

CONTESTACIÓN DE DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTIA RADICADO NO. 50001-31-03-002-2017-00385-00

Dra. Mayerly García C <magaco680@gmail.com>

Mar 4/05/2021 3:42 PM

Para: Juzgado 03 Civil Circuito - Meta - Villavicencio <ccto03vcio@cendoj.ramajudicial.gov.co>

📎 12 archivos adjuntos (15 MB)

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA.pdf; contestación LLAMAMIENTO EN GARANTIA.pdf; DERECHO DE PETICION CLINICA.pdf; DERECHOS DE PETICIÓN FISCALÍA.pdf; Poder Dr Covelli.pdf; hoja de vida rene-20210427T001920Z-001.zip; constancia de envio derecho de peticion clinica martha.pdf; Constancia de envio derecho de peticion Fiscalia.pdf; E_SWJDOCUMENTOSBIBLIOTECA12c-gallego-sleeve o manga gastrica - 2017-06-23_MANGA GASTRICA.pdf; E_SWJDOCUMENTOSBIBLIOTECA1261complicaciones en manga.pdf; DESCRIPCION QX UNO.png; DESCRIPCIÓN DOS.png;

Señores

JUZGADO TERCERO (03) CIVIL DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Email: ccto03vcio@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

<u>REFERENCIA</u>	<i>Radicación No. 50001-31-03-002-2017-00385-00</i>
	<i>Ordinario Civil</i>
	<i>Demandante: Elizabeth Sastre Moreno Y Otros.</i>
	<i>Demandados: Saludcoop en Liquidación - Clínica Martha S.A</i>

<u>ASUNTO:</u>	<i>APORTAR EN PDF; I) CONTESTACIÓN A LA DEMANDA POR PARTE DEL LLAMADO EN GARANTÍA DE. RENE EDUARDO COVELLI ESCOBAR, y II) CONTESTACIÓN AL LLAMADO EN GARANTÍA DE LA CLÍNICA MARTHA S.A., JUNTO CON SUS ANEXOS.</i>
-----------------------	---

Respetada Señora Juez,

MAYERLY GARCÍA CORREAL, abogada en ejercicio, identificada como parece al pie de mi firma, en calidad de apoderada judicial del Sr. **RENE EDUARDO COVELLI ESCOBAR**, médico cirujano *llamado en garantía* dentro del proceso de la referencia; comedidamente por medio del presente escrito adjuntamos en PDF; **I) Contestación a la demanda por parte del llamado en garantía DR. RENE EDUARDO COVELLI ESCOBAR, Y II) Contestación al llamado en garantía de la CLÍNICA MARTHA s.a., junto con sus anexos y traslados dentro de la oportunidad procesal pertinente**

Cordialmente;

MAYERLY GARCIA CORREAL

C.C. 52.718.546 de Btá.

T.P. 155.228 C.S.J.

Señores

JUZGADO TERCERO (03) CIVIL DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Email: ccto03vcio@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

<u>REFERENCIA</u>	Radicación No. 50001-31-03-002-2017-00385-00
	Ordinario Civil
	Demandante: Elizabeth Sastre Moreno Y Otros.
	Demandados: Saludcoop en Liquidación - Clínica Martha S.A

<u>ASUNTO:</u>	CONTESTACIÓN A LA DEMANDA POR PARTE DEL LLAMADO EN GARANTIA DR. RENE EDUARDO COVELLI ESCOBAR.
-----------------------	--

Respetada Señora Juez,

MAYERLY GARCÍA CORREAL, abogada en ejercicio, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.718.546 expedida en Bogotá D.C, portadora de la tarjeta profesional de abogado No. 155.228 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de apoderado judicial, de acuerdo con el poder a mi conferido por el Sr. **RENE EDUARDO COVELLI ESCOBAR**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19263396, domiciliado en Villavicencio (Meta), en calidad de *llamado en garantía* dentro del proceso de la referencia; comedidamente por medio del presente escrito, con la consideración y el respeto acostumbrado, y dentro de la oportunidad correspondiente me permito dirigirme a su Honorable Despacho con el fin de *contestar la demanda* interpuesta en contra de mi poderdante dentro del proceso de la referencia, lo anterior en los siguientes términos:

I. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS DE LA DEMANDA Y CONDENAS.

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones formuladas por la parte actora donde se responsabilice a mi representado **RENE EDUARDO COVELLI ESCOBAR**, por carecer todas ellas, de fundamento fáctico y jurídico, tal y como a continuación se describe, razón por la cual solicito que todas ellas sean denegadas y/o desestimadas por su Honorable Despacho.

- DECLARATIVA PRIMERA (1): Me opongo, no existe los elementos para que se declare la responsabilidad médica sanitaria en la atención de la paciente K.J.S.S (q.e.p.d) en cabeza de mi mandante, ni vocación para el resarcimiento de los perjuicios pretendidos. Cabe resaltar que de acreditarse mi representado no tuvo ninguna injerencia en la generación de los mismos.

- DECLARATIVA SEGUNDA (2): Me opongo, no existe los elementos para que se declare la responsabilidad extracontractual en bajo un asunto de responsabilidad médica sanitaria en la atención de la paciente K.J.S.S

(q.e.p.d) en cabeza de mi mandante, ni vocación para el resarcimiento de los perjuicios pretendidos. En igual sentido, aclaramos que mi representado no tuvo ninguna inferencia frente a una supuesta “*Consecuencia del trágico fallecimiento de Kristy Johana Sanchez Sastre, como consecuencia de la negligente atención médica brindada durante el procedimiento de una gastrectomía parcial por manga tipo sleep gástrico, quién presentó complicaciones durante su recuperación que posteriormente generaron el grave deterioro de su salud*” pues obra en la historia clínica que aportó el mismo demandante cual fue la atención que recibió en la IPS Clínica Martha S.A, el manejo que dio un equipo multidisciplinario que trato a la paciente (Médicos tratantes en cirugía, psicología, medicina interna, psiquiatría, cuidado intensivo, medicina general, gastroenterología, etc) en diferentes momentos de tiempo, modo y lugar, en que momento mi poderdante conoció y trato el caso clínico de la paciente K.J.S.S (q.e.p.d) fue de conformidad al nivel de atención que ofrecía la Clínica Martha S.A y la dinámica como estructuraba la prestación de la atención programa de cirugía bariátrica que estaba compuesto por un equipo multidisciplinario, asimismo se acreditará como mi representada cumplió a cabalidad con un manejo especializado ajustado a *la buena lex artis*, cuenta con la idoneidad y pericia profesional para la realización de este tipo de procedimientos quirúrgicos, porque era necesario el manejo de esta paciente en el postoperatorio inmediato en una Unidad de Cuidado Intensivo Intermedio y las razones por la cuales se remitió de manera oportuna, no le pueden formular alguna conducta censurable a mi representada con relación al caso en concreto, que lo que hizo fue salvaguardar la vida e integridad de la paciente, de conformidad con la condición clínico patológica que conoció.

Para efectos de lo anterior, es necesario resaltar que el actuar de mi representado en el caso que nos ocupa fue diligente, prudente de conformidad a la *lex artis*, razones por la cual no puede predicarse ningún tipo de juicio de reproche en su contra.

- **DAÑOS**

Sin perjuicio de lo anterior, es importante mencionar, que los perjuicios solicitados, carecen de fundamento fáctico y jurídico; en *primer lugar*, porque los mismos no se encuentran debidamente acreditados y en *segundo*, porque los montos solicitados resultan ser a todas luces excesivos, vulnerándose así los principios de *certeza* y *razonabilidad* que gobiernan dicha materia.

- **FRENTE A LOS “DAÑOS MORALES 2,1”**: Me opongo, dado que no existe los elementos para que surja una responsabilidad extracontractual en cabeza de mi representado, asimismo no se puede predicar solidaridad frente a una presunta condena para el resarcimiento del daño extrapatrimonial (*perjuicios morales*). De manera respetuosa solicito a su Señoría se deniegue dicha pretensión subjetiva de los demandantes, toda vez que en el caso objeto de estudio, no se encuentran reunidos los elementos exigidos para que se configure un resarcimiento derivado de la Responsabilidad Civil, pues como lo hemos venido sosteniendo la atención médica brindada por mi mandante, se surtió de manera idónea y adecuada, razones por las

cuales, no resulta procedente ni necesario indemnizar algún perjuicio sobre el particular. Adicionalmente deberán los demandantes acreditar la existencia del daño, el cual debe ser cierto, real, concreto y subsistente. Para efectos de lo anterior, es necesario resaltar que el actuar de mi representado en el caso que nos ocupa fue diligente, prudente y ajustado a la *lex artis*, razón por la cual no puede predicarse ningún tipo de juicio de reproche en su contra.

Frente a las pretensiones a, b, c y d: Me opongo, en efecto, en lo que concierne al reconocimiento del perjuicio moral (extrapatrimonial) solicitado por los demandantes; ELIZABETH SASTRE MORENO, JORGE DANIEL SANCHEZ CHACON, GLORIA STELLA MORENO, JORGE DANIEL SANCHEZ SASTRE, GISSETH DANIELA SANCHEZ SASTRE Y JULIAN ESTEBAN ACOSTA SANCHEZ por las siguientes razones; en el presente caso; i) No se encuentra debidamente acreditados los perjuicios morales por la suma de cien (100) SMMLV para cada uno de los progenitores y abuela materna; ni ciento cincuenta (150) SMMLV y cincuenta (50) SMMLV para JORGE DANIEL SANCHEZ SASTRE, GISSETH DANIELA SANCHEZ SASTRE Y JULIAN ESTEBAN ACOSTA SANCHEZ para cada uno en calidad de hermanos y sobrino. ii) Existe indebida formulación del perjuicio pretendido ya que formulan el valor de ciento cincuenta (150) SMMLV y cincuenta (50) SMMLV.

Asimismo, la anterior suma es a todas luces exagerada por las siguientes razones, en primer lugar, por la cuantía solicitada, recordemos que la Honorable Corte Suprema De Justicia Sala de Casación Civil ha referido que el monto máximo concedido por concepto de perjuicios morales, es un monto equivalente a \$ 60.000.000, monto que podemos apreciar resulta ser inferior al valor que en el presente caso están solicitando los demandantes. ii) No se encuentra debidamente acreditados los perjuicios morales (extrapatrimoniales) por la suma de cien (100) SMMLV, ciento cincuenta (150) SMMLV y cincuenta (50) SMMLV. Recordemos que el DAÑO INMATERIAL O EXTRAPATRIMONIAL- "PERJUICIOS MORALES" requiere según la Jurisprudencia y la doctrina actual que, aunque, en puridad, tales daños no puedan ser cuantificados en dinero, habida cuenta de la imposibilidad de justipreciar el valor de intereses que se encuentran por fuera del mercado, ello no contiene presunciones implícitas que permitan tener por acreditado su existencia sobre el mero dicho de la demandante, pues una cosa, es que no se pueda cuantificar con exactitud equivalente en dinero, y otra muy distinta que ello exima de probar el daño, lo cual no está legalmente previsto en este caso. Dicho de otro modo, el daño extrapatrimonial (*No extramatrimonial*) debe ser en todos los casos acreditado a través de cualquiera de los medios de prueba previstos en la legislación de enjuiciamiento civil, so pena de que, como sucede en el caso concreto, se frustren las pretensiones elevadas en la demanda por ausencia de prueba al respecto. En ese punto, ilustrativo resulta la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia al señalar que *"La sentencia, en buen derecho entiende que la cuantificación del daño moral puede y debe establecerse no a partir de presunciones, sino de la intensidad del daño moral que apareciere demostrada procesalmente, y si teóricamente acepta la presunción, lo cierto es que la cuantificación de la indemnización lo hace a partir de lo probado por el demandante"*, de ello se puede colegir que, si como acertadamente lo exigió la Corte, debe probarse la intensidad del daño es precisamente porque este no se presume en ningún caso, y, por tanto, ha de soportar la demandante la carga de probar el

daño reclamado. Sentencias de Unificación Jurisprudencial expedidas el 28 de agosto de 2014 por la Sección Tercera del Consejo de Estado Exp 26.251. C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa y Exp: 27709. M.P. Carlos Alberto Zambrano.

- **FRENTE A LOS PERJUICIOS MATERIALES “DAÑO EMERGENTE 2.3.1”:** Me opongo, en efecto, en lo que concierne daño emergente estimado en la suma de UN MILLÓN DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS (\$1.254.510) a favor de ELIZABETH SASTRE MORENO POR CONCEPTO DE LAS “(6) LICENCIAS NO REMUNERADAS. En el caso bajo estudio, además de adolecer la acción impetrada de los elementos fundamentales de acción de responsabilidad, en específico en materia de daño y sus tipologías las apreciaciones y puntos de vista expresados, son equívocos y no tienen soporte ni el manejo jurisprudencias y doctrinal que se merecen para ser reconocidas.

- **FRENTE A LOS PERJUICIOS MATERIALES “LUCRO CESANTE 2.3.2”:** Me opongo, en efecto, en lo que concierne al reconocimiento de lucro cesante para la Señora ELIZABETH SASTRE MORENO. En el caso bajo estudio no se estableció, ni acredito dicho daño además de adolecer la acción impetrada de los elementos fundamentales de acción de responsabilidad, en específico en materia de daño y sus tipologías las apreciaciones y puntos de vista expresados, son equívocos y no tienen soporte ni el manejo jurisprudencias y doctrinal que se merecen para ser reconocidas.

- **PRONUNCIAMIENTO SOBRE LA CONDENA TERCERA (3):** Me permito solicitar a su Honorable Despacho se sirva DENEGAR dicha pretensión. Lo anterior teniendo en cuenta que, en primer lugar, en el caso objeto del proceso de la referencia, no se encuentran reunidos y comprobados los elementos exigidos por nuestro ordenamiento jurídico, y propios para que se configure la Responsabilidad que se demanda en cabeza de mi representada, y por ende no podría imponérsele a mi mandante condena alguna, incluyendo lo correspondiente a los intereses moratorios que se pretenden por la parte actora. Para efectos de lo anterior, es necesario resaltar que el actuar de mi representada en el caso que nos ocupa fue diligente, prudente y ajustado a la *lex artis*, razón por la cual no puede predicarse ningún tipo de juicio de reproche en su contra.

- **PRONUNCIAMIENTO SOBRE CONDENA CUARTA (4):** Se requiere que se *condene solidariamente en costas a los demandados*, para lo cual me permito solicitar a su Honorable Despacho se sirva DENEGAR dicha pretensión. Lo anterior teniendo en cuenta que, mi representado a obrado de buena fe, sin temeridad, razón por la cual no puede predicarse ningún tipo de juicio de reproche en su contra bajo el argumento.

II. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Respecto de los hechos planteados en la demanda, en el acápite denominado "HECHOS", me permito pronunciarme sobre cada uno de la siguiente manera:

1. **AL DENOMINADO 1: NO ME CONSTA:** Por no ser un hecho ajeno que no proviene de mi mandante. Respetuosamente me atengo a lo que se acredite en el proceso.
2. **AL DENOMINADO 2: NO ME CONSTA:** Por no ser un hecho que provenga de mi mandante. Respetuosamente me atengo a lo que se acredite en el proceso.
3. **AL DENOMINADO 3. NO ME CONSTA:** Por no ser un hecho que provenga de mi mandante. Respetuosamente me atengo a lo que se acredite en el proceso.
4. **AL DENOMINADO 4. NO ME CONSTA:** Por no ser un hecho que provenga de mi mandante. Respetuosamente me atengo a lo que se acredite en el proceso.
5. **AL DENOMINADO 5. ES CIERTO:** Pese a ser un hecho que provenga de mi mandante. Sin embargo, la demandada CLINICA MARTHA S.A., acepta que la Sra. KRISTY JOHANA SÁNCHEZ SASTRE (q.e.p.d) trabajaba con dicha IPS en calidad de Auxiliar de Enfermería.
6. **AL DENOMINADO 6. NO ME CONSTA:** Por no ser un hecho que provenga de mi mandante. Sin embargo, la demandada CLINICA MARTHA S.A., acepta que la Sra. KRISTY JOHANA SÁNCHEZ SASTRE (q.e.p.d) se encontraba afiliada a la ESP SALUDCOOP en calidad de cotizante.
7. **AL DENOMINADO 7: ES CIERTO.** La paciente KRISTY JOHANA SÁNCHEZ SASTRE (q.e.p.d), cursaba con proceso de mal nutrida, con una obesidad mórbida grado III, que no respondió a tratamiento nutricionales, ni médicos previos a la cirugía, motivo por el cual fue manejada por el grupo multidisciplinario metabólico de la Clínica Martha S.A, que encontró los criterios clínicos y científicos para optar por una cirugía de Sleeve Gástrico o Manga Gástrica por Laparoscopia. Procedimiento que fue aceptado por la paciente, después de un proceso de asentimiento, estudios y conocimiento de la complejidad mismo y sus efectos en su salud.
8. **AL DENOMINADO 8: ES CIERTO:** Sin embargo, es fundamental ilustrar al Despacho cual fue la manejo que proporcionó mi mandante;
 - La paciente Sra. KRISTY JOHANA SÁNCHEZ SASTRE (q.e.p.d), recibió un manejo médico interdisciplinario, es decir, no sólo fue tratada por mi mandante, pues recibió atención por los servicios de nutrición, terapia respiratoria, psiquiatría, psicología, medicina interna, cuidado intensivo, gastroenterología, cirugía general entre otras; previo al acto

quirúrgico inicial y posterior manejo de las consecuencias que presentaron en el postoperatorio mediato dentro de una buena *lex artis*.

