



REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JURISDICCIONAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO TRANSITORIO
CALLE 12 No.9-23, TORRE NORTE, PISO 3°, OFICINA 207
EDIFICIO VIRREY - BOGOTÁ

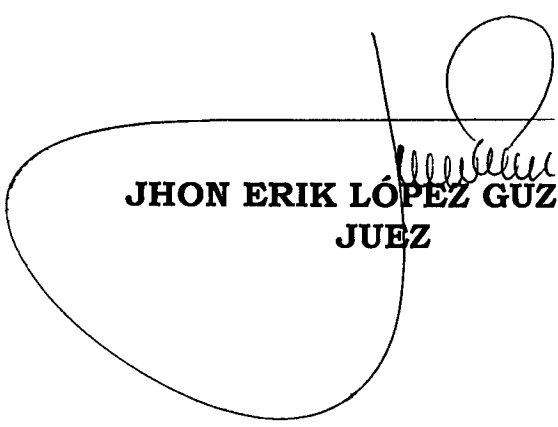
Expediente No. 2014-198

Bogotá, siete (7) de octubre de dos mil veinte (2020)

Con el fin de continuar con el trámite del presente asunto, y teniendo en cuenta el estado en que se encuentra el Juzgado **DISPONE**:

Del dictamen pericial elaborado por el **LUIS ALONSO PALLARES PEREZ**, se corre traslado por el término de tres (3) días (inciso 1, artículo 228 del C.G.P.) (fls. 410 a 414).

NOTIFIQUESE



JHON ERIK LÓPEZ GUZMÁN
JUEZ

JUZGADO SEGUNDO CIVL DEL
CIRCUITO TRANSITORIO DE BOGOTÁ

El auto anterior se NOTIFICA por ESTADO

No. 049 en el día de hoy 08 OCT 2020



LUZ ADRIANA GUERRERO

CABEZAS

Secretaria

Proceso 11001310301520140019800 Peritaje médico aportado por el Hospital de la Misericordia

claudia segura <clalusegura@hotmail.com>

Mié 16/09/2020 4:07 PM

Para: Juzgado 406 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C <j406cctobta@cendoj.ramajudicial.gov.co>

📎 1 archivos adjuntos (185 KB)

Peritaje efectuado por Dr. Pallares.pdf;

Señora

JUEZ 2 CIVIL DE CIRUCITO TRANSITORIO DE BOGOTA

Despacho

REF: Proceso 2014 -00198

ALBA LUCIA DURAN contra HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

En mi calidad de apoderada de la parte demandada me permito adjutnar el peritaje anunciado, el cual fue rendido por el especialista Dr. LUIS ALFONSO PALLARES PEREZ

Desconozco las direcciones electrónicas de los demás sujetos procesales por lo cual solicito comedidamente al Despacho copia a los mismos

Cordial Saludo,

Claudia L. Segura Acevedo

C.C. 35.469.872

TP. 54.271

411

Doctor

JOHN ERIK LOPEZ GUZMAN

JUEZ SEGUNDO (2º) CIVIL DEL CIRCUITO TRANSITORIO DE BOGOTA

E.

S.

D.

Ref: Proceso ordinario de ALBA LUCIA DURAN CASTRO Y OTRO
contra HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

RADICACION 1100131030152014-0019800

**Asunto: Declaración de Perito, Ley 1564 Código General del
Proceso, Artículo 226.**

El suscrito LUIS ALFONSO PALLARES PEREZ, identificado como aparece al pie de mi firma, a petición de LA FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA en el proceso de la referencia, me dirijo a su Honorable Despacho con el fin de presentar peritaje médico en torno a la Historia clínica de la paciente JULIANA ALEXANDRA DURAN

Para el efecto y dando cumplimiento a lo establecido en la ley en el CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO me permito manifestarle lo siguiente:

