



Medellín, mayo 13 de 2021

Doctor

JUAN RICARDO PRIETO PELÁEZ //

INSTITUTO NEUROLÓGICO CASO BRAYAN STIVEN BARRERA LOPERA

E. S. M.

**ASUNTO: ENTREGA DICTAMEN ODONTOLÓGICO PERICIAL / CASO
BRAYAN STIVEN BARRERA LOPERA**

Respetado doctor,

De manera atenta hacemos entrega del dictamen odontológico pericial solicitado en el proceso de la referencia. Dicho concepto es rendido por la Universidad CES a través del Odontólogo Pablo Emilio Correa Echeverri, Especialista en Cirugía Maxilofacial, Especialista en Gerencia Hospitalaria, Magíster en Administración, Jefe Postgrados Clínicos Facultad de Odontología CES, Docente Universitario y Perito CENDES.

En caso de programarse la sustentación del dictamen, se nos debe notificar mínimo con un mes de antelación a la diligencia por medio electrónico (sagonzalez@ces.edu.co ; cgiraldor@ces.edu.co para agendar al especialista; adicionalmente, se nos debe allegar soporte o comprobante de pago para la asistencia a la audiencia con 15 días hábiles de anticipación; el pago extemporáneo no garantiza la asistencia del perito a la audiencia.

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

Se anexa certificaciones académicas y profesionales del especialista que elabora el dictamen.

Con toda atención,


LEÓN MARIO TORO CORTÉS
Coordinador CENDES



Medellín, mayo 13 de 2021

Doctor

JUAN RICARDO PRIETO PELÁEZ //
INSTITUTO NEUROLÓGICO
E. S. M.

ASUNTO: DICTAMEN ODONTOLÓGICO PERICIAL / CASO BRAYAN STIVEN BARRERA LOPERA

Respetado doctor,

De manera atenta rindo dictamen médico pericial requerido en el proceso de la referencia,

PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO

Odontólogo Especialista en Cirugía Maxilofacial
Jefe Postgrados Clínicos Facultad de Odontología CES
Docente Universitario
Perito CENDES

Dirección de contacto: Calle 10 A # 22 – 04 U CES. Medellín – Antioquia
Teléfono: 444 05 55 ext. 1601 – 1352 Emails: sagonzalez@ces.edu.co
ltoro@ces.edu.co

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

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



RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Se presenta cuadro resumen de la historia clínica

Fecha	Evento	lugar	Responsable
9/02/2012	Ingreso. Programado para osteotomía de los dos maxilares y del mentón.	Instituto neurológico de Colombia	
9/02/2012	Cirugía Bimaxilar+ mentón de 2:30 a 5:55 pm, sin complicación.	Instituto neurológico de Colombia	José Manuel Velásquez
9/02/2012	Sala de recuperación. Buenas condiciones. Respiración adecuada. Orden médica de nada vía oral.	Recuperación	Enfermera Manuela Gonzalez
10/02/2012	7:40 a.m., recibe paciente con nariz llena de sangre, salida en poca cantidad de sangre negra. A las 10:30 a.m., presenta salida de sangre de forma rutilante por fosa nasal derecha, se le coloca hielo en la frente. El paciente no toma líquidos desde ayer en la tarde, dice que no es capaz de deglutir, el urgentólogo coloca gotas de afrin en fosas nasales, se aspira abundantes secreciones hemáticas. Continúa sangrando por fosas nasales, se coloca taponamiento con gasa delgada en ambas fosas nasales. Se llama al Dr Velásquez y por orden de este se coloca un gr de ácido tranexámico, y por orden del mismo Dr. se lleva a cirugía para taponamiento nasal.	Instituto neurológico de Colombia	Médica Maryori Rodríguez Macías
10/02/2012	Ingresa a cirugía urgente por sangrado masivo de la vía aérea superior que produce obstrucción parcial, intubación orotraqueal para taponamiento nasal. 12:32 - 1:10pm. Se homologa procedimiento con turbinoplastia vía transnasal.	Instituto neurológico de Colombia	José Manuel Velásquez Cirujano Maxilofacial. Herney Saldarriaga - anesthesiologo
10/02/2012	Ingresa a UCI. Presenta edema en base de lengua, hay salida de líquido amarillo en cantidad moderada, no parece pus. El padre manifiesta que, durante la estancia en sala general, cuando le suministraba jugo de mango, presentó tos en varias ocasiones. Por la aspiración traqueal, episodios de febrículas, hipotensión, se inicia antibióticos piperacilina tazobactam y seguimiento radiológico. Se da manejo para neumonía aspirativa.	Instituto neurológico de Colombia	Miguel Antonio Cogollo
10/02/2012	23:14. Paciente estables condiciones hemodinámicas, fiebre 38.3°, con taponamiento nasal, heridas suturadas, apósito con material hemático fresco. Buena oxigenación satura 95%. Queda en cama con las barandas elevadas.	Instituto neurológico de Colombia	Enfermera Doris Elena Cano



