis que la mantienen ligeramente distendida. Refiere hoy se siente mucho mejor, menos distendida y que ha presentado gran cantidad de deposiciones. Está hidratada con menos dolor abdominal y sin otros signos y síntomas. Laboratorios con leucocitos: 11.400 sin desviación izquierda y Eco con presencia de líquido libre en toda la cavidad sin colección. Diagnósticos: Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio), síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Plan de manejo: Dieta líquidos claros, deambular. Enema cada 8 horas a, radiografía de abdomen de pie y acostados de control. Firma GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT. Cirugía general, cirugía plástica y estética.

Muestra el folio 452 envés, evolución de Cirugía general, fechada 16/12/2013 a las 9:24 horas, que dice: Paciente femenina de 54 años de edad, en su 1 día de hospitalización. Análisis: Paciente quien refiere que posterior a la ingesta de alimentos líquidos, comenzó con distensión abdominal. Continúa con eructos, pocos flatos y, además, sensación de dificultad para respirar cuando está muy distendida. Presentó febrícula 37.4 grados centígrados, ayer 38 grados centígrados. Paciente con abdomen distendido con peristalsis disminuida. Facie ligeramente pálida, hidratada con presencia de pulso normal. Análisis con resultado: Intoleró vía oral. Se le retira VO y se ordena sonda nasogástrica más aumento de líquidos endovenosos. Tiene pendiente laboratorios hemograma y electrolitos. Diagnósticos: síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Íleo postoperatorio. POS OP de colecistectomía por video. Plan de manejo: Suspender vía oral. SF 0.9% a 120 c.c. hora. Pendiente Laboratorios. Muvett 1 amp. Cada 12 horas. Firma GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT. Cirugía general, cirugía plástica y estética.

Visible a folio 453 envés, obra evolución médica fechada 16/12/2013 a las 12: 54, en la que se registra: Se valora paciente en conjunto doctor MARCOS LLINÁS, Cirujano General, quien encuentra paciente afebril sin disnea. TA: 100/70, FC: 102, FR: 24, afebril. Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos con tendencia a la taquicardia. Pulmones con ligera disminución del murmullo vesicular en ACP. Abdomen distendido, peristalsis disminuida, con dolor a la palpación profunda en mesogastrio. Diuresis positiva. Resto del examen sin cambios. Diagnósticos: Íleo adinámico. Estudios radiológicos muestran ausencia de gas en recto, atelectasia basal derecha, distensión de Asa intestinales. Diagnósticos: síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Íleo adinámico. Plan de manejo: Vigilar estrictamente signo de irritación peritoneal. Cuantificar diuresis. Seguimiento por cirugía general. Firma KAREN BLANCO, Medicina general.

A folio 454, obra evolución por cirugía general, fechada 16/12/2013 a las 17:08 hora, donde se registra: Paciente de 54 años de edad. Femenina. 2 día de hospitalización. Análisis: Refiere que se siente mejor con menos distensión abdominal y menos dolor con salida de abundante gas por sonda y además con sensación de movilidad de asas intestinales, se le solicita valoración por nutrición para rescate de proteínas. Diagnósticos: síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Ídem. Plan de manejo: Valoración por nutrición. Firma GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT. Cirugía general, cirugía plástica y estética.

En ese mismo folio 454, obra evolución por medicina general, fechada 17/12/2013 a las 13: 17 hora, en la que se registra: Paciente femenina de 54 años de edad, con diagnóstico de: Íleo adinámico postquirúrgico. Refiere paciente haber pasado buena noche, afebril, sin disnea. Al examen físico: normotensa, cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos. Pulmones sin agregados en ACP, abdomen distendido, peristalsis positiva, SNG funcional, sin signos de irritación peritoneal, flatos positivos, diuresis positiva, SNC: Alerta, consciente. Reporte de electrolitos: SODIO: 139, CLORO: 3.23, CLORO: 102.0, RTO LEC: 11.45, HB: 11.30, HTO: 35.3, RTO PLAQ: 503 (16-12-13).

TA: 120/70, TAM: 86, FC: 78, FR: 20, T: 36. SAT: 98%. Diagnósticos: síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Íleo adinámico. Plan de manejo: Infusión de Potasio. Firma KAREN BLANCO, medicina general.

Visible a folio 454 envés, obra interconsulta por nutrición, fechada 17/12/2013 a las 13:31, en la que dice: Paciente con diagnóstico de POP de Colelap de varios días de evolución. Actualmente, cursa con íleo adinámico, por lo que cirugía general, quien indica valoración por nutrición. Íleo adinámico. Estado: ORDENADO.

A folios 454 envés/455, obra evolución por cirugía general, fechada 17/12/2013 a las 15: 52 hora, que dice: Paciente femenina de 54 años de edad, 3 día de hospitalización. Análisis: Buena evolución, afebril, mejor semblante, con buena hidratación. Fue valorada por nutrición, quien ordenó tratamiento. Abdomen aun distendido, pero con menos dolor. Análisis de resultados: Control de electrolitos en buenas condiciones excepto potasio: 3.23. Diagnósticos: síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Íleo. Plan de manejo: igual manejo. Firma GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT. Cirugía general, cirugía plástica y estética.

Obra a folios 455/455 envés, evolución por medicina general fechada 18/12/2014 a las 10:23 hora. Paciente femenino de 54 años de edad, con diagnósticos anotados, quien refiere haber pasado buena noche, afebril, sin disnea. Al examen físico: Normotensa. Cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos, pulmones sin sobreagregados, diuresis positiva. SNC: Alerta, consciente, electrolitos de control. SOCIO 138, POTASIO: 3.69, CLORO: 109.8. Reporte de patología: Colecistitis crónica moderada, colelitiasis examen negativo para malignidad. Pendiente reporte de perfil lipídico. TA: 120/70, TAM: 86, FC: 78, FR: 20, T: 36, SAT: 98. Diagnósticos: síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Íleo adinámico. Plan de manejo: Continua tratamiento instaurado. Firma KAREN BLANCO, medicina general.

A las 10:44 hora de ese mismo día, obra nota aclaratoria realizada por la médica general KAREN BLANCO: Paciente continúa NPP 48 c.c./hora.

A folios 455 envés/ 456, obra evolución por cirugía general, fechada 18/12/2013 a las 11: 52 hora, en la que se registra: paciente de 54 años de edad, femenina, 3 días de hospitalización. Paciente quien refiere que se siente mejor, ha ido dos veces al baño a defecar y está con flatos, pero continúa distendida más que ayer. Se examina abdomen y se encuentra distendido si dolor a la palpación con timpanismo global. No hay signos de irritación peritoneal. Análisis de resultados: Se ordena radiografía de abdomen de pie y acostado. Diagnósticos: síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Íleo postoperatorio. Plan de manejo: radiografía de abdomen de pie y acostado. Control de laboratorios hemograma. Firma GIOVANNI OSPINO. Cirugía general, cirugía plástica y estética.

En el folio 456, obra evolución por medicina general, fechada 18/12/2013 a las 14:44 hora, en la que se registra: Paciente femenino de 54 años de edad, quien es valorada por el doctor LLINAS, quien ordena, en forma verbal, realizar perfil lipídico. Diagnósticos: síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Manejo médico. Plan de manejo: Ver ordenes médicas. Firma RICARDO PABÓN RODRIGUEZ. Medicina General.

Visible a folios 456/456 envés, obra evolución por cirugía general, fechada 18/12/2013 a las 19:13, que dice: Paciente de 54 años de edad, femenina, 4 días en

hospitalización. Análisis: refiere enfermería, presencia de temperatura de 38°C, además presencia igual de distensión, además, continua con flatos y hoy dos deposiciones. Análisis de los resultados: se ordena TAC de abdomen con medio IV. Diagnósticos: síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Paciente continúa distendida con íleo postoperatorio tardío. Plan de manejo: Creatinina. BUN. TAC de abdomen con medio IV. Firma GIOVANNI OSPINO. Cirugía general, cirugía plástica y estética. El doctor OSPINO, hace nota aclaratoria ese mismo día a las 19:23: Dipirona IV cada PRN.

A folio 457 obra evolución médica de medicina general fechada 19/12/2013 a las 9:32, en la que se registra: Paciente femenino de 54 años de edad con diagnóstico de íleo adinámico POP colelap. Refiere paciente haber pasado buena noche, afebril con episodio de disnea. Al examen físico: Normotensa. Cardiopulmonar: Ruidos cardíacos rítmicos. Pulmones sin agregados en ACP. Abdomen distendido. Refiere ligero dolor a la palpación profunda en mesogastrio, peristalsis positiva, flatos positiva, deposición escasa positiva, diuresis no cuantificada. Extremidades con edema G I en miembros inferiores, SNC: Alerta, consciente. Reporte de hemograma: RTO LEUC: 8.98, HB: 10.40, HTO: 32.7, RTO PLAQ: 485, VSG: 91.0, PROTEINAS TOTALES: 4.9, ALBUMINA: 2.3, GLOBULINA: 2.6, RELACION ALBUMINA/GLOBULINA: 0.9, COLESTEROL TOTAL: 99.0, HDL: 24.0, LDL: 47.0, TRIGLICERIDOS: 105.0, SODIO: 140.0, POTASIO: 4.11, CLORO: 108.1, BUN: 4.6, UREA: 9.8, CREATININA: 0.41, PARCIAL DE ORINA: AMARILLO TURBIA +, D: 1.021, PH: 5.0, LEUC: 6-8/C, BACTERIA +, P/ Reporte de TAC de abdomen contrastado. TA: 110/70, TAM: 83, FC: 78. FR 20. T: 37. SAT: 98. Diagnósticos: síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Íleo adinámico. Plan de manejo: Continúa tratamiento instaurado. Firma KAREN BLANCO. Medicina general.

Obrante a folio 458, se encuentra evolución por medicina general, fechada 19/12/2013 a las 15:52, en la que se registra: Paciente que ha eliminado 310 cc, por lo que se ir dica bolo de SSN 0.9% ahora. Diagnósticos: síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Íleo adinámico. Plan de manejo: LEV. Firma KAREN BLANCO, Medicina general.

Ese mismo día, se hace nota aclaratoria a las 16:05: paciente elimina 80 cc (orina concentrada).

A folios 458/458 envés, obra evolución por medicina general, fechada 19/12/2013 a las 18:51, en la que dice: Paciente de 54 años de edad, femenina, 5 días de hospitalización. Análisis: Paciente femenino de 54 años de edad, quien tiene diagnóstico anotado, quien presenta dolor y dificultad respiratoria, quien se solicita la valoración por medicina interna, la cual no asiste al llamado y solicita la valoración por médico de la UCI, quien no asiste al llamado. Se llama al médico tratante doctor OSPINO, va que paciente se encuentra distendida con taquicardia y ansiedad. Diagnósticos: síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Manejo Médico. Plan de manejo: Ver órdenes. Firma RICARDO PABÓN RODRIGUEZ, Medicina general.

Visible a folio 458 envés, obra evolución por cirugía general, fechada 19/12/2013 a las 20:13, paciente de 54 años de edad, femenina 5 días en hospitalización. Análisis: Enterado de historia clínica y de TAC de abdomen. Éste presenta gran cantidad de líquido libre intraabdominal tipo ascitis en toda la cavidad abdominal. Paciente con dificultad respiratoria por presencia de la gran distensión abdominal y además, presenta laboratorios, hemograma: HB: 10.4, HTO: 32.7, LEUCOCITOS: 8.980, NEUTROFILOS: 65%, PRT. TOTALES: 4.9, ALBUMINA: 2.3, ELECTROLITOS normales, pero hallazgos de TAC que amerita la extracción de líquido intraperitoneal.

Diagnósticos: Síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Fuga biliar. Plan de manejo: 1. Paracentesis evacuadora (BA local se realiza punción con catéter 14 y se extraen 5 litros de líquido biliosos, el cual se manda para estudio. 2. Citoquímico gran y directo de líquido peritoneal. 3. Bioquímico de líquido ascítico (BR, amilasa, fosfatasa, lipasa, DHL). 4. Valoración por UCI. 5. Coordinar la realización de CPRE urgente y evaluar colocación de stent. 6. Valoración por nutrición para colocación de NPT. 7. Avisar cambios. 8. Suspender sonda nasogástrica. Firma GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT. Cirugía general, cirugía plástica y estética.

A folio 459, obra evolución por cirugía general, fechada 19/12/2013 a la 21:20 hora, en la que se registra: Paciente con evolución de dolor abdominal desde el postoperatorio de colecistectomía realizada hace 14 días que empeora desde el 8° día de postoperatorio, acompañado por fiebre esporádica, con picos en tres días de 38.2°, malestar general con progresiva distensión abdominal. Hoy empeora el estado general con mayor distensión abdominal, sin signos de irritación peritoneal. Manifiesta haber presentado disnea que empeoró en las últimas 48 horas, pero mejora una vez realizado el drenaje de la cavidad peritoneal, lo cual se hizo, porque el TAC abdominal, mostró gran volumen de líquido libre peritoneal, que resultó ser bilioso, aproximadamente drenados 4 litros. En este momento, evalúo paciente taquipneica, con frecuencia respiratoria 35/min, taquicardia con frecuencia de 120/min, hipotensa con tensión arterial de 80/50 MMHG. Leves crépitos bibasales. Corazón: RSCSRS taquicárdicos. Abdomen distendido, doloroso al palpar, hipoperistalsis. Genitourinario, extremidades y neurológico sin cambios. Se considera estado séptico de origen abdominal con inestabilidad circulatoria hipotensiva por peritonitis biliar a definir origen de la fuga, por lo cual se indica manejo de reanimación y preparación preoperatoria en la UCI. Análisis de resultados: Ver nota. Diagnósticos: síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). Otras peritonitis (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Igual. Plan de manejo: Traslado a UCI. Firma HERNANDO MUÑOZ, Cirugía general.

Ese mismo día a las 21:50 hora, obra nota de ingreso a servicio, folio 461/462. Al examen físico: Aspecto general: Paciente en malas condiciones generales con mal patrón respiratorio, taquicárdica, taquipneica, con ictericia mucocutánea generalizada. Tórax: Expandible regular patrón. Corazón: ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos. Pulmones: Murmullo vesicular presente en ambos hemitórax con crépitos bibasales y murmullo disminuido en las bases. Abdomen: Onda ascítica positiva, peristalsis negativa, blando depresible doloroso sin irritación peritoneal. Piel y faneras: tinte icterico generalizado extremidades superiores. Diagnósticos: síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio) Otras peritonitis (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). Plan de manejo: Monitoreo hemodinámico continuo. Antibioticoterapia. Soporte nutricional. Firma CLAUDIA MARITZA ROA AVILA, medicina general.

A folio 463 obra evolución por medicina general fechada 20/12/2013 a la 01:17, que dice Paciente de 54 años de edad, femenina, 5 días en hospitalización. Procedimiento: Inserción catéter venoso central subclavio derecho. Firma CLAUDIA MARITZA ROA AVILA. Medicina general.

En el folio 464, obra evolución realizada por Medicina Interna, fechada 20/12/2013, a las 9:14 hora, en la que se registra: Paciente femenina de 54 años de edad, en primer día de internación en UCI, con dolor abdominal desde el postoperatorio de colecistectomía realizada hace 15 días que empeora desde el 8° día de posoperatorio, acompañado por fiebre esporádica con picos en tres días de 38.2, malestar general con progresiva distensión abdominal. TAC abdominal mostró gran volumen de líquido libre peritoneal. Se realiza drenaje de la cavidad peritoneal, obteniendo liquido bilioso aproximadamente 5 litros. Actualmente se encuentra consciente, orientada, sin disnea, con palidez de tegumentos, afebril, hidratada

parcialmente con cifras tensionales en promedio de 140/70 MMHG. Diuresis adecuada. Pulmones con roncus, sin estertores, sin sibilancias. RS CS RS sin soplos sin galope. Abdomen distendido, blando, depresible, doloroso a la palpación, con signos de irritación peritoneal leve, peristalsis activa. Análisis resultado: Hemoglobina de 10.4. LEUCOCITOS: 8.980 con 71% de neutrófilos, INR: 1.84, plaquetas ... ilegible. Función renal, transaminasas y electrolitos normales. TA: 140/70, TAM: 93, FC: 95, FR: 20. Diagnósticos: Otras peritonitis (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Plan de manejo: Vitamina K. Transfundir 2 unidades de plasma fresco. Continúa esquema antibiótico con Tazocin, se mantiene NPT. Se realizará CPRE y de acuerdo al resultado se revisará cavidad abdominal. Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Peritonitis biliar. Firmado WILMER BARROS AREVALO, medicina interna.

En ese mismo folio 464, obra evolución médica fechada 20/12/2013 a las 23:23 hora, que dice: Paciente de 54 años de edad, femenina, 6 días en hospitalización, inicio de cuidado crítico el día de hoy, 1 día en cuidado crítico. Análisis: Cardiovascular sin aporte inotrópico o vasoactivo, trazado de monitor con ritmo sinusal, son soplos a la auscultación. Respiratorios campos pulmonares bien ventilados sin agregados, murmullo vesicular conservado simétrico, sin datos de ocupación alveolar. Gastrointestinal: Hoy se realizó CPRE que mostró transección de la vía biliar común. Actualmente, con abdomen distendido moderadamente doloroso, peristalsis ausente onda ascítica a más tinte icterico generalizado. Renal, gasto urinario conservado, orina clara. Hematológico: sin datos de sangrado activo, hoy recibió transfusión de plasma fresco congelado a la espera de control. TA: 129/78, TAM: 95, FC 78, FR: 18. Diagnósticos: Otras peritonitis (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Bilioperitoneo. Plan de manejo: Seguimiento por cirugía general, monitoreo y alto riesgo de sepsis. Firma DAMIAN Q JIROZ RODRIGUEZ, medicina general.

A folios 465 envés/466, obra evolución medica por cirugía general, fechada 21/12/2013 a las 10:14 hora, en la que se registra: Paciente de 54 años de edad, femenina, 6 días en hospitalización, inicio de cuidado crítico el día de hoy, 1 día en cuidado crítico. Análisis: Historia clínica anotada con lesión de vía biliar diagnóstico post CPRE Estable hemodinámicamente, afebril, sin aporte inotrópico, con buena diuresis, hidratada, consciente, orientada, ligera distensión en abdomen sin dolor abdominal. Laboratorios: GLICEMIA: 143(NPT), CREATININA SERICA: 0.43, BILIRRUBINA TOTAL: 1.4, DIRECTA: 1.19, ELECTROLITOS NORMALES, LEUCOCITOS 7.22, HB: 9.9, HTO: 31.5, PLAQUETAS: 519, TIEMPOS DE COAGULACION: Normales. Paciente en espera de cirugía mañana en la mañana. Análisis de resultados: Laboratorios dentro de límites aceptables. Diagnósticos: Otras peritonitis (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Lesión de vía biliar tipo Bismuth2. Plan de manejo: TSH. Reservar 2 unidades de GRE. Reservar 4 unidades de plasma. Firma GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT. Cirugía general, cirugía plástica y estética.

Obra a folio 470, evolución médica fechada 22/12/2013 a las 7:08 hora, que dice: Paciente de 54 años de edad, femenina, 7 días de hospitalización, 2 en cuidado crítico. Análisis: POP de colecistectomía por video, sospecha de lesión de la vía biliar, cursa con leve distensión abdominal, no dolor, no fiebre. Alerta, hidratada, cuello sin masas, no dolor, ruidos cardiacos rítmicos no S3, respiración espontánea SAT 99% sin O2 suplementario, FR 14 por min, no disnea. Renal: La diuresis es mayor de 1 cc K H. Alerta sin foco motor. Análisis de resultados: Paciente en POP de colecistectomía que cursa con datos de lesión de la vía biliar, evidenciando por colangiografía retrograda endoscópica, cursa afebril, TAM mayor de 65, saturación mayor de 90, diuresis aceptable, sin datos de SIRS, JB 10. GOT y GPT normales. TA: 120/70, TAM: 86, FC:80, FR:14, T:36, SAT:99%. Diagnósticos: Otras peritonitis (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio).

síndrome de colon irritable sin diarrea (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Debe ser llevada a cirugía para reparación de vía biliar, continuar manejo hemodinámico en UCI. Plan de manejo: Se solicitaron LBT de control y se traslada a cirugía. Firma JOHN FONSECA CABRERA, Cuidados intensivos, anestesiología.

Ese mismo día 22/12/2013 a las 16:53, obra evolución médica, folios 470/470 envés, se registra en ella: Paciente de 54 años de edad, femenina, 8 días de hospitalización, 2 días en cuidado crítico. Análisis: paciente de sexo femenino de 54 años de edad, en POP inmediato drenaje de bilioperitoneo, lavado de cavidad abdominal, implantación de stent biliar por videolaparoscopia, lisis de adherencia por videolaparoscopia, shock séptico de origen abdominal, lesión biliar Bismuth II. Refiere leve dolor en sitio operatorio, con tinte icterico generalizado, sin soporte vasopresor ni ventilatorio, con signos vitales anotados, con diuresis adecuada, afebril. Cardiopulmonar con ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos, pulmones con murmullo vesicular presente en ambos hemitórax, abdomen blando, onda ascítica positiva, dren subhepático con 100 c.c. de exudado bilioso y 2 drenes en cavidad abdominal de Blake, serohemáticos escasos, blando depresible, sin signos de sangrado. Extremidades sin edema, SNC: Sin déficit. Análisis de resultados: Paciente estable en su evolución clínica, con mejoría de signos de SIRS clínicos y de laboratorio, se espera evolución clínica de POP del día de hoy. Continúa nutrición parenteral. Se vigilará debto de drenes. Continúa pronóstico reservado a evolución. TA: 110/70, TAM: 83, FC: 108, FR: 18, TEM: 36.5, SATU: 99, PESO: 66, TALLA: 160. Diagnósticos: Otras peritonitis (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Shock séptico de origen biliar. Plan de manejo: nutrición parenteral, analgesia, antibiótico, LEV, vigilancia de drenes. Firma EDUARDO BARCIELA GONZALEZ, Cuidados intensivos, medicina interna.

A folio 472 envés, obra evolución médica de cirugía general, fechada 23/12/2013 a las 7:54 hora, que dice: Paciente de 54 años de edad, femenina, 8 días de hospitalización, 3 días en cuidado crítico. Análisis: Historia clínica anotada. Refiere que se siente con dolor moderado, pero bien, aun sin flatos y sin alteraciones, dren de HD 130 CC en un inicio biliosanguinolento, ahora en am más sanguinolento. El Dren central 170 cc de iguales características y el del HI 30 c.c., totalmente serosanguinolento. Abdomen blando depresible. Hemodinámicamente estable. Análisis de resultados: laboratorios hoy electrolitos: Normales; leucocitos: 9.2, HB: 9.4, HTO: 29.8, Neutrófilo: 70%. Diagnósticos: Otras peritonitis (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: PO Plan de manejo: Manejo según UCI. Cuantificación y cualificación de los egresos por los drenes. Firma GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT. Cirugía general, cirugía plástica y estética.