1. Mi nombre es LUIS ALFONSO PALLARES PEREZ me identifico con la CC 19.076.898 domiciliado en la ciudad de Bogotá en la Conjunto Sindamanoy - Etapa O - Casa 19 - Vereda Yerbabuena - Km 26 Autopista Norte - Chía Cundinamarca. Celular: 315 333 4669. Correo electrónico: lapallares76@hotmail.com.
2. Soy "Doctor en Medicina y Cirugía" graduado en el año 1973 del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario Facultad de Medicina – Hospital de San José. Entre 1974 y 1977 hice Especialización en Cirugía General Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario Facultad de Medicina – Hospital de San José. Realicé un Fellow ("Guest Doctor") en Tokio Japón en Cirugía Pediátrica en el año 1978 en la Universidad de Juntendo, y dicho diploma lo convalidé años más tarde en Colombia.
3. Trabajé como Cirujano Pediátrico en el Hospital de San José y jefe del Servicio de Cirugía Pediátrica desde 1976 y jefe desde 1978 hasta el presente año. Adicionalmente laboré en el Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos desde 1978 hasta su cierre, aprox. en 2000. En ambos hospitales me desempeñaba, además, como Cirujano General. Fui Cirujano Pediátrico en el Hospital de Kennedy y Coordinador del servicio desde 1987 hasta 2008. También me desempeñé como Jefe de Cirugía Pediátrica de la Clínica Reina Sofía de 2000 hasta 2015.

He sido profesor de Cirugía General y Cirugía Pediátrica en el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario y en la Fundación Universitaria de Ciencias de La Salud – FUCS.

4. No he realizado publicación científica alguna en relación con el tema de este dictamen.

5. Fui designado perito en un caso de apendicitis pediátrico contratado por la entidad FEPASDE para el Juzgado 35 Civil del Circuito de esta ciudad.

6. No me encuentro incurso en las causales de recusación contenidas en el artículo 50, en lo pertinente.

7. Los documentos e información utilizados para la elaboración del dictamen fueron la historia clínica correspondiente a la atención brindada a la paciente JULIANA ARDILA DURAN en la FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA, y revisión de bibliografía científica sobre el tema.

A continuación rindo el dictamen solicitado como sigue:

I. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Paciente: Juliana Alexandra ARDILA DURÁN
NUIP 1.025.067.274

- Primer Ingreso. 14-06-2011 – 23:23

Edad: 4 meses.

Motivo de Consulta: Diarrea de Un (1) día de evolución, 6 episodios; astenia, adinamia, anorexia, sin náuseas ni vómito.

EF: Deshidratación leve. Sin otras alteraciones. Sin signos de Respuesta Inflamatoria sistémica.

Diagnóstico: Diarrea y Gastroenteritis.

Manejo: Hidratación oral con buena tolerancia y respuesta satisfactoria. Le dan salida el 15-06-2011 con recomendaciones ambulatorias.

- Segundo ingreso. 28-07-2011 -- 10:55 ←--→ Un mes 14 días después del ingreso anterior.

Motivo de Consulta: Dolor abdominal intenso que se había iniciado 19 horas antes del ingreso, pero 3 horas antes del ingreso había mejorado. Se acompañó de vómito de características alimentarias, no presentaba diarrea; hiporexia.

EF: Sin deshidratación. Faringe congestiva. Palpación abdominal normal, con abdomen blando, sin defensa, sin masas, sin signos de irritación peritoneal.

Diagnósticos: 1- Faringitis. 2- Náusea y vómito.

La paciente pasa a observación.

Evolución a las 11:24, EF sin cambios.

13:51: No toleraba vía oral, decaída, hipoactiva, sin dolor abdominal ni espontáneo, ni a la palpación. Se decidió iniciar hidratación IV.

18:12: decaída, hidratada, no registran que hubiera presentado dolor abdominal. EF abdominal normal.

23:46: no registran presencia de dolor abdominal. EF de esa hora: abdomen blando, doloroso a la palpación en FID sin signos de irritación peritoneal. Continúan igual manejo, ordenan Ranitidina IV y fórmula láctea.

29-07-2011 Evoluciones

00:46: Orden médica: Fórmula láctea y Acetaminofén V.O.

06:34: Anotan buenas condiciones generales, hidratada. EF: palpación abdominal normal. Hacen diagnóstico de Síndrome emético y Gastroenteritis viral. Ordenan vía oral.

07:53: Intolerancia a la V.O. (vía oral). Anotan "retorcijones". Decaída, disminución del volumen urinario. Palpación abdominal normal. Se insiste en V.O. con fórmula láctea.

09:18: Deposición con sangre y moco. Ordenan Examen Coproscópico.