Bajo dichas valoraciones previas la paciente recibió información por un equipo multidisciplinario que la evaluó y orientó para que definiera el tipo de intervención quirúrgica, el momento más apropiado para hacerlo, fue así como conocía que ; i) La obesidad era un enfermedad no resulta por ella, que muchos obesos tienen poca conciencia de que la obesidad es una enfermedad y la ven más como un problema estético o cosmético sencillo de solucionar y no cambian sus hábitos, sufriendo deterior de su salud ii) La técnica quirúrgica, sus riesgos y beneficios, ii) Otro aspecto muy importante los grandes cambios emocionales, nutricionales y alimentarios que iban a presentar, que tenía relación con su manera de comer después de la intervención, haciendo énfasis en la dieta líquida después de la intervención ya que el estómago debe trabajar lo menos posible, de modo que se indica una dieta líquida por mínimo ocho (8) días dada la restricción gástrica con la que quedaría y la importancia de acatar recomendaciones. Finalmente conocía las consecuencias y complicaciones propias del acto quirúrgico que iban de desde la infección de las heridas quirúrgicas, dehiscencias de suturas, perforaciones intestinales, fistulas, peritonitis, entre otras hasta la muerte del paciente, pese hacer las cosas bien el equipo multidisciplinario.

Así las cosas, según el estudio previo la paciente era candidata para el procedimiento de Sleeve Gástrico o Manga Gástrica por Laparoscopia. Cabe resaltar que en esta cirugía de tipo restrictivo únicamente y no de una malnutrición intestinal por mala absorción de los alimentos, vitaminas, minerales como ocurre en el Bypass gástrico. Consiste en una cirugía en la que se hace la reducción de la capacidad del estómago, dándole una forma de tubo ó manga de poca capacidad. Esto hace que el paciente se sienta lleno con poca cantidad de alimentos y que pierda peso de manera significativa, si el paciente ingiere más de lo recomendado del alimento; presenta distensión del tubo, vómito que aumenta la posibilidad de dehiscencia de suturas y formación de fistulas.

La cirugía se hace por laparoscopia, es necesario grapar y cortar parte del estómago para reducirlo de tamaño, convirtiéndolo en un tubo, sin embargo, no es necesario cortar, ni suturar el intestino delgado ni el esófago. Esta cirugía constituye una excelente alternativa definitiva para la reducción de peso con pacientes con obesidad tipo III y que no tengan trastornos endocrinos como la diabetes y en pacientes jóvenes que era el caso de la Sra. K.S.S (q.e.p.d)

Ver imagen;



El día 06/07/2011 se le realizó el procedimiento de manga gástrica por laparoscopia para manejo de obesidad mórbida el cual no presentó ninguna complicación intraoperatoria; en la descripción quirúrgica está referida una prueba de integridad con azul de metileno negativa, es decir, que la prueba de seguridad que debe hacer el cirujano para detectar perforaciones y fugas al terminar el procedimiento no evidenció ninguna perforación, de lo contrario se habría descrito la salida por fuera del tubo gástrico pintando la cavidad peritoneal y órganos adyacentes, en dicho caso no se hubiera podido terminar la cirugía hasta tanto no corrigiera el sitio de la fuga o de la perforación, que en este caso en particular no aconteció.

Ver nota de la Historia Clínica Folio.430.

HOJA DE DESCRIPCION QUIRURGICA			
Estado	Liquidada	Cama No.	200 CamaA No. Hoja 893840
Fecha Cirugía	Día 6 Mes 7 Año 2011	Edad	31 años 6 meses 26 días
Centro de Atención	Clinica Martha - V/cencio		
Paciente	CC 1121825917	Kristy Johana Sanchez Sastre EPS: Convenio Saludcoop Clinica Marta Pos Contribu	
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO			
E669 Obesidad, no especificada, E669 Obesidad, no especificad			
DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO			
ESPECIMEN ENVIADO A PATOLOGIA			
-REMANENTE GASTRICO-Rene EduardoCovelly Escobar Jul 6 2011 10:51PM			
COMPLICACIONES			
-NO-Rene EduardoCovelly Escobar Jul 6 2011 10:51PM			
SANGRADO			
-ESCASO-Rene EduardoCovelly Escobar Jul 6 2011 10:50PM			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL ACTO QUIRURGICO			

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO
E669 Obesidad, no especificada, E669 Obesidad, no especificada

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO

ESPECIMEN ENVIADO A PATOLOGIA
-REMANENTE GASTRICO-Rene EduardoCovelly Escobar Jul 6 2011 10:51PM

COMPLICACIONES
-NO-Rene EduardoCovelly Escobar Jul 6 2011 10:51PM

SANGRADO
-ESCASO-Rene EduardoCovelly Escobar Jul 6 2011 10:50PM

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL ACTO QUIRURGICO

PROCEDIMIENTO: 2661 GASTRECTOMIA SUBTOTAL RADICAL SOD
Finalidad: DIAGNOSTICO
Lateralidad: No Aplica
Acto Qx: BÁSICA
Tipo Herida: Limpia - Contaminada
Profesionales: Rene Eduardo Covelly Escobar - Cirujano Principal

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO
-BAJO ANESTESIA GENERAL SE REALIZO POR VIA LAPAROSCOPICA GASTRECTOMIA VERTICAL TIPO SLEEVE LIBERANDO LA CURVA MAYOR CON BISTURY HARMANICO Y LA TUBULIZACION CON GRAPADORA FLEX 60 TRES DISPAROS VERDES EN CANAL PILORICO Y ANTRO TRES AZULES EN CUERPO Y FONDO HEMOSTASIA SE REALIZA PRUEBA DE AZUL CON INTEGRIDAD DEL TUBO Y PERMEABILIDAD DISTAL REVISION DE CAVIDAD SE COLOCA DREN TIPO HEMOVACK SE RETIRAN PUERTOS Y SE CIERRA POR PLANOS NO COMPLICACIONES .-Rene EduardoCovelly Escobar Jul 6 2011 10:50PM

OBSERVACIONES
-HALLAZGOS ESTOMAGO SANO-Rene EduardoCovelly Escobar Jul 6 2011 10:51PM

Posterior al acto quirúrgico la paciente paso a la Unidad De Cuidado Intermedio para control de postoperatorio inmediato, en estado estable y consiente. Sin apoyo ventilatorio, ni hemodinámico, ni sedación y finalmente fue dada de alta ante un postoperatorio esperado para este tipo de cirugías.

Infortunadamente reingresa después en la tarde por dolor abdominal irradiado a hipocondrio izquierdo, vómito y taquicardia; se hospitaliza para estudios y el día 11/07/2011 se realizó laparotomía por parte de mi mandante y el equipo quirúrgico encontrando; i) Perforación esofágica ii) y una Peritonitis química secundaria a dicha perforación, en ese acto quirúrgico se corrigió la perforación y se realizó el drenaje de la peritonitis, lavado y cierre de la cavidad, previa colocación de un drenaje intraperitoneal para monitoreó del cierre de la perforación; se trasladó a la Unidad De Cuidado Intensivo donde permaneció dos (02) días, y salió a piso por mejoría.

Es de resaltar su Señoría en el caso sub examine que;

i) La paciente recibió un manejo clínico y quirúrgico multidisciplinario; fue valorada por intensivistas, cirujanos, médicos hospitalarios, nutricionistas, terapeuta respiratorio, personal de enfermería y demás personal de soporte en cuidado intensivo y hospitalización, dado que es una paciente institucional y no particular según el sistema Nacional de Salud y su tipo de aseguramiento en salud;

ii) Asimismo el manejo de la complicación (perforación esofágica) fue oportuna y la presentación de la misma no obedece a una mala *lex artis*; existen múltiples factores que pudieron incidir en este evento;

a) Infortunadamente la paciente se retiró la sonda nasogástrica y su manipulación posterior al pasar la sonda a ciegas en el postoperatorio inmediato de una cirugía gastrointestinal pudo generar la lesión.

b) De otro lado; en gracia de discusión este tipo de perforación también se puede presentar ya que es un riesgo inherente; bien sea por isquemia que es la falta de irrigación sanguínea, por la modificación propia de la cirugía o por presión distal, por estrechez del tubo gástrico entre otras causas. Sin embargo, retiramos que en la descripción quirúrgica está descrita una prueba de integridad con azul de metileno negativa, es decir, que la prueba de seguridad que realizó el Dr. Rene Covelli para detectar perforaciones y fugas al terminar el procedimiento NO evidenció ninguna perforación, de lo contrario se habría descrito la salida anormal de material de color azul pintando en toda la cavidad, como anteriormente se explicó.

c) Infortunadamente en el postoperatorio la paciente evolucionó hacia una fistula esofágica de bajo flujo ante la mala cicatrización a la altura de la perforación esofágica corregida en el segundo tiempo quirúrgico. Dado el buen estado clínico de la paciente, el bajo flujo de la fistula y la derivación mediante el dren peritoneal dejado a la paciente y no presentar un estado séptico abdominal se decide un manejo conservador mediante la colocación de un Stent esofagogástrico por un cirujano gastroenterólogo y soportar la paciente mediante nutrición parenteral total, con antibióticos, analgésicos y control hidroelectrolítico.

La paciente no respondió adecuadamente a ninguno de los manejos correctivos, adecuados y oportunos. Como fue el cierre primario de la perforación, el drenaje de la peritonitis, el lavado, peritoneal, el manejo de la fistula mediante la colocación del stent, la derivación mediante el dren peritoneal y posteriormente la colocación del stent esofagogástrico como se explicó anteriormente.

Ingreso a urgencias el día 14/11/2011 con complicación de fístula manejada con stent y dren percutáneo con varios ingresos previos a urgencias por infecciones y fiebre, valorada por médico que controla Stent en el mes de septiembre de 2011 encontrando leve filtración y dando recomendaciones de manejo sin sugerir otros adicionales.

Después mi mandante la valoro 20/09/2011 donde no cursaba con sepsis abdominal, con un estado general bueno. La paciente evolucionó con una colección de hipocondrio izquierdo la cual se manejó con drenaje percutáneo con guía escenográfica colocado por el servicio de radiología de la CLÍNICA MARTHA S.A.

Cuatro (04) meses después la después de la cirugía, reingresó por tos y expectoración, se hospitalizó para manejo de patología respiratoria bajo el diagnóstico de una neumonía, por tal razón se considera que debe ser remitida para manejo en cuarto nivel de su patología pulmonar al Hospital San Rafael. Lamentablemente la paciente no respondió a ningún tipo de tratamiento y falleció el día 12/03/2012, después de ocho (08) meses después de la intervención quirúrgica inicial bajo una falla multiorgánica.

El cómo se puede observar de las pruebas documentales contenidas en la historia clínica el Dr. Covelli, hizo seguimiento estrecho de la paciente, hizo lo que le correspondía de acuerdo al estado del arte, también fue manejada por otras especialidades bajo el dato que era una paciente institucional y no particular.

9. AL DENOMINADO 9. NO ES CIERTO ESTE HECHO COMO ESTA RELATADO:

Como se evidencia en la historia clínica la paciente curso con un postoperatorio inmediato dentro de lo esperado. Sin embargo, la

paciente después de salir de cirugía al área de cuidado intermedio infortunadamente ella misma se retiró la SONDA NASOGÁSTRICA (S.N.G), lo cual pudo haber generado lesiones internas del área.

Ver notas de Historia Clínica:

Fecha Nota : 2011/07/06	Hora Nota : 13:20
Nota de Enfermería : SE PASA PACIENTE A CAMA Y SE TRASLADA A UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIOS DESPIERTA RECUPERANDOSE DE LA ANESTESIA. CON SONDA NASOGÁSTRICA A LIBRE DRENAJE, LÍQUIDO ENDOVENOSO PERMEABLE PASANDO RL 500 CC SIN EMZCLA POP GASTRECTOMIA HERIDA (2X) CUBIERTAS CON FIXOMULL, HEMOVAC A LIBRE DRENAJE, SONDA VESICAL FOLEY A CYSTOFLO, TA 120/65 FC 78 POR MINUTO SPO2 99%, SE ENTREGA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA CON CONTROL DE LÍQUIDOS.	
Especialista : Blanca Leonor Hernandez Herrera	Especialidad: Auxiliar de enfermería
Fecha Nota : 2011/07/06	Hora Nota : 13:25
Nota de Enfermería : Ingresa paciente a la unidad de cuidados intermedios en cama en regular estado general procedente de cx en compañía del anestesiólogo, jefe y auxiliar, paciente despierta, conciente, alerta, comunicativa, inquieta, ansiosa sin soporte de oxígeno, sng a libre drenaje, hxqx abdominal cubierta + dren a hemovack, abdomen globoso blando a la palpación y sonda vesical acistoflo, vendaje elástico en miembros inferiores se acomoda paciente en unidad, paciente manifestando que le retiren la sng que le duele mucho se le informa al médico de turno se monitoriza se controlan signos vitales, paciente hipertensa se toma glucometría dando como resultado 134 mg/dl	
Especialista : Sandra Viviana Vargas Olarte	Especialidad: Auxiliar de enfermería
Fecha Nota : 2011/07/06	Hora Nota : 13:30
Nota de Enfermería : paciente inquieta, ansiosa, gritando que le retiran la sng se le explica al paciente y médico de turno habla con ella pero ella no entiende	
Especialista : Sandra Viviana Vargas Olarte	Especialidad: Auxiliar de enfermería
Fecha Nota : 2011/07/06	Hora Nota : 13:35
Nota de Enfermería : paciente se desplaza la sng aproximadamente 15cc se le informa al médico de turno y se acomoda nuevamente se fija, se sujeta paciente de miembros superiores para su protección ya que se está retirando dispositivos: tanto invasivos como no invasivos	
Especialista : Sandra Viviana Vargas Olarte	Especialidad: Auxiliar de enfermería

Resaltando que la paciente se retiró varios dispositivos, entre ellos la sonda nasogástrica (S.N.G), la cual enfermería nuevamente la pasa a ciegas, según las notas la paciente no acató la orden; por lo que fue necesario inmovilizarla, a pesar de ello, vuelve y se reirá la sonda nasogástrica (S.N.G) y en ese momento localizan al Dr. COVELLI quien según nota clínica dio la instrucción que NO se puede pasar la sonda; en razón que en un postoperatorio como este está contraindicado el paso de elementos sin visión directa endoscópica, dado el alto riesgo de lesión o de dehiscencias de suturas. Resalto que mi mandante no conocía el evento previo que habían pasado nuevamente la sonda y la actitud de la paciente pese ser auxiliar de enfermería, la cual estaba bajo el cuidado del personal asistencial de cuidados intermedios en ese momento.

Ver orden del cirujano frente al anterior hecho:

Tipo de Documento : CC	Numero de Documento : 1121825917	Edad : 24 años 9 meses 26 dias	Sexo : FEMENINO
Nombre del Afiliado : Kristy Johana Sanchez Sastre		Fecha de Nacimiento: 14/10/1986	
Direccion: calle24n24b26		Telefono: 6826205	
Ocupación : EMPLEADO(A)		Dirección Acompañante:	
Convenio: Convenio Saludcoop Clinica Marta - Pos Contributivo		Cama: 200-CamaA	
Nombre Acompañante:		Parentesco:	
Telefono Acompañante:		Fecha y Hora de Impresion 2011/08/10 15:32	
Página 17 de 22			

Nota de Enfermería : se controlan signos vitales y se suministra medicación ordenada, paciente continua ansiosa, inquieta, sujeta de miembros superiores para su protección

Especialista : Sandra Viviana Vargas Olarte **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

Fecha Nota : 2011/07/06 **Hora Nota :** 14:10

Nota de Enfermería : paciente quien apesar de estar inmovilizada se retira, se le informa al medico y jefe de turno quienes se comunican con medico tratante

Especialista : Sandra Viviana Vargas Olarte **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

Fecha Nota : 2011/07/06 **Hora Nota :** 14:11

Nota de Enfermería : me informa la jefe de turno que el doctor covelly telefonicamente dice no pasar mas la sng se cumple orden medica

Especialista : Sandra Viviana Vargas Olarte **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

Fecha Nota : 2011/07/06 **Hora Nota :** 14:50

Nota de Enfermería : paciente mas tranquila, manifestando sentirse mejor despues de haberse retirado la sng

Especialista : Sandra Viviana Vargas Olarte **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

De otro lado, es necesario aclarar que la paciente de recuperación postanestésica paso a la Unidad De Cuidados Intermedios, para continuar el manejo médico y en esta área consta de médicos, enfermas jefas, intensivistas que hacen un seguimiento estrecho. Cuando se solicitó la valoración del área de cirugía mi mandante acudió tal y como constan en las notas de la historia clínica.