11/02/2012	UCI, se detuvo el sangrado, ha persistido con disnea (dificultad para respirar). Presentó somnolencia durante toda su estancia postoperatoria. Falla respiratoria, disnea y broncoaspiración con SDRA severo. Neumonía severa, ventilación mecánica por intubación.	Instituto neurológico de Colombia	
11/02/2012	Paciente en UCI. Sin sangrado. TAC de cuello muestra obstrucción parcial de la vía aérea en base de lengua por edema. Presenta disnea por edema de lengua, secundario a manipulación intraquirúrgica y al abordar la vía aérea, no presenta un trabajo respiratorio con compromiso inminente de falla respiratoria.	Instituto neurológico de Colombia	Alejandro Guerra
13/02/2012	En UCI compromiso pulmonar en mayor parte por el proceso inflamatorio. No ha vuelto a sangrar. Rx de tórax muestra infiltrados alveolares en todo el pulmón derecho marcados en campo medio y base, también infiltrados alveolares en base izquierda.	Instituto neurológico de Colombia	Alejandro Guerra
16/02/2012	UCI malas condiciones, ventilación mecánica y con parámetros altos. Empeoramientos de los índices de oxigenación, de la acidosis y aumento de co2, se modifica ventilador y se inicia infusión de esteroides. Antibiótico meropenem y vancomicina.	Instituto neurológico de Colombia	Alejandro Guerra
19/02/2012	Se coloca catéter central vía subclavia izquierda. Se coloca sonda a tórax derecha por barotrauma con neumotórax comprometiendo oxigenación y hemodinamia.	Instituto neurológico de Colombia	Juan Carlos Arango
22/02/2012	Estable hemodinámicamente, tolera nutrición enteral, se suspende eritromicina.	Instituto neurológico de Colombia	Juan Carlos Arango
23/02/2012	Evolución lenta, ya en fase de despertar, pero muy agitado, requiere bolos de sedación.	Instituto neurológico de Colombia	Olga Helena Hernández
27/02/2012	Condición estable, más despierto, tolerando en espontáneo, se continua desmonte de sedación para despertar y extubar.	Instituto neurológico de Colombia	Alejandro Guerra
28/02/2012	Con debilidad muscular por probable polineuropatía de paciente crítico asociado a relajante muscular y esteroides, importante soporte de fisioterapia y terapia física.	Instituto neurológico de Colombia	Carlos Hernán Delgado
28/02/2012	Se realiza extubación, de acuerdo a gases de control se definirá si se hace intubación y posterior traqueostomía. Posterior reintubación. Se realiza nueva intubación.	Instituto neurológico de Colombia	Juan Camilo López de Mesa