11:33: Se ordena Ultrasonografía de Abdomen Total.

12:29: Informe de Ultrasonido (Ecografía) Abdominal: Invaginación Intestinal.

12:40: Valoración por Cirugía Pediátrica: EF: Abdomen distendido, con sensación de masa en hemiabdomen derecho e íleo. Conducta: Se solicitó Sala de Cirugía para Laparotomía Urgente.

17:30: Nota de Anestesiología: Colocación de Catéter Venoso Central por vía yugular interna der., sin complicaciones.

17:34: Nota Operatoria: Hallazgos: Invaginación intestinal (Intususcepción) ileo-ileal, sin signos de sufrimiento vascular del asa comprometida, líquido libre claro en cavidad peritoneal. Procedimiento: Laparotomía – Desinvaginación intestinal (Reducción de la Intususcepción).

30-07-2011. Primer día post-operatorio. Evolución post-operatoria satisfactoria.

31-07-2011. 2º día post-operatorio se ordena inicio de V.O.: dieta líquida + complementaria + fibra.

01-08-2011: No tolera V.O.: íleo; edema generalizado.

02-08-2011: persiste íleo, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Se solicita UCI Pediátrica.

09:36: UCI Pediátrica encuentra a la paciente con Shock (choque) séptico de origen abdominal, Desequilibrio electrolítico, Trastorno ácido-básico, Síndrome hipooncótico secundario a hipoalbuminemia, hipoglicemia => ordenan Albúmina IV, Antibiótico de amplio espectro (Piperacilina-Tazobactam), Soporte inotrópico (noradrenalina), hacen cálculo para iniciar NPT (Nutrición Parenteral Total). Sospechan Insuficiencia Suprarrenal de paciente crítico, por lo cual le administran Corticoide => Hidrocortisona.

03-08-2011 - 07:14: Paciente en malas condiciones generales; UCI Pediátrica sospecha Disfunción Miocárdica, por lo cual le agregan Milrinone y Furosemida; le agregan 2 nuevos Diagnósticos relacionados: Sepsis (Septicemia) por Gram - -- Hipocalemia severa.

4-08-2011: Continúa en muy malas condiciones generales; se plantea posibilidad de reinvasinación, por lo cual se le practica Rx Colon por Enema: no muestra evidencia de

nueva invaginación, pero el llenado del colon es parcial. La paciente sigue en deterioro, presenta Falla Multiorgánica.

15:26 deciden nueva Laparotomía para descartar reinvaginación y para manejo de Hipertensión Abdominal.

21:26: Se practica Laparotomía: Hallazgos: Síndrome Compartimental Abdominal - Abundante líquido peritoneal claro - Íleo severo - Asas intestinales sin sitio de invaginación, violáceas, sin isquemia. Procedimiento: Exploración de cavidad - Se deja bolsa de Laparostomía para mejorar la presión intrabdominal.

23:23: Paciente muy grave, continúa con todos los medicamentos de soporte para pacientes críticos.

05-08-2011 - 01:20: Pésimas condiciones generales, Falla Multisistémica (Multiorgánica) sin respuesta, continúa con igual manejo.

05:42: Anuria.

08:48: Paso de catéter de Mahurkar para Hemodiálisis.

09:54: Paciente con múltiples soportes, en Shock (Choque) Séptico refractario a todos los tratamientos.

11:03: Continúa sin respuesta a todos los tratamientos, en pésimo estado.

11:25: Fallece.