10. AL DENOMINADO 10. NO ES CIERTO: La paciente No estuvo recluida en la Unidad de cuidados Intensivos en el postoperatorio inmediato de maga gástrica como consecuencia de su mal estado de salud. Como lo explicamos en hechos anteriores; por protocolo todo paciente que se le realiza este tipo de procedimiento quirúrgico debe ser vigilada en la Unidad de Cuidado Intermedios y no Intensivos; por un equipo multidisciplinario (intensivista, enfermera jefe, médicos y cirujanos); para un seguimiento estrecho del postoperatorio para este tipo de cirugías, quienes según las notas de la historia clínica de la IPS CLINICA MARTHA S.A registran que la paciente cursaba con un postoperatorio dentro de normalidad con una "EVOLUCIÓN SATISFACTORIA";

Ver nota:

Tipo de Documento : CC	Numero de Documento : 1121825917	Edad : 25 años 3 meses 26 días	Sexo : FEMENINO
Nombre del Afiliado : Kristy Johana Sanchez Sastre		Fecha de Nacimiento: 14/10/1986	
Dirección: calle24n24b26			
Ocupación : AUXILIAR	Telefono: 6826205		
Convenio: Convenio Saludcoop Clinica Marta - Pos Contributivo			
Nombre Acompañante:		Dirección Acompañante:	
Telefono Acompañante:	Parentesco:	Cama: 200-CamaA	
Página 6	de 6	Fecha y Hora de Impresion 2012/02/10 15:40	

Fecha Evolución 2011/07/08 11:27

Subjetivo : PACIENTE FEMENINA DE 24 AÑOS HOSPITALIZADA EN UC INTERMEDIOS CON IDX:

1. POP DIA 1 DE GASTRECTOMIA
2. OBESIDAD MORBIDA
3. SECUELAS TOXOPLASMSOSIS OCULAR POR HC

Objetivo : REFIERE PERSISTENCIA DE NAUSEAS A PESAR DE MANEJO CON METOCLOPRAMIDA , ERUCTOS+, FLATOS-
CONCIENTE, ALERTA, ORIENTADA, HIDRATADA, CON SV, TA: 128/70, FC: 78, FR: 20, T: 36.6
CARDIOVASCULAR: SIN SOPORTE INOTROPICO NI VASOPRESOR CON RS CS RS SIN SOPLOS, CIFRAS
TENSIONALES CONTROLADAS, ADECUADA PERFUSION DISTAL
RESPIRATORIO: SIN OXIGENO SUPLEMENTARIO, SAO2: 96%, CON RS RS SIN AGREGADOS, NO SDR
GASTROMETABOLICO: SE ADMINISTRO DIETA LIQUIDA CLARA, GLUCOMETRIA:96 MGD/L , ABDOMEN NO DISTENDIDO
CON RS IS DISMINUIDOS, BLANDO, DOLOROSO A LA PALPACION EN SITIO DE ONSERCION DE HEMOVAC, HX QX SE
ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO, SIN SIGNOS DE INFECCION, NO SIP, DRENAJE HEMOVACK 35 CC EN 24 HROAS
RENAL: DIURESIS POR MICCION ESPONTANEA, CON GU 0.9 CC KG H, NO EDEMAS
HEMATOINFECCIOSO: AFEBRIL, SIN SIRS, NO PALIDEZ MUCOCUTANEA
NEUROLOGICO: SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR, CONCIENTE, ORIENTADA, PINRAL

Analisis : PACIENTE CON EVOLUCION ADECUADA DE SU POP, SE REVALORA EN CONJUNTO CON DR COVELLY, QUIEN INDICA
TRASLADO A PISO PARA CONTINUACION DE TTO
EVOLUCION SATISFACTORIA

ANDRES ARTUNDUAGA

Ubicación al momento de la Evolución: 200-CamaA

Posterior se le dio de alta el día 9 de julio de 2011, tolerando la vía oral líquida, que es lo esperado y lo indicado en este tipo de cirugía.

Ver nota;

Fecha Evolución 2011/07/09 11:51

Objetivo : Paciente con ID 2 día POP Gastrectomía

Objetivo : REVISTA DR COVELLY

Paciente refiere leve dolor abdominal en sitio quirúrgico no emesis tolerando dieta no fiebre

Al examen paciente en aceptable estado general afebril e hidratada mucosas húmedas rscs ritmicos rrsr ventilacion adecuada abdomen blando depresible levemente doloroso a la palpacion rrsis+ miembros no edemas neurologico sin deficit aparente

Analisis : Se decide dar salida con recomendaciones signos de alarma control ambulatorio incapacidad analgesicos

Ubicación al momento de la Evolución: 200-CamaA

11. AL DENOMINADO 11. ES CIERTO: Según nota la historia clínica de la IPS CLINICA MARTHA S.A y que aportó la demandada, sin embargo, es fundamental tener en la cuenta que mi mandante cuando le interconsultaron a la paciente de inmediato; i) La valoró y ordeno una ecografía abdominal la cual no reportó líquido libre peritoneal, sin SIRS, pero por valores del cuadro hemático leucocitosis considero estudiar el tubo digestivo mediante una Rx de vías digestivas la cual reportó una fuga del medio de contraste por lo que se decide llevar a cirugía abierta tipo laparotomía exploratoria; encontrando una perforación del esófago, línea de grapado del estómago íntegra, y una peritonitis química secundaria por lo que se drena la peritonitis y se lava, se realiza cierre primario de la perforación esofágica, se deja sonda avanzada para nutrición y se remite la paciente a la UC. Posterior presenta dehiscencia de la rafia esofágica, generando una fístula de esófago la cual se manejó mediante la colocación de un stent esofagográfico por el Dr. DUGLAS ORTIZ ESPINEL en la ciudad de Bogotá. Es de anotar que la paciente estuvo soportada desde el inicio del postoperatorio inmediato. Posterior la paciente se remite a la ciudad de Bogotá para la colocación de la endoprotesis esofagogástrica para el manejo de su fístula esofágica y presento complicaciones como una infección y neumonía que finalmente complica el estado de salud de la paciente y finalmente la

falla orgánicamúltiple que la llevo a la muerte ocho (08) meses después de la intervención inicial de mi mandante.

12. AL DENOMINADO 12. NO ES CIERTO COMO ESTA RELATADO ESTE HECHO:

La fistula venía siendo manejada mediante el drenaje peritoneal, la sonda avanzada para nutrición, soportada con antibiótico y analgesia. Es de anotar que se trata de una fistula de bajo flujo cuyo manejo es conservador en el estado de la *lex artis*. Es cierto que la paciente fue manejada por el Dr. DUGLAS ORTIZ ESPINEL le puso un stent esofagogástrico que su manejo es conservador definitivo en este tipo de fistulas, pero infortunadamente la paciente tampoco respondió al manejo, quedando con una filtración del stent para lo cual recibió manejo intervencionista por parte de radiología. Infortunadamente el paciente continuo con poca o nula respuesta a los manejos establecidos llegando a cursar con neumonía, abscesos pulmonares y finalmente la falla orgánicamúltiple que la llevo a la muerte ocho (08) meses después de la intervención inicial de mi mandante.

13. AL DENOMINADO 13. NO ES CIERTO LA FORMA COMO ESTÁ REDACTADO ESTE HECHO.

La paciente infortunadamente presento una falla en su sistema inmune, presentando una colonización por hongos tipo ***cándida albicans*** la cual se manejó medicamente. Este tipo de etiologías por hongos se presentan en pacientes con trastornos inmunológicos e inmunosupresiones que no devienen de una mala *lex artis*, sino del estado general del paciente.

14. AL DENOMINADO 14. NO ES CIERTO LA FORMA COMO ESTÁ REDACTADO ESTE HECHO.

Según la historia clínica aportada por la demanda, la paciente se le dio de alta porque estaba estable hemodinámicamente estable y podía ser manejada ambulatoriamente.

15. AL DENOMINADO 15. ES CIERTO. Pero se aclara que esta etiología no es una consecuencia directa del manejo quirúrgico de manga gástrica. Por la no respuesta de la neumonía al manejo médico fue remitida a un IV Nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.

16. AL DENOMINADO 16. NO ES CIERTO LA FORMA COMO ESTÁ REDACTADO ESTE HECHO:

La paciente se remite por la respuesta al manejo médico de la neumonía y la persistencia de la fuga de bajo gasto del stent esofagogástrico que anteriormente explicamos. Es de anotar que la paciente llevaba varios meses tolerando la vía oral, y la dieta establecida por la nutricionista.

17. AL DENOMINADO 17. NO ME CONSTA: Por no ser un hecho que provenga de mi mandante. Mi mandante respetuosamente reitera que se deberá considerar los registros clínicos del Hospital San Rafael que acrediten tales hechos.

18. AL DENOMINADO 18. NO ES CIERTO ESTE HECHO COMO ESTA REDACTADO Y SE ACLARA QUE :

NO es cierto que mi mandante realizó un inadecuado procedimiento quirúrgico, como se explicó en hechos anteriores; El procedimiento de manga gástrica por laparoscopia para manejo de obesidad mórbida NO presentó ninguna complicación intraoperatoria; en la descripción quirúrgica está descrita una prueba de integridad con

azul de metileno negativa, es decir, que la prueba de seguridad que debe hacer el cirujano para detectar perforaciones y fugas al terminar el procedimiento no evidenció ninguna perforación, de lo contrario se habría descrito la salida por fuera del tubo gástrico pintando la cavidad peritoneal y órganos adyacentes, en dicho caso no se hubiera podido terminar la cirugía hasta tanto no corregir el sitio de la fuga o de la perforación, que en este caso en particular no aconteció. De otro lado; la paciente manipulo la sonda nasogástrica, junto con el personal que estaba a cargo y pudo incidir en la perforación esofágica y posterior fistula. A su vez, los múltiples lavados peritoneales practicados pese a su buen manejo, tienen riesgos asociados como la presencia de fistulas intestinales, la presencia de peritonitis terciarias por colonización por hongos como la *Candida albicans* y múltiples bacterias resistentes como es el caso de este paciente. Estas consecuencias están asociadas directamente al sistema inmune y nutricional de la paciente, pese a buen manejo por el equipo de especialistas; no se puede colegir que su no resolución sea por impericia o negligencia médica como lo pretende aser los demandantes.

19. AL DENOMINADO 19. NO ES CIERTO: Con respeto y humanidad no se puede desconocer el dolor de los pacientes y familiares; pero en este caso clínico mi mandate no realizo un mal procedimiento contrario a la *lex artis*; infortunadamente la paciente no respondió a ningún manejo médico, quirúrgico, endoscópico y nutricional, tal y como lo recomienda el estado actual del arte de la cirugía gastrointestinal, asociado a otros factores inmunológicos, metabólicos y nutricionales propios de cada paciente que afectaron en la paciente a dichos manejos descritos.

20. AL DENOMINADO 20. NO ES CIERTO: Con respeto y humanidad no se puede desconocer el dolor de los pacientes y familiares; pero en este caso clínico mi mandate no realizo un mal procedimiento contrario a la *lex artis*; infortunadamente la paciente no respondió a ningún manejo médico, quirúrgico, endoscópico y nutricional, tal y como lo recomienda el estado actual del arte de la cirugía gastrointestinal, asociado a otros factores inmunológicos, metabólicos y nutricionales propios de cada paciente que afectaron la poca o nula respuesta por parte del paciente a los manejos descritos.

21. AL DENOMINADO 21. NO ES CIERTO: Con respeto y humanidad no se puede desconocer el dolor de los pacientes y familiares; pero en este caso clínico mi mandate no realizo un mal procedimiento contrario a la *lex artis*; infortunadamente la paciente no respondió a ningún manejo médico, quirúrgico, endoscópico y nutricional, tal y como lo recomienda el estado actual del arte de la cirugía gastrointestinal, asociado a otros factores inmunológicos, metabólicos y nutricionales propios de cada paciente que afectaron la poca o nula respuesta por parte del paciente a los manejos descritos

22. AL DENOMINADO 22. NO ES CIERTO: Mi mandate no realizo un mal procedimiento contrario a la *lex artis*; infortunadamente la paciente no respondió a ningún manejo médico, quirúrgico, endoscópico y nutricional, tal y como lo recomienda el estado actual del arte de la cirugía gastrointestinal, asociado a otros factores inmunológicos, metabólicos y nutricionales propios de cada paciente que afectaron la poca o nula respuesta por parte del paciente a los manejos descritos.

Es de resaltar que la cirugía Bariátrica no existe como sub-especialidad en Colombia; por esta razón no se puede considerar que se requiera título de sub-especialista para ejercer ésta disciplina. Mi mandante es un cirujano general graduado con cuatro (4) años de estudios universitarios en el Universidad Pontificia Javeriana de Colombia, con entrenamiento en cirugía laparoscópica desde el año 1996 del Hospital Universitario de la Samaritana de la cuida de Bogotá D.C., con actualización de cirugía laparoscópica en la Universidad CES del año 2008, y entrenamiento en cirugía bariátrica laparoscópica con J &J en abril de 2011. Adicionalmente como médico cirujano ha realizado más de 1000 tipos de gastrectomías por cáncer, obesidad, enfermedad ácido pépticas, por perforaciones gástricas, traumáticas y no traumáticas, para lo cual cuenta con experiencia y entrenamiento decantado en su formación y practica quirúrgica y clínica desde el año de 1992, hasta la fecha del acto quirúrgico. También se ha desempeñado como docente del área quirúrgica en la Universidad Cooperativa de Colombia más de 20 años. Es miembro de la Sociedad Colombiana de Cirugía y Presidente del Colegio Médico del Meta.

23. DENOMINADO 23. ES CIERTO: Que la paciente se le realizo necropsia médico legal por parte el INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. Sin embargo, es de resaltar que este informe médico legal se realizó ocho meses después de la intervención inicial de mi mandante, donde el cadáver había presentado múltiples procedimientos quirúrgicos y cambios anatómicos.

24. DENOMINADO 24. ES PARCIALMENTE CIERTO. Sin embargo, es de resaltar que la necropsia médico legal se realizó el INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, fue ocho (08) meses después de la intervención inicial de mi mandante, se realizó bajo un cadáver que había presentado múltiples procedimientos quirúrgicos previos y cambios anatómicos. Asimismo, este hecho esta transcrito parcialmente, porque el informe de necropsia considera que la paciente no respondió a los múltiples tratamientos médicos, quirúrgicos y endoscópicos; demuestra que tenía una mala cicatrización de la paciente al confirmar una dehiscencia de sutura en el esófago deyunostomía que fue el último procedimiento realizado en la ciudad de Bogotá y que se puede extrapolar a la no cicatrización del cierre primario de la perforación esofágica realizada por mi mandante ochos (08) meses atrás. De otro lado, este informe es realizado por un médico forense que no es un par en cirugía, ni patología y si la causa de la muerte no es la perforación esofágica, si no la falla organica multiplea estudio. Este punto es importante lo aclare un experto pues no conoció el historial clínico completo ni ha evaluado el acto médico en particular.

25. DENOMINADO 25. NO ES UN HECHO. Es una pretensión del actor que deberá acreditar.

26. DENOMINADO 26. NO ES CIERTO. NO ES UN HECHO. Es una pretensión del actor que deberá acreditar.

III. EXCEPCIONES DE MÉRITO.

- ADECUADA PRÁCTICA MÉDICA – DEBIDA DILIGENCIA POR PARTE DE MI MANDANTE – EXCENTA DE CULPA.