Visible a folios 473/473 envés, obra evolución médica de fecha 23/12/2013 a las 15:54. Se registra lo siguiente: Paciente de 54 años de edad, femenina, 9 días en hospitalización, 3 días en cuidado crítico. Análisis: POP inmediato drenaje de Bilioperitoneo más lavado de cavidad abdominal más implantación de Stent biliar por videolaparoscopia más lisis de adherencia por videolaparoscopia. Lesión de vía biliar Bismuth II. Sepsis abdominal. POP alejado de colecistectomía. Paciente femenina de 54 años de edad en su 4 día de internación en UCI, manifiesta leve sed. Refiere sentirse mejor ahora en la tarde. Se halla afebril sin soporte ventilatorio, sin soporte vasoactivo con buena diuresis, con sonda nasogástrica y drenajes, estacionaria en este momento. TA: 129/69, TAM: 96, FC: 97, FR: 22, T: 36.8, SAT: 99%. Diuresis 2470 cc/ 10 HRS (3.52 CC/KG/HR). Drenaje Blex 1: 155 cc/10HRS. Drenaje Blex 2: 80 cc/Hrs. Drenaje Blex 3: 15 cc/HRS. Respiratorio murmullo vesicular disminuido en bases, no ruidos agregados. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos sin taquicardia sin soplos. Abdomen globoso cubierto por apósito con drenajes dos con debito bilioso y uno con debito hemático. Genitales: Diuresis positiva. Neurológico:

Consciente vigil, no foco motor agudo. G: 15/15. Laboratorios: HTO: 29.6, HB:9.4, GB:9210, SEGMENTADOS: 71%, LINFOCITOS: 21%, PLAQUETAS: 421.000, Na: 137, K: 4.03, CLORO: 100.7.7.41/105, 8/43. 3/bic 27, 2/Sat 98.2%. Análisis de resultados: Paciente en su postoperatorio en su 4 día en UCI, se halla estacionaria, afebril sin soporte ventilatorio ni vasoactivo con condiciones clínicas controladas en este momento con drenajes con débitos biliosos y hemáticos (uno), con buena diuresis, controlado en este momento. Pronóstico muy reservado acorde a evolución clínica. Diagnósticos: Otras peritonitis (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Postoperatorio en UCI por sepsis abdominal. Plan de manejo: LEV. NPT. Protección gástrica, Profilaxis TVP TEP. Monitoreo. Analgesia. Antibióticos. Seguimiento con especialidad tratante. Cuidados enfermería. Firma CARLOS REBOLLEDO MALDONADO, Cuidados intensivos, medicina interna.

Ese mismo día 23/12/2013 a las 18:23 hora, folio 473 envés, obra evolución de cirugía general, en la que se registra: Paciente de 54 años de edad, femenina, 9 días en hospitalización, 3 días en cuidado crítico. Análisis: Paciente con evolución afebril menos dolor con presencia de salida de bilis solo por sonda de nélaton, resto de drenes con salida de material serohemático, menos dolor. Análisis de resultados: Anotados en la mañana. Diagnósticos: Otras peritonitis (en estudio). síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: PO. Plan de manejo: Retirar sonda nasogástrica. Retirar sonda vesical. Iniciar dieta líquida con agua y te. Firma GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT. Cirugía general, cirugía plástica y estética.

A folio 475, obra evolución médica realizada por cirugía general, fechada 24/12/2013 a las 13:48 en la que se registra: Paciente de 54 años de edad, femenina, 9 días en hospitalización, 4 días en cuidado crítico. Análisis: refiere sentirse mucho mejor, afebril, hidratado con presencia de flatos y con ausencia de deposición, dren der y central 106 y 70 en la mañana de características biliosa, escasa salida de líquido por HI. Sonda nélaton con salida de material biliar en moderada cantidad. Análisis de resultados: laboratorios dentro de límites normales. Diagnósticos: Otras peritonitis (en estudio). síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Lesión de vía biliar. Plan de manejo: según UCI, iniciar vía oral con agua o té a tolerancia. Firma GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT. Cirugía general, cirugía plástica y estética.

El día 15/12/2013 a las 6:40 obra nota aclaratoria, folio 476 envés: Cifras tensionales dentro de metas, no requiere aporte de vasoactivos, campos pulmonares bien ventilados sin agregados, saturación en meta sin dificultad respiratoria. Gastrointestinal Dren 1: 60 CC, 2: 150 CC. Todos con producción biliosa hemática, peristalsis más leve dolor abdominal. Diuresis espontanea, sin déficit neurológico. Paciente con evolución lenta recibe, recibe antibioticoterapia de amplio espectro sin nuevo picc febril. Debe continuar monitoreo por riesgo de fallo orgánico múltiple. Firma DAMIAN QUIROZ RODRIGUEZ, medicina general.

Visible a folio 478, fechada 26/12/2013 a las 10:08, evolución por cirugía general, en la que se registra: Paciente de 54 años de edad, femenina, 11 días en hospitalización, 6 días en cuidado crítico. Análisis: Historia clínica anotada, paciente refiere sentirse mejor con escaso dolor abdominal con flatos positivos, no deposiciones, con buena diuresis y con presencia de secreción biliar más típico con dren 2. Resumen de salida por drenajes (del 23 al 24 de diciembre) DREN 1: 235 cc biliar; DREN 2: 305 cc biliar; DREN 3: 32 cc serohemático. (del 24 al 25) DREN 1: 260 cc hepatobiliar; DREN 2: 305 cc biliar; DREN 3: 22 cc serohemático. El DREN biliar en promedio extrae 100 c.c. Abdomen blando, depresible con poco dolor. Laboratorios dentro de límites normales. Análisis de resultados: Se realizará TAC de abdomen con medio IV. Diagnósticos: Otras peritonitis (en estudio). síndrome del colon irritable sin diarrea

(en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: PO. Plan de manejo: TAC con medio V. Firma GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT. Cirugía general, cirugía plástica y estética.

El día 26/12/2013, obra reporte de laboratorios: BUN: 4.2, UREA: 9, CREATININA: 0.41, SODIO: 138.7, POTASIO: 4.05, CLORO: 101.6, GB: 6930, HB: 9.4, HTO: 29.5, PLAQUETAS: 387.000, NEUTROFILOS: 52.3, LINFOCITOS: 13.9, VSG: 99, TP: 11.3, INR: 1.01. (folio 478).

Ese mismo día a las 10:48, folios 478 envés/479, obra evolución por nutricionista, en la que se reporta: Paciente que continua con soporte nutricional parenteral periférico a 48 cc hora, se ordena administrar a 60 cc hora de la mezcla (DAD-aminoácidos y lípidos) para garantizar un mayor aporte calórico, ya que la paciente presenta perfil lipídico en parámetros normales. Diagnósticos: Otras peritonitis (en estudio). síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Cubrir las necesidades nutricionales de la paciente. Plan de manejo: Seguir con a nutrición parenteral periférica. Firma BELKYS OCHOA QUINTERO, Nutricionista.

Visible a folio 480 envés, obra evolución realizada por cirugía general, fechada 27/12/2013, en la que se registra: Paciente de 54 años de edad, femenina, 12 días en hospitalización, 7 días en cuidado crítico. Análisis: Con diagnósticos establecidos, mantiene estabilidad hemodinámica, dice sentirse mejor, diuresis adecuada, flatos positivos, no deposiciones en la noche. Buen patrón respiratorio, sin dolor abdominal. Drenes funcionales sin alteraciones neurológicas. Sin datos de SIRS, sigue antibioticoterapia con Piperacilina Tazobactam, analgesia con infusión de Tramal y nutrición parenteral. El drenaje total en 24 horas por los drenes abdominales así 1: 190 cc biliar. 2. 220 cc biliar. 3: 16 cc serohemático. 4: 100 cc biliar. Ayer se revisó TAC abdominal de control que no mostró acumulo líquido intraperitoneal. El examen la muestra consciente, afebril, tensión arterial 132/75 MMHG, FC: 80, FR: 19, T: 36.5. Buena entrada de aire bilateral, corazón con RSCSRS sin soplos, abdomen blando, depresible, sin distensión, leve dolor al palpar profundo abdomen superior, peristalsis positiva, genitourinario, extremidades y neurológico sin alteraciones. Hay estabilidad y tendencia a mejoría. Hoy se decidirá paso a habitación. Diagnósticos: Otras peritonitis (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Ver nota. Plan de manejo: Ver Nota. Firma HERNANDO MUÑOZ, cirugía general.

A folio 481 obra evolución médica de fecha 27/12/2013 a las 22:02, en la que se registra: Nota de ingreso a servicio. Tratante: medicina general. Motivo de consulta y enfermedad: actual: Remitida de la UCI de esta institución. EEA: Paciente quien ingresa a piso proveniente de la UCI, en donde dan egreso por mejoría clínica de su estado crítico con diagnóstico POP Inmediato drenaje de Bilioperitoneo más lavado de cavidad abdominal más implantación de Stent biliar por videolaparoscopia más lisis de adherencia por videolaparoscopia. Lesión abdominal. POP alejado de colecistectomía. Hoy en UCI: Valorada por Dr. OSPINO médico tratante, con resultado de TAC, encontrando mejoría de proceso abdominal sin líquido en cavidad. Por lo que se decide continuar observación y tratamiento en piso. Análisis de Resultados Glicemia: 80, BUN: 5.6, UREA: 12, CREATININA: 0.45, SODIO: 136.5, POTASIO: 4.8, CLORO: 98.5, GB: 7.370, HB: 10.7, HTO: 32.7. TAC abdominal encontrando mejoría de proceso abdominal sin líquido en cavidad. NEUTROFILOS: 45.7. Linfocitos: VSG: 83, TP: 10.5, INR: 0.93 TA: 116/75, TAM: 88, FC: 93, FR: 16, T: 36, PESO: 60, TALLA: 160. Al examen físico, abdomen se observa con drenes #2, funcionando blando, depresible, leve dolor en epigastrio a la palpación, no SIP. Piel y faneras: palidez mucocutánea. Diagnósticos: Otras peritonitis (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). síndrome del colon irritable

sin diarrea (en estudio). Firma YINETH EDITH CAMARGO VASQUEZ, medicina general.

Registran los folios 482 envés/483, evolución por cirugía general, fecha 28/12/2013 a las 12:35 hora, que dice: Paciente de 54 años de edad, femenina, 13 días en hospitalización, 8 días en cuidado crítico. Análisis: Paciente con historia anotada, refiere que se siente mejor, tolerando vía oral y además con presencia de drenaje de bilis por los drenos y por catéter de nélaton: Presenta abdomen blando, depresible, sin alteraciones ni SIP. Hidratada con hemodinamia estable, buena diuresis con flatos positivos. Análisis de los resultados: laboratorios de UCI ayer normales, se ordenan laboratorios Diagnósticos: Otras peritonitis (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). Síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: lesión de vía biliar. Plan de manejo: Hemograma completo. TP, TPT, INR. Electrolitos. Creatinina. Incentivos respiratorios por terapia respiratoria. Vaciar drenes cada vez que pierda la presión negativa. Firma GIOVANNI OSPINO. Cirugía general, cirugía plástica y estética.

Muestra el folio 483, evolución realizada por cirugía general, fechada 29/12/2013 a las 15:32 hora, en la que se registra: Paciente de 54 años de edad, femenina, 15 días en hospitalización, 9 días en cuidado crítico. Análisis: Buena evolución ya con defecación espontánea sin dolor con salida de material biliar por los drenes 1 y 2 con escasa salida por dren de nélaton. Presenta abdomen blando, depresible sin alteraciones. En vista que por los orificios uno y dos sale a veces bilis por rebosamiento, se le ordena la colocación de duoderm extra thin apósito para el cubrimiento de la piel alrededor de los orificios de drenaje. Análisis de los resultados: laboratorios dentro de límites normales. Diagnósticos: Otras peritonitis (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: lesión de vía biliar. Plan de manejo: Se suspende glucometría. Valoración por nutrición. Firma GIOVANNI OSPINO. Cirugía general, cirugía plástica y estética.

A folio 483 envés, obra evolución médica fechada 30/12/2013 a las 10:34, que dice: Paciente de 54 años de edad, femenina, 15 días en hospitalización, 10 días en cuidado crítico. Análisis: Paciente femenino de 54 años de edad con diagnósticos anotados, quien refiere haber pasado buena noche, afebril, sin disnea, no dolor abdominal. Al examen físico: Normotenso, A/P: Ruidos cardiacos rítmicos, pulmones sin agregados en ACP, con disminución del murmullo vesicular en ACP, abdomen blando, depresible, peristalsis positiva, con drenes funcionales, solo ha drenado por el Dren #2 (40 cc), extremidades sin edema, pulsos positivos, SNC: Alerta, consciente. Hemograma (28-12-2013) Azoados: CREATININA: 0.60, RTO LEUCO: 9.27, HB: 10.50, HTO: 31.5, RTO PLAQ: 424, TP: 11.3, TPT: 25.5. TA: 120/78, TAM: 92, FC: 76, FR: 20, T: 36, SAR: 98. Diagnósticos: Otras peritonitis (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: POP drenaje de bilioperitonitis. Plan de manejo: continuo tratamiento instaurado. Firma KAREN BLANCO, medicina general.

Visible a folio 484, evolución por cirugía general, fechada 30/12/2013 a las 22:14, en la que se registra: Paciente de 54 años de edad, femenina, 16 días en hospitalización, 11 días en cuidado crítico. Análisis: Historia clínica anotada, refiere que se siente muy bien, tolerando bien vía oral, defecando y flatos presentes. Paciente quien está drenando poco material biliar por dren 1 y 3, moderada cantidad por dren 2. Abdomen blando, depresible, sin alteraciones. Análisis de los resultados: Últimos controles dentro de límites normales 28-12-13. Se le ordena control de electrolitos. Plan de manejo: Electrolitos. Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Anotados. Firma GIOVANNI OSPINO, Cirugía general, cirugía plástica y estética.

A folios 485/485 envés, obra evolución realizada por cirugía general, fechada 31/12/2013 a las 11:55, en la que se registra: Paciente de 54 años de edad, femenina, 16 días en hospitalización, 11 días en cuidado crítico. Análisis: Buena evolución, afebril, hidratada, tolera vía oral, deambulando, afebril, en buenas condiciones paciente en condición de alta. Análisis de los resultados: laboratorios dentro de límites normales. Diagnósticos: Otras peritonitis (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). síndrome del colon irritable sin diarrea (en estudio). Justificación para que la paciente continúe hospitalizada: Alta. Plan de manejo: 1. Alta. 2. Cultivo de la secreción por los drenes. 3. Favor informar al doctor OSPINO reporte de cultivos. 4. Hemograma y electrolitos en 72 horas. 5. Retirar catéter endovenoso. 6. Nutrición orientar dieta. Firma GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT. Cirugía general, cirugía plástica y estética.

Obrante a folios 485 envés/486, hay nota de egreso, fechada 31/12/2013 a las 12:25. Paciente de 54 años de edad, femenina, 16 días en hospitalización, 11 días en cuidado crítico. Causa de egreso: Alta. Resumen del egreso: Motivo de consulta y Enfermedad actual: Paciente femenino, de 54 años, ingresó por servicio de urgencias, post operatorio de 10 días de colecistectomía por hidrops vesicular, colelitiasis, comenta que ha tenido deposiciones hasta hace 3 días, pero ha venido presentando distensión abdominal, eructos, falta de flatos, revisada en urgencia por cirujano tratante, se le ordena hospitalizarse, se le realiza ecografía abdominal, la cual informa de manera preliminar, líquido libre ascítico subfrénico, y pelvis, gran interposición de gas intestinal en la línea media, que impide evaluar lóbulo hepático izquierdo, páncreas y retroperitoneo, lóbulo derecho, riñones, bazo y útero normales. Se comenta dicho reporte con doctor OSPINO, quien da órdenes a seguir, iniciar antibioticoterapia, y continuar con enema jabonoso. Paciente quien durante su estancia hospitalaria presenta distensión abdominal, asociado a balance urinario negativo, pocos febriles, con disminución del murmullo vesicular, por lo que, cirujano general, valora y solicita estudios diagnósticos pertinentes compatibles con Íleo adinámico postoperatorio. Paciente quien presenta agudización del cuadro clínicos con mayor distensión abdominal sin signos de irritación peritoneal, manifiesta haber presentado disnea que empeoró en las últimas 48 horas, pero mejora una vez realizado el drenaje de la cavidad peritoneal, lo cual se hizo porque el TAC abdominal mostró gran volumen de líquido libre peritoneal, que resultó ser bilioso aproximadamente drenados 4 litros. Paciente taquipneica, con frecuencia respiratoria 35/min, taquicardia con frecuencia de 120/min, hipotensa con tensión arterial de 30/50 MMHG, leves crépitos bibasales, corazón RSCSRS taquicárdicos, abdomen distendido, doloroso al palpar, hipoperistalsis, genitourinario, extremidades y neurológicos sin cambios. Se considera estado séptico de origen abdominal, con estabilidad circulatoria hipotensiva por peritonitis biliar a definir origen de la fuga, por lo cual se indica manejo de reanimación y preparación preoperatoria en la UCI, una vez realizado el drenaje de la cavidad peritoneal, lo cual se hizo porque el TAC abdominal mostró gran volumen de líquido libre peritoneal, que resultó ser bilioso aproximadamente drenados 5 litros. Se realizó CPRE y de acuerdo al resultado, se revisará cavidad abdominal. Paciente en condición crítica, con regulada respuesta inflamatoria en manejo antibiótico, contexto de lesión de vía biliar, paciente que fue llevada por el servicio de cirugía general y hepatobiliar, se indica realización de exámenes quirúrgicos, reservas de componente sanguíneo, continuará bajo monitoreo continuo hemodinámico. Se realiza drenaje de biliperitoneo, lavado de cavidad abdominal, implantación de Stent biliar por videolaparoscopia, lisis de adherencia por videolaparoscopia, shock séptico de origen abdominal, lesión de vía biliar Bismuth II. Paciente quien evolucionó satisfactoriamente ante manejo intrahospitalario. Con. LEV, NPT, Protección gástrica, analgesia, antibióticos, más seguimiento con especialidad tratante, por lo que se traslada a hospitalización, en donde se encuentra paciente, estable, afebril, normotensa, s/p: ruidos cardiacos rítmicos, pulmones en ACP, abdomen blando, depresible, peristalsis positiva, dren funcional, sin irritación peritoneal, diuresis sostenida, SNC: Alerta, consciente, por evolución favorable, médico tratante brinda egreso con formula médico, signos de alerta, recomendaciones estrictas. TA: 120/78. TAM: 92. FC: 78. FR: 20, T: 36. SAT: 98. Diagnósticos: Otras peritonitis (en estudio). síndrome del colon irritable sin

diarrea (en estudio). Otros dolores abdominales y los no especificados (en estudio). Recomendaciones: Limpiar la herida simplemente con agua limpia y jabón. Es primordial desinfectar la herida y dejarla limpia. Recuerde cubrir la herida con una compresa o gasa y vendaje, renovándolos cada día. Si la herida es pequeña, puede dejarlo al descubierto, recordando su periódica limpieza, para evitar roces y mejorar el tiempo de cicatrización. En el caso de hemorragia, si hay mucha pérdida de sangre, presione sobre los bordes de la herida durante unos minutos, hasta que deje de fluir la sangre y concurra al médico de ser necesario. Firma KAREN BLANCO, medicina general. Ordenes Médicas: Egreso: 31/12/2013. Egreso de alta.

En los folios 486/ 504 envés, obra, notas de enfermería.

De folios 505/511, obra epicrisis.

Muestran los folios 512/535, reportes de laboratorios, reportes de ultrasonido abdominal total, radiografía digital de abdomen agudo, tomografía de abdomen total, diario clínico, registro electrocardiográfico.

A folio 536, obra hoja quirúrgica, fechada 20/12/2013, a nombre de YADIRA URON ROMERO. Cirujano: JESÚS PEREZ OROZCO. Tipo de anestesia: General. Anestesia: LUCY ILEGIBLE TRILLA. Diagnóstico preoperatorio: Fuga biliar post Colelap. Diagnósticos post operatorios: Transección vía biliar. Recuentos de compresas: Correcto: X. Nombre de la intervención: CPRE. Hallazgos operativos y procedimientos: Se introduce duodenoscopio hasta la segunda porción de duodeno sin complicaciones. Papila de aspecto normal con poro cerrado. Se cánula selectivamente la vía biliar con esfinterotomo de arco e ilegible. Se constata hepatocolédoco seccionado en tercio peritoneal con fuga. Se termina procedimiento sin complicaciones precedentes.

A folios 537/537 envés obra récord de anestesia.

En el folio 538, obra autorización quirúrgica para anestesia o procedimiento especial, para la realización de la CPRE, debidamente diligenciado.

Obran a folios 539/539 envés, notas de enfermería cirugía.

A folio 542, obra diario clínico, fechado 20/12/2013. Cirugía general. Doctor LLINÁS: Enterado de los hallazgos de la CPRE, se solicita colaboración del doctor HECTOR PULIDO, especialista en vía biliar y trasplante hepático, se comenta caso y se propone plan para abordaje para solución de ilegible. 1. Cirugía de drenaje Bilioperitoneo y canalización de vía biliar proximal, el domingo 7 am. Posteriormente entre 9-12 semanas, reconexión de vía biliar en un segundo acto quirúrgico. Además, preparar a la paciente hemodinámicamente. Antibiótico- piperacilina tazobactam 4.5 gr c/6 horas. Vitamina K. Plasma. Control de laboratorios (electrolitos). Reserva de 2 u GRE. Firma MARCO A. LLINÁS SALAZAR.

En los folios 545/545 envés, obra notas enfermería, cirugía.

De folios 546/555, obran reportes de laboratorio.

A folio 556, obra autorización quirúrgica para anestesia o procedimiento especial, para la realización de la canalización biliar proximal, debidamente diligenciado.

En folios 557/557 envés, obra hoja quirúrgica, fechada 22/13/2013. A nombre de YADIRA URON ROMERO. Cirujano: Doctor HECTOR PULIDO. Primer ayudante: Doctor GIOVANNI OSPINO. Segundo ayudante: Doctor MARCO LLINÁS. Tipo de anestesia: General. Anestesia: Doctor JABBA. Diagnósticos preoperatorios: transección de vía biliar por laparoscopia. PO 16 días colecistectomía por video. Diagnósticos Postoperatorios: Ídem. Nombre de las intervenciones: Drenaje de Bilioperitoneo por videolaparoscopia. Liberación de adherencias por video

laparoscopia. Exploración de vía biliar por laparoscopia. Colocación de Stent por videolaparoscopia. Lavado de cavidad abdominal por videolaparoscopia. Hallazgos operatorios y procedimientos: Hallazgos: Bilioperitoneo de aproximadamente 3.000 cc, adherencias inflamatorias, plastrón y gran proceso inflamatorio en lecho hepático. Se encuentra sección completa de vía biliar a nivel por debajo + 1-2 cm por debajo de la bifurcación de las hepáticas. Procedimiento: 1. Acceso directo colocación de 6 puertos 4 de 11mm y 2 de 12mm. 2. drenaje de bilioperitoneo en toda la cavidad. 3. Se procede a lavar cavidad abdominal con SF. 0.9% 5000 CC (ILEGIBLE). Hasta encontrar disminución de bilis. 3. Exploración de área sub hepática, liberando adherencias en toda la cavidad. La adherencia inflamatoria y sub hepática. 4. Se encuentra lesión de vía biliar y se procede a explorarla, se encuentra hepático común y se coloca Stent biliar y exteriorizarlo por contra incisión y fijarlo. 5. se colocan 3 drenes de Blake que se ubican en área sub hepática y las ilegible. Parietocólico. 6. se fijan drenes exteriorizados por contra ilegible. Procedimiento sin complicaciones. Cuenta con pleta.

Obra a folio 558, registro de anestesia.

A folio 559, obra anotaciones de enfermería.

De folios 561/580, obran reportes de laboratorios clínicos, y tomografía computada de abdomen total.

A folios 581/ 584, obra Análisis del caso, Comité de Morbimortalidad. Clínica del Caribe. Nombre del paciente: YADIRA URÓN ROMERO. Documento de identidad: 32. 641. 819. Edad: 54 años. EPS: Allianz seguros de vida S.A. Fecha de ingreso: 3 de diciembre del 2013- Egreso 7 de diciembre 2013. Fecha de reingreso: 14 de diciembre del 2013. Evento: Lesión biliar POS colecistectomía por videolaparoscopia. Fecha de ocurrencia: 4 de diciembre de 2013. Origen del comité: análisis de evento adverso.