II. INTUSUSCEPCIÓN (INVAGINACIÓN INTESTINAL)

La Intususcepción es la invaginación de un segmento del intestino dentro de sí mismo. La porción proximal del intestino es empujada hacia el intestino distal por los movimientos del intestino (los que normalmente impulsan los alimentos o el contenido intestinal, se denomina peristaltismo). Al estar introducido, al seguir avanzando, le va disminuyendo el flujo sanguíneo hasta que su tejido se necrosa (se gangrena). Existen 2 variedades: la más frecuente, de la cual se desconoce exactamente lo que produce que el intestino se introduzca dentro de sí mismo, ocurre más frecuentemente entre los primeros meses de edad (3, 4 o 5) y los 10, máximo 12; la otra variedad, más rara, en la cual hay una causa que produce la invaginación (algo congénito, o tumores benignos o malignos, y otras alteraciones) y puede presentarse después del año o 2 años de edad, hasta cobijar toda la infancia y aún adultos (generalmente jóvenes). Lógicamente, es más difícil diagnosticar esta enfermedad entre más pequeños sean los que la presenten. Inicialmente la invaginación compromete el intestino delgado a nivel del ileon (intestino delgado distal antes de que desemboque en el ciego, que es donde comienza el colon o intestino grueso), o sea inicialmente la cabeza de la invaginación es ileo-ileal y posteriormente avanza hasta el ciego, y sigue avanzando al colon (ileo-colónica) inicialmente ascendente, después al transversal, descendente, sigmoide, recto (está descrito que se puede palpar la cabeza de la invaginación al tacto rectal: entre más avanzada se encuentre la cabeza de la invaginación, el compromiso intestinal es más severo con mayor riesgo de compromiso de la circulación del órgano (isquemia, que es inicial y reversible) que puede llegar a presentar necrosis (lo que se denomina gangrena) y que requeriría resecar la porción de intestino comprometida. El síntoma inicial clásicamente descrito es un dolor abdominal que simula un cólico tan frecuente en los lactantes, lo que contribuye a dificultar el diagnóstico; ese dolor está descrito como intermitente, que dura unos minutos y después calma, lo que produce que el niño quede un rato bien, hasta que repite, y así

413

sucesivamente, se presenta, calma, vuelve a presentarse y vuelve a calmar (cada 10-15 minutos). Esto es otro de los factores que dificultan el diagnóstico porque se puede confundir con otras muchas causas de llanto en los lactantes, además que frecuentemente no se presenta el cuadro típico. En muchos casos, durante el tiempo en que aparecen los episodios de dolor, el paciente puede presentar deposiciones normales. Puede presentarse vómito, no específico, pero puede no presentarse este síntoma. En algunos casos, los niños pueden estar letárgicos o somnolientos en los períodos en que no hay dolor. El signo que puede llamar la atención para sospechar el diagnóstico, es la presencia de deposición con sangre (descrita frecuentemente como roja oscura con moco, llamada "en jalea de grosella", pero en ocasiones es roja común): es un signo muy sugestivo de la presencia de la intususcepción. El Examen Físico frecuentemente tampoco evidencia un signo específico que permita hacer el diagnóstico: puede no encontrarse ningún hallazgo específico; en algunos casos se encuentra dolor a la palpación, no específico. Lo que también puede encontrarse a la palpación, no muy frecuentemente (desafortunadamente), es una masa alargada (en forma de "salchicha"); la mayoría de las veces se encuentra en el lado derecho del abdomen y corresponde a la porción de intestino invaginada, lo que se ha llamado "la cabeza de la invaginación": este hallazgo sí es específico. Los estudios paraclínicos que se emplean actualmente son: el primero, el Ultrasonido (Ecografía) que no es invasivo y es muy útil. Cuando no se puede practicar, o no nos dio información adecuada, el segundo examen es el Rx Colon por enema. En muchas escuelas en el mundo se intenta reducción de la invaginación por medio de uno de esos dos procedimientos diagnósticos que se convierten en procedimientos terapéuticos: se realiza reducción por medio de presión neumática (aire) o hidrostática (Suero Fisiológico o Solución Salina) guiada cualquiera de las dos con el ultrasonido o el Rx Colon por enema: para cualquiera de los dos, generalmente se requiere ayuno previo y sedación del paciente por parte de un Anestesiólogo. Cuando las condiciones del paciente, o el tiempo de evolución prolongado (más de 6 horas según algunos autores o más de 12, o hasta 24, según otros), o que no se cuente con todos los elementos de la logística y que esto no permita la reducción cerrada de la intususcepción, se lleva el paciente a cirugía para reducción abierta por medio de laparotomía. En esta situación, el procedimiento quirúrgico que se lleva a cabo depende de los hallazgos operatorios. Ahora viene el siguiente aspecto: ¿qué va a suceder en el post-operatorio? Debemos recordar que el contenido intestinal tiene bacterias que pueden incrementar su número en el post-operatorio. También, dependiendo del tiempo de evolución, de los hallazgos y de los procedimientos que se practiquen, es muy frecuente que el intestino se paralice en el post-operatorio (médicamente se llama íleo, adinámico, o paralítico, o simplemente íleo); la proliferación bacteriana del intestino ya descrita, depende de la severidad del compromiso de este órgano, de la severidad y la duración del íleo (definitivamente, este influye en forma importante en la proliferación bacteriana dentro del intestino), de la respuesta inmunológica de cada paciente (que depende mucho de los antecedentes del paciente, de su entorno, de su base nutricional, aunque frecuentemente esta entidad compromete niños con buen desarrollo en este tema). En relación con este aspecto, existe una alta posibilidad de íleo post-operatorio y, por ende, de proliferación bacteriana severa que puede complicar en forma importante la evolución y conducir a una infección post-operatoria generalizada (que se denomina septicemia o sepsis), que es una de las complicaciones más graves.