La responsabilidad en general, está construida sobre la existencia de un hecho, un daño, y un nexo de causalidad entre éstos, sin embargo, cuando nos encontramos frente a la responsabilidad médica, es requisito indispensable que el hecho generador del daño consista en una conducta culposa, es decir, que el médico no cumpla con la correcta técnica exigida para el caso concreto, situación que como será expuesto, no sucede en el presente asunto, ya que mi poderdante empleó la *lex artis ad hoc* adecuada y exigida para el caso en cuestión, actuando con total diligencia, prudencia y pericia, lo cual en ningún momento admite reproche de culpabilidad alguno ni permite señalar que haya existido "*Un mal procedimiento quirúrgico*".

Con todo lo relatado, se observa con claridad que el Dr. RENE EDUARDO COVELLI actuó conforme a la *lex artis ad hoc*, y por lo tanto, no hubo un deficiente y errado procedimiento en la atención médica como lo alega la parte demandante, quedando plenamente demostrado que cumplió correctamente con sus deberes y obligaciones dentro de su calidad de cirujano vinculado bajo contrato de prestación de servicios profesionales con la llamante IPS CLINICA MARTHA S.A, además de cumplir con los protocolos médicos establecidos para el caso.

En igual sentido recordemos que en el caso sub examine;

- La paciente Sra. KRISTY JOHANA SÁNCHEZ SASTRE (q.e.p.d), recibió un manejo médico interdisciplinario, es decir, no sólo fue tratada por mi mandante, pues recibió atención por los servicios de nutrición, terapia respiratoria, psiquiatría, psicología, medicina interna, cuidado intensivo, gastroenterología, cirugía general entre otras; previo al acto quirúrgico inicial y posterior manejo de las consecuencias que presentaron en el postoperatorio mediato dentro de una buena *lex artis*.
- Bajo dichas valoraciones previas la paciente recibió información por un equipo multidisciplinario que la evaluó y orientó para que definiera el tipo de intervención quirúrgica, el momento más apropiado para hacerlo, fue así como conocía que ; i) La obesidad era un enfermedad no resulta por ella, que muchos obesos tienen poca conciencia de que la obesidad es una enfermedad y la ven más como un problema estético o cosmético sencillo de solucionar y no cambian sus hábitos, sufriendo deterior de su salud ii) La técnica quirúrgica, sus riesgos y beneficios, ii) Otro aspecto muy importante los grandes cambios emocionales, nutricionales y alimentarios que iban a presentar, que tenía relación con su manera de comer después de la intervención, haciendo énfasis en la dieta líquida después de la intervención ya que el estómago debe trabajar lo menos posible, de modo que se indica una dieta líquida por mínimo ocho (8) días dada la restricción gástrica con la que quedaría y la importancia de acatar recomendaciones. Finalmente conocía las consecuencias y complicaciones propias del acto quirúrgico que iban de desde la infección de las heridas quirúrgicas, dehiscencias de suturas, perforaciones intestinales, fistulas,

peritonitis, entre otras hasta la muerte del paciente, pese hacer las cosas bien el equipo multidisciplinario.

Así las cosas, según el estudio previo la paciente era candidata para el procedimiento de Sleeve Gástrico o Manga Gástrica por Laparoscopia. Cabe resaltar que en esta cirugía de tipo restrictivo únicamente y no de una malnutrición intestinal por mala absorción de los alimentos, vitaminas, minerales como ocurre en el Bypass gástrico. Consiste en una cirugía en la que se hace la reducción de la capacidad del estómago, dándole una forma de tubo ó manga de poca capacidad. Esto hace que el paciente se sienta lleno con poca cantidad de alimentos y que pierda peso de manera significativa, si el paciente ingiere más de lo recomendado del alimento; presenta distensión del tubo, vómito que aumenta la posibilidad de dehiscencia de suturas y formación de fistulas.

La cirugía se hace por laparoscopia, es necesario grapar y cortar parte del estómago para reducirlo de tamaño, convirtiéndolo en un tubo, sin embargo, no es necesario cortar, ni suturar el intestino delgado ni el esófago. Esta cirugía constituye una excelente alternativa definitiva para la reducción de peso con pacientes con obesidad tipo III y que no tengan trastornos endocrinos como la diabetes y en pacientes jóvenes que era el caso de la Sra. K.S.S (q.e.p.d)

Ver imagen;



El día 06/07/2011 se le realizó el procedimiento de manga gástrica por laparoscopia para manejo de obesidad mórbida el cual no presentó ninguna complicación intraoperatoria; en la descripción quirúrgica está referida una prueba de integridad con azul de metileno negativa, es decir, que la prueba de seguridad que debe hacer el cirujano para detectar perforaciones y fugas al terminar el procedimiento no evidenció ninguna perforación, de lo contrario se habría descrito la salida por fuera del tubo gástrico pintando la cavidad peritoneal y órganos adyacentes, en dicho caso no se hubiera podido terminar la cirugía hasta tanto no corrigiera el sitio de la fuga o de la perforación, que en este caso en particular no aconteció.

Ver nota de la Historia Clínica Folio.430.

				HOJA DE DESCRIPCION QUIRURGICA		
		Estado Liquidada				
		Cama No. 200 CamaA		No. Hoja 893840		
Fecha Cirugía	Día 6	Mes 7	Año 2011			
Centro de Atención	Clínica Martha - V/cencio			Edad 31 años 6 meses 26 días		
Paciente	CC 1121825917	Kristy Johana Sanchez Sastre				
				EPS: Convenio Saludcoop Clínica Marta Pos Contribu		
<hr/>						
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO						
E669 Obesidad, no especificada, E669 Obesidad, no especificad						
DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO						
ESPECIMEN ENVIADO A PATOLOGIA						
-REMANENTE GASTRICO-Rene EduardoCovelly Escobar Jul 6 2011 10:51PM						
COMPLICACIONES						
-NO-Rene EduardoCovelly Escobar Jul 6 2011 10:51PM						
SANGRADO						
-ESCASO-Rene EduardoCovelly Escobar Jul 6 2011 10:50PM						
<hr/>						
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL ACTO QUIRURGICO						
<hr/>						
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO						
E669 Obesidad, no especificada, E669 Obesidad, no especificad						
DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO						
ESPECIMEN ENVIADO A PATOLOGIA						
-REMANENTE GASTRICO-Rene EduardoCovelly Escobar Jul 6 2011 10:51PM						
COMPLICACIONES						
-NO-Rene EduardoCovelly Escobar Jul 6 2011 10:51PM						
SANGRADO						
-ESCASO-Rene EduardoCovelly Escobar Jul 6 2011 10:50PM						
<hr/>						
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL ACTO QUIRURGICO						
<hr/>						
PROCEDIMIENTO: 2661 GASTRECTOMIA SUBTOTAL RADICAL SOD						
Finalidad: DIAGNOSTICO						
Lateralidad: No Aplica						
Acto Qx: BÁSICA						
Tipo Herida: Limpia - Contaminada						
Profesionales: Rene Eduardo Covelly Escobar - Cirujano Principal						
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO						
-BAJO ANESTESIA GENERAL SE REALIZO POR VIA LAPAROSCOPICA GASTRECTOMIA VERTICAL TIPO BLEVEE LIBERANDO LA CURVA MAYOR CON BISTURY HARMANICO Y LA TUBULIZACION CON GRAPADORA FLEX 60 TRES DISPAROS VERDES EN CANAL PILORICO Y ANTRO TRES AZULES EN CUERPO Y FONDO HEMOSTASIA SE REALIZA PRUEBA DE AZUL CON INTEGRIDAD DEL TUBO Y PERMEABILIDAD DISTAL REVISION DE CAVIDAD SE COLOCA DREN TIPO HEMOVACK SE RETIRAN PUERTOS Y SE CIERRA POR PLANOS NO COMPLICACIONES. -Rene EduardoCovelly Escobar Jul 6 2011 10:50PM						
OBSERVACIONES						
-HALLAZGOS ESTOMAGO SANO-Rene EduardoCovelly Escobar Jul 6 2011 10:51PM						

Posterior al acto quirúrgico la paciente paso a la Unidad De Cuidado Intermedio para control de postoperatorio inmediato, en estado estable y consiente. Sin apoyo ventilatorio, ni hemodinámico, ni sedación y finalmente fue dada de alta ante un postoperatorio esperado para este tipo de cirugías.

Infortunadamente reingresa después en la tarde por dolor abdominal irradiado a hipocondrio izquierdo, vómito y taquicardia; se hospitaliza para estudios y el día 11/07/2011 se realizó laparotomía por parte de mi mandante y el equipo quirúrgico encontrando; i) Perforación esofágica ii) y una Peritonitis química secundaria a dicha perforación, en ese acto quirúrgico se corrigió la perforación y se realizó el drenaje de la peritonitis, lavado y cierre de la cavidad, previa colocación de un drenaje intraperitoneal para monitoreó del cierre de la perforación; se trasladó a la Unidad De Cuidado Intensivo donde permaneció dos (02) días, y salió a piso por mejoría.

Es de resaltar su Señoría en el caso sub examine que;

i) La paciente recibió un manejo clínico y quirúrgico multidisciplinario; fue valorada por intensivistas, cirujanos, médicos hospitalarios, nutricionistas, terapeuta respiratorio, personal de enfermería y demás personal de soporte en cuidado intensivo y hospitalización, dado que es una paciente institucional y no particular según el sistema Nacional de Salud y su tipo de aseguramiento en salud;

ii) Asimismo el manejo de la complicación (perforación esofágica) fue oportuna y la presentación de la misma no obedece a una mala *lex artis*; existen múltiples factores que pudieron incidir en este evento;

a) Infortunadamente la paciente se retiró la sonda nasogástrica y su manipulación posterior al pasar la sonda a ciegas en el postoperatorio inmediato de una cirugía gastrointestinal pudo generar la lesión.

b) De otro lado; en gracia de discusión este tipo de perforación también se puede presentar ya que es un riesgo inherente; bien sea por isquemia que es la falta de irrigación sanguínea, por la modificación propia de la cirugía o por presión distal, por estrechez del tubo gástrico entre otras causas. Sin embargo, retiramos que en la descripción quirúrgica está descrita una prueba de integridad con azul de metileno negativa, es decir, que la prueba de seguridad que realizó el Dr. Rene Covelli para detectar perforaciones y fugas al terminar el procedimiento NO evidenció ninguna perforación, de lo contrario se habría descrito la salida anormal de material de color azul pintando en toda la cavidad, como anteriormente se explicó.

c) Infortunadamente en el postoperatorio la paciente evolucionó hacia una fistula esofágica de bajo flujo ante la mala cicatrización a la altura de la perforación esofágica corregida en el segundo tiempo quirúrgico. Dado el buen estado clínico de la paciente, el bajo flujo de la fistula y la derivación mediante el dren peritoneal dejado a la paciente y no presentar un estado séptico abdominal se decide un manejo conservador mediante la colocación de un Stent esofagogástrico por un cirujano gastroenterólogo y soportar la paciente mediante nutrición parenteral total, con antibióticos, analgésicos y control hidroelectrolítico.

La paciente no respondió adecuadamente a ninguno de los manejos correctivos, adecuados y oportunos. Como fue el cierre primario de la perforación, el drenaje de la peritonitis, el lavado, peritoneal, el manejo de la fistula mediante la colocación del stent, la derivación mediante el dren peritoneal y posteriormente la colocación del stent esofagogástrico como se explicó anteriormente.

Ingreso a urgencias el día 14/11/2011 con complicación de fístula manejada con stent y dren percutáneo con varios ingresos previos a urgencias por infecciones y fiebre, valorada por médico que controla Stent en el mes de septiembre de 2011 encontrando leve filtración y dando recomendaciones de manejo sin sugerir otros adicionales.

Después mi mandante la valoro 20/09/2011 donde no cursaba con sepsis abdominal, con un estado general bueno. La paciente evolucionó con una colección de hipocondrio izquierdo la cual se manejó con drenaje percutáneo con guía escenográfica colocado por el servicio de radiología de la CLÍNICA MARTHA S.A.

Cuatro (04) meses después la después de la cirugía, reingresó por tos y expectoración, se hospitalizó para manejo de patología respiratoria bajo el diagnóstico de una neumonía, por tal razón se considera que debe ser

remitida para manejo en cuarto nivel de su patología pulmonar al Hospital San Rafael. Lamentablemente la paciente no respondió a ningún tipo de tratamiento y falleció el día 12/03/2012, después de ocho (08) meses después de la intervención quirúrgica inicial bajo una falla multiorgánica.

El cómo se pudo observar de las pruebas documentales contenidas en la historia clínica el Dr. Covelli, hizo seguimiento estrecho de la paciente, hizo lo que le correspondía de acuerdo al estado del arte, también fue manejada por otras especialidades bajo el dato que era una paciente institucional y no particular.

Finalmente, vale la pena recordar, que el médico está en la obligación de aplicar todo su conocimiento en busca de un resultado beneficioso para el paciente, pero no está sujeto a que el resultado tenga que ser el esperado, pues escapa a su esfera de responsabilidad que pese a aplicar la correcta *lex artis ad hoc*, se produzcan eventos inevitables que son consecuencia de causas ajenas al actuar del profesional o inherentes a la evolución orgánica del paciente, es decir, la obligación del médico es de medio y no de resultado, razón por la que resulta ajeno al Dr. COVELLI que pese a haber realizado correctamente el procedimiento de Sleeve Gástrico o Manga Gástrica por Laparoscopia a la paciente y haberse brindado atención oportuna, hayan mediado circunstancias extrañas que le hayan causado la muerte a la misma.

Así lo ha respaldado la jurisprudencia al decir que *"En relación con el acto médico propiamente dicho se señala que los resultados fallidos en la prestación del servicio médico, tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento o en la cirugía no constituyen una falla del servicio, cuando esos resultados son atribuibles a causas naturales, como aquéllos eventos en los cuales el curso de la enfermedad no pudo ser interrumpido con la intervención médica, bien porque el organismo del paciente no respondió como era de esperarse a esos tratamientos, o porque en ese momento aún no se disponía de los conocimientos y elementos científicos necesarios para encontrar remedio o paliativo para esas enfermedades, o porque esos recursos no están al alcance de las instituciones médicas del Estado"* .

Igualmente ha manifestado el Consejo de Estado que *"En tal sentido, creemos que el mero contacto físico o material entre el actuar profesional y el resultado, no siempre ha de ser decisivo para tener configurada la relación causal, pues en la actividad médica el daño no es, de suyo, en todos los casos, revelador de culpa o de causalidad jurídica (adecuada). En rigor, a partir de la evidencia de que el enfermo acude al médico por lo común con su salud desmejorada, a veces resulta difícil afirmar que existe un daño y, en otras oportunidades, los tropiezos se localizan en el establecer si ciertamente el daño (existente), obedece al actuar médico o si deriva de la evolución natural propia del enfermo. Esta última afirmación nos conduce de la mano a reiterar que en tema de la responsabilidad galénica, el contacto físico entre un profesional y un paciente que experimenta daños, no permite indefectiblemente imputar estos daños al susodicho profesional, pues las pruebas aportadas al proceso, con suma frecuencia, suscitan dudas acerca de si el obrar médico fue en verdad el que ocasionó los perjuicios"*.

En conclusión, se trató de una praxis médica correcta y no se evidencia culpa alguna de la cual se pueda predicar responsabilidad, lo que lleva a que se deba desestimar el llamamiento en garantía y la acción iniciada en su contra.

- a) **La paciente K.S.S (q.e.p.d) desde un inicio fue valorada y evolucionada por el un equipo multidisciplinario con atención ajustada a la lex artis.**

Como se ha indicado en notas respuesta a algunos hechos, está acreditado con base en la prueba documental historias clínica de la Sra. K.S.S (q.e.p.d) en la IPS CLÍNICA MARTHA S.A, IPS SAN RARAEEL y EPS SALUCOOP recibió un manejo clínico, quirúrgico y multidisciplinario; fue valorada por intensivistas, cirujanos, médicos hospitalarios, nutricionistas, terapeuta respiratorio, personal de enfermería y demás personal de soporte en cuidado intensivo y hospitalización, dado que es una paciente institucional y no particular según el sistema Nacional de Salud y su tipo de aseguramiento en salud.

No hay ninguna prueba de ningún procedimiento ¿anómalo? como manifiesta el demandante, la paciente fue evaluada por múltiples especialistas por vía endoscópica y quirúrgica en varios Hospitales de Villavicencio y de Bogotá y todos describieron una complicación que está ampliamente descrita de éste procedimiento. No hay ninguna descripción de anomalías o algún procedimiento mal realizado. Infortunadamente la paciente no respondió a ningún manejo médico, quirúrgico, endoscópico y nutricional que haya ejecutado mi mandante o los otros profesionales de la salud que la trataron, tal y como lo recomienda el estado actual del arte de la cirugía gastrointestinal, asociado a otros factores inmunológicos, metabólicos y nutricionales propios de cada paciente que afectaron en la paciente a dichos manejos descritos.

b.- Pericia e idoneidad del cirujano Dr. Rene Eduardo Covelli.