29/02/2012	Aumento de reactantes, se piensa en traqueostomía. Pico febril se inicia piperacilina tazobactam. Lleva 18 días intubado. Punción de tórax con salida de líquido turbio.	Instituto neurológico de Colombia	Alejandro Guerra
2/03/2012	Se ordena evaluación por cirugía de tórax para evaluación de empiema y neumonía necrotizante, se contemporiza traqueostomía. Hay salida de pus por la toracostomía, cirugía de tórax define continuar con actual plan de tratamiento. Adiciona amikacina.	Instituto neurológico de Colombia	Olga Helena Hernández - Juan Carlos Arango
5/03/2012	Choque séptico por neumonía por broncoaspiración resuelto, síndrome respiratorio agudo secundario, múltiples complicaciones. Desmote gradual de sedación, sugiere traqueostomía. Evolución lenta hacia la mejoría.	Instituto neurológico de Colombia	Olga Helena Hernández
6/03/2012	Se realiza traqueostomía.	Instituto neurológico de Colombia	Mauricio Esteban Valencia
15/03/2012	En plan de desmote de ventilación mecánica, sigue con antibiótico hasta completar 14 días. Se suspende fentanilo y se decide sentar en silla.	Instituto neurológico de Colombia	Olga Helena Hernández
10/03/2012	Mejores condiciones, sin soportes, sentado, moviliza las 4 extremidades, tolera nutrición enteral, no fiebre ni signos de infección. Traslado a UCE. Preocupa su estado nutricional y su des acondicionamiento.	Instituto neurológico de Colombia	Juan Camilo López de Mesa
19/03/2012	Paraclínicos con elevación de reactantes de fase aguda. Se traslada a UCI y conecta a ventilación.	Instituto neurológico de Colombia	Juan Carlos Arango
17/03/2012	Estabilidad hemodinámica, se reinicia nutrición, no soporte ventilatorio, se traslada a UCE.	Instituto neurológico de Colombia	Pedro Arlex Quintero
21/03/2012	Evolución lenta, debilidad generalizada y compromiso motor. Ventilación por traqueostomía, no tolera bien la nutrición.	Instituto neurológico de Colombia	Pedro Arlex Quintero
22/03/2012	Alerta, consciente, más activo, estable hemodinámicamente, tolera nutrición por sonda, se traslada a habitación individual.	Instituto neurológico de Colombia	Olga Helena Hernández
28/03/2012	En proceso de rehabilitación en deglución con ejercicios y estimulación.	Instituto neurológico de Colombia	Claudia Liliana Bedoya
1/04/2012	Imposibilidad para extubación, programado para decanulación de traqueostomía.	Instituto neurológico de Colombia	José Manuel Velásquez
2/04/2012	Consiente, orientado, afebril, pendiente de definir decanulación de traqueostomía por ORL.	Instituto neurológico de Colombia	José Manuel Velásquez