III. CONCEPTO

Revisando este caso, en la sección de resumen de Historia Clínica, vemos que no hay ninguna relación entre el primer ingreso y el segundo, mes y medio después, fueron dos eventos distintos, sin ninguna relación entre el uno y el otro; también se encuentra que el diagnóstico no fue fácil, que los síntomas no eran específicos y los presentó desde 19 horas antes de consultar, pero el dolor abdominal por el cual consultó la paciente, mejoró ya estando en el Servicio de Urgencias; el cuadro no fue claro, todo lo cual impidió sospechar la entidad inicialmente; sin embargo, una vez apareció la deposición con sangre, le fue practicada la Ecografía (Ultrasonido), examen que mostró la Intususcepción. Así fue como la paciente fue llevada prontamente a Cirugía y, por medio de la Laparotomía, se confirmó el diagnóstico: la invaginación se encontró ileo-ileal, o sea que no estaba avanzada, sino en fase inicial, hecho confirmado con el hallazgo de líquido peritoneal claro: cuando hay compromiso vascular del asa intestinal, el líquido peritoneal se torna violáceo, o si hay compromiso infeccioso del órgano, se torna turbio. Se redujo la intususcepción (invaginación). Al día siguiente (primer día post-operatorio), la paciente se encontraba evolucionando bien, lo mismo que al día siguiente (2º día post-operatorio): tanto es así, que le ordenan V.O. Sin embargo, el día 01-08-2011, tercer día post-operatorio, ya no toleró V.O., se encontró con signos de íleo. Desde ese momento, comenzó el deterioro progresivo encontrado en la UCI Pediátrica el 02-08-2011: Respuesta inflamatoria sistémica, Septicemia (Sepsis) por Gram negativos (-), tipo de bacterias que predominan en el tubo digestivo, y que se manifestaron por una gran proliferación bacteriana en el post-operatorio, posiblemente secundaria al íleo pre y post-operatorio (principalmente este último). Después, el deterioro continuó progresando, se produjo esa cascada de sucesos: shock séptico, trastorno ácido-básico, síndrome hipooncótico secundario a hipoalbuminemia, insuficiencia suprarrenal de paciente crítico, disfunción miocárdica, hipocalemia severa; en resumen, Falla multiorgánica múltiple (de todos los sistemas). Ante todos estos eventos, hubo respuesta favorable a todo el arsenal terapéutico que le fue suministrado a la paciente: farmacológico, hemodinámico, ventilatorio, aún hemodiálisis: la septicemia fue tan severa que no permitió que la paciente se recuperara de su falla multiorgánica. Inclusive el equipo médico tratante volvió a llevar a la paciente a Cirugía después de contemplar la posibilidad (bastante remota, en mi opinión), de una recidiva de la invaginación, pero también para el manejo de un síndrome compartimental abdominal secundario al íleo severo, al abundante líquido peritoneal y al edema de asas producidos por la hipoalbuminemia. En efecto, en la nueva cirugía no encontraron ni una recidiva de la invaginación, ni ninguna complicación de la primera cirugía tipo necrosis intestinal (gangrena del intestino) o perforación de este por ese mismo eventual compromiso vascular del órgano.

En conclusión, la paciente no responde a todo ese arsenal terapéutico descrito que le fue suministrado para el Shock séptico refractario y la Falla multiorgánica los cuales se hacen refractarios y le causan el deceso a la paciente.