Hacen un resumen de historia clínica:

#### ANÁLISIS:

Doctor GICVANNI OSPINO: Médico cirujano Tratante, realiza resumen del caso en lo que se resalta: 1. Se trata de cuadro abdominal de 2 años de evolución, el cual venía manejándose como cuadro de gastritis. 2. Inicialmente, la ecografía abdominal no evidenció el cálculo enclavado en cuello vesical. 3. El cuadro hemático inicial, registra leucocitos normales con neutrófilos de 86%, los cuales al día siguiente bajaron su participación, pero persistía la sintomatología de dolor abdominal. 4. El TAC abdominal, evidencia la vesícula distendida con el cálculo enclavado en cuello vesical, razones por las cuales se lleva a cirugía. Durante la cirugía, se evidenció síndrome adherencial peri vesicular severo y fue necesaria la utilización de ligasure para su liberación, se encontró la vesícula distendida, con cambios de coloración y con cálculo enclavado en cuello vesical, durante el acto quirúrgico, no se observó fuga biliar. La paciente evoluciona dentro de parámetros normales, refiriendo que para ella era normal estar distendida, porque normalmente utiliza sustancias para defecar y tenía tres días sin usarlos, se dio de alta. La paciente reingresó por cuadro de distensión abdominal, sin otros síntomas asociados, se maneja cuadro con íleo postoperatorio y coprostasis, se evidencia líquido abdominal sin colección, sin signos de irritación peritoneal ni de cuadro infeccioso, una vez se realiza el diagnóstico de bilioperitoneo, se solicita el concurso de cuidados intensivos para manejo de médico integral, asegurar estabilidad hemodinámica, corregir los tiempos de coagulación, compensación metabólica y electrolítica.

Doctor HECTOR PULIDO: Médico Cirujano Especialista en vías biliares, manifiesta que el procedimiento quirúrgico estaba completamente indicado, un paciente con cuadro de colecistitis aguda persistente, condicionada por el cálculo enclavado en el cuello vesical, independientemente de que no se registró elevación de leucocitos. La lesión registrada, se trata de una complicación quirúrgica de sección vía biliar, atribuida a la patología, condicionada por un síndrome adherencial severo, originado

por un cuadro de colecistitis crónica de 2 años de evolución y que se agudiza por el cálculo enciavado en cuello vesical, con edema de pared. La literatura mundial registra una incidencia de este tipo de lesiones en cuadro de colecistitis aguda que oscila entre un 0.77 a un 5%. Del plan de manejo incluye un segundo tiempo quirúrgico para la reconstrucción de vías biliares, retirar el Stent, realizar un hepato yeyunostomía y una yeyuno- yeyunostomía.

Doctor WILMER BARROS: Manifiesta que paciente ingresa a cuidados intensivos con descompensación metabólica e hidroelectrolítica, con elevación de tiempos de coagulación. se realizó el manejo indicado, estabilizándola rápidamente y posterior a la cirugía, ha presentado evolución adecuada, con disminución de la distensión abdominal, buena peristalsis, sin signos de sobreinfección, con adecuado drenaje de bilis, en el día de hoy, se ordena traslado a piso para continuar recuperación.

**CONCLUSIONES:**

Se registró lesión de vía biliar, complicación no prevenible, inherente a la patología, condicionada por un síndrome adherencial peri vesicular severo. La literatura mundial registra una incidencia de complicaciones del 0.77 al 5%.

Lugar y fecha de reunión: Diciembre 27 de 2013, oficina coordinación médica UCI.

**Integrantes del Comité:**

- DR. WILMER BARROS AREVALO, MD Intensivista.
- DR. GIOVANNI OSPINO, MD Cirujano.
- DR. HECTOR PULIDO, MD Cirujano Especialista en vías biliares.
- DR. MARK CORREDOR ARENAS, Director Médico.
- DR. ÁLVARO REDONDO PADILLA, Auditor Médico.

**HISTORIA CLINICA. CLINICA REINA CATALINA (FOLIOS 673/691).**

A folio 674674 envés, obra historia clínica de urgencias, clínica Reina Catalina a nombre de YADIRA URON ROMERO, fechada 16 de enero de 2014 a la 1:39 p.m., en la que se describe: Paciente consciente, programada para CPRE. Antecedentes: Patológicos: Niega. Quirúrgicos/Traumáticos: Colecistectomía hace 1 mes, estuvo en UCI por 10 días, por lesión biliar y hepática, reducción de mamas, lipo más abdominopastia. Paciente con cuadro clínico de más o menos 4 meses de evolución, caracterizado por dolor abdominal en hipocondrio derecho, irradiado a espalda con reporte de ecografía, que muestra colelitiasis, por lo que realizan colecistectomía, la cual se complica con lesión en vía biliar, por lo que se programa para CPRE el día de hoy para control, motivo por el cual ingresa. Examen físico: Consciente. Glasgow: 15/15. Presión Arterial: 110/70. Pulso: 86. FR: 22. T: 36. Cráneo: Normocéfalo. ORL: Mucosa oral húmeda, pupilas fotoreactivas. Cuello: Móvil sin adenopatías. Corazón: Normal. Pulmones: RsCsRs sin soplo. Pulmones: Claros bien ventilados sin agregados Abdomen: Blando, depresible, doloroso en hipocondrio derecho con tubos de drenaje peristalsis positiva. Interconsultas: Resultados exámenes paraclínicos, EKG, imagenología. Impresión diagnóstica: POP de colecistectomía con lesión biliar y hepática. Firma YESENIA BRITO CUENTAS, médico general.

Visible a folio 678, obra descripción quirúrgica, fechada 16 de enero de 2014 a la 1:48 pm. Hora de inicio: 2:30 pm. Hora de finalización: 3:00 pm. Cirujano: Doctor EDUARDO CUELLO, Gastroenterólogo Endoscopista. Anestesiólogo: Doctor GUILLERMO ARIZA. Tipo de Anestesia: Sedación Midazolam 4 mg. Hioscina 20 mg, Ketamina 70 mg. Diagnóstico Preoperatorio: Fistula biliar post quirúrgico (?). Diagnóstico Postoperatorio: Oclusión biliar total por clips. Nombre de la intervención: CPRE. Descripción quirúrgica: Se realizó el procedimiento con el duodenoscopio Olympus TJF. 160 VF. Logrando llegar en forma satisfactoria hasta la segunda porción del duodeno, donde se visualiza la papila en su aspecto intraduodenal normal. Se canula selectivamente la vía biliar con guía hidrofílica. Se inyecta contraste, observando el colédoco de aspecto normal en tercio medio y distal. A nivel del hepático común, se observan clips que atraviesan la vía biliar, ocluyéndola en forma completa. No hay paso del medio de contraste y es imposible avanzar la guía a vía

biliar proximal, a pesar de múltiples intentos, por lo anterior se da por terminado el procedimiento y se deberá dar manejo quirúrgico. Se termina el procedimiento sin complicaciones. Firma EDUARDO CUELLO LACOUTURE.

A folio 679, obra Consentimiento informado para intervención quirúrgica, anestesia o procedimientos especiales, debidamente diligenciado y firmado por paciente y médico.

A folios 679 envés/680, obra récord de anestesia.

De folios 683/685, obran notas de enfermería.

Obra a folios 686/691, epicrisis.

**HISTORIA CLINICA. CLINICA DEL COUNTRY. BOGOTÁ (FOLIOS 168/180; 587/670).**

A folio 168, obra incapacidad médica, fecha de inicio 21-01-2014, finalización: 10-02-2014, días 30, firma JORGE ALBERTO OSPINA LONDOÑO

Obra a folio 169, recomendaciones de egreso, fechado 25 de enero de 2014

En el folio 170/171, obra descripción quirúrgica del 22 de febrero de 2014, a las 3:03 p.m. Inicio de cirugía: 11:05 Diagnósticos prequirúrgicos: Enfermedad de la vesícula biliar. Procedimientos quirúrgicos: Anastomosis de conducto hepático a tubo digestivo sod. Anastomosis de intestino delgado a intestino delgado sod. Reexploración de vías biliares sod. Reconstrucción de vías biliares sod. Equipo quirúrgico: Médico hospitalario ADRIANA CAROLINA BARRERA VARGAS, medicina general. Anestesiólogo: DOUGLAS DARIO LEAL RUIZ (Anestesiología y reanimación). Cirujano II: GERMÁN GOMEZ SANTOS (Cirugía vascular y Angiología). Cirujano: JORGE ALBERTO OSPINA LONDOÑO. Diagnósticos postquirúrgicos: Enfermedad de las vías biliares no especificada. Tipo de Anestesia: General. Descripción de hallazgos, procedimientos y complicaciones: Hallazgos: Lesión del hepático común a 1.5 cms de su bifurcación, con estenosis severa. Adherencias múltiples del duodeno al epiplón y los intestinos al lecho hepático y a la pared abdominal. Procedimiento: Paciente decúbito supino, bajo anestesia general, paso de sonda a cistofló, paso de catéter central, asepsia y antisepsia de sitio operatorio, campos quirúrgicos, se realiza incisión subcostal derecha, disección por planos hasta cavidad, liberación de adherencias gástricas duodenales y colónicas a la pared abdominal y al lecho hepático. Disección de derecha a izquierda y en sentido posterior, liberando tejido fibroso que permite finalmente exponer el conducto hepático, común para ello fue necesario seguir la placa de couinad. Canalización del conducto hepático y exploración radiológica que demuestra la lesión del hepático, su diámetro y los conductos proximales derecho e izquierdo. Se completa la disección del conducto hepático, se retira el tejido fibroso circundante y se expone la terminación del conducto con un diámetro aproximado de 8 mm. Exposición del ligamento de Treitz y selección de la primera asa de yeyuno, sección del meso de aproximadamente 30 cm y cierre del extremo distal con una sutura TA 60 que se refuerza con Prolene 3.0. Paso del asa de la Y transmesocolico y selección del sitio donde se hará la anastomosis. Colocación de 6 puntos anteriores en el colédoco, apertura del asa y colocación de 5 puntos posteriores anastomosando el colédoco al yeyuno en su cara posterior, se completa la línea de puntos anteriores pasándolos a yeyuno a la manera de Blumgart PDS 5:0.

Se anudan los puntos y se verifica la impermeabilidad de la anastomosis que se suspende del tejido fibroso perihepático. Anastomosis yeyuno-yeyunal en 2 planos, perforante total con Vicryl 3.0, sutura continua y seromuscular invaginante con Prolene 3:0, cierre de los defectos del meso con puntos separados de Prolene 3:0, lavado y limpieza de cavidad, fijación del asa de Chen a la parte más inferior y externa de la herida quirúrgica con Prolene 3:0, colocación de un dren de Jackson Pratt en área de la anastomosis, lavado de la herida, cierre de fascia en 2 planos con Vicryl 0, cierre de piel con sutura intradérmica de Prolene 2:0. Procedimiento sin

complicaciones. Recuento: Completo. Clasificación de la herida: Limpia. Sangrado: 600 c.c. Anatomía patológica: Ninguno. Firma doctor JORGE ALBERTO OSPINA LONDOÑO, cirugía general.

A folio 172 registra información general datos de ingreso, motivo de consulta, Programada para cirugía general, examen físico, signos vitales.

En los folios 173/180, se encuentran exámenes y procedimiento, órdenes médicas,

A folio 589, obra historia clínica, fechada 21 de febrero de 2014 a las 12: 35. Que dice: Motivo de consulta, Programada para cirugía. Paciente de 54 años de edad, quien se encuentra programada para reconstrucción de conductos biliares. Paciente con antecedente 5 de diciembre del 2013 de colecistectomía, presentando posteriormente, dolor, distensión abdominal, y ausencia de deposiciones, por lo que reingresa a esa institución. Se evidenció mediante TAC abdominal, Bilioperitoneo y mediante colangiografía, obstrucción a nivel de conducto hepático común. Por lo que se decide dejar drenaje percutáneo. Le realizan, además, el CPRE, donde al evidenciar este hallazgo, sugieren manejo quirúrgico, por lo que es remitida a esta institución, donde fue manejada inicialmente, evoluciona en forma estable, salida de drenes, y se programa para cirugía. Objetivo: aceptable estado general, paciente alerta y orientada. Signos vitales. TA: 120/80, FC: 75, FR: 16. CABEZA Y CUELLO normal, tórax, normal, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Pulmones sin sobrealargados, Abdomen normal, blando depresible, no doloroso, extremidades normales, eutróficas sin edema, neurológico normal, Glasgow: 15/15. Diagnóstico: Enfermedad de la vía biliar. Concepto y plan de tratamiento: Se habla con médico tratante, quien ordena estudios prequirúrgicos, valoración por anestesia y reserva de hemoderivados. Medicamentos formulados: Cloruro de sodio (solución salina) Solución inyectable 0.9% x 500 ml. Ordenes de hemoderivados: Unidad glóbulos rojos infiltrados. Unidad plasma fresco congelado. Exámenes y procedimientos ordenados: Clasificación sanguínea (hemoclasificación sanguínea RH). Cuadro hemático (hemograma). Protrombina tiempo de (PT tiempo de quick). Tromboplastina tiempo parcial de (tiempo de falina, TTP, TTPA, PTT, APTT). Potasio sérico. SGOT (Transaminasa oxalacetica AST). SGPT (Transaminasa pirúvica ALT). Sodio sérico. Prueba cruzada. Coombs indirecto (prueba indirecta de la antiglobulina). Fosfatasa alcalina. Fosfatasa alcalina total. Bilirrubina total. Bilirrubina directa. Firma MARIA ANGELICA SOLANO MANZANO, Medicina general.

A folios 611/612 envés, obra consentimiento informado.

A folio 612 envés obra valoración preanestésica.

**HISTORIA CLINICA. CLINICA PORTOAZUL (FOLIOS 181/399; 699/962).**

De folio 181, fecha de llegada 11/09/2015 a la 1.00 pm, motivo de consulta Triage. Fiebre, debilidad. Malestar general. Antecedentes de reconstrucción de la vía biliar. Paciente en postoperatorio día 14 de liberación de adherencias de intestino más reconstrucción de vía biliar en clínica Country Bogotá. Consulta por cuadro clínico que inicia el día de ayer, consistente en fiebre 38-39°C, acompañado desde el día de hoy de somnolencia, y tinte icterico. Niega dolor, vómito, diarrea o algún otro síntoma. Antecedentes: Quirúrgico. Cistectomía año 2013. Cirugía de vías biliares (derivación transparietohepatica por estenosis biliar y colangitis. - anastomosis de vía biliar a yeyuno. El 4 de mayo, le realizaron drenaje biliar más bilioplastia. Pleurectomía, y decorticacion por videotoracoscopia (por empiema 08-05-2015). Cirugía estética, cesárea 1. Hemorroidectomía. Farmacológicos: Dolex ¿?. Hiderax. Hospitalarios: Por cirugías. Gineco-obstétricos: G1 C1. Revisión por sistemas: Piel y faneras. Órganos de los sentidos. Respiratorio. Cardiovascular. Gastrointestinal... Genitourinario, endocrino, musculoesquelético, salud mental: Normales. Examen físico: TA: 110/70, FC: 90, FR: 20, SAT: 100%. Paciente en regulares condiciones generales, febril al tacto, examen físico segmentario: Normocéfala, escleras ictericas, mucosa oral húmeda, cuello móvil, no ingurgitación yugular, tórax simétrico expansible, cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, pulmones claros, bien

ventilados. Abdomen: Peristalsis positiva, blando, depresible. No Doloroso a la palpación. Genitourinario, no valorado. Extremidades eutróficas sin edemas, Neurológico Somnolienta, obedece órdenes. Glasgow: 14/15. Impresión diagnóstica. Ictericia no especificada. Fiebre no especificada. Plan de tratamiento: Se comenta el caso con cirugía general, doctora CATALINA, quien vendrá a valoración. 1. Observación. 2. Líquidos parenterales. Hartman 500 ml bolo ahora y continuar a 100 cc hora. 3. Dipirona 1 gr intravenoso ahora. 4. Se solicita laboratorios, hemograma BUN, creatinina, TP, TPT, GOT, GPT, fosfatasa alcalina. - Bilirrubina, Parcial de orina, ecografía de vía hepática (ultrasonografía de hígado páncreas, vías biliares y vesícula biliar). 5. revalorar con resultados). Firma ADRIANA AVENDAÑO. Medicina general.

11/09/2015 a las 20:18, respuesta a interconsulta, folio 185. Realizada por la doctora BARROS MERCADO CATALINA, cirugía general. Femenina de 56 años, antecedente de lesión de vía biliar, durante colecistectomía laparoscópica en 2013, con posterior reconstrucción de la vía biliar en 2014, requirió nueva intervención quirúrgica e 28/08/2015, liberación de adherencias más reconstrucción de vía biliar, hepático - yeyuno anastomosis en asa de Chen con evolución postoperatorio inicial adecuada, consulta en el día de hoy, por cuadro de 36 horas, caracterizado por fiebre de 39.5°C, dolor en hipocondrio derecho, tinte icterico en escleras y desde hoy con alteración del estado de conciencia. Encuentro paciente somnolienta, taquicárdica, 105 por minuto. Con TA: 110/70, Febril 40°C ruidos cardíacos rítmicos, pulmones con murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, abdomen, peristalsis +, blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, sin datos de irritación peritoneal. Paciente en regular estado, con datos de SIRS dados por neutrofilia, fiebre, taquicardia, en respuesta a colangitis. Bilirrubinemia de 3.7 a expensa de bilirrubina directa 3.5, fosfatasa alcalina elevada 550. Cursa con falla renal aguda, creatinina 2.7, en relación a estado séptico, además, tiempos de coagulación prolongado. Impresión diagnóstica: Sepsis de foco biliar- COLANGITIS-post reconstrucción de vía biliar 28-8-2015, insuficiencia renal aguda. Se comenta paciente con doctor REBOLLEDA, quien considera traslado inmediato a unidad.

Obra a folio 186, orden de hospitalización.

A folios 700/704, fecha de atención 05/04/2015, motivo de consulta: Enfermedad general. Antecedentes quirúrgicos: Los consignados en la nota anterior. Revisión por sistema. Síntomas constitucionales o generales normales, Piel y faneras. Órganos de los sentidos. Respiratorio. Cardiovascular. Gastrointestinal, Genitourinario, endocrino, musculoesquelético, salud mental: Normales. Paciente alerta, consciente, afebril, en buen estado general, Examen físico segmentario, cabeza, cuello dentro de límites normales, tórax, cardiopulmonar: Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, pulmones claros, ventilados. Abdomen Normal, genitourinario no valorado, extremidades y piel normal, neurológico sin déficit. Impresión diagnóstica: urticaria alérgica. Plan de tratamiento Hidrocortisona 100 mg intravenoso. Cabegyl 1 amp intramuscular. Salida con recomendación, signos de alarma, recomendación, fórmula. Alta médica el 15-04-2015 a las 17:52. Diagnóstico: urticaria alérgica. Firma MILENA MEZA VISEAL.

A folios 705/710, obra en membrete de la Clínica Portoazul, detalle atención urgencia fecha de atención: 30-04-2015, a nombre de URON ROMERO YADIRA. Antecedentes, conocidos y anotados en folios precedentes. Examen físico: 30-04-2015 a las 21: 54. TA: 115/60, SAT: 98%, FC: 64 FR: 20. Exámenes laboratorios solicitados, a folio 708/709, fechado 30-04-2015 a las 18:05, doctora JENNY ORTIZ, subjetivo: Paciente femenina de 56 años, con cuadro clínicos que inició en diciembre de 2013, consistente en cólico biliar, razón por la cual ingresa a urgencia otra institución. En donde realizan colecistectomía, al parecer no tenía datos de litiasis biliar, posterior a esto, la paciente presenta aumento progresivo del perímetro biliar y edema de miembros inferiores, razón por la cual es hospitalizada nuevamente, encontrado peritonitis, requiere intervención quirúrgica y estancia en UCI. Como hallazgo de esta hospitalización, tenía ruptura de vía biliar. Paciente quien posterior a esto, es llevada a Bogotá, en donde realizan reconstrucción de la vía biliar, posterior

a esto, le dan egreso a casa con seguimiento ambulatorio. Paciente quien, desde hace 15 días aproximadamente, inicia con prurito generalizado, sin ictericia; revisa la vía biliar, encontrando datos de hiperbilirrubinemia y elevación de la fosfatasa alcalina, por lo que el día de hoy es llevada a colocación de stent biliar, sin embargo, no fue posible la realización de dicho procedimiento, por lo que colocan dren percutáneo ingresa para ser hospitalizada con expectativa de nueva revisión de la vía biliar y colocación de stent a ese nivel. Antecedentes: Los descritos. Medicamentos: Niega. Tóxicos niega. Quirúrgicos los descritos. Signos vitales: TA: 120/70, FC 84, FR: 16, Mucosa oral seca, cuello sin tirajes, cardiopulmonar normal, abdomen con dren percutáneo en flanco derecho, a través del cual se obtienen liquido amarillento bilioso. Extremidades sin edema, SNC integro. Paciente con cuadro de obstrucción de vía biliar, se le realiza intervención para el drenaje de la misma. Sin embargo, requiere colocación de un stent biliar, una vez las condiciones de la paciente lo permita Se decide hospitalizar en sala general y según evolución se tomará conductas adicionales. Diagnósticos: Postoperatorio de drenaje de vía biliar, más colocación de dren percutáneo. 1.1 obstrucción de vía biliar secundaria a estenosis de la misma. 1.2 antecedentes de reconstrucción de la vía biliar. Plan: Extremo cuidado con el catéter percutáneo: es susceptible de ser traccionado. Hospitalizar en sala general. LEV Ringer pasar bolo de 100 cc continuar con 100 cc hora.

A folio 709, fechado 30-04-2015 a las 18:52, doctora KELLY ORTIZ BELEÑO, Diagnóstico de alta obstrucción de vía biliar.

Muestran los folios 707/713, fecha de hospitalización: 30-04-2015 a las 22: 48, medicamentos: Acetaminofén, omeprazol, ciprofloxacino, líquidos endovenosos. Evolución médica. Subjetivo: Refiere sentirse bien. Objetivo, Estable hemodinámicamente, afebril hidratada, debe continuar con antibióticos endovenoso y seguimiento por medicina interna y radiología intervencionista. Se instaura plan de tratamiento.

A folio 718, fechada 01/05/2015, paciente con buena evolución, sin signos de colangitis. Dolor controlado sin episodios de exacerbación. Drenaje por la colecistectomía y drenaje por la colecistectomía: Claro, limpio, no purulento. Bajaron transaminasas y bilirrubinas. Fosfatasa alcalina 613 y continúa manejo con antibiótico y analgesia. Firma SERGIO GONZALEZ, medicina interna.

Obra a folios 719/723, fechado 02-05-2015. Análisis. Doctor FORZALLI, ordena realización de colangioplastia más colocación de derivación de catéter interna-externa y posible colangiografía retrograda por asa de Chen. Radiografía intervencionista solicita Rx de tórax, considera que el dolor es secundario a irritación intercostal por el catéter de colecistectomía. No hay signos de colangitis. Continuar plan de tratamiento.

De folios 724/728, fechado 03-05-2015 a las 9:50, doctora ANGELICA PADILLA HIGGINS medicina interna, subjetivo postoperatorio de colecistectomía por radiología intervencionista. - estenosis de la vía biliar. - antecedente y reconstrucción de la vía biliar, persiste con dolor en sitio de la inserción del catéter con el movimiento. Diuresis positiva. Deposición positiva. Tolera vía oral. No fiebre. ANALISIS: Rx de tórax normal. Se considera que el cuadro es secundario a irritación asociada al catéter, sin signos de colangitis o infección local. Consigna resultados de laboratorio. Se deja manejo sin cambios, y se anota que en el día de mañana será llevada a radiología intervencionista.