Con respeto informo al Despacho que es una suposición del demandante cuando asimila la experiencia del cirujano a la complicación, nada más lejano de la realidad, sólo basta con revisar la literatura al respecto y se podrá determinar como la serie de casos y las complicaciones son descritos por médicos en grupos de experiencia mundial y gran experiencia. Lo anterior demuestra que las complicaciones se presentan estadísticamente y no necesariamente representan falta de experiencia.

NO es cierto que mi mandante realizó un inadecuado procedimiento quirúrgico, como se explicó en hechos anteriores; El procedimiento de manga gástrica por laparoscopia para manejo de obesidad mórbida NO presentó ninguna complicación intraoperatoria; en la descripción quirúrgica está descrita una prueba de integridad con azul de metileno negativa, es decir, que la prueba de seguridad que debe hacer el cirujano para detectar perforaciones y fugas al terminar el procedimiento no evidenció ninguna perforación, de lo contrario se habría descrito la salida por fuera del tubo gástrico pintando la cavidad peritoneal y órganos adyacentes, en dicho caso no se hubiera podido terminar la cirugía hasta tanto no corrigiera el sitio de la fuga o de la perforación, que en este caso en particular no aconteció. De otro lado; la paciente manipulo la sonda nasogástrica, junto con el personal que estaba a cargo y pudo incidir en la perforación esofágica y posterior fistula. A su vez, los múltiples lavados peritoneales practicados pese a su buen manejo, tienen riesgos asociados como la presencia de fistulas intestinales, la presencia de peritonitis terciarias por colonización por hongos como la *Candida albicans* y múltiples bacterias resistentes como es el caso de este paciente. Estas consecuencias están asociadas directamente al sistema inmune y nutricional de la paciente, pese a buen manejo por el

equipo de especialistas; no se puede colegir que su no resolución sea por impericia o negligencia médica como lo pretende aserir los demandantes.

Finalmente, sobre la pericial e idoneidad de mi mandante, con informamos que la cirugía Bariátrica no existe como sub-especialidad en Colombia; por esta razón no se puede considerar que se requiera título de sub-especialista para ejercer ésta disciplina. Mi mandante cuenta con la pericia e idoneidad para ejecutar este tipo de procedimientos quirúrgicos; es un cirujano general graduado con cuatro (4) años de estudios universitarios en el Universidad Pontificia Javeriana de Colombia, con entrenamiento en cirugía laparoscópica desde el año 1996 del Hospital Universitario de la Samaritana de la cuida de Bogotá D.C., con actualización de cirugía laparoscópica en la Universidad CES del año 2008, y entrenamiento en cirugía bariátrica laparoscópica con J & J en abril de 2011. Adicionalmente como médico cirujano ha realizado más de 1000 tipos de gastrectomías por cáncer, obesidad, enfermedad ácido pépticas, por perforaciones gástricas, traumáticas y no traumáticas, para lo cual cuenta con experiencia y entrenamiento decantado en su formación y practica quirúrgica y clínica desde el año de 1992, hasta la fecha del acto quirúrgico. También se ha desempeñado como docente del área quirúrgica en la Universidad Cooperativa de Colombia más de 20 años. Es miembro de la Sociedad Colombiana de Cirugía y Presidente del Colegio Médico del Meta.

c-. Incumplimiento de los deberes del paciente – culpa exclusiva de la víctima o terceros.

Si bien los profesionales de la salud deben actuar bajo los postulados de la *lex artis ad hoc*, no es menos cierto que los pacientes también tienen deberes frente a la atención médica que se les presta, tan así, que no cumplir con dichos deberes puede llevar a no obtener éxito en los procedimientos médicos o que se materialicen daños.

Así las cosas, es deber primordial del paciente atender las recomendaciones y cuidados que le indican los profesionales de la salud, además de actuar siempre con total honestidad y sinceridad, de tal forma que cuando sean tratados para poder realizar un adecuado diagnóstico y un correcto tratamiento médico. En el caso en cuestión, como se evidencia en la historia clínica la paciente curso con un postoperatorio inmediato dentro de lo esperado. Sin embargo, la paciente después de salir de cirugía al área de cuidado intermedio infortunadamente ella misma se retiró la SONDA NASOGÁSTRICA (S.N.G), lo cual pudo haber generado lesiones internas del área.

Ver notas de Historia Clínica:

Fecha Nota : 2011/07/06 **Hora Nota :** 13:20
Nota de Enfermería : SE PASA PACIENTE A CAMA Y SE TRASLADA A UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DESPIERTA RECUPERANDOSE DE LA ANESTESIA. CON Sonda NASOGÁSTRICA A LIBRE DRENAJE. LIQUIDO ENDOVENOSO PERMEABLE PASANDO RL 500 CC SIN EMZCLA POP GASTRECTOMIA HERIDA CX CUBIERTAS CON FIXOMULL, HEMOVAC A LIBRE DRENAJE, Sonda VESICAL FOLEY A CYSTOFLO, TA 120/65 FC 78 POR MINUTO SPO2 99%, SE ENTREGA HISTORIA CLINICA COMPLETA CON CONTROL DE LIQUIDOS.
Especialista : Blanca Leonor Hernandez Herrera **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

Fecha Nota : 2011/07/06 **Hora Nota :** 13:25
Nota de Enfermería : Ingresa paciente a la unidad de cuidados intermedios en cama en regular estado general procedente de cx en compañía del anestesiojefe y auxiliar, paciente despierta, conciente, alerta, comunicativa, inquieta, ansiosa sin soporte de oxígeno, sng a libre drenaje, hxqx abdominal cubierta + dren a hemovack, abdomen globoso blando a la palpación y sonda vesical acistoflo, vendaje elastico en miembros inferiores se acomoda paciente en unidad, paciente manifestando que le retiren la sng que le duele mucho se le informa a la medico de turno se monitoriza se controlan signos vitales, paciente hipertensa se toma glucometria dando como resultado 134 mg/dl
Especialista : Sandra Viviana Vargas Olarte **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

Fecha Nota : 2011/07/06 **Hora Nota :** 13:30
Nota de Enfermería : paciente inquieta, ansiosa, gritando que le retiran la sng se le explica a la paciente y medico de turno habla con ella pero ella no entiende
Especialista : Sandra Viviana Vargas Olarte **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

Fecha Nota : 2011/07/06 **Hora Nota :** 13:35
Nota de Enfermería : paciente se desplaza la sng aproximadamente 15cc se le informa a la medico de turno y se acomoda nuevamente se fija, se sujeta paciente de miembros superiores para su proteccion ya que se esta retirando dispositivos: tanto invasivos como no invasivos
Especialista : Sandra Viviana Vargas Olarte **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

Resaltando que la paciente se retiró varios dispositivos, entre ellos la sonda nasogástrica (S.N.G), la cual enfermería nuevamente la pasa a ciegas, según las notas la paciente no acató la orden; por lo que fue necesario inmovilizarla, a pesar de ello, vuelve y se reirá la sonda nasogástrica (S.N.G) y en ese momento localizan al Dr. COVELLI quien según nota clínica dio la instrucción que NO se puede pasar la sonda; en razón que en un postoperatorio como este está contraindicado el paso de elementos sin visión directa endoscópica, dado el alto riesgo de lesión o de dehiscencias de suturas. Resalto que mi mandante no conocía el evento previo que habían pasado nuevamente la sonda y la actitud de la paciente pese ser auxiliar de enfermería, la cual estaba bajo el cuidado del personal asistencial de cuidados intermedios en ese momento.

Ver orden del cirujano frente al anterior hecho:

Tipo de Documento : CC	Numero de Documento : 1121825917	Edad : 24 años 9 meses 26 días	Sexo : FEMENINO
Nombre del Afiliado : Kristy Johana Sanchez Sastre		Fecha de Nacimiento: 14/10/1986	
Direccion: calle24n24b26			
Ocupación : EMPLEADO(A)		Telefono: 6826205	
Convenio: Convenio Saludcoop Clinica Marta - Pos Contributivo			
Nombre Acompañante:		Direccion Acompañante:	
Telefono Acompañante:		Parentesco:	
Página 17 de 22		Cama: 200-CamaA	
		Fecha y Hora de Impresion 2011/08/10 15:32	

Nota de Enfermería : se controlan signos vitales y se suministra medicación ordenada, paciente continua ansiosa, inquieta sujeta de miembros superiores para su proteccion

Especialista : Sandra Viviana Vargas Olarte **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

Fecha Nota : 2011/07/06 **Hora Nota :** 14:10
Nota de Enfermería : paciente quien apesar de estar inmovilizada se retira sng se le informa a la medico y jefe de turno quienes se comunican con medico tratante

Especialista : Sandra Viviana Vargas Olarte **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

Fecha Nota : 2011/07/06 **Hora Nota :** 14:11
Nota de Enfermería : me informa la jefe de turno que el doctor covelly telefonicamente dice no pasar mas la sng se cumple orden medica
Especialista : Sandra Viviana Vargas Olarte **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

Fecha Nota : 2011/07/06 **Hora Nota :** 14:50
Nota de Enfermería : paciente mas tranquila, manifestando sentirse mejor despues de haberse retirado la sng
Especialista : Sandra Viviana Vargas Olarte **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

Por lo tanto, con lo antes dicho se configura una causal eximente de responsabilidad, pues se logró demostrar que no existió culpa en cabeza del Dr. COVELLI, sino por el contrario, que el actuar imprudente del paciente fue

el que pudo contribuir a su propia lesión esofágica, siendo ello motivo para desestimar la acción.

- INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL

Como se ha venido explicando en el texto de ésta contestación, no existe nexo causal entre la atención de mi mandante y el deceso posterior que presento la paciente ocho (08) meses después de la atención medica inicial.

En conclusión, No son ciertos los reparos del actor y tampoco está descrito en las órdenes médicas de la CLÍNICA MARTHA S.A que procedimiento quirúrgico inicial fue inadecuado. Precisamente la descripción quirúrgica muestra que la técnica y manejo fue acorde a la buena *lex artis*, e infortunadamente la paciente manipulo los dispositivos como la sonda nasogástrica; que pudieron incidir en las complicaciones posteriores que presento la paciente y están dentro de los riesgos previsto para este tipo de actos quirúrgicos, dado que la ciencia médica no es exacta y no es garantía que no se puede presentar fistulas esofágicas; a su vez tenia factores de riesgo que infortunadamente pese a un buen manejo no se podían evitar; aunado a la neumonía que presento, pese a esto sin lugar a dudas la paciente recibió un seguimiento estrecho, se reintervino de manera oportuna y se le promocionó lo que estaba al alcance.

- LA OBLIGACIÓN DEL MÉDICO ES DE MEDIOS Y NO DE RESULTADOS

Al respecto del tipo de obligación que se genera de la atención sanitaria, la Ley ha venido a poner punto final a la discusión al respecto, cuando dispone: Ley 1438 de 2011 en su artículo 104. AUTORREGULACIÓN PROFESIONAL. Modifícase el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así: "Artículo 26. Acto propio de los profesionales de la salud. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional". (Negrillas y subrayas nuestras)

Como complemento de lo anterior, nos permitimos transcribir de manera parcial, algunos pronunciamientos jurisprudenciales que regulan dicho tema, en efecto veamos;

Providencia expedida por el Consejo de Estado, en Sección Tercera, de fecha 18 de abril de 1994, donde estableció lo siguiente; (..)..."La responsabilidad médica sigue siendo tratada, en la jurisprudencia de la Corporación como de MEDIOS, o sea de PRUDENCIA Y DILIGENCIA, lo que obliga al profesional de la medicina y a los centros de atención, a proporcionar al enfermo todos aquellos cuidados que conforme a los conocimientos científicos, y a la práctica del arte de curar, son conducentes para tratar de lograr el FIN deseado, siendo igualmente cierto que no se puede ni debe asegurar la obtención del mismo." (Negrillas Nuestras).

Desde tiempo atrás la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil en Sentencia del 5 de marzo de 1940, dijo lo siguiente;

(..) "El facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia, y los dictados de su prudencia, sin

que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste".

Como podemos apreciar la obligación del profesional de la medicina no es la de garantizar un resultado, sino la de utilizar todos los conocimientos y medios científicos que tiene a su alcance, en beneficio del paciente.

En segundo lugar, es importante precisar que la Jurisprudencia y Doctrina especializada en el tema, en repetidas oportunidades ha manifestado que la Medicina no es una ciencia exacta, pues el profesional de la medicina, nunca asume la obligación de sanar o curar al paciente, toda vez, que en una intervención quirúrgica, siempre están presentes factores externos, que pueden alterar el resultado de la misma tales como (Advenimiento de Riesgos Inherentes, condiciones que el paciente, alea terapéutica, hallazgos encontrados en la cirugía, entre otros). Es por esta razón, que un profesional de la medicina, nunca puede garantizar el éxito de una cirugía, pues como atrás mencionamos, los resultados de la misma, no siempre dependen única y exclusivamente de la actuación del galeno.

Teniendo en cuenta lo anterior, nuestro Ordenamiento jurídico, ha clasificado a la Medicina como una obligación de medios y no de resultados, donde la función principal del galeno, se centralizan en poner a disposición del paciente, los conocimientos y medios científicos que tiene a su alcance, en beneficio del mismo. Ahora bien, en lo que concierne al caso objeto de estudio y de conformidad con lo expuesto anteriormente, se encuentra, que la participación de mi mandante en el acto quirúrgico fue IDÓNEA Y ADECUADO, la paciente se dejó en la unidad de cuidado intensivo intermedios y posterior paso a hospitalizada en el momento que lo requirió y se dio salida al día siguiente.

En igual sentido, recordemos como lo explicamos en varios hechos atrás, que la atención que la presentación de la fistula esofágica de la paciente K.S.S (q.e.p.d), no aconteció por una *mala praxis*, sino por un riesgo que pudo aumentar la paciente y sus mismas patologías de base, como se explicó en hechos anteriores y lo soporta la ciencia del arte como riesgos inherentes, pero no evítalos pese a su buen manejo. Lo anterior bajo una explicación clara reflejada en la evidencia científica que la ciencia médica no es exacta, pese al buen manejo médico que reciba un paciente y los esfuerzos del equipo multidisciplinario por salvaguardar la vida de los pacientes.

- **COBRO EXAGERADO Y CUANTÍA EXAGERADA DE PERJUICIOS**

Con relación a la tasación de perjuicios es de anotar que la parte demandante pretende que se pague unas sumas de dinero, que a nuestro juicio y de conformidad con las pautas jurisprudenciales vigentes, no le son viables de solicitar.

El daño moral debe ser probado por quien lo alega, si bien es cierto, en alguna época se habló de presunciones, dicha discusión ya se encuentra superada, pues le incumbe a la parte que alega el daño moral probarlo, así sea mediante prueba indiciaria.

Así lo establece el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil, el cual reza: "*Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.*"

Para concluir, la totalidad de las pretensiones, se tornan exageradas y sin respaldo jurídico alguno, por lo tanto, se espera que las mismas sean objeto de prueba en el decurso del proceso para poder hacer un mejor análisis sobre su virtual procedencia. Asimismo, dicha estimaciones no fueron juradas.

GENERAL.

Con fundamento en lo previsto en el artículo 282 del Código General del Proceso (antes 306 del Código de Procedimiento Civil), solicito a su Señoría se sirva reconocer de oficio cualquier tipo de excepción de mérito que aparezca acreditada en el proceso, incluyendo las de prescripción, compensación y nulidad relativa.

V. FRENTE A LOS MEDIOS DE PRUEBA.

A las pruebas solicitadas por la parte demandante.

Documentales

En cuanto a las documentales me atengo a lo que resulte probado, ya que los documentos que se aportan en el proceso deben reunir los requisitos de los artículos 243 a 274 del C.G.P., y sólo en esta medida tendrán el respectivo valor probatorio, debiendo su Señoría resolver en su momento sobre el valor probatorio que le asigne a los mismos.

- Testimoniales:

Se deniegue el testimonio de mi representado requerido por la Clínica Martha S.A, dado que no es procedente a la luz del ordenamiento procesal.

- Pruebas solicitadas y aportadas por mi mandante.