IV. RESPUESTA AL CUESTIONARIO

Respecto del cuestionario formulado en Oficio No. 626, dirigido a la Universidad Nacional de Colombia, de fecha mayo 18 de 2018 suscrito por la Juez 48 Civil del Circuito, que me fue entregado por el Hospital de La Misericordia junto con la Hisotira Clínica de la menor Juliana Ardila Durán, respondo como sigue:

- 1) **Preguntas 1 y 2:** Las respuestas a estas dos preguntas son AFIRMATIVAS. En el Concepto está explicado todo el proceso terapéutico que confirman mis dos respuestas afirmativas.
- 2) **Pregunta 3:** La Escherichia Coli es una bacteria que pertenece al grupo de las Gram -, y frecuentemente forma parte de la flora bacteriana intestinal de los humanos. La Pseudomona Aeruginosa es oportunista también puede contagiar el intestino y también es Gram-. Las bacterias Gram -, cuando se vuelven patógenas, tienden a producir infecciones muy severas y graves, y tal vez a la que más le tememos los médicos es a la Pseumomona, tiende a ser bastante agresiva. La Piperacilina-Tazobactam es un antibiótico de amplio espectro que salió al mercado hace un tiempo relativamente reciente, por lo cual tiene menos resistencia bacteriana, lo que ha llevado a que su uso se haya extendido ampliamente para el manejo de infecciones de este tipo, especialmente si son severas, muchas de ellas producidas por bacterias intestinales pertenecientes a la flora también llamada microbiota. Como lo mencioné en el concepto, ese tratamiento fue pertinente. De hecho, en el antibiograma N° 1108000404 se encuentra la sensibilidad de la Pseudomona de esta paciente a dicho antibiótico. Desafortunadamente, la infección y sus complicaciones no respondieron ni a la antibioticoterapia instaurada, ni al todo el resto del arsenal terapéutico que el equipo médico le instauró, como lo manifesté en el Concepto.
- 3) **Pregunta 4:** En este mismo Concepto aparece claramente estipulado que, tan pronto la paciente comenzó a presentar signos de deterioro rápidamente progresivo, se fueron ordenando cada uno de los componentes del amplio arsenal terapéutico contra la infección tan severa y sus complicaciones que comprometieron todos los sistemas, llevando a una falla multiorgánica que fue la que produjo el deceso de la paciente sin que hubiera respuesta al manejo instaurado por el equipo médico tratante.
- 4) **Pregunta 5:** Usualmente, cuando se produce el fallecimiento de un paciente, la necropsia es la que suministra la mejor información para determinar y evaluar la o las situaciones que condujeron a ese desenlace; en este caso, no se practicó porque la familia no autorizó la práctica de la misma. Sin embargo, la laparotomía practicada unas 14 horas antes del fallecimiento de la niña, no evidenció ninguna complicación de la cirugía previa, ni se encontró ni recidiva de la invaginación ni ninguna evidencia de algún error médico en la primera intervención quirúrgica. Evidenció la gravedad del cuadro séptico (infeccioso); además contribuyó a disminuir un último factor que complicara aún más el cuadro: la hipertensión abdominal. Sin embargo, si alguien conceptúa que debe solicitarse otro concepto, puede hacerse, pero no creo que aporte más información que se agregue a lo que se ha mencionado que sucedió en este caso, en el cual la paciente presentó un

Íleo post-operatorio que determinó una proliferación bacteriana severa en el intestino, lo cual desencadenó una sepsis (septicemia) por bacterias Gram – que condujo a un shock séptico, falla multisistémica (multiorgánica), disfunción miocárdica (o sea, del músculo cardíaco), insuficiencia suprarrenal del paciente crítico e insuficiencia renal aguda; todas estas situaciones fueron producidas por un infección muy severa, y fueron refractarias al arsenal terapéutico instaurado, no hubo respuesta a los tratamientos instaurados.

En los anteriores términos dejo rendido el dictamen solicitado, el cual podré sustentar ante su Despacho en caso de ser requerido.

Atentamente,



LUIS ALFONSO PALLARES PEREZ
C. C. 19.076.898

República de Colombia	
Rama Judicial del Poder Público	
JUZGADO SEGUNDO CIVIL	
DEL CIRCUITO TRANSITORIO	
DE BOGOTÁ, D.C.	
A despacho hoy	28 SEP 2020
Secretario	Dictamen Pallares