3/04/2012	ORL determina no decanular no hay reflejo protector adecuado.	Instituto neurológico de Colombia	José Manuel Velásquez
4/04/2012	Gastrostomía endoscópica percutánea.		Jaime Yepes
5/04/2012	Ayer retiro de sonda nasogástrica, gastrostomía percutánea, inicia alimentación por sonda.	Instituto neurológico de Colombia	José Manuel Velásquez
8/04/2012	Alta. Medicina en Casa, terapia física y fonaudiológica, ocupacional, respiratoria, oxígeno domiciliario, nutrición enteral.	Instituto neurológico de Colombia	José Manuel Velásquez
9/04/2012	Oclusión desviada por tendencia a la recidiva, desviación mandibular a la izquierda. Terapia de apertura bucal forzada, elásticos clase II en lado derecho 3 horas al día.	Instituto neurológico de Colombia	José Manuel Velásquez
10/04/2012	Alta hospitalaria.	Instituto neurológico de Colombia	José Manuel Velásquez
10/04/2012	Atención UCI SDR y broncoaspiración, con cánula de traqueostomía, alimentación sonda gastrostomía.	Instituto neurológico de Colombia	
15/04/2012	Urgencias. Fiebre, tos, vómito, desaturación. Cuadro de neumonía. Se ordena antibiótico empírico por días, oxígeno domiciliario, terapia respiratoria.	Instituto neurológico de Colombia	Salomón Flórez Jiménez -
20/04/2012	Estable, Alta hospitalaria, salud en casa.	Instituto neurológico de Colombia	Ma. Inés Mancini Valencia
17/10/2012	Consulta quejas de memoria, lentitud para hablar. Remitido por Yilber Mesa - neurólogo. Se ordena prueba para perfil cognoscitivo, emocional, comportamental y funcional que oriente el manejo.	Instituto neurológico de Colombia	Alejandra Arboleda
17/12/2012	Revaluación neuropsicológica: remite a gastroenterología, fonaudiología, terapia de lenguaje, otorrino, seguimiento por neurología, rehabilitación neuropsicológica, trabajo por psicología, reincorporar a la vida académica al iniciar rehabilitación.	Instituto neurológico de Colombia	Maria Luz Dey Garzón
21/06/2013	Síndrome disejecutivo, amnesia anterógrada, trastorno de la deglución, déficit de la programación fonológica, apraxia orolingual, agnosia visual, síntomas de ansiedad y depresión, remite a rehabilitación neuropsicológica.	Instituto neurológico de Colombia	Neurólogo Santiago Acebedo
15/07/2013	Requiere aplicación de prueba neuropsicológica para hacer seguimiento del nivel de coeficiente intelectual, cognitivo, funcional y emocional para mirar evolución de la patología y determinar manejo.	Instituto neurológico de Colombia	Margarita Rosa Escobar, neuropsicóloga



30/12/2013	Citas periódicas de rehabilitación neuropsicológica.	Instituto neurológico de Colombia	Margarita Rosa Escobar, neuropsicóloga
10/01/2014	Actitud decaída, lenguaje escaso, diprosódico, pero lógico y coherente, poca capacidad de abstracción, ideas de minusvalía. Plan acompañamiento psicoterapéutico, continuar terapia neuropsicología y psicoterapia, fórmula fluoxetina.	SAMEIN	Esteban Uribe Villa
12/02/2014	Secuelas múltiples de evento hipoxicoisquémico que sugieren síndrome disejecutivo.	Instituto neurológico de Colombia	Margarita Rosa Escobar, neuropsicóloga
28/02/2014	Sesión con ejercicios de rehabilitación neuropsicológica. Se recomienda psicoterapia después de la fase crítica de la enfermedad COT. Plan una sesión semanal por 3 meses para trabajar función ejecutivas con la rehabilitación	Instituto neurológico de Colombia	Margarita Rosa Escobar, neuropsicóloga
5/03/2014	Trastorno de adaptación, trastorno orgánico de la personalidad debido a enfermedad. Que retome fisioterapia, realizar alguna actividad deportiva.	SAMEIN - psiquiatría	Luz Adriana Rojas
15/04/2014	Lento para masticar, problemas de la marcha - corre raro, aun le da dificultad la deglución, no comprende algunas cosas, cuando está hablando pierde la respiración, va a decir algo y no termina, no encuentra la palabra, se la pasa acostado, solitario, no le gusta salir. Sus actividades requieren supervisión de los padres, sin iniciativa, no mide consecuencias, no planea, se nota nervioso. Se hace encuadre con la mamá y le explican las condiciones, pues tienen altas expectativas, para ser más realistas. Cita cada 8 días por 3 meses.	Instituto neurológico de Colombia	Margarita Rosa Escobar, neuropsicóloga
1/07/2014	Requiere continuidad en rehabilitación neuropsicológica.	Especialista en Rehabilitación neuropsicológica	Margarita Rosa Escobar, neuropsicóloga
5/08/2014	Consulta por secuelas cognitivas post evento hipóxico isquémico. Problemas de memoria, atención, desescolarizado, depresivo, se ríe solo, habla solo, tiene dificultades de memoria. Plan sesión semanal de rehabilitación.	Especialista en Rehabilitación neuropsicológica	Margarita Rosa Escobar, neuropsicóloga
27/08/2014	Valoración neuropsicológica: Capacidad intelectual con retraso leve, trastorno mixto de ansiedad y depresión. Plan. Rehab. NPC, valoración por neurología, psicología y psiquiatría.	Instituto neurológico de Colombia	Ángela María García Giraldo