Solicito se admita y decreten las siguientes pruebas;

Documentales

- 1) Copia de la consulta en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud (Rethus) en un (1) folio.
- 2) Copia del carnet expedido por la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL META, mediante la cual acredita a mi mandante para ejercer la profesión de médico, en dos (2) folios.
- 3) Constancia de pérdida de documentos, expedido por la POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA, mediante la cual certifica el extravío del DIPLOMA DE BACHILLER de mi mandante, en un (1) folio.
- 4) Copia de la hoja de vida de mi mandante en cuatro (4) folios.
- 5) Copia autenticada del DIPLOMA, expedido por LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA METROPOLITANA de Barranquilla, mediante el cual se le otorga a mi mandante el Título de MÉDICO Y CIRUJANO, en un (1) folio.
- 6) Copia autenticada del DIPLOMA, expedido por LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, mediante el cual se le otorga a mi mandante el título de ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL, en un (1) folio.

- 7) Copia del certificado de asistencia de mi mandante al VIII CONGRESO DE CIRUGÍA BARIATRICA Y METABOLICA en un (1) folio.
- 8) Copia del certificado de asistencia de mi mandante al SIMPOSIO NACIONAL DE CIRUGÍA MINIMAMENTE INVASIVA Y AL XII TALLER DE CIRUGÍA LAPAROSCOPICA, en un (1) folio.
- 9) Copia del certificado de asistencia de mi mandante al curso taller de CIRUGIA BARIATRICA, en un (1) folio.
- 10) Copia del certificado de asistencia de mi mandante a la capacitación teórico práctica LA SIMULACIÓN: ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE POR COMPETENCIAS, expedido por LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, en un (1) folio.
- 11) Copia autenticada del certificado expedido por el DECANO DE INVESTIGACIONES Y POSTGRADOS DE LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DEL META, mediante el cual certifica que mi mandante cursó y aprobó la ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, en un (1) folio.
- 12) Copia simple de la cédula de ciudadanía de mi mandante en un (1) folio.
- 13) Copia autenticada de la constancia expedida por la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA (ASCOFAME), mediante la cual certifica que mi mandante llenó los requisitos académicos fijados por la Asociación, para ser registrado como ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL, en un (1) folio.
- 14) Copia autenticada del acta de grado expedida por el PROGRAMA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA de Barranquilla, mediante la cual se le otorga a mi mandante el título de MÉDICO CIRUJANO, en un (1) folio.
- 15) Copia autenticada del acta de grado No. S.G – 1982 expedida por la FACULTAD DE MEDICINA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, mediante la cual se le otorga a mi mandante el título de ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL, en un (1) folio.
- 16) Literatura científica; REVISTA CHILENA DE RADIOLOGÍA 2010; 16(2): 70-72. Int. Cristóbal Teuber S y cols. GASTROINTESTINAL ROL DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN EN LA EVALUACIÓN DE GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA Y SUS COMPLICACIONES Int. Cristóbal Teuber S(1), Drs.Hugo Vidal A(1), Roberto Oyanedel Q(2), Andrés O´Brien S(3).
- 17) Literatura científica; SLEEVE GÁSTRICO O MANGA GÁSTRICA POR LAPAROSCOPIA § MANGA GÁSTRICA, en cinco (05) copias.
- 18) Historia clínica de la paciente.

Dictamen De Parte.

De conformidad con lo previsto en el artículo 227 del C.G.P, por medio del presente escrito, me permito anunciar a su Señoría, la intención de aportar un dictamen pericial emitido por un profesional especializado en el área de CIRUGÍA BARIATRICA Y/O PATOLOGIA, lo anterior, con la finalidad de que se esclarezcan puntos objeto de cuestionamiento por el demandante, en relación con la atención que recibió la Sra. K.S.S (q.e.p.d), en la CLÍNICA MARTHA S.A.

En igual sentido, manifiesto a su Señoría que, al momento de radicar la presente contestación de la demanda, me ha sido insuficiente el término de tiempo para recolectar dicho dictamen pericial, razón por la cual, de manera respetuosa, solicito a su Señoría, se me conceda un término más prudencial para aportar dicha experticia al proceso de la referencia, lo anterior de conformidad del mismo artículo 227 del C.G.P.

Testimonios.

De manera respetuosa, solicito a su Señoría se cite a la Audiencia de Pruebas del presente proceso, a las personas que a continuación se enuncian, a fin de rendir declaración sobre los hechos que le constan con relación al caso objeto de estudio.

1. Cítese al Sr. **GIOVANNI ENRIQUE GONZALEZ BERNAL** , identificado con cédula No. 11188552 , teléfono 310 256 5893 domiciliado en la ciudad de Villavicencio, y quien puede ser notificada a través de la suscrita, esta prueba es pertinente, conducente y útil en razón que esta fue médico especialista en cirugía quien atendió a la paciente en sus múltiples reingresos, conoció el manejo, tratamiento en la Clínica Martha S.A, puede ilustrar al Despacho frente todo aquello que sea objeto del presente debate, depondrá todo aquello que sea objeto del presente debate en su calidad de testigo técnico como cirujano. El Doctor Giovanni Enrique González Bernal puede recibir notificaciones en la siguiente dirección electrónica: giovannycir@hotmail.com
2. Cítese a la Sra. **KELLY ARIZA** identificada con TLS. 3138154007 domiciliada en la ciudad de Villavicencio, y quien puede ser notificada a través de la suscrita, esta prueba es pertinente, conducente y útil en razón que esta fue la Médico nutricionista, que estuvo atendiendo la paciente antes y posterior a la cirugía de fecha 6 de julio de 2011 en la Clínica Martha S.A, puede ilustrar al Despacho frente a la información que se le suministro y todo aquello que sea objeto del presente debate. La Doctora Kelly Ariza puede recibir notificaciones en la siguiente dirección electrónica.
3. Cítese al Dr. **MAURICIO AYALA CORREDOR**, identificado con cédula No. 91.104.736, teléfono: 3212030063 domiciliado en la ciudad de Villavicencio, y quien puede ser notificado a través de la suscrita, esta prueba es pertinente, conducente y útil en razón que para la fecha de los hechos se desempeñaba médico intensivista de la CLÍNICA MARTHA S.A, manejo la paciente en múltiples oportunidades, puede ilustrar al Despacho frente la verdad que interesa a las partes. El Doctor Mauricio Ayala Corredor puede recibir notificaciones en la siguiente dirección electrónica: mayalacor@gmail.com

4. Cítese a la Dra. **LOLY LUZ LIÑAÑ FUNETES**, domiciliado en la ciudad de Bogotá, y quien puede ser notificado a través del Instituto Nacional de Ciencias Forenses de la Sede Central Bogotá, esta prueba es pertinente, conducente y útil en razón es necesario ilustre al Despacho sobre los hallazgos conclusiones de su informe pericial de Necropsia No. 201210111001001013 de la paciente señora KRISTY JOHANA SÁNCHEZ SASTRE (q.e.p.d), quien se identificaba con la cédula de ciudadanía No. 1.121.825.917.

Declaración de Parte.

En atención a lo que establece el último párrafo del artículo 191 del C.G.P., solicito de manera más atenta y respetuosa a su Señoría, para que se sirva fijar fecha y hora para que mi representado **Dr. RENE EDUARDO COVELLI ESCOBAR**, pueda rendir declaración de parte con el fin de exponer de manera clara y detallada lo sucedido en virtud de la atención médica especializada que proporcionó a la paciente Sra. K.S.S (q.e.p.d), en la CLÍNICA MARTHA S.A.

Testigos de la parte actora:

De manera respetuosa solicito a su Señoría se me permita intervenir en la audiencia prevista del artículo 101 del CPC y/o en la oportunidad procesal pertinente a fin de ejercer el contrainterrogatorio de los testigos de la parte demandante; señores **JORGE PRIETO HOYOS Y DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL** con relación con los hechos de la demanda.

Derechos De Petición.

De conformidad con lo previsto en el artículo 23 de la C.N, y la Ley 1755 de 2015, manifiesto al Despacho que la suscrita radicó Derechos de Petición en las entidades que a continuación se enuncian, con la finalidad de que aporten al proceso de la referencia en medio físico y/o magnética copia del informe de los siguientes documentos, de No lograr obtener una respuesta ruego de oficien estas solicitudes por el Despacho.

- Dirigido a la **FISCALÍA 11 SECCIONAL DE VILLAVICENCIO**, para que aporte Copia del estado de la Investigación penal a la fecha, y el estado de la misma. Adjunto constancia de envió en un folio.
- Dirigido a la **IPS CLÍNICA MARTA S.A**, con la finalidad de que aporten al proceso de la referencia en medio físico y/o magnético;
- Copia auténtica en medio física y/o magnética de la historia clínica que reposa en sus archivos, de la paciente señora KRISTY JOHANA SÁNCHEZ SASTRE, quien se identificaba con la cédula de ciudadanía No. 1.121.825.917, previo al acto quirúrgico de fecha 6 de julio de 2011, esta prueba es importante para analizar el proceso previo de conocimiento con el que contó la paciente de los riesgos y complicaciones, acceder también a los consentimientos informados en físico.
- Aporte copia del protocolo del manejo de CIRUGIA BARIATRICA para el año 2011, bajo el procedimiento de Sleeve Gástrico o Manga Gástrica por Laparoscopia.
- Certifique cuantos procedimientos de cirugía Bariátrica ha realizado para la fecha de los hechos 6 de julio de 2011 el Dr. RENE EDUARDO COVELLI ESCOBAR en dicha institución clínica. Adjunto constancia de envió en un folio.

VI. ANEXOS.

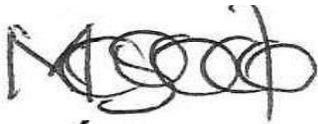
- 1) Los relacionados en el capítulo de pruebas y el poder que en su momento se radico ante el Despacho.

VII. NOTIFICACIONES.

La suscrita y mi mandante, recibirán notificaciones en la siguiente dirección AV 40 No. 16B – 159, local 84.

- Para efectos de notificaciones electrónicas se podrán realizar al correo electrónico magaco680@gmail.com

Con respeto y consideración de la Señora Juez,



MAYERLY GARCÍA CORREAL

C.C No. 52.718.546 de Bogotá

T.P. No. 155.228 del C.S de la J

magaco680@gmail.com

Traslados:

- Juzgado Tercero Civil del Circuito de Villavicencio:
ccto03vcio@cendoj.ramajudicial.gov.co
- Apoderada parte demandante: YANNETH CRISTINA CALDERON
RIAPIRA: yannethcalderon@hotmail.com
- Apoderado de Saludcoop en liquidación: JUAN GUILLERMO LÓPEZ
CELIS: jglopez@saludcoop.coop - juguiloce@hotmail.com
- Apoderado Inversiones Clínica Martha: CARLOS EDUARDO LINARES
LOPEZ: carlosedulinares@gmail.com - juridica@clinicamartha.com

Señores:

CLINICA MARTHA S.A.

atencionalusuario@clinicamartha.com

juridica@clinicamartha.com

E.S.D.

REFERENCIA:	Expediente: 500013153003-201700385
	Proceso: Verbal de Responsabilidad Civil Contractual
	Demandante: Elizabeth Sastre Moreno
	Demandado: Saludcoop E.PS. en liquidación y otro
	Llamado en Garantía: René Eduardo Covelli Escobar

ASUNTO:	DERECHO DE PETICIÓN
----------------	----------------------------

MAYERLY GARCIA CORREAL, en mi calidad de apoderada judicial del Médico **RENE EDUARDO COVELLI ESCOBAR**, éste último, quien asiste al proceso de la referencia en calidad de llamado en garantía, por medio del presente escrito, interpongo **DERECHO DE PETICIÓN** en interés particular, a fin de que Ustedes procedan a aportar en medio físico y/o magnético al proceso de la referencia, los siguientes documentos para que los mismos obren como prueba del mismo.

- 1) Copia auténtica en medio física y/o magnética de la historia clínica que reposa en sus archivos, de la paciente señora KRISTY JOHANA SÁNCHEZ SASTRE, quien se identificaba con la cédula de ciudadanía No. 1.121.825.917, previo al acto quirúrgico de fecha 6 de julio de 2011, esta prueba es importante para analizar el proceso previo de conocimiento con el que contó la paciente de los riegos y complicaciones, acceder también a los consentimientos informados en físico.
- 2) Aporte copia del protocolo del manejo de CIRUGIA BARIATRICA para el año 2011, bajo el procedimiento de Sleeve Gástrico o Manga Gástrica por Laparoscopia.
- 3) Certifique cuantos procedimientos de cirugía Bariátrica ha realizado para la fecha de los hechos 6 de julio de 2011 el Dr. RENE EDUARDO COVELLI ESCOBAR en dicha institución clínica.

I. DIRECCIÓN DONDE DEBE SER ENVIADA LA INFORMACIÓN.

En concordancia con lo anterior, de manera respetuosa solicito que la información solicitada a través del presente derecho de petición sea enviada directamente al Juzgado de Conocimiento donde se está adelantando el proceso de la referencia cuyos datos son los siguientes:

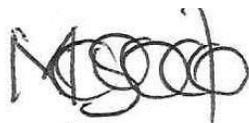
"Juzgado 03 civil del Circuito de Villavicencio Exp. 500013153003-201700385. Dte. Elizabeth Sastre Moreno. Demandado. Saludcoop E.PS. en liquidación y otro. Ubicado en la siguiente dirección electrónica: ccto03vcio@cendoj.ramajudicial.gov.co

II. NOTIFICACIONES

A continuación, me permito suministrar los siguientes datos de contacto para efectos de recibir notificaciones:

- a. Dirección Física: Centro comercial Villacentro. Local 83-84 Villavicencio.
- b. Correo Electrónico: magaco680@gmail.com
- c. Celular: 316 652 1082

Atentamente,



MAYERLY GARCIA CORREAL
C.C. 52.718.546 de Bta.
T.P. 155.228 C.S.J.

Señores:

FISCALIA 11 SECCIONAL UNIDAD DE VIDA DE BOGOTA D.C.

Andrea.romero@fiscalia.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA:	Expediente: 500013153003-201700385
	Proceso: Verbal de Responsabilidad Civil Contractual
	Demandante: Elizabeth Sastre Moreno
	Demandado: Saludcoop E.PS. en liquidación y otro
	Llamado en Garantía: René Eduardo Covelli Escobar

ASUNTO:	DERECHO DE PETICIÓN
----------------	----------------------------

MAYERLY GARCIA CORREAL, en mi calidad de apoderada judicial del Médico **RENE EDUARDO COVELLI ESCOBAR**, éste último, quien asiste al proceso de la referencia en calidad de llamado en garantía, por medio del presente escrito, interpongo **DERECHO DE PETICIÓN** en interés particular, a fin de que Ustedes procedan a aportar en medio físico y/o magnético al proceso de la referencia, los siguientes documentos para que los mismos obren como prueba del mismo.

- 1) Sírvase remitir al proceso de la referencia copia de la investigación penal adelantada en su Despacho por el fallecimiento de la señora KRISTY JOHANA SÁNCHEZ SASTRE, quien se identificaba con la cédula de ciudadanía No. 1.121.825.917.
 - 2) En concordancia con lo anterior, sírvase informar si la investigación llevada en su Despacho se archivó por atipicidad de la conducta, si su respuesta es positiva favor enviar copia al Despacho de tal decisión.
- Adjunto: Al presente escrito, me permito adjuntar copia del Poder de Representación.

I. DIRECCIÓN DONDE DEBE SER ENVIADA LA INFORMACIÓN.

En concordancia con lo anterior, de manera respetuosa solicito que la información solicitada a través del presente derecho de petición sea enviada directamente al Juzgado de Conocimiento donde se está adelantando el proceso de la referencia cuyos datos son los siguientes:

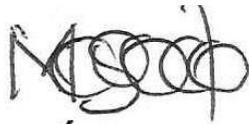
“Juzgado 03 Civil del Circuito de Villavicencio Exp. 500013153003-201700385. Dte. Elizabeth Sastre Moreno. Demandado. Saludcoop E.PS. en liquidación y otro. Ubicado en la siguiente dirección electrónica: ccto03vcio@cendoj.ramajudicial.gov.co”

II.NOTIFICACIONES

A continuación, me permito suministrar los siguientes datos de contacto para efectos de recibir notificaciones:

- a) Dirección Física: Centro comercial Villacentro. Local 83-84 Villavicencio.
- b) Correo Electrónico: magaco680@gmail.com
- c) Celular: 316 652 1082

Atentamente



MAYERLY GARCIA CORREAL

C.C. 52.718.546 de Btá.

T.P. 155.228 C.S.J.