Fechado 03-05-2015 a las 06:16, doctora NATALY DÍAZ ALTAMAR. Análisis: Paciente con diagnósticos conocidos, comenta dolor en hipocondrio derecho, que se irradia a todo el abdomen, al momento de la valoración, abdomen doloroso en todos los cuadrantes. Con dren funcionando. No masas no megalias. Sin irritación peritoneal. Por lo que ordeno Buscapina compuesta.

Registran los folios 729/732, fechado 04-05-2015, evolución, en la que se registra: Paciente sin mayores cambios de sus condiciones clínicas, evolucionando de manera estable.

A folios 732/740, fechado 05-05.2015 a las 22:00, firma, doctor R. FOUZALLI SABBAG, radiólogos realizó colangioradiografía percutánea más colangioplastia el día de ayer. Se colocó un catéter de drenaje biliar interno-externo. La paciente se siente bien. Del catéter está drenando adecuadamente. No presenta dolor. Se realizará endoscopia para confirmar que la anastomosis esté a nivel de bulbo duodenal. De ser así, las colangioplastias subsecuentes, se realizarán por CPRE. Plan: Endoscopia de vías digestivas altas a las 2 p.m. Alta en el día de hoy, después de la endoscopia. Irrigación por catéter. Posible retiro el día viernes 8, ambulatoriamente.

Obra a folio 737, nota de conclusión, que dice: Revisión de catéter original demostrando que está en localización extra biliar. Colangiografía percutánea de novo, demostrando leve dilatación del sistema biliar intrahepático. No hay comunicación con sistema biliar izquierdo. Obstrucción total del colédoco a nivel de anastomosis. Si logra avanzar el área de estenosis y se realizan dilataciones seriales con angioplastias con balón con conquest de 8 milímetros con 4 centímetros. Colangiografía con colangioplastia, demuestra permeabilidad de la anastomosis con estenosis residual, sin evidencia de complicaciones. Colocación de catéter de drenaje interno-externo. El catéter debe ser irrigado dos veces al día y dejado a drenaje externo por 48 horas, después de ser cerrado para favorecer drenaje interno. Plan: La paciente regresará al final de la semana para revisión del catéter e identificar permeabilidad del área de anastomosis. Se abre la posibilidad de realización de otra colangioplastia con balón de mayor diámetro. En este momento, se decidirá si se retira catéteres de drenaje interno-externo.

En los folios 741/746, fechado 08-05-2015 a las 13:41, medica MILENA MEZA VISBAL. Que dice. Enfermedad actual: paciente remitida de Sabbag radiólogo, para valoración por cirugía de tórax. Paciente ingresa inicialmente a Sabbag, y desde su domicilio, con diagnóstico de obstrucción biliar más anastomosis de vía biliar a yeyuno, el día 4 de mayo el realizan drenaje biliar, más bilioplastia e ingresa el día de hoy, para revisión y retiro de catéter de drenaje de vía biliar. Se realiza procedimiento de retiro de catéter. Y se observa por angiografía, derrame pleural derecho por lo que es remitida. La paciente refiere sensación de ahogo. motivo que origina la atención; Enfermedad general. Antecedentes ya anotados. Examen físico: Consciente, alerta orientada. Examen físico segmentario: Normocéfala, mucosa oral húmeda, otorrinolaringología Normal, cuello móvil sin adenopatía, tórax: cardiopulmonares ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, pulmones hipoventilación en base derecha, abdomen blando, depresible, no masas. Genitourinario no valorado, extremidades eutróficas sin edema, neurológico sin déficit, IDX, derrame pleural. Plan de tratamiento, laboratorio, interconsulta a cirugía de tórax.

Ese mismo día a las 14:24, obra evolución médica realizada por DIEGO PARDO P, cirugía general, folio 744, que dice: imágenes muestran extenso derrame pleural derecho, con colapso de lóbulo inferior derecho y con septos. Análisis: Paciente con cuadro compatible con empiema quien requiere derrame pleural y decorticación, por videotoracoscopia. Se Solicitan prequirúrgicos, y se programa procedimiento. Se ordena hospitalización. 15:43. 08-05-2015, doctora Milena Visbal

A folio 747, doctora NATALY SOFIA ALTAMAR, evoluciona a la paciente, fechada 08-05-2015 enfermedad actual: se consigna además de lo anotado, se realiza procedimiento sin complicaciones, con buena recuperación a cargo de cirugía de tórax.

Ese mismo día a las 18:05, folio 749, el doctor LUIS RUEDA MARULANDA, cirujano de tórax, valora a la paciente y dice. Postoperatorio de decorticación y pleurectomía,

VATS derecha, plan órdenes médicas del postoperatorio. Rx de tórax, GRAM y cultivo, KOH de membranas pleurales.

En el folio 762, obra procedimiento quirúrgico de decorticación y pleurectomía, sin complicaciones. Le formulan antibióticos profilácticos, destino de la paciente, recuperación.

A folio 765, fechado 11/05/2015 a las 17:04, el medico LUIS RUEDA MARILANDO, cirujano de Tórax, anotas: Análisis: evolución adecuada, no SIRS, no ictericia, drenaje claro, escaso. Plan; Se retira Blake sin complicaciones, salida con recomendación y control consulta externa.

En el folio 766, se encuentra nota de enfermería.

A folio 767, se registra EPICRISIS. Diagnóstico de egreso: Derrame pleural no especificado LEON NATERA SILVERA.

Muestran los folios 768/774, fechado 11-09-2015 a las 21:21, medica ADRIANA AVENDAÑO, dice lo siguiente: paciente que en su postoperatorio día 14, de liberación de adherencias de intestino y reconstrucción de vía biliar, clínica country de Bogotá, consulta por cuadro clínico que inicia el día de ayer, consistente en fiebre de 38.9°C acompañado, desde el día de hoy, con somnolencia y tinte icterico, motivo por el cual consulta. Niega dolor, vómitos, diarrea o alguno otro síntoma. Antecedentes (conocidos y consignados atrás). Examen físico: Signos vitales: TA: 10/70. Sat: 100%, T: 40°C FC: 90, FR: 20. Examen físico segmentario: Normocéfala, escleras ictericas, mucosa oral húmeda, cuello móvil, no ingurgitación yugular, tórax simétrico no expansible. Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos son soplos, pulmones claros bien ventilados. Abdomen peristalsis +, blando, depresible, no doloroso. Genitourinario no valorado. Extremidades y piel: Simétricas sin edemas. Somnolienta, obedece órdenes. Glasgow: 14/15. Plan de tratamiento: Paciente será revalorada por cirugía general. Se administra medicamentos. Interconsulta cirugía general, folio 772, fechada 11-09-2015 (md BARROS MERCADO CATALINA, especialista en Cirugía general), femenina de 56 años, antecedente de lesión de vía biliar durante colecistectomía laparoscópica en el 2013, con posterior reconstrucción en el 2014. Requirió nueva intervención quirúrgica el 28-08-2015: liberación de adherencias más reconstrucción de vía biliar, hepático yeyuno anastomosis en asa de Chen, con evolución postoperatoria inicial adecuada. Consulta el día de hoy por cuadro de 36 horas, caracterizado por fiebre de 39.5°C, dolor en hipocondrio derecho, tinte icterico en escleras y desde hoy con alteración del estado de conciencia. Encuentro paciente somnolienta, taquicárdica de 105 latidos por minutos, TA: 110/70, FEBRIL, 40°C, RCR: Pulmones murmullo vesicular en ambos campos pulmonares. Abdomen: Peristalsis +, blando, dolorosos a la palpación en hipocondrio derecho, sin datos de irritación peritoneal. Paciente en regular estado general. Datos de SIRS, dados por neutrofilia, fiebre, taquicardia, en respuesta a colangitis. Hiperbilirrubinemia de 7.7, a expensas de bilirrubina directa, fosfatasa alcalina elevada (55°), cursa con falla renal aguda. Creatinina: 2.7, en relación a estado séptico. Además, tiempo de coagulación elevado. Impresión diagnóstica: Sepsis foco biliar. Colangitis. Postoperatoria reconstrucción de vía biliar. Insuficiencia renal aguda.

El día 12-09-2015, se solicitan paraclínicos, (laboratorio clínico, cardiología radiología) se prescriben medicamentos, paciente bajo estricto control clínicos, en unidad de cuidado crítico.

A folio 805, fechado 14-09-2015 a las 20: 28 hora, doctor ALFONSO CAIFA DE LA ROSA, medicina interna. Subjetivo: Paciente femenina de 56 años, en su tercer día de estancia en la UCI, con diagnóstico de: 1, Postoperatorio tardío de liberación de adherencia, más reconstrucción de vía biliar, hepático yeyuno anastomosis en asa de Chen. 2. Choque séptico de origen biliar secundario. 3- Colangitis severa por gran negativo. 4. Antecedente de colecistectomía (2013). 5. Antecedente de reconstrucción vía biliar (2014). 6. Antecedente de derivación transparietohepatico

por estenosis biliar y colangitis (mayo 2015). 7. Antecedente de pleurectomía más decorticación derecha por protórax (agosto 2015). 8. Desnutrición proteico calórica. 9. Insuficiencia renal aguda. 10. Anemia normocítica normocrómica. 11. Diarrea. Análisis: Paciente con pronóstico reservado. Plan: Continuar con igual indicaciones.

En fecha 14-09-2015 a las 03:55, folio 805, JOSE REY SAAVEDRA, anesthesiólogo, consigna evoluciona con ventilación mecánica, con tubo traqueal, afebril, con ictericia, ruidos cardiacos taquicárdicos dependiente de noradrenalina, ruidos respiratorios con hipoventilación basal, recibiendo nutrición parenteral. Sonda vesical a cistofló. Edema grado I de extremidades inferiores, no cianosis. Función renal con creatinina elevada, pero riñón que responde a diurético. Se hace corrección acido base. Se inicia infusión de insulina por hiperglicemia marcada. Continúa igual manejo antibiótico.

A folios 811/821, fechado 15-09-2015, 822/835, fechado 16-09-2015, la paciente evoluciona en condiciones muy críticas.

Obrante a folios 836/844, fechado 17-09-2015, paciente en condiciones críticas estacionarias.

A folios 845/854, fechado 19-09-2015, paciente en iguales condiciones clínicas,

Registran los folios 855/864, fechado 19-09-2015, a las 19:52, JOSE REY SAAVEDRA, anesthesiólogo, consigna. Paciente en sus 22 días de reconstrucción de vía biliar, y quien presenta shock séptico, por colangitis secundaria a Enterobacter Cloacae multirresistente, en manejo con siticlina, continua coagulopática, en terapia dialítica, pero con volumen urinarios excelentes, con hiperglicemias persistentes. En coagulopatía con traquetopenia severa. Ha recibido múltiples transfusiones de productos sanguíneos. Recibió infusión de hemoglobulina.

En los folios 865/874, el doctor ALFONSO CAIFFA, fechada 20-09-2015, valora y concluye en su análisis, sin mayores variaciones.

A folios 865/883, del 21-09-2015, el médico LUIS RODRIGUEZ GARIA, especialista en medicina crítica e intensiva, valoración objetiva subjetiva y concluye en su análisis: Paciente en condición crítica, ha tolerado la extubación, persiste con datos de SIRS, dados por leucocitosis y neutrofilia. Sin embargo, no ha presentado fiebre y su estado general, luce mejor. Se continúa con igual plan de manejo. Ha presentado intolerancia a la Glucerna dada por deposiciones diarreicas, probablemente de origen osmótico. Requiere continuar con nutrición mixta parenteral y enteral. Esto último por menor osmolaridad, por lo que se solicitó osmolite en infusión continua.

Se evidencia a folios 884/891 del 22/09/2015 a las 29:57, que el médico LUIS RODRIGUEZ GARCIA, especialista en medicina crítica y cuidados intensivos, realiza valoración subjetiva y objetiva y concluye que la paciente evoluciona a la mejoría clínica, y se solicita laboratorio.

A folios 882/900 del 23-09-2015 y folios 901/908 del 24/09/2015 y folio 909/916, del 25-09-2015 a las 23:20, la doctora ROSALINDA RODRIGUEZ MOSCOTE, Consigna Subjetiva. Ingreso a piso, paciente de 56 años de edad en su 15 día de estancia en UCI con diagnóstico de: 1. Postoperatorio tardío de liberación de adherencia más reconstrucción de vía biliar hepático yeyuno de anastomosis de asa de Chen. 2. Choque séptico en resolución. 3. Insuficiencia renal aguda en Resolución. Paciente quien ingresa a piso, estable, llama la atención edema de las extremidades, actualmente, no signos de abdomen quirúrgico, estable, hemodinámicamente. Se hace plan y tratamiento médicos.

A folios 917/920, de fecha 26/09-2015 a las 20:16, el doctor CARLOS CAMACHO GONZALEZ, valora subjetiva y objetivamente, y concluye: Paciente hemodinámicamente estable, sin deterioro de su condición clínica, seguimiento por cirugía general. Se hace plan terapéutico.

Muestran los folios 921/926 de fecha 27-09-2015; folios 927/933 del 28-09-2015; a folios 934/940, de fecha 29-09-2015. A folios 941/945 de fecha 01-10-2015, a folio 946/951 de fecha 01-10-2015 a las 3:31, doctora DIANA CUEVAS PINILLA, valora subjetiva y objetivamente al paciente: Mejoría clínica, no fiebre. Tolerancia vía oral. Diuresis positiva más deposición. Valoración objetivo: Mucosas húmedas, conjuntivas rosadas, no ingurgitación yugular. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, respiratorios sin agregados, abdomen blando no doloroso, no megalias. Edema II en miembros inferiores. Neurológico sin déficit. Análisis: Cuadro hemático: HB 10.4 HTO: 31.9, PLAQ: 191.000. LEUCOS: 838, NEUTROFILOS: 4550, PCR: 3.6. CREATININA: 0.4, ALT: 9, FA: 2.47, Albumina: 3.5, ASAT: 12, BP: 1.31, BD: 0.84.

Con estabilidad clínica quien puede recibir egreso con PHD para completar manejo en casa. Se deja cubrimiento combinado con Tigleciclina más meropenem por el tipo de bacteria y resistencia. Plan: se solicita PHD.

A folios 952/956, obra alta médica fechada 02.10.2015, firmado por la médica ROSALINDA MOSCOTE.

Obrante a folio 955, medicina interna fechada 02-09-2015 a las 9:29, realiza valoración subjetiva y objetiva y concluye en su análisis: En espera de phd. Plan: pendiente phd. Dieta hiperproteica. Tapón venoso, Tigleciclina 50 mg IC cada 12 horas completar 10 días D11/12. Meropenem 1 gr IV cada 8 horas D3/10. Furosemida 40 mg VO día. Metoclopramida 10 mg VO cada 8 horas. Esomeprazol 20 mg VO día. Enoxaparina 40 mg SC día. Terapia física cada 12 horas. Control de signos y avisar cambios.

En el folio 956, fechada 02-10-2015 a las 12:20, médica ROSALINDA RODRIGUEZ MOSCOTE obra epicrisis y resumen de hospitalización.

A folio 957 diagnóstico de egreso 02-10-2015 a las 12:57. diagnóstico de egreso: Insuficiencia renal aguda no especificada, insuficiencia respiratoria, colangitis, choque no especificado.

En los folios 958/960 del 13-10-2015, a las 12:17, motivo de consulta Triage: "tengo taquicardia y nerviosa". la nota la realiza BARROS MONROY JHONATTAN.

Muestra el folio 961, a las 15:00, enfermedad actual: Paciente que siente taquicardia. Paciente quien estaba hospitalizada en esta misma institución por una infección asociada al cuidado médico. Actualmente con Ursacol, y Omeprazol. Paciente refiere que presenta insomnio, niega dolor torácico. Antecedentes: Conocidos. Examen físico según entario: Normocéfala, mucosa oral húmeda, tórax simétrico expansible, cardiopulmonar, ruidos cardíacos rítmicos, presencia de murmullo vesicular. Abdomen blando depresible. Genitourinario no se explora. Extremidades y piel eutrófica, neurológico sin déficit. Impresión diagnóstica: Trastorno de ansiedad orgánico. Plan de tratamiento: Paciente a quien se le realiza EKG quien muestra lpm: 89. Ritmo sinusal, se decide iniciar ansiolíticos, pero la paciente rechaza el uso de éste y se da alta médica. Alta médica 13-10-2015 a las 0:56. Diagnóstico de alta taquicardia no especificada. Trastorno de ansiedad orgánico. BARROS MONROY JHONATTAN.

**DILIGENCIA DE AMPLIACION DE LA DENUNCIA PRESENTADA POR LA SEÑORA YADIRA URÓN ROMERO (FOLIOS 972/973).**

Se le pregunta a la declarante, si desea ampliar la queja presentada ante este despacho contra el doctor GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT. Contestó: "Sí, nunca presenté problemas de vesícula, jamás, llegué a una emergencia en la clínica del Caribe del Barranquilla y la solución a mi dolor era la operación. Me sentí presionada. mi póliza es de Allianz Drummond, yo era jefe nacional de ventas de laboratorios Ross de Elen y estaba en pleno cierre de año porque era 5 de diciembre de 2013. Pedí que, si me podían aplicar algo, aplazar mi cirugía y volver programada para una cirugía de vesícula que tengo entendido es algo sencillo. Pero la respuesta de él, la enfermera jefa y la clínica del Caribe fue "te operas, es urgente". En vista de

eso, como paciente, me someto a lo que dice el médico y me dejan interna, me programan a cirugía para el día siguiente, no sin antes haber sido presionada por la enfermera, firma, firma, porque yo estuve a punto de arrepentirme. Al otro día fui operada, cuando salí de cirugía en la tarde que él me va a ver a mi habitación, yo siento mi abdomen distendido, él me dice que es normal, y me dan salida el 07 de diciembre de 2013. Puedo agregar es que mi abdomen crecía y crecía y el doctor GIOVANNI OSPINO telefónicamente me ordenaba pastillas, que caminando se me quitaba, y así duré desde el 07 de diciembre de 2013 hasta el 14 de diciembre de 2013 que ya estoy muy mal. Él hace una cirugía el 22-23 de diciembre, no recuerdo, él me hizo una cirugía donde me colocó 4 drenes de silicona, largos, me sentí como una mula de narcotráfico al subirme al avión de Avianca y ocultarlos para que me dejaran viajar a Bogotá para hacerme una cirugía que supuestamente me iba a arreglar mi problema porque en Barranquilla ningún médico podía hacerlo por la gravedad de mi estado. El médico de la clínica Country, doctor JORGE OSPINO, me encontró desnutrida, no me pudo operar, tuve que restablecerme para hacerme la reconstrucción de la vía biliar. Yo iba tres veces al baño en el día, porque los antibióticos me aflojaron el estómago. El diagnóstico de regreso a la clínica era que estaba tapada que no podía ir al baño, yo le decía que es imposible si yo voy al baño 3 veces por los antibióticos y ahí comienza la improvisación, la adivinación, porque ni la clínica ni el médico resolvieron mi problema. El doctor GIOVANNI OSPINO, ordenó por teléfono una ecografía en el abdomen, la cual arrojó líquido, había un líquido en el abdomen y era líquido biliar. Fui entrando en crisis y se presentó en horas de la noche a la clínica, con su profesor, no sé el nombre, y el doctor HÉCTOR PULIDO, aparte médicos amigos míos estuvieron conmigo en ese momento que él llegó. Su profesor le dijo al doctor GIOVANNI OSPINO, que me punzaran el abdomen como una solución y extrajeran el líquido biliar, me punzó del lado izquierdo y su profesor le dijo es del lado derecho que debes punzar. Lo hizo y me sacaron 5 litros de líquido biliar. Me sentí "súper bien" como cuando hay un globo inflado y le sacas el aire, así mi abdomen empezó a recogerse y me fui descompensando. De inmediato el intensivista de la clínica del Caribe, no recuerdo su nombre, ordena trasladarme a cuidados intensivos y estuve hasta el 28 de diciembre de 2013 aproximadamente, luego bajé a piso hasta el 31 de diciembre que me dio de alta. Lo demás está escrito en la queja. El doctor GIOVANNI OSPINO SAUMETT duró 5 días improvisando diagnósticos, mientras tanto yo iba entrando en crisis. Mi problema no era de gases como él lo dijo vía telefónica a las enfermeras, la sonda no funcionó. Mi vida laboral terminó el día que él me operó, porque duré casi 4 meses incapacitada. Cuando volví a trabajar, volví a enfermarme, se me tapó la vía biliar, él me abandonó en el proceso, porque él me dijo vuelve en 4 meses. Mi vida laboral empezó a tener altibajos, en la empresa fueron muy conscientes y yo trabajaba desde mi casa por computador, incapacitada. Hasta que llegó el momento en que mi jefe me dijo "miremos que hacemos, pero no podemos seguir hospitalizada, en la casa, en la oficina" trabajé intermitentemente, en ningún momento me sentí presionada por mis jefes, pero yo fui consciente y renuncié. El doctor GIOVANNI OSPINO me dijo que regresara en 4 meses para hacerme una cirugía, pero busqué otra opción porque diariamente tenía que vaciar los drenes, medirlos y anotarlos, tengo esa libretita en mi casa, todo el líquido biliar que salía a diario y durante el día, llegó un momento en que sentí asco de mí misma, y le tocaba a mi esposo y a mi hija que dejó la universidad en Estados Unidos para venirme a cuidar, con esto, me tocó interrumpir su carrera y ellos eran quienes me hacían eso porque llegó un punto que yo no resistía ver el líquido biliar. Si yo no tomo esa decisión de buscar otra opción, hubiese muerto. A mí me tocó tener enfermera en casa para que me curara los drenajes, se me infectaban y todo esto sola, sin el doctor GIOVANNI OSPINO, nunca más él volvió a saber de mí, ni una llamada telefónica para decir "como siguió mi paciente". Como mujer que siempre me he cuidado y trabajé 35 años en el área comercial en el ramo de la belleza, quedé marcada de por vida que no puedo ni ponerme un vestido de baño, cualquiera dirá no tienes edad para eso, pero no interesa la edad, sino como me cuidaba yo y cómo me sigo cuidando a pesar de todo el calvario que sigo viviendo, ya que el doctor GIOVANNI OSPINO SAUMETT, me creó una enfermedad que se llama Colestasis aguda, y tomo una pastilla de por vida que se llama Ursacol cada 12 horas. Yo hasta el momento tengo problemas de vía biliar, aparte de las marcas que tengo en mi

abdomen y en mis piernas". Al preguntársele, Cuándo dejó de verla el doctor GIOVANNI OSPINO. Contestó: El doctor GIOVANNI OSPINO dejó de atenderme después que me hizo la cirugía que me colocó los drenes, me citó como a los 7 días después de la cirugía para una revisión de rutina y me atendió en el mes de enero de 2014, los primeros días, en emergencia de la clínica del Caribe que fue cuando me dio la noticia "te veo en 4 meses" en el mes de abril, y yo no podía creer. Usted me va a dejar así y voy a trabajar. Yo le dije no doctor. Ante la pregunta, en esos 4 meses que el doctor OSPINO le dijo que la volvería a ver, cómo fue su salud y si buscó atención médica por otra parte. Contestó: Sí, de inmediato fue cuando busqué un nuevo concepto médico en común acuerdo con mi esposo y con mi hija, el doctor DAZA y él me remite al doctor CUELLO porque lo mío era delicado, el doctor CUELLO es una eminencia en Barranquilla en cuestiones de esa cirugía me dijo el doctor DAZA. El doctor CUELLO me iba a colocar un estén en la clínica Reina Catalina, el cual está redactado en la anterior declaración. Él me encontró una grapa, a los 10 minutos salí del quirófano con la anestesia que me iban a colocar durante esa cirugía, cuando yo despierto y me dan la mala noticia que no fui operada por ese motivo, comencé a llorar a grito entero creo que en toda la clínica se escuchó.