15/10/2014	Valoración neuropsicológica: retraso mental leve, trastorno mixto de ansiedad y depresión: nueva evaluación por neurología, rehabilitación NPS manejo por psicología y psiquiatría.	Instituto neurológico de Colombia	Ángela María García
1/11/2014	Control neurología. Fallas en la función ejecutiva, en atención, amnesia anteógrada, falla comprensión y denominación, ansiedad y depresión. 2,5 años de evolución. Reiniciar rehabilitación neuropsicológica 24 sesiones.	Instituto Neurológico de Colombia	Santiago Acebedo
5/11/2014	Consulta psicológica de su hermano Harold Daniel, 11 años. La crisis familiar por su hermano mayor que lo ha afectado, poca motivación, no apetito, no sueño, irritable, sensible. SS valoración por psiquiatría.	IPS centro persona y familia CORPINDES Bello	María Yolanda Chalarcá
12/11/2014	Remisión a psiquiatría.	eps sura IPS CES Comfama Bello	Víctor Javier Vasquez
12/11/2014	Examen audiológico: hipoacusia neurosensorial bilateral.	Centro audivel ORL	Audióloga Lizeth Muñoz
6/01/2015	Requiere una sesión semanal para trabajar funciones ejecutivas, proceso de atención memoria y otros ejercicios. Cada 8 días por 3 meses.	Especialista en Rehabilitación neuropsicológica	Margarita Rosa Escobar, neuropsicóloga
12/03/2015	Buen ánimo, motivado, quiere hacer cosas, le gusta salir, tiene amigos, iniciativa, participa y ayuda en arreglo de la casa, hace cálculos mentales sencillos, sabe hacer compras en la tienda y calcula la devuelta. No requiere supervisión. Desea hacer curso virtual SENA. Se ha visto favorecido por la rehabilitación, el cual finaliza.	Especialista en Rehabilitación neuropsicológica	Margarita Rosa Escobar, neuropsicóloga
16/03/2015	Anímicamente bien, sin depresión ni ansiedad, la mandíbula no abre bien, se le devuelven alimentos y sensación de vómito. Alta por psicología, remite a maxilofacial.	SAMEIN	Psicóloga Luz Adriana Rojas
6/04/2015	Apertura oral limitada, se envía para concepto a Cirugía maxilofacial, para rehabilitar apertura.	Instituto neurológico de Colombia	Santiago Acebedo
15/10/2015	Trastorno mixto de ansiedad y depresión. Nueva evaluación por neurología, rehabilitación neuropsicológica, manejo por psicología y psiquiatría.	Instituto neurológico de Colombia	Neuropsicología. Ángela María García
9/12/2015	Consulta control por neurología. Encefalopatía hipóxico isquémica post cirugía. Amnesia y dificultades disejecutiva y de atención. No otros cambios. Sigue con fluxetina una diaria y control por psiquiatría.	Instituto neurológico de Colombia	Neurólogo Santiago Acabedo



21/11/2016	Electroencefalograma: resultado normal, sin actividad paroxística.	Neurología clínica	Nora Elena Tobón
27/07/2017	Pérdida de capacidad laboral 61,91%, secuelas de evento posquirúrgico con lesión cerebral y compromiso mental.	SEMEDIC - Pérdida de capacidad laboral	Maritza Liliana Rueda MD especialista en salud ocupacional.

RESPUESTAS AL CUESTIONARIO PROPUESTO:

1. Deberá indicar el perito su experiencia y formación en odontología y especialmente en cirugía maxilofacial.

RESPUESTA: Odontólogo egresado en 1982 Universidad CES, Cirujano maxilofacial egresado 1989 Universidad Javeriana. 31 años ejerciendo como cirujano maxilofacial; además docente en la Universidad CES en pregrado y en el posgrado de cirugía maxilofacial durante el mismo tiempo hasta el presente.