Villavicencio., abril 6 de 2021,

Señores

JUZGADO TERCERO (03) CIVIL DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Ccto03vcio@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

Proceso:	Responsabilidad Civil Extracontractual
Demandante:	Elizabeth Sastre Moreno y Otros
Demandado:	Saludcoop EPS en liquidación y Clínica Martha S.A
Radicación:	50001-3103-003-2017-00385-00
Asunto:	Poder

Respetado Señor Juez,

RENE EDUARDO COVELLI ESCOBAR, mayor de edad, identificado como reposa al pie de mi firma, manifiesto a Usted que **CONFIERO PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** a la Doctora **MAYERLY GARCÍA CORREAL**, identificada civil y profesionalmente como obra al pie de su firma, para que en mi nombre y representación forme parte del presente proceso civil donde he sido llamado en garantía, en aras de la defensa de mis derechos e intereses, que como vinculado me asisten. Mi apoderada queda facultada para renunciar, reasumir, recibir, sustituir, notificarme, conciliar, transigir, interponer recursos de ley, desistir y demás facultades que la Ley le otorga.

De otro lado en virtud del Decreto 806 artículo 5, frente al tema de poderes indicó **“Los poderes especiales para cualquier actuación judicial se podrán conferir mediante mensaje de datos, sin firma manuscrita o digital, con la sola antefirma, se presumirán auténticos y no requerirán de ninguna presentación personal o reconocimiento. En el poder se indicará expresamente la dirección de correo electrónico del apoderado que deberá coincidir con la inscrita en el Registro Nacional de Abogados”**. En estos términos y para estos efectos, solicito reconocerle personería jurídica.

La mencionada apoderada recibirá notificaciones por medios electrónicos al e-mail: magaco680@gmail.com Celular: 3166521082.

Atentamente,



RENE EDUARDO COVELLI ESCOBAR

C.C No. 19.263.396 de Bogotá

Celular 3144444802

Correo electrónico: eduardocovelli@hotmail.es

Acepto,

Mayerly García Correal

MAYERLY GARCÍA CORREAL

C.C No. 52.718.546 de Bogotá

T.P. No. 155.228 del C.S de la J.

Email: magaco680@gmail.com



Notificaciones Meta <notificacionessecmeta@gmail.com>

Derecho de petición

1 mensaje

Notificaciones Meta <notificacionessecmeta@gmail.com>

4 de mayo de 2021, 13:52

Para: juridica@clinicamartha.com

Cc: magaco680@gmail.com

Buenas tardes,

Cordial saludo,

Señores
Clinica Martha
E. S. D.

Mediante la presente me dirijo a ustedes de manera respetuosa, con el propósito de enviar derecho de petición suscrito por la Doctora Mayerly Garcia Correal, apoderada judicial del Dr. Rene Eduardo Covelli Escobar, quien actúa como llamado en garantía dentro del proceso civil rad. 50001 31 53 003- 2017 00385 00 del Juzgado Tercero Civil del Circuito de Villavicencio.

Gracias por su atención.

Cordialmente,

Mauricio Rojas
Dependiente Judicial

2 adjuntos

 **Derecho de peticion dr covelli Clinica Martha pdf.pdf**
305K **Poder dr Covelli proceso civil.pdf**
178K



Notificaciones Meta <notificacionessecmeta@gmail.com>

Derecho de petición

1 mensaje

Notificaciones Meta <notificacionessecmeta@gmail.com>
Para: andrea.romero@fiscalia.gov.co, magaco680@gmail.com

4 de mayo de 2021, 14:11

Buenas tardes,

Cordial saludo,

Señores

Fiscalia 11 Seccional Unidad de Vida de Bogotá D.C

E. S. D.

Mediante la presente me dirijo al Despacho de manera respetuosa, con el propósito de enviar derecho de petición suscrito por la Doctora Mayerly Garcia Correal apoderada judicial del Dr. René Eduardo Covelli Escobar, quien actúa como llamado en garantía dentro del proceso civil rad. 500013153003-20170038500 del Juzgado Tercero Civil del Circuito de Villavicencio.

Gracias por su atención.

Atentamente,

Mauricio Rojas
Dependiente Judicial

2 adjuntos

 **Derecho de peticion dr Covelli fiscalia pdf.pdf**
256K

 **Poder dr Covelli proceso civil.pdf**
178K

Sleeve Gástrico o Manga Gástrica por Laparoscopia

- Manga gástrica

- [Testimonios de Manga Gástrica](#)

- [Contáctenos](#)

En esta cirugía no se altera la absorción de los alimentos, por lo tanto no es necesario tomar vitaminas y calcio en forma permanente posteriormente.

Como es la Cirugía de Manga Gástrica?

En esta cirugía se hace una reducción de la capacidad del estómago, dándole una forma de tubo ó manga de poca capacidad. Esto hace que el paciente se sienta lleno con poca cantidad de alimentos y que pierda peso de manera significativa. La cirugía se hace por laparoscopia y es necesario grapar y cortar parte del estómago para reducirlo de

tamaño, convirtiéndolo en un tubo, sin embargo no es necesario cortar ni suturar el intestino delgado. Esta cirugía constituye una excelente alternativa a la [Banda gástrica](#), pues se obtienen resultados muy superiores con menos molestias. La calidad de vida con una cirugía de Sleeve gástrico es excelente. Es también la cirugía más recomendada para pacientes con obesidad menos severa (índice de masa corporal entre 30 y 40 kg/m²), para adolescentes y para pacientes de edad avanzada, pues al no alterarse la absorción de los alimentos, no se afecta el crecimiento normal.



Ventajas del Sleeve Gástrico o Manga Gástrica

Es una cirugía mínimamente invasiva, produce una pérdida de peso que generalmente alcanza al menos el 70% del exceso de peso. y con frecuencia los pacientes llegan a perder hasta el 100% del peso excesivo. (Para considerar esta cirugía exitosa, el paciente debe perder al menos el 70% del exceso de peso. En pacientes con índice de masa corporal inferior a 40 kg /m, con frecuencia se observa que se logra perder hasta el 100% del exceso, con muchos de nuestros pacientes regresando a un peso completamente normal para su estatura) . Esto es muy superior a lo observado con la cirugía de Banda Gástrica, sin las molestias que esta frecuentemente produce.

No es frecuente el [Síndrome de Dumping](#) y no es necesario tomar suplementos vitamínicos y minerales en forma permanente después de la cirugía. Se requiere de menor seguimiento con exámenes médicos que con

otras cirugías bariátricas de mayor complejidad. Esta operación puede utilizarse para el manejo de la obesidad mórbida, sin embargo en niveles de IMC altos (por encima de 45), puede producir pérdidas de peso menores que otras cirugías como el Bypass gástrico, siendo en estos casos la pérdida de un 50- 60% del exceso. La decisión sobre el tipo de cirugía a realizar a un paciente debe tomarse en conjunto entre el médico y el paciente luego de un proceso de información adecuado, por esta razón algunos pacientes con obesidades severas (Imc > 45) que no desean una cirugía de Bypass gástrico pueden elegir esta opción.

Anotaciones sobre la cirugía de Sleeve Gástrico ó Manga Gástrica

Existe la posibilidad de que en algún momento sea necesario suministrar a los pacientes vitamina B12 si los niveles de estas se observan bajos en las mediciones que se hacen posterior a la cirugía, sin embargo la gran mayoría de los pacientes no lo requieren. Con frecuencia puede recomendarse el uso de multivitaminas tomadas en forma de tabletas durante los primeros meses posteriores a la cirugía, mientras el paciente se adapta a su nueva alimentación, sin embargo no hay que tomar estos suplementos en forma permanente como en otras cirugías. En esta cirugía es necesario grapar y cortar el estómago. Con el paso del tiempo, existe la posibilidad de que algunos pacientes puedan presentar aumento de su capacidad gástrica y tener aumentos de peso si no se siguen cuidadosamente las recomendaciones de la nutricionista. En casos en que la ganancia de peso sea excesiva, el procedimiento puede rehacerse, realizando nuevamente un recorte del exceso de estómago o convertir esta operación a una cirugía de [Bypass gástrico por laparoscopia](#) o a un Switch duodenal, logrando nuevamente buena pérdida de peso. Esta es una cirugía de riesgo bajo. Existe un riesgo bajo de una filtración en el sitio donde se hace el corte y grapado del estómago. En general, los beneficios del sleeve Gástrico superan ampliamente los riesgos.

Ficha Técnica Sleeve Gástrico

Característica	Detalle
Procedimiento/ cirugía	Sleeve Gástrico ó Manga gástrica
Categoría	Cirugía Bariátrica - Tratamiento de la obesidad
Técnica	Cirugía Laparoscópica (Mínimamente invasiva)
Duración de la cirugía	1 hora
Hospitalización	1 noche - en algunos casos puede manejarse ambulatoriamente con Homecare
Descripción	Se disminuye el tamaño del estómago, convirtiéndolo en un tubo o “sleeve”. La parte que se elimina es retirada a través de una de las pequeñas incisiones
Tiempo de recuperación	Una semana o menos

Nota: No es necesario tomar vitaminas en el postoperatorio en forma permanente, preferible para personas con índice de masa corporal (IMC) menor de 40 kg/m², pacientes adolescentes o mayores (> 65 años). Es también una opción para los pacientes con obesidad más severa que no desean una cirugía de Bypass gástrico.

-

Beneficios de la Cirugía Bariátrica

Si usted padece de obesidad, estos son los beneficios que puede lograr gracias a la cirugía bariátrica.

- Pérdida de peso que puede ser hasta de un 70 a 100 por ciento del exceso. Esta pérdida ocurre generalmente durante los primeros 18 meses después de la operación.
- Mejora de las condiciones asociadas a la obesidad, incluyendo la diabetes tipo II, hipertensión arterial, apnea del sueño y problemas de artrosis, entre otros.
- Facilita de manera notable la movilidad al eliminar molestias y dolores corporales.
- Capacidad mejorada de realizar cualquier actividad física

GASTRECTOMIA VERTICAL (SLEEVE, MANGA GÁSTRICA O TUBULAR GÁSTRICO)

Con este procedimiento, se elimina aproximadamente el 85% del estómago dejando finalmente un estómago con la forma de un tubo o manga. Esta operación se realiza por vía laparoscópica, a través de pequeñas incisiones. El estómago *tubulizado* que queda, permanece cerrado longitudinalmente con grapas.

En algunos casos, una gastrectomía vertical puede ser seguida de una cirugía de bypass gástrico o de una técnica malabsortiva tras perder una cantidad significativa de peso. Sería el primer tiempo de una cirugía de pérdida de peso, haciendo el segundo tiempo menos arriesgado y más sencillo técnicamente. El momento de la segunda cirugía varía de acuerdo con la cantidad de peso perdido. Por lo general se realiza dentro de los 6 a 18 meses después de la cirugía inicial.

¿Quién es un buen candidato para la cirugía de manga gástrica?

No existen estadísticas fiables sobre cuántos procedimientos desde sus inicios en 1999 se han hecho, pero es una técnica en auge. La literatura científica actual apoya el uso de la gastrectomía en manga como un procedimiento bariátrico primario. Por tanto, las indicaciones para la manga son las mismas que para otros procedimientos como el bypass gástrico o la banda gástrica ajustable. Se requiere un índice de masa corporal (IMC) superior a 40, aunque las personas con un IMC entre 35 y 39 también pueden ser candidatos para la cirugía de pérdida de peso si tienen enfermedades relacionadas con la obesidad como la diabetes, tensión arterial alta o colesterol alto.

Al ser una técnica que produce únicamente restricción de comida el paciente ideal sería el gran comedor sin dulces frecuentes ni picoteos.

Antes de la cirugía de manga gástrica

Antes de la gastrectomía vertical, debe dejar de fumar, al igual que en el resto intervenciones para tratar la obesidad, ya que fumar aumenta el riesgo de infecciones, neumonía, coágulos de sangre en las extremidades, cicatrización alterada, etc. Idealmente, se debe dejar de fumar de forma permanente, pero incluso si no es así, debe dejarlo por lo menos un mes antes y un mes después de la cirugía bariátrica.

También se le indicara el inicio de una dieta de optimización preoperatoria durante al menos 4 semanas previas a la intervención como en las otras técnicas de cirugía bariátrica.

¿Qué esperar después de la cirugía de manga gástrica?

La intervención es un procedimiento no reversible, se realiza bajo anestesia general y dura aproximadamente entre una y dos horas. El ingreso hospitalario será de 2 o 3 días, y la recuperación de la cirugía de manga gástrica puede durar un par de semanas.

El abdomen puede permanecer distendido y con molestias superficiales durante varios días en los que será necesario tomar calmantes. La herida que más le molestará será la que se utiliza para extraer el estómago resecaado, ya que generalmente es necesario dilatarla desde los 10 mm iniciales hasta unos 12-13 mm para que pueda salir sin riesgo de rotura el estómago.

Después de la cirugía hay que reintroducir la alimentación de forma progresiva, con unas 2 semanas de dieta líquida, 2 semanas de dieta triturada y luego alimentos sólidos.

En cuanto a la pérdida de peso, la mayoría de las personas que se someten a una cirugía de manga gástrica pierden del 50 al 80 por ciento de su exceso de peso corporal durante los primeros seis a doce meses. Después de la realización de una manga gástrica los pacientes presentan una mejoría en la diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, apnea del sueño, etc. Estas mejorías son comparables a las observadas después de otras cirugías de pérdida de peso como el bypass o la banda gástrica ajustable.

Al ser un procedimiento relativamente nuevo, existen pocos datos disponibles respecto a la pérdida de peso a largo plazo (más de cinco años después de la cirugía) o la mejoría de las enfermedades asociadas a la obesidad.

Se requiere que el paciente realice ciertos cambios del estilo de vida:

Hacer ejercicio con regularidad.

Aprender técnicas de modificación de conducta.

Seguir las instrucciones sobre alimentación para el resto de su vida, incluyendo comer muy lentamente, consumiendo sólo pequeñas cantidades de alimento en cada bocado, masticar bien y tragar la comida sólo cuando está muy triturada, y no comer y beber al mismo tiempo.

Al no haber derivación del intestino delgado las posibilidades de déficits de vitaminas y minerales son menores, aún así se le recomendará la toma de suplementos vitamínicos.

Riesgos y complicaciones de la manga gástrica

Existen varios riesgos y complicaciones de la cirugía de manga gástrica:

- Fuga de la manga. La operación requiere el grapado y corte del estómago, y siempre hay una posibilidad de que las grapas no realicen su función correctamente, lo que resulta en una fuga; el jugo gástrico se escapa y produce la infección de los tejidos que rodean al estómago, una peritonitis. el tratamiento podría incluir, drenaje por punción de la zona y antibióticos o incluso reintervención para limpiar la zona.
- Coágulos de sangre en las extremidades que desemboquen en un tromboembolismo pulmonar.
- Recuperación del peso con el tiempo, ya que el estómago podría dilatarse.
- Reflujo gastroesofágico, que en caso de no controlarse con medicación tipo omeprazol podría requerir convertir la manga en un bypass gástrico.

ROL DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN EN LA EVALUACIÓN DE GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA Y SUS COMPLICACIONES

Int. Cristóbal Teuber S⁽¹⁾, Drs. Hugo Vidal A⁽¹⁾, Roberto Oyanedel Q⁽²⁾, Andrés O'Brien S⁽³⁾.

1. Interno de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

2. Departamento de Radiología. Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.

3. Departamento de Radiología. Clínica Las Condes. Chile.

ROLE OF ABDOMINAL COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE EVALUATION OF LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY TECHNIQUE AND ITS COMPLICATIONS

Abstract: *Bariatric surgery has developed considerably over recent years due to the progressive increase in obesity worldwide. The laparoscopic sleeve gastrectomy is a new restrictive technique, with promising initial outcomes. CT images play an important role in postoperative evaluation as well as in complication management in patients undergoing this surgical technique. Here we review the role of abdominal computed tomography in the study of potential complications.*

Keywords: *Bariatric surgery, Complications, Obesity, Sleeve gastrectomy.*

Resumen: *La cirugía bariátrica se ha desarrollado considerablemente en el último tiempo como consecuencia del aumento progresivo de la obesidad a nivel mundial. La gastrectomía en manga laparoscópica es una técnica restrictiva nueva, con resultados iniciales prometedores. Las imágenes juegan un rol importante en la evaluación postoperatoria por lo que es imprescindible conocer los cambios anatómicos normales y las principales complicaciones de esta técnica. En este trabajo revisamos el rol de la tomografía computada de abdomen en el estudio de posibles complicaciones.*

Palabras clave: *Cirugía bariátrica, Complicaciones,*

Teuber C y cols. *Rol de la tomografía computada de abdomen en la evaluación de gastrectomía en manga laparoscópica y sus complicaciones. Rev Chil de Radiol 2010; 16(2): 70-72.*

Correspondencia: *Dr. Roberto Oyanedel Q. oyanedelroberto2@gmail.com, cjteubersanz@gmail.com Trabajo recibido el 25 de octubre de 2009, aceptado para publicación el 19 de abril de 2010.*

Gastrectomía en manga, Obesidad.

Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica y multifactorial, considerada la pandemia del presente siglo, debido al aumento progresivo de su prevalencia en prácticamente todos los países. En Chile, las cifras de sobrepeso y obesidad se acercan a las de Estados Unidos con un 33 y 31% de la población respectivamente⁽¹⁾. En este contexto, la cirugía bariátrica se ha desarrollado considerablemente como una alternativa para los pacientes refractarios a tratamiento médico. Actualmente, el bypass gástrico y la banda gástrica ajustable son las técnicas más utilizadas⁽²⁾.

La gastrectomía en manga laparoscópica (GML) se ha transformado en una alternativa quirúrgica exitosa en el tratamiento de la obesidad. Se describió inicialmente como la primera etapa antes de cirugías más complejas como la derivación biliopancreática o el bypass gástrico⁽³⁾. Sin embargo, varios estudios han reportado resultados prometedores utilizando esta técnica como terapia única⁽⁴⁻⁷⁾.

Los resultados de la GML en términos de reducción de peso a corto plazo, sumados a la baja tasa de complicaciones y la posibilidad de realizar una segunda intervención complementaria ante el fracaso terapéutico, hacen esperable un aumento progresivo en la utilización de esta técnica.

Gastrectomía en manga laparoscópica

La GML es un procedimiento puramente restrictivo en el que se reseca la mayor parte del cuerpo gástrico, reduciendo su capacidad en un 80% y conservando un pequeño tubo o manga gástrica a nivel de la curvatura menor. La técnica se realiza por vía laparoscópica e incluye la disección del ligamento gastrocólico en la curvatura mayor del estómago, coagulación de vasos gástricos cercanos al bazo, separación del cuerpo gástrico con ayuda de suturas mecánicas y finalmente extracción

del segmento resecado en una bolsa⁽⁷⁾; algunos grupos incluyen además disección de un segmento del antro gástrico para evitar la distensión gástrica.

En relación a otras técnicas de cirugía bariátrica, las principales ventajas son: conserva la función gástrica, no requiere realizar una anastomosis digestiva ni intervenir el mesenterio, no se asocia a síndrome de dumping y permite realizar cirugías complementarias ante el fracaso terapéutico. Esto mantiene una adecuada absorción de nutrientes y medicamentos, disminuye la tasa de complicaciones (especialmente las relacionadas a la anastomosis y las hernias internas) e incluso, se asocia a una mejor calidad de vida⁽⁶⁾.

Evaluación por tomografía computada

El cambio anatómico de la GML consiste en un reservorio gástrico, asociado a la curvatura menor, con un píloro intacto. El reservorio es de mayor tamaño que el observado en el bypass gástrico y tiene forma tubular. Las suturas lineales pueden ser visualizadas en la tomografía computada como cuerpos hiperdensos.

Las imágenes tienen un rol fundamental en la evaluación de pacientes con sospecha de complicación y en el diagnóstico diferencial correspondiente⁽¹³⁾. Las complicaciones que se deben buscar dirigidamente en el abdomen son: presencia de colecciones, líquido libre intraperitoneal, neumoperitoneo, solución de continuidad de la línea de sutura, extravasación de contraste oral o i.v., dilatación de la manga gástrica y áreas de estenosis, trombosis venosa e infartos esplénicos.

Las tasas de complicaciones reportadas alcanzan un 10,3%, considerándose mayores hasta en un 5,8%⁽⁹⁾ de los casos. La complicación más frecuente reportada es la fístula gástrica postoperatoria (FGP) que puede representar hasta un 5,1% del total de complicaciones^(7,9). Con frecuencias variables en los distintos estudios se incluyen: estenosis de la gastroplastía, hemorragia de la línea de sutura y enfermedad tromboembólica (TVP-TEP)^(4,9). Entre las complicaciones menores se encuentran atelectasias, insuficiencia renal transitoria, necesidad de soporte ventilatorio por más de 24 horas y vómitos. La tasa de re-hospitalización alcanza un 2,7% en los primeros tres meses⁽¹⁰⁾ y la mortalidad asociada es de 0,9%, representada principalmente por FGP y hemorragias⁽⁹⁾.

Fístula gástrica postoperatoria

Como ya se mencionó, corresponde a la complicación más frecuente y principal responsable de la mortalidad asociada. La FGP suele presentarse durante la primera semana del post-operatorio, aunque se ha descrito una presentación a las 10 semanas⁽¹¹⁾. Se debe fundamentalmente a fallas de la técnica y/o elección inadecuada del tamaño de las grapas de la sutura. Los síntomas iniciales son: taquicardia sin causa cardíaca, dolor abdomi-

nal, disnea, confusión e hipotensión; dentro de las presentaciones graves destaca el shock séptico de origen intraabdominal, responsable del 50% de las muertes en cirugía bariátrica⁽¹²⁾. Cualquiera de estos síntomas, especialmente durante las primeras 72 horas, debe alertar al médico tratante que deberá solicitar exámenes de laboratorio e imaginológicos para descartar una FGP. Por otra parte, es importante descartar enfermedad tromboembólica que, si bien ocurre con menor frecuencia, se asocia a una mortalidad de hasta 30%⁽¹²⁾.

Las alteraciones tomográficas presentes en la FGP son: derrame pleural izquierdo, líquido libre en cavidad peritoneal, colección intraabdominal y extravasación de medio de contraste oral (Figura 1). El sitio más frecuente de filtración es el ángulo de His, en la unión esófago-gástrica.

El tratamiento inicial de esta complicación dependerá de la sintomatología del paciente y del tamaño del defecto. Pacientes asintomáticos son manejados en forma conservadora, mientras que en pacientes sintomáticos se prefiere el manejo quirúrgico. En fístulas pequeñas se prefiere el tratamiento endoscópico y en fístulas de mayor tamaño se opta por el tratamiento quirúrgico.

Infarto esplénico

El infarto esplénico es una complicación rara de la gastrectomía en manga, con pocos casos reportados⁽¹⁴⁾. Se ha descrito con mayor frecuencia como complicación de la cirugía de bypass gástrico⁽¹⁵⁾ pero hemos diagnosticado algunos casos en nuestra institución; probablemente se relaciona con la manipulación de los vasos esplénicos durante la disección del ligamento gastrocólico y también la coagulación de arterias gástricas cercanas al bazo.

La presentación clínica es muy variable. El síntoma más frecuente es el dolor abdominal en hipocondrio izquierdo, presente en un 70% de los casos; sin embargo, hasta un tercio de los pacientes permanecen asintomáticos. El diagnóstico tomográfico se realiza por la ausencia de realce de un segmento del bazo con uso de medio de contraste i.v. (Figura 2).

El manejo del infarto esplénico es conservador. El manejo quirúrgico está indicado frente a síntomas persistentes o la presencia de complicaciones: hemorragia, rotura y formación de abscesos o pseudoquistes.

Conclusión

La TC juega un rol importante en la evaluación y manejo de las complicaciones post-operatorias en la GML. Considerando el aumento progresivo de la cirugía bariátrica en el control de la obesidad refractaria a tratamiento médico, creemos necesario conocer los cambios anatómicos habituales y tener presente las principales complicaciones asociadas a la técnica quirúrgica.

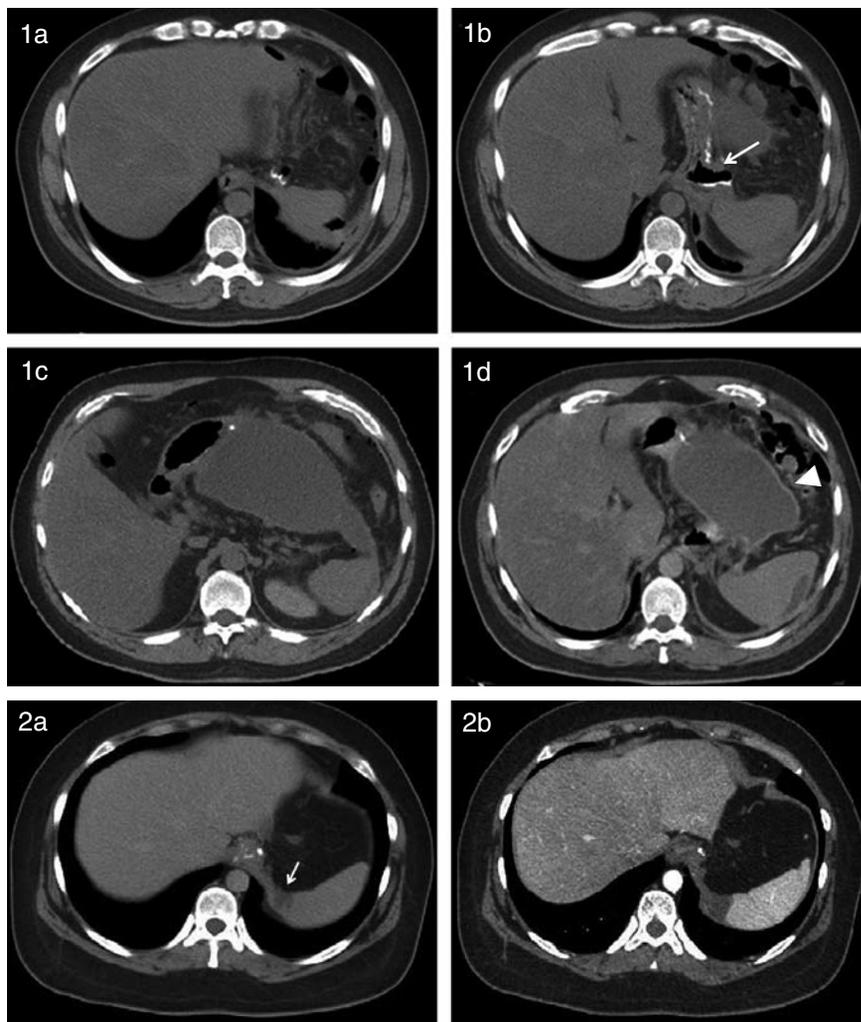


Figura 1. FGP diagnosticada por TC. Se observa una solución de continuidad de la sutura de gastrectomía en su aspecto proximal, asociada a extravasación de medio de contraste oral, flecha (a,b) y colección de 15,7 cm de longitud (c) con pared gruesa que refuerza con medio de contraste, cabeza de flecha (d). No se demostró extravasación de medio de contraste intravenoso hacia la colección.

Figura 2. Infarto esplénico diagnosticado por TC. Se observa lesión esplénica hipodensa, flecha (a), sin impregnación con medio de contraste (b).

Bibliografía

- Vio F. Prevención de la obesidad en Chile. *Rev Chil Nutr* 2005; 32(2): 80-7.
- Buchwald H, Williams SE. Bariatric surgery worldwide 2003. *Obes Surg* 2004; 14: 1157-64.
- Mognol P, Chosidow D, Marmuse JP. Laparoscopic sleeve gastrectomy as an initial bariatric operation for high-risk patients: initial results in 10 patients. *Obes Surg* 2005; 15: 1030-3.
- Moon Han S, Kim WW, Oh JH. Results of laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) at 1 year in morbidly obese Korean patients. *Obes Surg* 2005; 15: 1469-75.
- Roa P, Kaidar-Person O, Pinto D, Cho M, Szomstein S, Rosenthal R. Laparoscopic sleeve gastrectomy as treatment for morbid obesity: Technique and short-term outcome. *Obes Surg* 2006; 16(10): 1323-26.
- Rubin M, Yehoshua RT, Stein M, Lederfein D, Fichman S, Bernstine H et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy with minimal morbidity. Early results in 120 morbidly obese patients. *Obes Surg* 2008; 18(12): 1567-70.
- Fuks D, Verhaeghe P, Brehant O, Sabbagh C, Dumont F, Riboulot M, Delcenserie R, Regimbeau JM. Results of laparoscopic sleeve gastrectomy: A prospective study in 135 patients with morbid obesity. *Surgery* 2009; 145(1): 106-13.
- Gumbs A, Gagner M, Dakin G, Pomp A. Sleeve gastrectomy for morbid obesity. *Obes Surg* 2007; 17: 962-9.
- Iannelli A, Dainese R, Piche T, Facchiano E, Gugenheim J. Laparoscopic sleeve gastrectomy for morbid obesity. *World J Gastroenterol* 2008; 14(6): 821-7.
- Tucker O, Szomstein S, Rosenthal R. Indications for sleeve gastrectomy as a primary procedure for weight loss in the morbidly obese. *J Gastrointest Surg* 2008; 12: 662-7.
- Montoya J, Olguin H, Aguilar O, Ceron M, Ortiz A. Reporte de un caso, paciente con antecedentes de gastrectomía tubular en manga que presentó fístula gástrica a los 2.5 meses de postoperada. Presentado en XVIII Congreso Internacional de Cirugía Endoscópica 2009.
- Barboza E, Barboza A, Calmet F, Montes M, Ronceros V, Málaga G et al. Degastrectomía total salvadora de vida en sepsis abdominal post cirugía bariátrica de manga gástrica. *Rev Gastroenterol Perú* 2007; 27: 295-302.
- Chandler RC, Srinivas G, Chintapalli KN, Schwesinger WH, Prasad SR. Imaging in bariatric surgery: A guide to postsurgical anatomy and common complications. *AJR* 2008; 190(1): 122-35.
- Dhanasopon A, Lewis C, Folek J, Dutson E, Mehran A. Splenic infarct as complication of sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis* 2009; 5(5): 626-629.
- Yu J, Turner MA, Cho SR, Fulcher AS, DeMaria EJ, Kellum JM et al. Normal anatomy and complications after gastric bypass surgery: helical CT findings. *Radiology* 2004; 231(3): 753-60.

HOJA DE DESCRIPCION QUIRURGICA

Estado Liquidada
Cama No. 200 CamaA No. Hoja 893840
Fecha Cirugía Día 6 Mes 7 Año 2011
Centro de Atención Clínica Martha - V/cencio
Paciente CC 1121825917 Kristy Johana Sanchez Sastre
EPS: Convenio Saludcoop Clínica Marta Pos Contribu Edad 31 años 6 meses 26 días

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO
E669 Obesidad, no especificada, E669 Obesidad, no especificad

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO

ESPECIMEN ENVIADO A PATOLOGIA
-REMANENTE GASTRICO-Rene EduardoCovelly Escobar Jul 6 2011 10:51PM

COMPLICACIONES
-NO-Rene EduardoCovelly Escobar Jul 6 2011 10:51PM

SANGRADO
-ESCASO-Rene EduardoCovelly Escobar Jul 6 2011 10:50PM

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL ACTO QUIRURGICO
GASTRICAL RADICAL SOD

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO
E669 Obesidad, no especificada, E669 Obesidad, no especificad

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO

ESPECIMEN ENVIADO A PATOLOGIA
-REMANENTE GASTRICO-Rene EduardoCovelly Escobar Jul 6 2011 10:51PM

COMPLICACIONES
-NO-Rene EduardoCovelly Escobar Jul 6 2011 10:51PM

SANGRADO
-ESCASO-Rene EduardoCovelly Escobar Jul 6 2011 10:50PM

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL ACTO QUIRURGICO

PROCEDIMIENTO: 2661 GASTRECTOMIA SUBTOTAL RADICAL SOD
Finalidad: DIAGNOSTICO
Lateralidad: No Aplica
Acto Qx: BÁSICA
Tipo Herida: Limpia - Contaminada
Profesionales: Rene Eduardo Covelly Escobar - Cirujano Principal

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO
-BAJO ANESTESIA GENERAL SE REALIZO POR VIA LAPAROSCOPICA GASTRECTOMIA VERTICAL TIPO SLEVEE LIBERANDO LA CURVA MAYOR CON BISTURY HARMANICO Y LA TUBULIZACION CON GRAPADORA FLEX 60 TRES DISPAROS VERDES EN CANAL PILORICO Y ANTRO TRES AZULES EN CUERPO Y FONDO HEMOSTASIA SE REALIZA PRUEBA DE AZUL CON INTEGRIDAD DEL TUBO Y PERMEABILIDAD DISTAL REVISION DE CAVIDAD SE COLOCA DREN TIPO HEMOVACK SE RETIRAN PUERTOS Y SE CIERRA POR PLANOS NO COMPLICACIONES.-Rene EduardoCovelly Escobar Jul 6 2011 10:50PM

OBSERVACIONES
-HALLAZGOS ESTOMAGO SANO-Rene EduardoCovally Escobar Jul 6 2011 10:51PM