**DILIGENCIA DE VERSION LIBRE Y ESPONTANEA QUE RINDE EL DOCTOR GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT (FOLIOS 974/978).**

El versionado manifiesta ser especialista en Cirugía General en la Universidad de Costa Rica y especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva en la Universidad Central de Venezuela. Conoce los motivos por los cuales fue citado a este Despacho. La paciente YADIRA URON ROMERO, ingresó a la clínica del Caribe SA el día 03 de diciembre de 2013 a las 3:34 pm, donde es valorada por los médicos generales de urgencia refiriendo a la anamnesis historia de dolor abdominal, dolor lumbar irradiado a hipocondrio y flanco derecho, iniciado en horas de la mañana; asociado a náuseas, vómitos y malestar general. Signos y síntomas que no le permitían ingerir alimentos. Los galenos de turno luego de realizar una completa historia clínica, ordenan paraclínicos y exámenes radiológicos. A las 6:57 de la noche del mismo día, se evidencia por un ultrasonido abdominal practicado en Sabbag Radiólogos un hidrocolecisto más una colecistitis alitiásica (inflamación aguda de la vesícula sin presencia de cálculos). Hasta ese momento se tenía por parte de los médicos generales diagnóstico imagenológico que posteriormente por estudio histopatológico se corroboró la presencia de inflamación crónica y aguda de la vesícula más presencia de cálculo en su interior. Es de destacar que con o sin cálculos se estaba en frente de una inflamación de la vesícula o colecistitis que tiene indicación quirúrgica. Luego de este examen lógico cronológico del cuadro clínico evidenciado por la paciente YADIRA URÓN ROMERO, y habiéndole ordenado por presencia de hematuria y leucocituria, un Pielotac, donde se evidencia la presencia de los hallazgos en la vesícula biliar: Hidrops vesicular, colecistitis aguda, y cálculo en clavado en el cuello vesicular, dando sustentación a mi conducta quirúrgica a través de un procedimiento mínimamente invasivo llamado colecistectomía por videolaparoscopia. Este proceso entre el orden del Pielotac y la preparación y realización del mismo, duró casi 36 horas, tiempo en que tomé la conducta de la cirugía. No es verdad por parte de la paciente que se tomó la conducta quirúrgica apenas ella llegó a la urgencia, ya que para realizar el Pielotac ameritaba laboratorios para la valoración de la función renal (BUN, creatinina y urea). El día 04 de diciembre la paciente evalúa satisfactoriamente, tal como se nota en las evoluciones por médico general y por enfermería / las hechas por mí, reportadas a las 5 pm de ese día y en ese momento se da el reporte del Pielotac, dando explicaciones este reporte a toda la sintomatología referida por la paciente. Ante esto, se le explica a la señora YADIRA URON todos los riesgos de la cirugía mínimamente invasiva, los riesgos de no operarse y ante el entendimiento de estas indicaciones, y autorización por parte de la paciente, solicito la autorización para la cirugía a su EPS. Se solicita valoración preanestésica, valoración por medicina interna, exámenes prequirúrgicos, valoración por anestesia y se reservan dos unidades de sangre. La paciente es llevada 05 de diciembre de 2013 a las 7 y 10 de la mañana. En la historia clínica reposa la evolución realizada por mí el día 06 de diciembre de 2013 a las 2:51 pm, en la cual se plasma una completa evolución teniendo en cuenta los aspectos subjetivos, objetivos, análisis y plan ordenado como

medicamentos paliativos necesarios para mejorar la sintomatología presentado en el postoperatorio inmediato. Existía distensión abdominal leve, se evolucionó eficientemente por parte de los médicos generales de turno y mi persona, y siempre se le comentó a la paciente que son signos y síntomas acordes a la evolución normal de ese postoperatorio, solo hizo falta que la paciente realizara deposiciones y se dio la orden de cuando éste estuviera presente, se le diera el alta; lo que no es cierto que cuando se le dio alta, la distensión era pronunciada. El día 07 diciembre de 2013, la paciente refiere a medicina general haber pasado una buena noche, sin dificultad respiratoria, con mejoría de la distensión abdominal, con presencia de eructos y flatos, peristalsis positiva y sin irritación peritoneal. Es evaluada por mí a la 01:39 pm, del 07 de diciembre de 2013, en donde la encuentro con buena evolución, hidratada, peristalsis positiva, leve distensión abdominal, tolerando vía oral y hace el comentario que generalmente ella necesita y amerita fibra y medicamentos para ayudarse con la distensión y el estreñimiento, por lo que ordeno un enema para ayudarle con la defecación y se da la orden a medicina general que si presenta la defecación, se le puede dar de alta con las recomendaciones, que ya se le habían dado verbalmente y por escrito de dieta, movilidad, signos de alerta y alarma y en caso de presentarse estos presentarse a urgencias de la clínica del caribe SA-. No es verdad que le di alta a la paciente cuando estaba con gran distensión abdominal, que el abdomen no le bajaba, porque tal como se anota en las evoluciones por medicina general, enfermería y las mías, se le ordenó el enema, la paciente evacúa o defeca, refiere que se siente mejor y por tal razón el médico general de hospitalización cumple la orden del alta. No es verdad que la paciente en algún momento, se comunicó por teléfono conmigo. La paciente retorna al servicio de urgencias a la clínica del Caribe SA, el día 14 de diciembre de 2013 a las 03:11 pm, es atendida por la doctora DIANA PATRICIA PASCUALES CABALLERO, que reporta en la historia clínica como motivo de consulta y enfermedad actual que "refiere la paciente que hace 8 días atrás le realizaron colelap (colecistectomía laparoscópica), que evolucionaba bien, tolerando vía oral y defecando y hace 3 días desde el día 12 de diciembre de 2013, presentó distensión abdominal que hoy se hizo más evidente y está expulsando gases por la boca. Es evaluada en urgencias por mí persona a las 3:18 pm, donde se encuentra peristalsis positiva leve dolor abdominal en área de hipocondrio derecho y epigastrio, se le deja hospitalizada, nada vía oral, se le ordena ecografía de abdomen, serie de abdomen agudo, hemograma completo, TP, TPT, electrolitos, INR, cuantificación de líquidos administrados y eliminados, líquidos endovenosos y con un diagnóstico de hospitalización de íleo postoperatorio tardío secundario a colecistectomía por laparoscopia. No es verdad que de manera inmediata se le realizó a la paciente tacto rectal, ya que éste se practicó posterior a la evaluación de la radiografías de la serie de abdomen agudo a las 4:21 pm del 14 de diciembre de 2013, donde se evidencia y se reporta gran cantidad de aire a nivel del colon izquierdo, abundante cantidad de materia fecal en la ampolla rectal y en hemicolon derecho, no presencia de gas distal en el recto, no presencia de niveles hidroaéreos escalonados (éstos indican obstrucción intestinal en caso de estar presentes). Ante esto, se realizó el tacto rectal evidenciado la coprostasis y se le da manejo al íleo postoperatorio tardío. En ese momento, a señora YADIRA URON ROMERO presentaba un cuadro clínico rico en signos y síntomas que podrán pertenecer a una gran variedad de patologías, en Medicina consuetudinariamente existe una frase que "dos más dos no son 4"; a diferencia de las matemáticas, la Medicina es una profesión por excelencia antropocéntrica, su máximo interés está en brindar bienestar al ser humano evitándole daño, lo cual, la hace cualitativamente diferente a otras prácticas profesionales desvinculadas al sector salud. El médico como cualquier ser humano tiene posibilidades de acierto y error, no obstante, debe tratar de ser lo más atinado posible, aunque tenga que sortear muchas veces en su vida profesional, hechos no siempre claros. Se infiere de lo anterior, que actué con previsibilidad y prevenibilidad; características fundamentales en mi ejercicio médico fáctico. La paciente siempre fue valorada día a día, donde se le ordenaron los exámenes de laboratorio que ella requería a pesar de sentirse bien, y además, presentaba defecaciones de manera abundante y toleraba la vía oral, tal como se evidencia en las notas de medicina general y en mis evaluaciones hasta el día 16 de diciembre, donde no toleró la vía oral, por lo que se le retira ésta, por presentar distensión abdominal y disminución de

la peristalsis que siempre la presentó. Por otra parte, no tenía edemas de miembros inferiores, en vista de la distensión abdominal, se le ordena la colocación de una sonda nasogástrica y según nota de enfermería fue colocada sin ninguna queja de dolor o malestar por parte de la paciente, sonda que se hace necesaria para el manejo de las patologías con íleo postoperatorio y también se le ordena mantenimiento de los líquidos postoperatorios. La paciente con las medidas anotadas y según se plasma en las evoluciones de los días 17, 18 y parte del 19 de diciembre de 2013, por parte de enfermería y de los médicos general, mejora con menos dolor y sin signos de irritación peritoneal, con presencia de flatos y diuresis normal, electrolitos dentro de límites normales e incluso el día 18 de diciembre reporta que presentó dos defecaciones y que no tenía dolor abdominal ni signos de irritación peritoneal. En vista de la evolución, ordeno TAC de abdomen con medio de contraste endovenoso y oral, ya que éste reporta la presencia de líquido en la cavidad abdominal. Se decide la realización de paracentesis, encontrando salida de líquido biliar, por esta razón y como se ordena manejo integral solicitando valoración por médico intensivista quien ordena ingresarla a la UCI de la clínica del Caribe. Además de esto, ordeno la realización de una colangiopancreatografía retrograda endoscópica CPRE (procedimiento ordenado para evaluar la vía biliar), valoración por nutrición para colocación de nutrición parenteral total y laboratorios de control. Se prepara por parte de la unidad de cuidados intensivos para la realización de la CPRE el día 20 de diciembre, desvirtuando lo que dice la paciente que nunca se le realizó ésta, en dicha clínica, estudio que reporta la lesión de vía biliar a nivel del conducto hepático común, clasificada como lesión tipo Bismuth 2, no como manifiesta la paciente que no se le realizó el estudio por fuerte inflamación. Ante estos hallazgos, se programa la realización de una laparotomía exploratoria vía laparoscópica para exploración de la vía biliar. Para ello solicité ayuda y colaboración de los doctores HECTOR PULIDO, cirujano general y especialista en reconstrucción de vía biliar y trasplante de hígado, doctor JESJS VALLE CARDONA, especialista en cirugía general, laparoscopia y endoscopista, doctor ALVARO ROJAS, especialista en cirugía general, laparoscopia y endoscopia, y el doctor MARCOS LLINAS, cirujano de la clínica del Caribe, el cual estuvo en la cirugía inicial como mi ayudante. Con este reporte de la CPRE y la evaluación de la paciente, programé la preparación de ella, por parte de los intensivistas, dando estos pasos para la cirugía el día 22 de diciembre de 2013 a las 7 de la mañana. En la cirugía al mando el doctor PULIDO, se le colocó un sistema de drenaje cercano al colédoco con el objetivo de conducir la bilis fugada hacia la parte externa de la cavidad abdominal y para que no callera dentro de esta. Procedimiento que es el indicado en la literatura mundial. Además de esto, se le colocó un clip en la parte distal del colédoco para prevenir el ingreso de la flora bacteriana de la parte del intestino (razón por la cual, en segunda evaluación solicitada por la paciente por parte de otro médico, no se le pudo realizar la CPRE). No se reparó la vía biliar inmediatamente, porque las condiciones anatómicas y metabólicas no eran las mejores y se decide hacerlo en un second look (vocablo tomado del inglés que significa segunda mirada o segunda intervención). Todos estos procedimientos realizados a la paciente ayudaron a restablecer su estabilidad homeostática de la cavidad abdominal y como dicta la literatura mundial, se debía esperar el momento quirúrgico oportuno para la reconstrucción de la vía biliar que no es otro sino la recuperación total de la fisiología corporal y un campo quirúrgico totalmente restablecido y lejano a las condiciones inflamatorias que podrían denotar una complicación inadvertida y poco frecuente que puede ocurrir a cualquier cirujano inclusive con igual o mejor experiencia que yo. "La lesión puede tener lugar incluso en manos del cirujano más capaz y experimentado" Grey-Turner 1944. Además, hay que tener en cuenta que la complicación es muy difícil de diagnosticar debido a esta explicación "sorprende en algunos casos la tolerancia de la cavidad abdominal a la bilis, haciendo que puedan existir durante días o semanas cantidades de bilis importante con síntomas mínimos y discretas alteraciones analíticas. Esta situación clínica, correspondería el termino de ascitis biliar por contraste con los pacientes de euros agudo y abundante sintomatología abdominal, y que definimos como peritonitis biliar" Consequences of intraperitoneal bile: bile ascites versus bile peritonitis. Am J Surg 1985 149: 244-246. La paciente luego de una evolución satisfactoria, se le da alta con un egreso con fórmula médica, signos de alerta, recomendaciones estrictas

tal como consta en la historia clínica de la clínica del Caribe. En vista de la no asistencia a los controles ordenados por mí a la paciente, el Coordinador Médico de la institución y mi persona, realizados muchas llamadas a los teléfonos que ella reportó en la historia clínica, los cuales nunca fueron respondidos. La paciente manifiesta que le recomendaron viajar a la ciudad de Bogotá para que le realizar la cirugía de reconstrucción de las vías biliares, bajo el sustento de que en Barranquilla era muy difícil que alguien le realizara este procedimiento, argumento el cual respeto, pero no comparto. Según manifiesta la paciente, fue intervenida en la clínica Country de Bogotá por el doctor JORGE OSPINA y su grupo interdisciplinario el día 22 de febrero de 2014, tiempo que ya el doctor PULIDO y yo, se le había comentado a la paciente que era el apropiado para realizarle la reconstrucción. La paciente en Bogotá evoluciona satisfactoriamente y se le da de alta el 03 de marzo de 2014. Finalmente, quiero expresar que considero que actué apegado a la Lex Artis y en ningún momento abandoné el manejo postoperatorio de la señora YADIRA URON y lo hice hasta donde me lo permitió la decisión unilateral tomada por ella". Se le pregunta, hasta qué fecha le prestó usted atención a su paciente. Contestó: Le presté atención durante todo el tiempo desde el día de la cirugía 03 de diciembre de 2013 hasta el día 07 de diciembre, cuando se le dio alta posterior a la cirugía y nuevamente fue valorada por mí, 30 minutos después de la llegada a urgencias el 14 de diciembre de 2013, hasta el día que ella me lo permitió que fue el 31 de diciembre de 2013, donde se le dio de alta en el segundo internamiento. Al preguntársele, si desde esa fecha 31 de diciembre de 2013, usted no volvió a ver a la paciente Contestó: No, no volví a ver a la paciente porque ella nunca volvió a los controles. Muy a pesar de que fue llamada a los teléfonos dados por la paciente al ingreso a la clínica, por el doctor MARK CORREDOR, Director Médico de la clínica del Caribe y mi persona. Se le pregunta, si puede aportar soporte material a las llamadas hechas por el Director Médico de la clínica del Caribe. Contestó: No tengo como aportarlas, se llamó desde el teléfono de la oficina de él. Puedo aportar el concepto del doctor MARK CORREDOR donde él hizo las llamadas desde su oficina. En este estado de la diligencia el médico instructor hace lectura de los apartes de la diligencia de ampliación de la señora YADIRA URON, folio 973, para que diga qué puede responder de lo que afirma la quejosa, "...me atendió en el mes de enero de 2014 los primeros días en emergencia de la clínica del Caribe, que fue cuando me dio la noticia "te veo en 4 meses" en el mes de abril y yo no podía creer. Usted me va a dejar así y voy a trabajar le dije, no doctor". Contestó: Totalmente falso, la paciente nunca asistió a un control postoperatorio, tan es así que cuando se le dio el alta posterior al segundo internamiento, se le explicó en conjunto con el doctor HECTOR PULIDO, que se iba a ver semanal hasta esperar un promedio de 4 semanas para revalorarla y considerar la reconstrucción de la vía biliar, concepto que no fue aceptado por la paciente. Por esta razón considero que nunca contestó un llamado, cuando pasado la semana y en conjunto con el doctor MARK CORREDOR, reitero, no respondió al llamado. Preguntado: Respecto a, las afirmaciones que aparecen recurridas en la ampliación de la queja de la señora YADIRA URON, dice a folio 973 "... el doctor GIOVANNI OSPINO me dijo que regresara a los 4 meses para hacerme una cirugía, pero busque otra opción porque diariamente tenía que vaciar los drenes, medirlos y anotarlos, tengo esa libretica en mi casa, todo el líquido biliar que salía a diario y durante el día, Qué puede decir al respecto. Contestó: Como es sabido y anotado en mi versión libre, a todo paciente que se le coloca un drenaje de una cavidad hacia el exterior de esta cavidad, se le ordena cuantificar y cualificar la calidad del líquido drenado con el objetivo de tener control de la misma. A la paciente en el alta, reitero, el día 31 de diciembre se le dieron las recomendaciones de anotar cantidad y calidad de todo lo que salía por los drenes. Como estaba drenando líquido biliar, era importante anotar para controlar la disminución de la salida de éste, ya que se le dejaron 3 drenes, uno de ellos del colédoco y otros en las áreas donde eventualmente podía coleccionar. La importancia de esto, es evaluar que fueran disminuyendo tal como sucedió, interpretado esto por no colección de material biliar en la cavidad intrabdominal y tal como lo vimos en la paciente en su mejoría clínica en menos de dos meses, por lo tanto y dentro del cuidado de los pacientes intra y extra institucional, éste debe hacer parte de este cuidado. Al preguntársele, si como anota usted vio a su paciente hasta el 31 de diciembre de 2013, y anota en su respuesta en menos de dos meses. Contestó:

Enterado al proceso en que estoy hoy y revisada la historia, se anota dentro de las quejas de la paciente que a principio de febrero en la clínica Country le retiraron los drenos porque ya no salía nada y porque se sentía muy bien. Además, a partir de ese momento se le programó la reconstrucción de la vía biliar en Bogotá, demostrando esto, que el objetivo de la colocación de los drenos se logró en el 100% (no hubo colección y se creó la fistula biliar que es una de las metas de la derivación de las mismas, antes de realizar la reconstrucción de la vía biliar) todo esto relatado en el expediente. Se le pregunta, usted evaluó la cantidad de líquido que drenaba la paciente y de la cual ella afirma que medía varias veces al día la cantidad de líquido intraperitoneal drenado y anotaba en una libreta. Contestó: Se evaluó intrahospitalariamente día a día, posterior a la realización de la cirugía derivación de la vía biliar el día 22 de diciembre de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2013.

Finalmente, agrega: Quiero aportar un Peritazgo realizado por el doctor JUAN JACOBO MOLINA CASTILLO, reconocido en Barranquilla, actualmente Director del Programa de Cirugía General de la Universidad Metropolitana, en donde evalúa mi actuar médico como cirujano general en los dos ingresos de la paciente y que las conductas tomadas están acordes a las normas internacionales del manejo de la lesión de la vía biliar, posterior a la colecistectomía laparoscópica (16 folios). También quiero anotar que es una complicación que se presenta desde el 0.6 hasta el 5% en pacientes con presencia de colecistitis aguda repetitiva (la paciente venía con sintomatología según la historia clínica, desde hace 2 años) y por último, comento que nunca he estado en un caso de estos, ya que de mis 14 años de cirujano general, y 7 años de cirujano plástico, me dedico a mis pacientes a valorarlos siempre que lo necesitan y que yo considero pertinente.

De folios 979/994, obra informe Perito Médico Especializado, realizado por el doctor JUAN JACOBO MOLINA CASTILLO, y entregado por el doctor GIOVANNI OSPINO, en su diligencia de versión libre y espontánea.

Inicia el resumen de la atención prestada a la paciente, señora YADIRA URON ROMERO, anotando su edad (54 años), la fecha en que se le practica colecistectomía laparoscópica (5 de diciembre de 2013) y seguidamente consigna que el postoperatorio inmediato evolucionó de acuerdo a los protocolos establecidos para este tipo de intervenciones quirúrgicas, y pasa a señalar que el doctor GIOVANNI MIGUEL SPINO SAUMETT, médico especialista y cirujano tratante, da alta médica con recomendaciones adecuadas y estrictas y manejo clínico ambulatorio. Seguidamente señala, el retorno de la paciente a consulta, el día 14 de diciembre de 2013, refiriendo POP colecistectomía laparoscópica de 8 días antes, distensión abdominal de tres días de evolución, más intensa en el presente día; además, expulsión de gases por la boca. Adjunta fotocopia de atención clínica traída del documento original. Señala que el médico GIOVANNI OSPINO SAUMETT, valoró inmediatamente. Señala el perito encontrar un manejo inicial acorde a los protocolos del tratamiento de una posible complicación de este tipo de cirugía y dice, que por no existir síntomas evidenciados en la paciente de abdomen quirúrgico, por él entonces, optó por una conducta expectante y conservadora haciendo un seguimiento diario del cuadro evolutivos hasta el 31 de diciembre de 2013, fecha en que fue dada de alta con recomendaciones para una reintervención restablecedora de la función anatomofisiología de sus vías biliares, ya que había sufrido una ruptura inadvertida tipo Bismuth tipo II. Dice en su peritaje, que la paciente tiene una evolución clínica no ortodoxa, y que el 19 de diciembre de 2013, el médico OSPINA, realiza paracentesis, cuyo resultado revelaba fuga biliar, por lo que, traslada a la paciente a la UCI y la programa para una CPRE. Se realiza el 20 de diciembre de 2013, diagnosticándose lesión de vía biliar tipo Bismuth tipo II, que indicaba manejo quirúrgico definitivo, pero como las condiciones de la enferma no eran propicias, procedió el 22 de diciembre, colocarle drenos para desviar la bilis al exterior del abdomen, hasta tanto se efectuara una cirugía posterior correctora.

Finaliza el perito, este aparte del informe, que dice contener la revisión lógica y cronológica de los procesos y subprocesos plasmados en la historia clínica de la IPS

Clínica del Caribe S.A, donde fue atendida la señora YADIRA URON ROMERO, en el manejo médico que se le dio. Dando conclusión de dicha revisión, así: "Se trata de un paciente muchos factores que no hacen posible una normal evolución de los postoperatorios, de los cuales, el de mayor importancia; es el no seguimiento de las recomendaciones emanadas por el doctor GIOVANNI OSPINO SAUMETT". Seguidamente, su documento contiene el soporte bibliográfico que da contestación a su demanda y consigna la literatura pertinente que hace la explicación a lo ocurrido. Las respuestas a las preguntas que da el perito, tienen el soporte bibliográfico de la literatura que dice haber consultado. Qué es una colecistitis y coledocitis. Qué es una colecistectomía por videolaparoscópica. Cuáles son las complicaciones más frecuentes en este tipo de intervenciones quirúrgicas. Cómo se clasifican las lesiones de las vías biliares, luego de un proceso endoscópico. Cuáles son los signos y síntomas que producen una ruptura inadvertida de la vía biliar post videolaparoscópica. Cómo se realiza el diagnóstico de este tipo de complicaciones.Cuál es el tratamiento que debe darse la ruptura inadvertida de la vía biliar.

Seguidamente el perito, da respuesta a los interrogantes planteados por defensa del doctor GIOVANNI OSPINO.