2. Que estudia la cirugía maxilofacial.

RESPUESTA: En la página de la ADA American Dental Association, se definen todas las especialidades odontológicas y la de cirugía maxilofacial se define textualmente: (<https://www.ada.org/en/ncrdscb/dental-specialties/specialty-definitions>)

"Oral and Maxillofacial Surgery: Oral and maxillofacial surgery is the specialty of dentistry which includes the diagnosis, surgical and adjunctive treatment of diseases, injuries and defects involving both the functional and esthetic aspects of the hard and soft tissues of the oral and maxillofacial region. (Adopted May 2018)"

Traducción literal:

"Cirugía Oral y Maxilofacial: Cirugía Oral y Maxilofacial es la especialidad de odontología que incluye el diagnóstico, tratamiento quirúrgico y adjunto de enfermedades, lesiones y defectos que involucran tanto los aspectos funcionales como estéticos de los tejidos duros y blandos de la región oral y maxilofacial. (Adoptado mayo de 2018)".

La definición de la Asociación colombiana de cirugía oral y maxilofacial dice textualmente: "La Cirugía Oral y Maxilofacial es la especialidad odontológica que comprende el conjunto de conocimientos teórico-prácticos necesarios con el fin de realizar la prevención, el diagnóstico, pronóstico, el tratamiento integral médico-quirúrgico y la reconstrucción de las patologías, traumatismos, anomalías y afecciones congénitas o adquiridas de las estructuras que comprenden el sistema estomatognático, el complejo maxilofacial y sus órganos asociados. (AAOMS)" <https://accomf.org/campos-de-accion/>

3. El Dr. JOSÉ MANUEL VELÁSQUEZ, ¿tiene los conocimientos y experticia en el área de la cirugía maxilofacial?

RESPUESTA: Al ser un cirujano maxilofacial registrado en Colombia, entonces debe tener los conocimientos suficientes para realizar el ejercicio de la especialidad, avalados por la universidad donde estudió su postgrado.

4. Deberá indicar el perito, si para efectos de responder el cuestionario presentado, revisó en su integridad la historia clínica que se le remitió.

RESPUESTA: Sí, se revisó toda la documentación aportada para el dictamen.

5.Cuál fue el motivo de consulta de BRAYAN STIVEN BARRERA LOPERA.



RESPUESTA: El motivo de consulta, del paciente en mención, no está incluido en la documentación aportada, ya que debió quedar registrado en la historia clínica de la consulta del doctor José Manuel Velásquez y esta no se encuentra en la documentación revisada.

6. *Cuáles eran los antecedentes médicos del paciente.*

RESPUESTA: Fiebre (transfuncionales) – textual de la historia clínica del Instituto Neurológico de Colombia. No aparecen registrados otros antecedentes médicos en la documentación aportada. Pueden estar consignados en la historia clínica que realizó el cirujano maxilofacial en su consultorio. No se adjuntó a la documentación del caso.

7. *Cual fue el diagnóstico dado al paciente.*

RESPUESTA: El diagnóstico que aparece está registrado, en la historia de la Fundación Instituto Neurológico de Colombia, es anomalías evidentes del tamaño de los maxilares.

8. *Cuál fue el tratamiento ordenado.*

RESPUESTA: Osteotomía Lefort I con fijación interna.
Osteotomía de rama mandibular vía transmucosa, con fijación interna.
Mentoplastia, con fijación interna.

9. *Cuál era la finalidad de la cirugía ordenada.*

RESPUESTA: Corrección de la anomalía maxilofacial, se trata de llevar los maxilares a una relación normal, funcional y estética, que permita realizar sus funciones de manera adecuada, corrigiendo la alteración presentada. Es el objetivo de realizar este tipo de cirugía maxilofacial.

10. *En qué consistió la cirugía realizada el 09 de febrero de 2012 y que procedimientos se llevaron a cabo.*

RESPUESTA: La cirugía llevada a cabo consiste en realizar cortes de ambos maxilares de tal manera que se puedan reubicar en una relación normal funcional y estética.