1. Por favor puede usted informarme, cuál es su formación académica y la experiencia profesional que posee a la fecha. Contestó: Precisa que es médico y cirujano de la universidad libre de Barranquilla e hizo su especialidad de cirugía general en la Universidad Metropolitana de esta ciudad y en el FHUM. Dice que es el director del departamento de Cirugía general de ese Hospital, director de especialización de cirugía general de la Universidad Metropolitana de Barranquilla, y que hace parte de staff de peritos de la oficina de abogados resarcir SAS de esta misma ciudad. Sírvase ilustrar al tribunal cómo está conformada anatómicamente las vías biliares. Contesta, explica sucintamente que estas estructuras que conforman el sistema biliar, comprenden órganos y conductos (conductos biliares, vesícula biliar y estructuras asociadas) Y señala las secuencias de ésta hacia el intestino delgado. Y expresa, además algunos detalles de la función biliar.

Por favor, apórtenos una ilustración de cuál es la definición de la patología que aquejó la entonces paciente. Contestó: Una colecistitis aguda se define como una inflamación e infección de la vesícula biliar. Dicha inflamación y posterior infección, se produce en la mayoría de los casos por la oclusión del conducto de salida de la vesícula biliar por los cálculos biliares o litiasis que acaba degenerando en un proceso infeccioso. De forma general, los cuadros de colecistitis aguda van dentro de las litiasis biliares, sintomáticas con complicaciones, tal como definíamos en el texto de litiasis biliar. Esto nos indica que cumple las condiciones necesarias para realizar la intervención quirúrgica oportuna para extirpar la vesícula biliar, dependiendo del momento del diagnóstico de la colecistitis aguda. A pesar de ser una indicación propia de intervención quirúrgica, no suele ser un proceso quirúrgico de alto riesgo, salvo en personas mayores de 70 años, diabéticos o inmunosuprimidos. Este tipo de paciente, debe ser valorado con mayor cuidado, debido a los factores de riesgo que incorporan y que aumentan los porcentajes de infecciones sistemática a corto y mediano plazo. Hoy en día se calcula que aproximadamente el 25% de las colecistectomías realizadas en las cuales la mayoría de estos pacientes tienen historias previas de cólicos biliares.

4. Por favor, informe al Tribunal competente, en un resumen, cuál fue el manejo que se le dio a la paciente, por parte del grupo multidisciplinario que la trató, y en especial, el ofrecido por el doctor GIOVANNI OSPINO SAUMETT. Contestó: Se trata de una paciente que ingresa a la institución demandada, con un cuadro clínico compatible con una colecistitis por coledocitis, que es intervenida por videolaparoscopia, donde sufre una lesión inadvertida de las vías biliares tipo Bismuth II, es dada de alta por presentar un postoperatorio de evolución normal, y luego regresa, 8 días después con signos y síntomas que hacen pensar inicialmente, en íleo paralítico; pero debido a un seguimiento estricto, se da un diagnóstico definitivo de fuga biliar, por la lesión ya enunciada, por lo que en el transcurso de la hospitalización, se le ejecuta dos

procedimientos endoscópico, y un manejo ajustado a la Lex Artis en UCI, que dan como resultado mejoría de su cuadro clínicos, y recomendación de una cirugía correctora de vías biliares, la cual, la entonces paciente se sitúa fuera del rango de la acción del cirujano tratante inicial.

5. Por favor infórmenos, cuántas cirugías le practicó el doctor GIOVANNI OSPINO SAUMETT a la paciente, contestó: Le realizó dos actos operatorios descritos en la historia clínica.

6. Por favor infórmenos cuál fue la técnica utilizada en la primera cirugía realizada? Contestó: La cirugía laparoscópica ha ganado progresivamente un lugar importante en el quehacer médico. Actualmente, se considera el procedimiento de elección para la extirpación de la vesícula biliar.

Señala el Perito, a los pioneros de este tipo de abordaje quirúrgico. Consigna sus indicaciones, diciendo, que inicialmente se recomendaba una selección adecuada de casos, teniendo en cuenta la experiencia del equipo quirúrgico y procurando evitar los casos complicados. En la actualidad se considera las mismas indicaciones que se tiene para la cirugía convencional. Seguidamente, señala el perito: El equipo, se refiere al equipo, a la técnica quirúrgica, a los tiempos de la cirugía, y a la colocación de los trocares.

7. Por favor, indique si los medios diagnósticos utilizados por el doctor GIOVANNI OSPINO SAUMETT en el preoperatorio de la Cirugía fueron adecuados. Contestó: Toda la paraclínica efectuada por el galeno tratante, está acorde con los patrones preoperatorios vigentes a la época.

8. Por favor manifiéstenos si la técnica utilizada en la primera cirugía fue la adecuada, y si hubo complicaciones a qué se debieron. Contestó: Sí fue la técnica adecuada, ya que se efectuó en debida forma y la complicación, aunque rara, está descrita por las bibliografías mundiales consultadas.

9. Indique si luego de revisar la historia clínica IPS Clínica del Caribe SA, Usted hubiera procedido de igual forma que lo hizo el grupo interdisciplinario que atendió al entonces paciente, en especial, la conducta médica determinada por el doctor GIOVANNI OSPINO SAUMETT. Contestó: Sí lo hubiese hecho, ya que está adaptado a los protocolos convencionales en este tipo de lesiones.

10. Por favor infórmenos cuál fue la técnica utilizada en la segunda cirugía realizada. Contestó: Colocación de drenes para evacuación de bilis fugada por técnica de videolaparoscópica.

11. Por favor manifiéstenos si la técnica utilizada en la segunda cirugía fue la adecuada, y si hubo complicaciones a qué se debieron. Respuesta: Es la adecuada y está descrita para cuando se presenta la complicación inadvertida. No hubo complicación.

12. Indique si luego de revisar la historia clínica de la IPS Clínica del Caribe, usted hubiera procedido de igual forma que lo hizo el grupo interdisciplinario que atendió a la entonces paciente en la segunda cirugía, en especial, la conducta médica determinada por el doctor GIOVANNI OSPINO SAUMETT. Respuesta: Claro que sí, ya que esta indicada para este tipo de complicaciones.

El Perito concluye: Con fundamento en el estudio de la historia clínica analizada, encuentro que en los procesos y subprocesos que se dieron en la atención del paciente YDIRA URON ROMERO, fueron ceñidos a los protocolos vigentes para la época.

Para cerrar este informe pericial, el doctor JUAN JACOBO MLOLINA, consigna los requerimientos que contempla el artículo 226 del CGP, adjuntando fotocopia de

cédula de ciudadanía, fotocopia de tarjeta profesional, diploma de médico y cirujano, diploma de especialista.

**DILIGENCIA DE CONTRAINTERROGATORIO QUE RINDE EL DOCTOR JUAN JACOBO MOLINA CASTILLO (FOLIOS 1.024/1.026).**

Se le pregunta, diga el Perito, conoce los motivos por los cuáles fue citado a este Despacho. Contestó: Sí señor. Al preguntársele, hace cuántos años obtuvo el título de especialista en Cirugía General. Contestó: 19 años. Ante la pregunta, qué documentación recibió usted, para realizar este Peritazgo. Contestó: Recibí la historia clínica de la paciente a la cual se le realizó el evento quirúrgico. Se le pregunta, cuál es la frecuencia de las complicaciones presentadas en este caso en concreto, en la colecistectomía laparoscópica. Contestó: Revisada la literatura mundial, la cual está acorde con la literatura nuestra domestica a nivel nacional, el porcentaje de complicaciones oscila de un 3-4%, siendo aun un punto porcentual más alto que la cirugía abierta de vía biliar. Este porcentaje significativo, deduce que aun con la experticia que amerita este tipo de tratamiento, existe un porcentaje de complicaciones para ambos abordajes. Revisada las series de cirugía laparoscópicas versus cirugías abierta, para colecistectomía, en un número de unas 3.500 colecistectomías, por abordaje video laparoscópico, el porcentaje de complicaciones fue muy similar a los estándares revisados en todos los estudios de series por este procedimiento. Ante la pregunta, en qué se basa Usted, para afirmar que la conducta conservadora tomada, cuando la paciente consultó en el post operatorio tardío de la colecistectomía, fue la adecuada. Contestó: Revisado en contexto los pasos llevados a cabo en la historia clínica, en el manejo de la complicación tardía de la vía biliar, se llevó a cabo, el protocolo, el cual está establecido, para determinar si hay una fuga biliar y qué tipo de lesión podemos encontrar y realizar un buen diagnóstico, para hacer el tratamiento adecuado. 1. Se realizó una paracentesis diagnóstica, el cual, bajo una punción a través de la pared abdominal, en sospecha de sangrado o fuga biliar, como tal es un procedimiento habitual para un cirujano, corroborar con la extracción de líquido, ante la sospecha diagnóstica. Al extraer bilis, bajo esta punción, la paciente se programó y se hospitalizó para realizar una colangiografía retrograda endoscópica bajo visión directa para determinar el sitio de la lesión o fuga, procedimiento, además, de ser diagnóstico, es altamente terapéutico, el cual se realizó en forma pertinente, evidenciándose una lesión de la vía biliar; tomando como conducta inmediata, el cirujano, la colocación de drenes intraabdominales, por vía laparoscópica. Esto es importante tomar esta determinación, para derivar la producción de bilis, ser cuantificada, y restablecer bajo manejo, todos los elementos inherentes a las pérdidas y posteriormente, realizar el procedimiento quirúrgico definitivo, tiempo perentorio como mandan todas las literaturas mundiales y todos los artículos que evidencian las lesiones de vía biliar de 3 a 4 semanas posteriores de la lesión. Esto debido al proceso inflamatorio y al proceso infeccioso intraabdominal, el cual debe ser controlado, y esperar que los tejidos inherentes al árbol biliar se recuperen del proceso de agresión inflamatoria y así, podemos evitar dehiscencia, fugas anastomóticas en la resolución de dicha lesión, asegurándonos de que el proceso quirúrgico, de restablecimiento de la vía biliar, sea lo menos complejo posible y evitar complicaciones nuevas. Se le pregunta, si el doctor GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT, actuó con tardanza en la realización de la segunda cirugía reparadora de la señora YADIRA URON ROMERO. Contestó: El cirujano tratante, como se evidencia en la historia, en el manejo de la paciente, con todo el equipo médico de la institución, estuvieron atentos con oportunidad de la complicación inherente a la vía biliar, llevando el protocolo de manejo paso a paso, como lo ordenan las guías basadas en evidencias, para este tipo de lesiones. Tanto como el equipo médico, y de enfermería, y de subespecialistas para determinar cada uno de los procedimientos, lo hicieron en los periodos establecidos por la Lex Artis. Se evidencia, además, que, en todo momento, fueron claros, en buscar y establecer, y definir, si había o no una lesión de la vía biliar. Era necesario seguir estos pasos, ya que la sintomatología clínica para este tipo de lesiones, como lo describe la literatura, no son tan floridas en la fase aguda del evento quirúrgico, las cuales pueden dar sintomatologías tardías hasta de 6 meses a 1 año. Al preguntársele, cuáles son las complicaciones inherentes al procedimiento de colecistectomía laparoscópica y su

tratamiento pertinente. Contestó: Existen muchas complicaciones, que están dentro del porcentaje de los diferentes estadísticas referenciadas y estudiadas inherentes a la cirugía de la vía biliar por laparoscopia, como lo son el hematoma del lecho hepático, el sangrado de una arteria cística aberrante anatómicamente, las colecciones infecciosas del lecho hepático o del triángulo de Callot, la dehiscencia del muñón cístico, por pérdida del clip a nivel del muñón, clipaje del hepático común, por muchas veces encontrar en un alto porcentaje del 10-12% variedades anatómicas en la confluencia de los hepáticos derecho izquierdo, para formar el colédoco, donde desemboca el conducto cístico, podemos encontrar un cístico corto, muy corto, o una desembocadura de la vesícula directamente al colédoco, sin poder evidenciar un cístico, desembocando hacia el mismo, éstas diferencias anatómicas, son de difícil manejo o muy imperceptibles dentro del procedimiento quirúrgico; y en un alto porcentaje no se evidencia en los estudios previos de imágenes pertinentes para esta patología, ecografía biliopancreática o ecografía hepatobiliar, estudio de mínimamente invasivo y de mayor especificidad y sensibilidad, para diagnósticos y manejo del árbol biliar. Se le pregunta, si en las instituciones de salud de la ciudad de Barranquilla no se pueden llevar a cabo el manejo de la complicación presentada, después del tratamiento de la colecistectomía por laparoscopia, de la señora YADIRA URON ROMERO. Contestó: Todo este tipo de lesiones de la vía biliar, debe ser manejado en una institución de tercer o cuarto nivel, que debe tener todos los implementos e infraestructura y dotación, para llevar a cabo un buen manejo debido a su complejidad. En la ciudad de Barranquilla, existen instituciones pertinentes con la estructura, dotación y recurso humano experimentado, para realizar dicho procedimiento. Tenemos como la Clínica General del Norte, la clínica de la Costa, Clínica Iberoamericana, Portoazul, grupo de especialistas con subespecialidad para el manejo complejo de la vía biliar y todos sus complicaciones y manejo de alta complejidad, se llama grupo de especialistas Hepatobiliar y trasplante. De hecho, se realiza todos los meses, un consenso de los casos más complejos para el manejo de la patología biliar, donde acude los grupos en mención, cirujanos generales de la ciudad, Residentes de Cirugía General y se presentan en consenso médico, cada uno de los temas para resolver de las complicaciones de pacientes intrahospitalario, de cada una de las instituciones en mención. Preguntado: Surtido su interrogatorio, se ratifica usted de todas las respuestas expresadas en su Informe Pericial o desea corregir o aclarar algo. Contestó: Quiero agregar, que el manejo de la vía biliar, sigue siendo uno de los grandes retos para todos los cirujanos que nos sometemos a estos procedimientos a diario, y que las complicaciones de estos eventos quirúrgicos, están bien descritas en toda la literatura, como expliqué anteriormente y revisadas, para tener en cuenta y tomar la conducta oportuna y en manos expertas, resolver dichas situaciones siempre se debe estar atento a cualquier signo o síntoma en la fase aguda o tardía que nos haga sospechar algún tipo de lesiones del árbol biliar. Ratifico, que ningún cirujano está exento de tener alguna complicación en un evento quirúrgico, se de alta, mediana o baja complejidad, lo importante y determinante es tener la experticia para hacer un buen manejo oportuno, eficaz, y corregir cualquier complicación. Actuar siempre con honestidad, ética, experticia, y saber recurrir a los grupos, el cual están altamente entrenados para el manejo de las complicaciones del árbol biliar.

#### **ANALISIS DE LAS PRUEBAS**

Expone su queja en hechos que concreta en 21 puntos. Indica la fecha de ingreso a la Clínica del Caribe, el día 03/12/2013, y ser atendida por el doctor GIOVANNI OSPINO SAUMETT, quien le señala cálculos en la vesícula, y la necesidad de llevarla a cirugía de urgencia para realizarle colecistectomía laparoscópica, procedimiento que se efectúa el 05/12/2013. Dice que egresó de este centro de salud el día 07 de diciembre de 2013, aun habiéndole informado al citado médico, que presentaba gran distensión abdominal y dolor constante, tratados estos síntomas con enemas, ordenados por el médico tratante. Que ya en su casa, evolucionó sin mejoría aparente, motivo por el cual intentó comunicarse varias veces con su médico tratante, quien ordenó como tratamiento deambular frecuentemente. Señala que el médico no asistió a la consulta post operatoria de control programada. Expresa en los hechos

que relata, que, por evolucionar desfavorablemente, debió consultar a la Clínica del Caribe en fecha 14 de diciembre de 2013. El médico OSPINO ordenó ecografía. Le practicó tacto rectal y ordenó enema. Anota la quejosa, que la eco practicada revelaba que el abdomen estaba lleno de líquido, y que ello fue irrelevante para el médico, ordenando más enemas. Anota, que tal situación se mantuvo hasta el 19/12/2013, sin que fuera hasta entonces convenientemente definida su situación, pero, que dada a recomendaciones de un médico externo, amigo del médico tratante, se procedió a evacuar el líquido intrabdominal que había sido detectado el día 14 de diciembre de 2013, mediante ecografía practicada en esa fecha extrayéndose 5 litros de líquido biliar; en ese momento, por descompensación de su estado general, debió ser internada en UCI, en donde permaneció hasta el 28 de diciembre en estado crítico (11 días). Anota que en el transcurso de su permanencia en UCI se le practicó CPRE, y se le colocaron (por parte del médico HECTOR PULIDO), drenes para bilis de contenido de 600 mililitros día, con consecuencias que mermaron sus condiciones nutricionales. Recibió información por parte de los médicos OSPINO y PULIDO, de esperar hasta el mes de abril para realizarle reconstrucción de la vía biliar.

En resumen, se extrae de su queja y ampliación, que las manifestaciones clínicas secundarias a la lesión de la vía biliar habida en el acto operatorio, no fueron atendidas tempranamente en el post operatorio por el doctor GIOVANNI OSPINO SAUMETT, médico cirujano general y cirujano plástico y reconstructivo. Ignorando también los hallazgos ecográficos y demorando un tratamiento, que por su tardanza engendró un riesgo adicional a su ya perturbada situación. Finalmente, afirma que debió solicitar conceptos de médicos vinculados a la empresa DIAN que cubrían su póliza, a fin de tener información médica del tratamiento y pronósticos de su lesión, y siguió recomendaciones de viajar a la ciudad de Bogotá, en busca de especialistas en reconstrucción de sus vías biliares lesiones. Consiguió, en la Clínica del Country Bogotá al especialista apropiado, quien después de someterla a un periodo de recuperación (del 25 de enero al 20 de febrero de 2014), la intervino con éxito en fecha 22 de febrero de 2014.

La quejosa solicitó en su escrito que se obtuviera por parte de este Tribunal lo pertinente a los títulos académicos obtenidos por el doctor GIOVANNI OSPINO SAUMETT, como profesional médico por la Universidad Libre en su estudio de Pregrado de Medicina; de especialista de cirugía plástica y reconstructiva de la Universidad Central de Venezuela y de la Universidad de Costa Rica de especialista en cirugía general debidamente refrendados por el Ministerio de Educación Nacional.

En la ampliación de su denuncia, dice no haber presentado problemas de la vesícula. Ingresó a emergencia de la Clínica del Caribe por sintomatología compatible con patología biliar. Se programó cirugía para el día siguiente dada la gravedad de su cuadro, siendo presionada por el médico, la enfermera jefa, y la Clínica del Caribe para que firmara. Que, en la primera visita de control del médico en el post operatorio, el mismo día de la cirugía, le comunicó a este profesional, que presentaba distensión abdominal. Dice haber recibido tratamiento de pastillas y orden de deambular, pero que su abdomen cada vez crecía más. Egresó el día 07 de diciembre, se comunicó telefónicamente con el médico y le ordenó lo mismo (Pastillas y deambular) hasta el día 14 de diciembre que reingreso para ser tratada por las dolencias del post operatorio. El Diagnóstico fue que estaba taponada. Que una ecografía reveló líquido intrabdominal y que dado su cuadro clínico fue valorada conjuntamente con el doctor HECTOR PULIDO, y un profesor médico del doctor OSPINO, que él indicó punción abdominal, extrayendo 5 litros de líquido biliar, pero se descompensó, por lo que el intensivista de la clínica ordenó traslado a UCI, permaneciendo en esta unidad hasta el 28 de diciembre, y agrega, lo demás está escrito en la queja. Dijo, finalmente que el doctor GIOVANNI OSPINO SAUMETT, duró 5 días improvisando Diagnósticos y achacando a la presencia de gases, el cuadro clínico de provisionalmente se resolvió con la extracción de líquido intraabdominal drenado. Se extrae, en resumen, esa exposición de los hechos semejantes a los que relató inicialmente en su queja, reseñado nuevamente que el médico OSPINO, después del egreso final de la Clínica del Caribe, nunca más lo volvió a ver, una vez haber sido vista en una sola valoración

ene le mes de enero. A una pregunta del instructor, de cuándo dejó de verla el doctor OSPINO SAUMETT, respondió que fue después de colocarle los drenes en el mes de enero de 2014, en emergencias de la Clínica del Caribe. El doctor OPSINO comunicó: "te veo en 4 meses", cosa que la asombró, pues ella permanecía con su salud afectada. "yo le dije, usted me va a dejar así y voy a trabajar. yo le dije no doctor". Ello dio lugar a que buscara un nuevo concepto médico, siendo los doctores CUELLO y DAZA quienes intentaron instaurar tratamiento a su problema biliar. Finalmente, quieran mostrarle, dice, las cicatrices ocasionadas por el doctor GIOVANNI OSPINO SAUMETT.

A folio 11 del expediente obra comunicación de la Clínica del Caribe del doctor MARK ARENAS, dirigida a la señora YADIRA URON ROMERO, dando respuesta a solicitud de la señora URON, que reclamaba varios documentos, entre ellos, copia del video (de la colecistectomía laparoscópica) (ver folio 10). La respuesta fue que la clínica no realiza grabaciones.

En el folio 13, obra comunicación en membrete de "Centro de Conciliación y Arbitraje", suscrito por el conciliador, señor CARLOS ALBERTO PERTUZ GÓMEZ, registrando como constancia de No Conciliación por la inasistencia de una de las partes No. 506-2014. Se extrae de dicha conciliación que la convocante mediante su apoderado judicial, reclamaba indemnización a la Sociedad Clínica del Caribe S.A., y del doctor GIOVANNI OSPINO SAUMETT, de manera integral, por mala praxis médica, derivada de intervención quirúrgica practicada a la convocante, YADIRA URON ROMERO, el día 05 de diciembre de 2013 (Colecistectomía laparoscópica).

Se extrae de la historia clínica de la Clínica del Caribe de la primera hospitalización de la paciente, señora YADIRA BEATRIZ URON ROMERO, de 54 años de edad, quien ingresó por el servicio de Urgencias de la mencionada clínica el día 03 de diciembre de 2013, a las 15:34 horas, por cuadro agudo compatible con patología del árbol biliar vs vías urinarias. Fue valorada a solicitud de interconsulta por cirugía general por el doctor GIOVANNI OSPINO SAUMETT, especialista en cirugía general cirujano plástico y estético, quien en registro de subjetivo y análisis, determina, mediante laboratorio e imágenes (ecografía abdominal): Vesícula plétórica, Colecistitis acalculosa, calculo enclavado en colédoco. El cirujano general tratante, propone a la paciente colecistectomía por video laparoscopia y señala riesgos de no cirugía y de la cirugía a la paciente. El procedimiento se llevó a cabo previa realización de prequirúrgicos y valoración por medicina interna quien da paso a la cirugía, consignando riesgo intermedio. En la hoja quirúrgica (de caligrafía y fotocopias defectuosa), se lee: Cirujano: doctor GIOVANNI OSPINO. Primer ayudante doctor MARCOS LLINÁS. Tipo de anestesia: General. Diagnósticos preoperatorios: hidrops vesiculares. Cálculo enclavado. Colecistitis aguda. Diagnóstico post operatorio: Colecistitis crónica y aguda. Adherencias perivesiculares - cálculo enclavado. Nombre de las intervenciones: Colecistectomía laparoscópica. Liberación de adherencias perivesiculares por video laparoscopia. Descripción de la operación: Se realizó anotando hallazgos operatorios y procedimientos. Se lee colocación de cuatro puertos. Se procede a liberar gran cantidad de adherencias perivesiculares con (ilegible). Finalmente, aparece en envés folio 49/49 envés una firma. La nota de enfermería registra 05-12-2013 a las 18:43 hora, registra: signos vitales dentro de límites normales. Regresa al servicio de hospitalización a las 14 horas procedente de cirugía en camilla. Consigna que evoluciona álgida con abdomen depresible, peristalsis positiva y distensión abdominal durante el post operatorio inmediato transcurrido en la clínica y para lo cual, el médico tratante doctor GIOVANNI OSPINO SUAMETT cirujano general, plástico y estético, trató con analgésico, antiespasmódico y enemas repetidos y dio alta médica a condición de si la evolución de la paciente fuese satisfactoria. Ordenando a las 14:00 horas, de acuerdo a nota de seguimiento de enfermería, enema de SSN 500 c.c. rectal. A las 15:20 horas (07/12/2013), realizó deposición en poca cantidad, y 15 minutos después, egresa consciente orientada, afebril, hidratada, con fórmula médica, recomendaciones y cita a control.

Se extrae de la historia clínica perteneciente a la señora YADIRA URON ROMERO, en su segundo ingreso a la Clínica del Caribe en el mes de diciembre de 2013, que acudió a consulta por el servicio de urgencia en esta fecha 14/12/2013, a 09 días de su post operatorio de colecistectomía por laparoscopia, realizada en esa institución de salud por el doctor GIOVANNI OSPINO SAUMETT, su médico tratante. Acusa gran distensión abdominal y eructos. Se ordenaron exámenes de laboratorio e imagenológicas y ayuda diagnóstica. Se administraron medicamentos y se solicitó interconsulta con cirugía general, atendida por el doctor GIOVANNI OSPINO SAUMETT, quien valoró a su paciente y conceptuó Síndrome de Colon irritable, descartando (folio 57 envés y 449 envés) "otras colecistitis porque la paciente ya fue operada de esta patología hace 10 días", más íleo post operatorio de colecistectomía laparoscópica. Informe preliminar de eco abdominal, da cuenta de presencia de líquido ascítico en espacio subfrénico y pélvico. El médico OSPINO SAUMETT, comenta (folio 58 y 450) que el líquido corresponde a un proceso operatorio inmediato de la paciente y ordena iniciar antibióticos y continuar con enemas jabonosos (14/12/2013 a las 20:01 horas); el diagnóstico: íleo post operatorio tardío más coprostasis más colon irritable sin diarrea. En fecha 15/12/2013 a las 13:30 horas, se ordena suspender enema. Informe ecográfico evidencia presencia de líquido libre en toda la cavidad abdominal. Se mantiene el diagnóstico de colon irritable sin diarrea y coprostasis post operatorio. A fecha 16/12/2013, a las 09:20 horas, la paciente continúa con abdomen distendido, su peristalsis disminuida. El médico GIOVANNI OSPINO SAUMETT, Cirujano General, cirujano plástico y estético, ordena retirar vía oral e instalar sonda nasogástrica y aumentar líquidos endovenosos. Diagnóstico: íleo post operatorio de colecistectomía por video. Valoración por nutrición para rescatar proteínas. Seguidamente, este día, la paciente acusa dificultad para respirar y se determina febrículas de 37.4 y 38 grados centígrados. Continúa con abdomen distendido y peristalsis disminuida. Diagnóstico: íleo post operatorio de colecistitis por video. En los días sucesivos, 17 y 18, persiste el cuadro de distensión abdominal y el diagnóstico de colon irritable sin diarrea. Se ordena perfil lipídico y, dado a los episodios febriles en la paciente, se ordena urocultivo y antibiograma. En fecha 19-12-2013 a las 09:32 horas, se mantiene el diagnóstico de colon irritable sin diarrea. Horas más tarde, a las 18:51 horas, la paciente se haya taquicárdica, con dificultad respiratoria y ansiosa.

Se extrae, a criterio del Ponente, que el médico tratante no ha dedicado a su paciente el tiempo necesario para profundizar en el cuadro persistente, "bajo tratamiento" de distensión abdominal y ha hecho caso omiso a los hallazgos imagenológicos a la enfermedad actual. A las 20 horas 13 minutos del día 19 de diciembre, nota médica subjetiva, objetiva y análisis, suscrita por el doctor GIOVANNI OSPINO SAUMETT, dice: Enterado de historia clínica de TAC de gran cantidad de líquido abdominal tipo ascitis, dificultad respiratoria, gran distensión abdominal, anota que se amerita extracción de líquido intraperitoneal. Plan: paracentesis evacuadora. Se extraen 5 litros de líquido bilioso. Se solicita valoración por UCI. Ordena realización urgente de CPRE y evaluar colocación de stents por fuga biliar. Una nota médica de cirugía general (19/12/2013 a las 21:20 horas), suscrita por el doctor HERNANDO MUÑOZ, Cirujano general, consigna: Resumen de la atención "subjetivo-objetivo- análisis: con evolución del dolor abdominal desde el post operatorio de colecistectomía realizada hace 14 días, que empeora el octavo día del post operatorio, acompañado por fiebre esporádica, con picos en 3 días de 38.2 grados centígrados. Malestar general con progresiva distensión abdominal. Hoy empeora el estado general con distensión abdominal sin signos de irritación peritoneal. Manifiesta haber presentado disnea, que empeora en las últimas 48 horas, pero mejora una vez realizado el drenaje de la cavidad peritoneal, lo cual se hizo porque el TAC abdominal mostró gran volumen de líquido intraperitoneal, que resultó ser bilioso, aproximadamente drenados 4 litros. En este momento evaluó paciente taquipneica, con frecuencia respiratoria de 35 por minuto, taquicárdica con frecuencia de 120 por minuto. Hipotensa, con tensión Arterial de 80/50 milímetros de mercurio, leves crépitos bibasales, corazón: RCSR taquicárdicos, abdomen distendido, doloroso al palpar, hipoperistalsis, genitourinario, extremidades y neurológicos sin cambios. Se considera estado séptico de origen abdominal, con inestabilidad circulatoria por peritonitis biliar a definir origen de la fuga,

por lo cual se indica manejo de reanimación preparación preoperatoria en UCI". Plan de manejo: Traslado a UCI. Valoración minutos después, examinador médico general encuentra malas condiciones generales, con mal patrón respiratorio, taquicárdica, taquipneica, con ictericia generalizada, con onda ascítica positiva, peristalsis negativa. Abdomen blando, depresible, sin irritación peritoneal. Se consideró choque séptico de origen peritoneal, biliperitoneal. Se cursaron ordenes médicas (Folios 70/70 envés y 71) y se realizan implantación de catéteres. Se realizó CPRE que determinó transección de la vía biliar común. Sus diagnósticos en UCI para el día 21/12/2013, a las 10:51 horas: 1. Post operatorio de colecistectomía por laparoscopia. 2. Sección de la vía biliar BISMUTH II. 3. Bilioperitoneo. 4. Sepsis de foco biliar (folio 74 envés). Programáncose para ferulización de exteriorización de vía biliar para drenaje. Su condición era de pronóstico reservado y actualmente crítica, que ameritaba tratamiento pertinente y recibía monitoreo continuo en UCI. Realizándose implantación de stent biliar por video laparoscopia más lisis de adherencias más lavado de cavidad abdominal. Cirujano doctor PULIDO, cirujano especialista en vías biliares. Primer ayudante: doctor GIOVANNI OSPINO SAUMETT. Evoluciona con drenaje bilioso y de una crítica condición clínica a una paulatina mejoría de su delicado estado de salud, siendo remitida al área de hospitalización en fecha 28/12/2013 con diagnósticos de egreso de UCI de: 1. Post operatorio inmediato de drenaje de Bilioperitoneo más lavado de cavidad abdominal más implantación de stent biliar por video laparoscopia más lisis de adherencia por video Laparoscopia. Presión biliar BISMUTH II. Sepsis abdominal. Alejado de colecistectomía. A la fecha de 31/12/2013, se estima condiciones favorables de alta médica. Valorada por el médico tratante, brinda egreso hospitalario con recomendaciones y fórmula médica (folio 111). (16 días de hospitalización, 11 días en cuidados intensivos).

A folio 539, obra diario clínico, fechado 20/12/2013. Cirugía general doctor LLINÁS, que dice: enterado de los hallazgos de la CPRE, se solicita colaboración del doctor HECTOR PULIDO, especialista de vía biliar y trasplante hepático. Se comenta el caso y se propone plan para abordaje para solución de ... ilegible... 1. Cirugía de drenaje Bilioperitoneo y canalización de la vía biliar proximal, el domingo 7:00 a.m., posteriormente, entre 9 y 12 semanas reconexión de vía biliar en un segundo acto quirúrgico. Además, preparar a la paciente hemodinámicamente. Antibiótico Piperacilina Tazobactam 4.5 gramos cada 6 horas con vitamina K, plasma, control de laboratorios (electrolitos), reserva de 2 unidades GRE. Firma MARCOS A. LLINÁS SALAZAR. Seguidamente, a folios 545 y 545 envés, 546/546 envés, obran notas de enfermería cirugía- reporte de laboratorio y autorización para anestesia o procedimiento especial para realización de canalización de vía biliar proximal. Diligenciado.

A folio 557/557 envés, obra hoja quirúrgica fechada 20/12/2013, a nombre de YADIRA URON ROMERO, cirujano doctor HECTOR PULIDO. Primer ayudante doctor GIOVANNI OSPINO. Segundo ayudante: doctor MARCOS LLINÁS. Diagnósticos pre y post operatoria transección de vía biliar por laparoscopia. Post operatorio de 16 días de colecistectomía por video. Nombre de las intervenciones: drenaje de Bilioperitoneo por video laparoscopia. Liberación de adherencias por video laparoscopia. Exploración de vía biliar por laparoscopia. Colocación de stent por video laparoscopia. Lavado de cavidad abdominal por video laparoscopia. Seguidamente, (se describen hallazgos y procedimientos que termina sin complicaciones).

Obran a folios 558/559, 561/580, registros de anestesia, anotaciones de enfermería, reportes de laboratorio y de tomografía computada de abdomen.

En los folios 581/584, obran análisis del caso por el Comité de Morbimortalidad, Clínica de Caribe, que reseñan notas de la paciente, ingreso, egreso y reingreso. Evento: lesión biliar post colecistectomía por video laparoscopia. Fecha de ocurrencia con origen de comité: análisis del evento adverso y resumen de historia. Dicho análisis lo realizan en su orden los doctores GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT,

médico cirujano tratante, doctor HECTOR PULIDO, médico cirujano especialista en vías biliares Doctor W. BARROS, (médico internista) y Conclusiones.

Se extrae de la historia clínica de la Clínica del Caribe, tanto la correspondiente a su primer como a su segundo ingreso, reconsultando por sintomatología similar a la que tenía cuando fue dada de alta en su post operatorio inmediato de colecistectomía por laparoscopia de distensión abdominal y de lo consignado por los médicos tratantes en el segundo ingreso, en particular por lo dicho por ellos en el Comité de Morbimortalidad, y de lo expuesto por el médico tratante, doctor GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT, cirujano general plástico y estético, en lo dicho en el comité que esta paciente tenía antecedentes de dos años de evolución del cuadro clínico que venía manejándose como gastritis, que examinó hemograma y TAC abdominal evidenciando éste vesícula distendida con cálculo enclavado en su cuello, razón por la cual la lleva a cirugía, donde se determinó cuadro adherencial peri vesicular severo, siendo necesario la utilización de Ligasure, observándose distensión vesicular con cambios de coloración del órgano, así como el cálculo ya descrito en su cuello. Anota el médico GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT, cirujano general, plástico y estético, que no se observó fuga biliar durante el acto operatorio. El médico tratante GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT, es claro en manifestar, que como la paciente refería distensión abdominal habitual y la utilización de sustancias para defecar, y decía tener 03 días sin usarlas, dio salida (asumiendo el médico, sin dedicarle más tiempo a su paciente y/o reflexionar con base a otras consideraciones, que tal distensión no iba más allá de lo dicho por la paciente). La paciente (reconsultante), vuelve a la clínica por el servicio de urgencias con cuadro igual al que padecía cuando el médico le dio alta, a los dos días del post operatorio inmediato de la COLELAP. Distensión abdominal no soportable que la obligó a acudir perentoriamente a consulta. A esto, el médico interpreta y maneja como íleo postoperatorio y coprostasis. Dice que, se evidenció líquido intrabdominal, pero sin colecciones, y que una vez que se determinó Bilioperitoneo, solicita el concurso de UCI para lo pertinente. Una vez que la paciente recibe la atención del personal médico de UCI, es sometida a exámenes y tratamientos médicos quirúrgicos procedentes y oportunos hasta su egreso con miras de reconstruir la vía biliar (lesionada).

Se extrae de la historia clínica perteneciente a la señora YADIRA URON ROMERO, en su segundo ingreso a la Clínica del Caribe en el mes de diciembre de 2013, que acudió a consulta por el servicio de urgencia en esta fecha 14/12/2013, a 09 días de su post operatorio de colecistectomía por laparoscopia, realizada en esa institución de salud por el doctor GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT, su médico tratante. Acusa gran distensión abdominal y eructos. Se ordenaron exámenes de laboratorio e imagenológicas y ayuda diagnóstica. Se administraron medicamentos y se solicitó interconsulta con cirugía general, atendida por el doctor GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT quien valoró a su paciente y conceptuó Síndrome de Colon irritable, descartando (folio 57 envés) "otras colecistitis porque la paciente ya fue operada de esta patología hace 10 días", más íleo post operatorio de colecistectomía laparoscópica. Informe preliminar de eco abdominal, da cuenta de presencia de líquido ascítico en espacio subfrénico y pélvico. El médico OSPINO SAUMETT, comenta (folio 58), que el líquido corresponde a un proceso operatorio inmediato de la paciente y ordena iniciar antibióticos y continuar con enemas jabonosos (14/12/2013 a las 20:01 hora); el diagnóstico: íleo post operatorio tardío más coprostasis más colon irritable sin diarrea. En fecha 15/12/2013 a las 13:33 hora, el doctor GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT, consigna recibe informe ecográfico que evidencia presencia de líquido libre en toda la cavidad abdominal, y mantiene el diagnóstico de colon irritable sin diarrea y coprostasis post operatorio en fecha 16/12/2013, a las 9:20 horas (60/60 envés), la paciente continúa con abdomen distendido peristalsis disminuida. Su médico tratante, doctor GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT, ordena retirar vía oral y sonda nasogástrica y aumentar líquidos endovenosos. Diagnósticos: íleo post operatorio de colecistectomía por video y valoración por nutrición para rescatar proteínas. Seguidamente, este día, la paciente acusa dificultad respiratoria, y determina febrículas de 37.4 y 38 grados centígrados. Continúa con abdomen distendido y peristalsis disminuida. Diagnóstico: íleo post

operatorio de colecistectomía por video. En los días sucesivos, persiste el cuadro de distensión abdominal y se registra diagnóstico de colon irritable sin diarrea. En este momento se ordena perfil lipídico y, dado a los episodios de febrícula en la paciente, se ordena urocultivo y antibiograma. Registros médicos del día 19/12/2013, a las 18:51 hora, consigna: paciente con diagnósticos anotados, síndrome de colon irritable sin diarrea en estudio, quien presenta dolor, distendida, taquicárdica, con dificultad respiratoria y ansiosa.

A criterio del Ponente, el médico tratante, doctor GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT, cirujano general, cirujano plástico y estético, no ha dedicado tiempo suficiente a su paciente para profundizar en el cuadro persistente y bajo tratamiento desde su ingreso (14 de diciembre de 2013), de distensión abdominal al que se añaden febrículas y disnea sin perder de vista, que conoce suficientemente las manifestaciones clínicas de dolor y distensión abdominal de su paciente, desde su post operatorio inmediato, y por lo cuales instauró tratamiento sintomático (analgésicos y antiespasmódicos: Muvett, Tramal, Buscapina, entre otros). Así las cosas, mantuvo los diagnósticos anotados, desechó los hallazgos imagenológicos de ascitis y clínicos de disnea progresiva. Sabido esto para un médico de mediana experiencia clínico quirúrgica, que, por una parte, si el volumen de ascitis eleva el diafragma, el paciente puede presentar disnea, y en el caso que nos ocupa, a este mecanismo se agregaría la distensión abdominal desde el post operatorio inmediato, relacionados probablemente, por meteorismo de origen digestivo. Esta disnea parece cuando la ascitis está a tensión. Si el médico tratante hubiese hecho un examen físico más detenido a su paciente, también hubiera podido, con alta probabilidad, encontrar a la palpación, matidez desplazable de los flancos, que es un signo temprano de ascitis, así como encontrar también onda ascítica. Nuestra paciente exhibía sintomatología de deterioro progresivo, se mostraba ansiosa, y se hallaba taquicárdica y taquipneica. En estas condiciones, la paracentesis no daba espera, y si se trataba como este caso de ascitis a tensión por apreciable cantidad de líquido de 4 o más litros, era recomendable acompañar este procedimiento de infusión intravenosa de albumina sobre el sodio. Por todos estos hechos de evidente acontecimiento, el Ponente se reafirma en que, el médico tratante no le dedicó tiempo necesario a su paciente para hacer una evolución adecuada a su salud. Por otra parte, exista un riesgo injustificado para su paciente, pues, si además del riesgo previsto inherente al tratamiento quirúrgico aplicado, este riesgo se ve aumentado innecesariamente cuando el cirujano no llena la expectativa académica para entrar a realizar la colecistectomía laparoscópica, procedimiento éste, que requiere para asegurar su éxito, entrenamiento apropiada por parte del cirujano, quien debe haber conseguido una óptima curva de aprendizaje supervisado por autorizadas académicas reconocidas. No obra en el paginario del expediente documentación proferida por universidad, hospital escuela o institución de especialización de post grado médico avalado por el Ministerio de Educación Nacional, que certifique que este profesional médico (doctor GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT, médico especialista en cirugía general, cirugía plástica estética y reconstructiva), haya obtenido acreditación para realizar procedimientos laparoscópicos, particularmente colecistectomía laparoscópica. La certificación proferida por la Clínica del Caribe S.A., arrimada a expediente a folio 49, es de carácter laboral más que académico. Esta entidad, Clínica del Caribe S.A., no aporta a su razón social, la calidad de institución académica para post grados médicos.

Del análisis de la historia clínica de la Clínica Reina Catalina, se extrae que la paciente YADIRA URON ROMERO, ingresa el 16 de enero de 2014. Diagnóstico de ingreso: dolor abdominal en parte superior. Médico tratante EDUARDO CUELLO LACOUTURE. Antecedentes Quirúrgicos/traumáticos: Colecistectomía hace un mes. Estuvo en UCI por 10 días por lesión biliar y hepática. Reducción de mamas, lipoabdominoplastia. Hemorroidectomía. Cesárea No. 1. Diagnóstico pre operatorio: fistula biliar post cirugía. Diagnóstico post operatorio: Oclusión biliar total por clip. Descripción quirúrgica: se realizó procedimiento con Duodenoscopia Olympus TJF. Se inyecta con éxito hasta la segunda porción del duodeno. Papila intradueodenal normal. Se canuló colédoco con medio de contraste, de aspecto normal en tercio

medio y distal. A nivel hepático común se observa clip que atraviesa la vía biliar en forma completa. No hay paso de medio de contraste y se hace imposible hacer avanzar la guía. Por tanto, se da por terminado el procedimiento. Obra récord de anestesia. Doctor GUILLERMO ARIZA. Fístula biliar post colecistectomía, no complicaciones.

Del análisis de la Clínica del Country Bogotá, fecha 25 de enero de 2014, se le da incapacidad médica con inicio el 21 de febrero de 2014, finalización el 19 de febrero de 2014 (30 días). A esa fecha, 25 de febrero de 2014, recibe recomendación de continuar con suplemento nutricional y se fecha un próximo control para el 27 de febrero de 2014, con el doctor OSPINA. Se extrae de la historia clínica de la Clínica del Country que ingresa el 21 de febrero de 2014, programada para cirugía el día de mañana. En sus antecedentes: Enfermedad actual referidos en particular al post operatorio de colecistectomía por laparoscopia con Bilioperitoneo como complicación secundaria a lesión de vía biliar a nivel de hepático y el CPRE fallido por obstrucción a ese nivel, y se sugería manejo quirúrgico, motivos que la llevaron a consultar a esta entidad (Clínica del Country), donde es manejada inicialmente con evolución estable. Es llevada a cirugía el día 22 de febrero de 2014. Diagnósticos prequirúrgicos: enfermedad de la vía biliar. Procedimientos quirúrgicos: anastomosis del conducto hepático común a tubo digestivo, anastomosis de intestino delgado a intestino delgado, recolocación de vías biliares, reconstrucción de vías biliares. Firma doctor JORGE ALBERTO OSPINA LONDOÑO; doctor GERMAN GOMEZ (cirujano vascular y angiología); Anestesiólogo doctor DOUGLAS DARIO LEAL RUIZ, tipo de anestesia: general. Se realiza procedimiento quirúrgico describiéndose de manera pormenorizada, consignando, además, hallazgos de buena cantidad de adherencias gastroduodenales y cólicas a la pared abdominal y al lecho hepático, liberando igualmente, tejido fibroso de neoformación, sin complicaciones en el transcurso del procedimiento y señalando la utilización de medios imagenológicos intraoperatorios. Evoluciona hacia la mejoría, dándose alta médica el 03 de marzo de 2014, bajo el concepto médico de: Evolución adecuada. Fístula cerrada. Tolerancia a la vía oral. Ha completado 8 días sin evidencia de complicaciones. Se dan recomendaciones, incapacidad médica. Próximo control 2014-03-10. Médico JORGE ALBERTO OSPINA LONDOÑO.

Del análisis de la historia clínica de la Clínica Portoazul, se extrae que tiene varios ingresos (hospitalizaciones) a esta clínica. Consignan sus antecedentes referidos, contenido en los expedientes clínicos previos, el primero de ellos en la Clínica del Caribe 03/12/2013 al 03/12/2013; 14/12/2013 al 31/12/2013; historia clínica de la Clínica del Reina Catalina de fecha 16 de enero de 2014; en la historia clínica de la Clínica del Country de Bogotá en fecha 21 al 25 de febrero de 2014 al 03 de marzo de 2014 (30 días). En su última hospitalización en la Clínica Portoazul del 11/09/2015, sus antecedentes se resumen: Lesión vía biliar durante COLELAP colecistectomía laparoscópica en 2013, con posterior reconstrucción de la vía biliar en 2014 (Clínica del Country Bogotá). Requirió nueva intervención 28/08/2015: liberación de adherencia más reconstrucción de vía biliar hepático yeyuno anastomosis en ASA de Chen, con evolución post operatoria inicial adecuada. En fecha 11 - 09 - 2015, se hospitaliza por cuadro persistente de sepsis de foco biliar (colangitis) y desarrollo de insuficiencia renal aguda, requiriendo tratamiento multidisciplinario en UCI, donde permanece por 15 días siendo resueltos sus cuadros nosológicos, y dada alta médica en fecha 02-10-2015. Se advierte que en el transcurso de su tratamiento en fecha 02-05-2015, radiología intervencionista realiza colecistectomía por estenosis de la vía biliar, presentando la paciente fuerte dolor en el sitio de inserción colocación del catéter, (fecha 03-05-2015); en su evolución desarrolla pitorax derecho, hallazgos: derrame pleural tabicado derecho y colapso pulmonar que llevó a realización de decorticación y pleurectomía por VAC. El 02-10-2015, recibió alta médica con recomendaciones y control por consulta externa. Finalmente registra su historia clínica, de la Clínica Portoazul, consulta de Triage el 13-10-2015, con diagnóstico de trastorno de ansiedad orgánico. La paciente rechazó la prescripción de ansiolíticos, dándose alta médica.

Del análisis de la Versión libre del doctor GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT, Cirujano general plástico y estético, se extrae, que al ingreso de la paciente por el servicio de urgencias de la Clínica del Caribe en fecha 03 diciembre 2013, fue atendida por médicos generales, refiriendo su anamnesis y enfermedad actual consistente en dolor en hipocondrio derecho y lumbar más náuseas, vómito y malestar general. Agrega, que el reporte de ultrasonido es de hidrocolecisto más colecistitis alitiásica, añadió en su relato, que el diagnóstico anatomopatológico de días posteriores corroboró la presencia de inflamación crónica y aguda y presencia de cálculos en el interior vesicular. Tal hallazgo: inflamación de la vesícula (colecistitis) tenía indicación quirúrgica. Dice, que ordenó UROTAC a causa de hematuria y leucocituria, y que este examen evidenció hidrops vesicular y cálculo enclavado en cuello vesicular. Hallazgos que sustentaban su conducta quirúrgica mediante colecistectomía por video laparoscopia; que se le explicó a la paciente todos los riesgos de la cirugía mínimamente invasiva y de no operarse, añadiendo que su paciente entendió y autorizó el procedimiento. Se solicitó valoración pre anestésica, valoración por medicina interna, exámenes prequirúrgicos, etc. A las 7:10 a.m., fue llevada a cirugía el día 05 de diciembre de 2013. Continúa su relato diciendo que la examinó el 06-12-2013 y ordenó, después de análisis subjetivo y objetivo, medicamentos paliativos para su post operatorio inmediato. Dice, que existía distensión abdominal leve, comentándosele a la paciente que sus síntomas eran acordes con la evolución normal de este post operatorio, y que solo hizo falta que la paciente defecara, dándose orden de dar de alta cuando ello ocurriera. Señala el médico GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT, Cirujano General, Cirujano Plástico y Estético, que no es cierto que la distensión abdominal fuera pronunciada. Señala, también, el 07 de diciembre de 2013, la valoró a la 1:39 p.m., encontrado una distensión abdominal leve, toleraba vía oral, hidratada y peristalsis positiva, que había eructos y fritos y mejoraba su distensión abdominal. Que como la paciente comentó que generalmente ameritaba fibra y medicamentos para ayudarse con la distensión y el estreñimiento, ordenó enema para ayudarlo con la defecación, dándose orden a medicina general que si presenta defecación se puede dar alta con recomendaciones, que ya se habían dado verbalmente y por escrito, movilidad, signos de alerta y alarma y en caso de presentarse estos, presentarse a urgencias de la Clínica del Caribe. Refuta el dicho de la paciente, de que se hubiese dado cuando estaba con gran distensión abdominal, ello porque "se le ordenó enema, la paciente evacúa o defeca" y que como dijo sentirse mejor, el médico general de hospitalización, cumplió la orden de dar el alta. Se extrae del dicho del inculpado, que la paciente nunca se comunicó telefónicamente con él y que la paciente retornó al servicio de urgencias de la Clínica del Caribe S.A., el 14 de diciembre de 2013, a las 3:11 p.m., refiriendo que 08 días atrás, le habían realizado colecistectomía por laparoscopia que evolucionaba bien, defecando y tolerando vía oral, y que el día 12 de diciembre presentó distensión abdominal haciéndose más evidente en el presente día. Que, a pocas horas de su ingreso, la valora encontrando leve dolor en su hipocondrio derecho y epigastrio. Se le hospitaliza y se le ordena exámenes de ayuda diagnóstica y hace diagnóstico de íleo post operatorio tardío secundario a colecistectomía laparoscópica. También contradice afirmaciones de la paciente, en cuanto a los exámenes y los procedimientos que dice la paciente el médico realizó o dejó de realizar y que estudios imagenológicos revelaban gran cantidad de aire a nivel de colon izquierdo, abundante cantidad de materia fecal en ampolla rectal y en el colon derecho. No había gas distal en recto. No niveles hidroaéreos escalonado. Y que un tacto rectal evidenciaba coprostasis, haciendo diagnóstico de íleo post operatorio tardío y que en estos momentos la paciente presentaba un rico cuadro de síntomas y signos que podrían pertenecer a una gran variedad de patologías, haciendo disquisiciones sobre la conducta que siguió en virtud a estos hallazgos. Dice, también, que la paciente fue valorada día a día, que se le ordenaron exámenes a pesar de que la paciente decía sentirse bien y presentaba defecaciones de manera abundante y toleraba la vía oral (\*\*\*\* defecaciones abundantes, pero que no describen su color). Que el 16 de diciembre no toleró vía oral, por lo que se le retiró y sin presentar distensión abdominal y disminución de la peristalsis y por ello se ordenó sonda nasogástrica; que los días 17, 18 y parte del 19 de diciembre de 2013, mejoran sus síntomas (\*\*\*\*en estos días cuando la paciente empeora su cuadro clínico presentándose ansiosa y con disnea

en aumento en virtud de buena cantidad de ascitis) y que en vista de ello ordena TAC de abdomen que reportan líquido en cavidad abdominal. Dice, que se decide practicar paracentesis obteniéndose líquido biliar, lo que dio lugar a internación en UCI.

De la evolución de la paciente ingresada ya en UCI, y contando desde este momento con una adecuada atención multidisciplinaria, donde se advierte a través de los registros médicos, la pertinencia y oportunidad de o de los tratamientos médicos prodigados, se concluye con suficiente racionalidad médico científica que de aquí en adelante existió por parte de los especialistas tratantes, pericia, diligencia y prudencia para tratar un cuadro clínico crítico como lo revela la historia clínica.

Asegura, que después del egreso de la paciente (diciembre 31 de 2013), con fórmula médica, signos de alarma y recomendaciones estrictas como consta en la historia clínica de la Clínica del Caribe (esta afirmación contrasta con la ausencia de los registros médicos de la advertencia de los signos de alarma y recomendaciones estrictas en el egreso que se dio en fecha 07 de diciembre de 2013). Declara el versionado, la no asistencia de la paciente a los controles ordenados por él, ni respuesta a los numerosos llamados hechos por el coordinador médico y él, a los teléfonos que ella reportó en la historia clínica. Dice, también, que como la paciente manifiesta que se le recomendó viajar a Bogotá para realizarse la cirugía de la reconstrucción de las vías biliares, bajo el sustento de que en Barranquilla era difícil de que alguien le realizara este procedimiento, él, aunque respeta esa apreciación, no la comparte. También se refiere que en Bogotá se llevó a cabo este procedimiento en fecha 22 de febrero de 2014, en que el doctor PULIDO (Barranquilla) le había comentado a la paciente, era el apropiado.

El Instructor le formula varias preguntas tales como hasta qué fecha la prestó atención a la paciente. Contestó que hasta el 07 de diciembre de 2013, cuando se dio alta posterior a la cirugía (primera) y hasta el 31 de diciembre de 2013, cuando se le dio alta médica en el segundo internamiento y no la volvió a ver porque nunca volvió a los controles a pesar de ser llamada por el director médico de la clínica y mi persona; al responder a una pregunta del instructor de que si de esto puede aportar soporte material de esa gestión, dice, que no tiene como aportar lo que digo.

A las afirmaciones hechas por la quejosa en la diligencia de ampliación (a folios 972/973), que dice: "me atendió en el mes de enero de 2014, los primeros días en emergencia de la Clínica del Caribe que fue cuando me dio la noticia: "te veo en cuatro meses" en el mes de abril, y yo no podía creer. Usted no va a dejarme así, y voy a trabajar, le dije, no doctor". El médico inculpado, contestó: "totalmente falso, la paciente nunca asistió a un control post operatorio". Otras preguntas del instructor al médico inculpado son afirmaciones de la paciente en su ampliación que se le trasladan al médico en procura de aclarar diversas situaciones. Afirmó la paciente que como el médico le dijo que regresara en cuatro meses para hacerle otra cirugía, buscó otra opción, pues, diariamente tenía que vaciar los drenes, medirlos y anotarlos (supone el instructor que tal dedicación era engorrosa y ya la tenía fastidiada). Esta subjetividad del instructor explicaría la insatisfacción de la paciente a esclavizarse por espacio de los 4 meses que le propuso el médico, resultando esto en un indicio que sí se comunicó el médico en alguna atención, la decisión de verla después de los cuatro meses del post operatorio. Por otra parte, el hecho de que la paciente asegure de que anotaba la cantidad de líquido drenado, era porque además de habersele indicado para que lo hiciera en su casa durante el post operatorio, finalmente añade el versionado, que aporta el peritaje realizado por el médico JUAN JACOBO MOLINA CASTILLO, que dice que es reconocido en Barranquilla; Director del Programa de Post Grado de una universidad de la ciudad, quien evalúa (a petición del interesado) su atención como cirujano general, en las actuaciones que, como cirujano general le brindó a la paciente.

Obrante en el expediente a folios 1000-1008, en membrete de JUAN JACOBO MOLINA CASTILLO, Curriculum Vitae del doctor JUAN JACOBO MOLINA CASTILLO, especialista en cirugía general; suscribe el documento JUAN JACOBO

MOLINA CASTILLO, cédula de ciudadanía 12.549.289 (no existe firma). Se puntualiza la existencia de fotocopia de título de médico y cirujano conferido por la Universidad Libre Seccional Atlántico; Título en Especialista en Cirugía General expedido por la Universidad Metropolitana de Barranquilla 25 de mayo de 2000. Documentos arrimados al expediente de fecha 27 de junio de 2019. No se determina en la documentación adjuntada al expediente, título o certificado de formación académica proferida por institución universitario o similar debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, que avale idoneidad en la práctica de cirugía laparoscópica (título de subespecialista en cirugía laparoscópica). No demostrando el perito su idoneidad en este campo de la cirugía, sus apreciaciones científicas al respecto, no son de buen recibo para este Tribunal. En lo que respecta al médico inculpado, doctor GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT, cirujano general, plástico y estético, tampoco se acredita documentación por institución universitaria o similar que avale aprendizaje formal en esta sub especialidad. El título de cirujano general no faculta al poseedor para ejercer como cirujano laparoscopista, constituyendo un ejercicio profesional por fuera de lo éticamente permitido.

Para el Ponente, no es de buen recibo de que el encartado arrime al expediente una certificación que tiene un perfil más laboral que académico, proferida por una empresa prestadora de salud particular (Clínica del Caribe S.A.) que puntualiza que el cirujano general y cirujano plástico y estético, doctor GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT, ha realizado en esa institución 65 procedimientos laparoscópicos, de los cuales, 60 corresponden a colecistectomía laparoscópica. La Clínica del Caribe S.A., debería puntualizar considera el Ponente, que es además una escuela de formación de post grado médico, debidamente avalada por el Ministerio de Educación Nacional, y dar a conocer el Pénsum de enteramiento que se aplica a los educandos. Así las cosas, no contando con una certificación explícita de la curva de aprendizaje de esta técnica o abordaje quirúrgico, el Ponente considera al cirujano doctor GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT, como especialista quirúrgico, está inhabilitado para realizar este procedimiento; esto desde el punto de vista ético. Por otra parte, le hace la observación a la mencionada clínica, que tiene el compromiso con el Estado y la comunidad de acreditar debidamente el personal que labora para ella o en ella.

De la consideración precedente se infiere, dado el caso, que el doctor GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT, cirujano general, cirujano plástico y reconstructivo, no debió proponerle a su paciente, señora YADIRA URON ROMERO, la colecistectomía laparoscópica, por la razón arriba expuesta y porque la realización de este procedimiento, aumentaría el riesgo previsto que se tiene para este tipo de atención. Este reproche lo contempla la Ley 23 de 1.981.

### CRITERIO DEL PONENTE

La actuación profesional del inculpado, doctor **GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT** especialista en Cirugía General y Cirugía Plástica y Estética, estuvo afectada por falta del deber del cuidado médico, cuando decidió continuar el acto operatorio de la COLELAP, habiendo encontrado "gran cantidad de adherencias perivesiculares", como lo registra la hoja quirúrgica (folio 49). Este hallazgo, predispone, obviamente, a una manipulación quirúrgica aún más compleja de lo que habitualmente entraña la técnica o abordaje quirúrgico de la COLELAP, pues, es indudable que dicho hallazgo se convierte en un obstáculo mayor o limitante manifiesta para realizar con mayor certeza y seguridad, esta cirugía, que tienen de por sí, las técnicas quirúrgicas laparoscópicas, que son más difíciles de realizar que en la cirugía abierta, teniendo en cuenta que no es posible la palpación directa de las estructuras anatómicas así como tampoco existe visión estereoscópica, pudiendo quedar la exposición para la visualización y examen muy limitadas.

Hugh TB News (Estrategias para Prevenir la Lesión Laparoscópica del Conducto Biliar), opinó que la desorientación temporoespacial del cirujano durante la COLELAP era un factor sistemático importante que contribuía a las desgracias.

En resumen, ante tales hallazgos, como en el caso que nos ocupa (existencia de tejidos cicatriciales como reacción a cirugías abdominopélvicas previas (cesáreas), la decisión no era continuar la COLELAP, era la conversión a procedimiento abierto, pues, el campo laparoscópico entrañaba mayor complejidad.

La literatura médica así lo comunica en abundantes estudios sobre el particular (Gaceta Médica Boliviana: "Causas de Conversión en Colectomía Laparoscópica Caja Nacional de Salud". Gac Med. World. Med,30 No.2 Cochabamba 2007. Menciona que la colectomía laparoscópica no está exenta de complicaciones, entre estas se pueden atribuir a las propias del procedimiento laparoscópico, las que guarden relación con la cirugía vascular, y las complicaciones exclusivas de la colectomía laparoscópica...". Se sabe, y señala el artículo en comento, que las adherencias no constituyen contraindicación para la realización de la COLELAP, sugiriéndose sí la conversión si se juzga conveniente. Puede agregarse a la nutrida literatura sobre el tema el artículo publicado por la Revista Colombiana de Cirugía 2019; 34: 45 - 52. "Incidencia de Lesión de Vías Biliares en un Hospital Universitario. Análisis de más de 6.000 colectomías laparoscópicas". Autores: Serna JC, Patiño F, Buritica M, et al.

Señala el artículo, que "debido a la premisa más importante en el manejo de la lesión biliar iatrogena es su prevención, la Society of America Gastrointestinal Endoscopic Surgeons SAES), publicó 6 estrategias para adoptar una cultura universal en la COLELAP, con el objetivo de minimizar el riesgo de la lesión de la vía biliar". Entre estos, el método de "Visión Crítica de Seguridad", escrito en 1.992, y publicado en 1.995, por el doctor STEVEN M. STRAMBERG, y cuyo propósito es incrementar la seguridad en la COLELAP, y que, desde entonces, ha sido acogido por los cirujanos que practican esta técnica o abordaje quirúrgico. Para abundar en el tema, en el artículo "Colectomía Laparoscópica Aspectos Médico Legales y Manejo de Riesgos". Doctor FABIAN VITOLLO. Noble S. AR., "muchas veces la conversión es vista como una complicación de la laparoscopia y muchos cirujanos e instituciones se enorgullecen por su baja tasa de pasaje a cielo abierto". Esta cultura que considera a la conversión como un fracaso de la cirugía laparoscópica puede atentar contra la prudencia que muchos casos requieren.

Desde el punto médico legal, la imprudencia es una de las figuras de la culpa, un cirujano podría ser hallado culpable en un litigio cuando ante un caso laparoscópico difícil, ya sea por confusión anatómica, fusión de los planos de disección, falta de progreso o pobre visualización, no tomó la decisión de convertir a cielo abierto.

La mortalidad relacionada a la conversión es generalmente mucho menor que aquella originada por una lesión iatrogénica de la vía biliar durante la laparoscopia.

Por contera, esta imprudente decisión del cirujano, doctor **GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT**, médico especialista en Cirugía General y Cirugía Plástica y Estética, evó el riesgo previsto que subyace para cada procedimiento terapéutico (quirúrgico, colocándose su conducta violatoria del artículo 16 de la Ley 23 de 1.981, que dice: La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías producidas por efectos del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto..." Más adelante dice, el artículo 13 agrega: "...El médico no será responsable por resultados desfavorables inmediatos o tardíos de difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico".

De lo anterior, se puede colegir, que los límites del riesgo permitido, se encuentran preceptuados por el apego estricto de la Lex Artis en cada uno de los Actos Médicos, y si se cumplen dichos presupuestos, así se produzca un resultado no beneficioso para el paciente, no habría lugar a una responsabilidad penal médica.

A contrario sensu, al entrar a considerar la actuación del médico tratante, doctor **GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT**, especialista en Cirugía General y Cirugía Plástica y Estética, cuando debió atender a su ya conocida paciente, señora YADIRA URON ROMERO, en el post operatorio tardío de la COLELAP, realizada por él, 10

días antes en la mencionada clínica, es patente que continuó restándole importancia al cuadro clínico permanente y persistente que aquejaba a su paciente desde su post operatorio inmediato, cual era distensión abdominal como dato preponderante. Le instauró tratamiento sintomático desde el primer post operatorio que continuó en el segundo ingreso de esta paciente en fecha 14 de diciembre de 2013, en la Clínica del Caribe S.A., desatendió los hallazgos clínicos y paraclínicos hasta el punto de verse avocado después de 6 días de una conducta incierta e irresoluta y ante la evidencia de gran ascitis provocadora de severa disnea, a realizar paracentesis que reveló, por su característica, fuga biliar. De aquí en adelante, la paciente fue atendida por un conjunto de especialistas que proporcionaron el diagnóstico preciso mediante CPRE y tratamiento concomitante a un cuadro séptico que puso en riesgo la salud de la paciente.

El Ponente reprocha este comportamiento del encartado, doctor **GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT**, especialista en Cirugía General y Cirugía Plástica y Estética, consideranco que presuntamente vulnera el artículo 15 de la Ley 23 de 1.981, que dice: "El médico no expondrá su paciente a riesgos injustificados, pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensable y que lo puedan afectar física o psíquicamente..."

Concordante con el Decreto 3380 de 1981 artículo 9: "Se entiende por riesgo injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y no corresponda a las condiciones clínicas patológicas del mismo".

Se examinó la evolución clínica del paciente en su periplo por varias instituciones de salud, en procura de atención especializada: Clínica Reina Catalina, por los médicos EDUARDO CUELLO LACOUTURE. Clínica del Country de Bogotá, por el médico tratante JORGE OSPINA LONDOÑO. Clínica Portoazul de Barranquilla, donde presentó al·ibajos en su salud y tratamientos médicos. Que, en el concepto del Ponente, como se extrae del historial médico respectivo, no vulneraron la Lex Artis.

Se encuentra insuficiente las calidades científicas médicas del Perito JUAN JACOBO MOLINA CASTILLO, médico cirujano general, debidamente calificado, pero, que, sin embargo, no arrimó al expediente su idoneidad como cirujano entrenado en cirugía laparoscópica.

En la literatura médica existe un sin número de estudios referentes a la frecuencia con que, en la COLELAP, se lesionan intraoperatoriamente las vías biliares, considerándose esta complicación una de las más temidas, no solo por el impacto económico que se deriva de ello, sino, y más importante aún, por las repercusiones catastróficas sobre la calidad de vida del paciente; revelando los análisis estadísticos, que su incidencia no parece haber disminuido con la experiencia del cirujano. Sin embargo, surgen factores de riesgo relacionados con la lesión de la vía biliar secundaria al procedimiento laparoscópico, una de estas, es la inadecuada preparación de los cirujanos en su curva de aprendizaje, que, unidas a una dosis necesaria de sentido común y prudencia constituye un factor determinante. La existencia de una curva de aprendizaje, indica que la mejora de las técnicas de enseñanza puede modificar la incidencia de las lesiones de la vía biliar.

Bastan las precedentes consideraciones para solicitar a los Honorables Magistrados de La Sala Plena, elevar Pliego de Cargos al doctor:

**GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT**, Médico Cirujano General, Cirujano Plástico y Estético, varón, mayor de edad, domiciliado en el Municipio de Puerto Colombia, Atlántico, identificado con la cédula de ciudadanía No. 72.146.900 expedida en Barranquilla, Atlántico y Registro Médico No. 50088-95 expedido por la Secretaria de Salud de Antioquia. Por presunta violación de la Ley 23 de 1.981 en su artículo 15, concordante con el Decreto Reglamentario 3380 de 1.981 en su artículo 9. Artículo

16 de la Ley 23 de 1.981, concordante con el Decreto Reglamentario 3380 de 1.981 en su artículo 13.

**CRITERIO DE LA SALA**

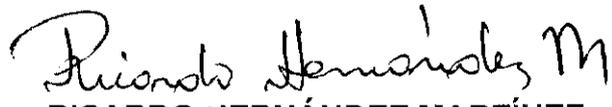
Los Magistrados en Sala Plena, acogen por unanimidad y comparten el criterio y conclusiones del Magistrado Ponente.

**POR MÉRITO DE LO EXPUESTO  
EL TRIBUNAL SECCIONAL DE ÉTICA MÉDICA DEL ATLÁNTICO  
EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES**

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Elevar Pliego de Cargos al doctor **GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT**, Médico Cirujano General, Cirujano Plástico y Estético, varón, mayor de edad, domiciliado en el Municipio de Puerto Colombia, Atlántico, identificado con la cédula de ciudadanía No. 72.146.900 expedida en Barranquilla, Atlántico y Registro Médico No. 50088-95 expedido por la Secretaría de Salud de Antioquia. Por presunta violación de la Ley 23 de 1.981 en su artículo 15, concordante con el Decreto Reglamentario 3380 de 1.981 en su artículo 9. Artículo 16 de la Ley 23 de 1.981, concordante con el Decreto Reglamentario 3380 de 1.981 en su artículo 13. **La Ley 23 de 1.981, en su artículo 15, dice:** "El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que pueden afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente." **El Decreto Reglamentario 3380 de 1981 en su artículo 9, dice:** – "Se entiende por riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y no correspondan a las condiciones clínico-patológicas del mismo". **La Ley 23 de 1981 en su artículo 16 dice:** "La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto". **El Decreto Reglamentario 3380 de 1.981 en su artículo 13 dice:** "Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico". **ARTÍCULO SEGUNDO:** Rinda el doctor **GIOVANNI MIGUEL OSPINO SAUMETT**, Médico Cirujano General y Cirujano Plástico y Estético, Descargos por la presunta violación de los Artículos antes mencionados, en fecha y hora que posteriormente se fijará. **ARTÍCULO TERCERO:** Notifíquese esta providencia de conformidad con lo establecido en el Numeral b del Artículo 80 de la Ley 23 de 1981.

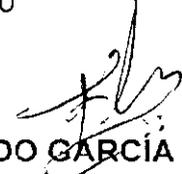
**COPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.**

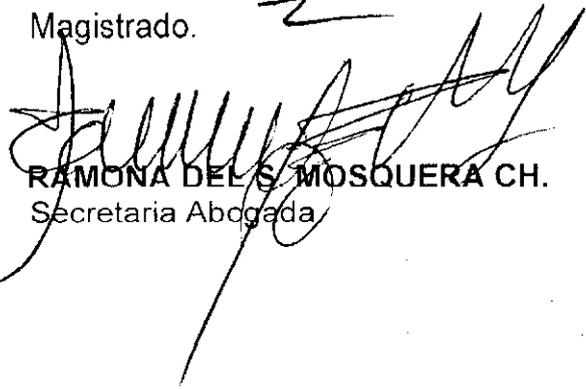
  
**RICARDO HERNÁNDEZ MARTÍNEZ**  
Presidente

  
**PEDRO CORREA MENDOZA**  
Magistrado-Instructor.

  
**HERNANDO SANJUANELO ARRIETA**  
Magistrado

  
**PEDRO GUTIÉRREZ DE LA CRUZ**  
Magistrado.

  
**FERNANDO GARCÍA HURTADO**  
Magistrado

  
**RAMONA DEL S. MOSQUERA CH.**  
Secretaria Abogada