Se llevaron a cabo los siguientes procedimientos. La descripción textual dice: “*Bajo anestesia general, infiltración lidocaína y dexametasona. Incisión en fondo de surco y osteotomía de lefort I de impactación bilateral y colocación de 4 placas y 16 tornillos, sistema 1.7 de RP dental. Infiltración e incisión en canal lateroalveolar inferior, disección, osteotomía sagital de rama mandibular de retroceso de 6mm, fijación con 6 tornillos del sistema 2.0. Osteotomía del mentón de impactación de 4mm y 4mm de avance y fijación con 3 tornillos del sistema 2.0. Lavado y sutura con vicryl. Apósito*”.

Dicho en lenguaje coloquial significa que se ascendió el maxilar superior (no dice cuántos milímetros). Se llevó hacia atrás la mandíbula 6mm. El mentón se ascendió 4mm y avanzó 4mm. Para fijar la nueva posición de los maxilares y del mentón se utilizó placas y tornillos. La descripción no es muy detallada, pero consta de lo básico realizado y no establece que se hubiera presentado algún inconveniente durante el procedimiento.

11. *La técnica quirúrgica estuvo acorde con la lex artis?*

RESPUESTA: Sí, la técnica utilizada es la que tradicionalmente describen los textos de cirugía maxilofacial y es la adecuada para colocar los maxilares en una relación normal, de tal manera que los arcos dentarios ocluyan adecuadamente.

12. *En la demanda se afirma que la cirugía del 09 de febrero de 2012 debía realizarse con otorrino o cirujano plástico facial, es cierto sí o no y porqué.*



RESPUESTA: No es cierto. El cirujano maxilofacial realiza el procedimiento para corrección de los maxilares con un ayudante entrenado, que regularmente puede ser otro cirujano maxilofacial o una instrumentadora. Para este tipo de cirugías no está estandarizado operar en conjunto con otorrino o con cirujano plástico facial. Ocasionalmente se opera en conjunto con estas especialidades cuando el tratamiento va más allá del área de trabajo, se trata de una situación compleja, o se van a realizar varios procedimientos de diferentes especialidades en el mismo acto operatorio. Para esta cirugía lo regular es que el cirujano maxilofacial realice el procedimiento sin el concurso de otras especialidades.

13. Cómo fue la evolución del paciente.

RESPUESTA: En el intraoperatorio, está descrito en el informe quirúrgico, la evolución del paciente fue normal, sin complicaciones. Posteriormente se presentaron dos complicaciones, la primera fue epistaxis, ocurrida el día siguiente de la cirugía, el 10 de febrero de 2012. Más adelante, el 11 de febrero de 2012 se presentó disnea, falla respiratoria y broncoaspiración del paciente, razón por la cual fue llevado a la UCI e intubado para ser conectado a un respirador, requiriendo ventilación mecánica prolongada, de difícil retiro. Asociado a disfunción deglutoria, por lo cual requirió traqueostomía y alimentación por sonda nasoyeyunal. Se trató como neumonía severa, con hallazgos de neumonía necrotizante. El 17 de marzo de 2012 se traslada a UCE. Finalmente, el 10-04-2012 es dado de alta y trasladado a su domicilio. Fue necesario tratamiento neurológico, psicológico, psiquiátrico y de rehabilitación neuropsicológica que duró hasta finales de 2015.

14. Cuáles fueron las complicaciones que se reportaron - que es y en que consiste una epistaxis.

RESPUESTA: El paciente presentó sangrado (epistaxis) por la nariz, el día siguiente del procedimiento quirúrgico (fecha 10 de febrero de 2012); se trata de una de las posibles complicaciones que ocurren en este tipo de procedimientos, la cual está ampliamente documentada en la literatura científica.

Luego de resuelta la complicación, a través del taponamiento nasal anterior y posterior bajo anestesia general, realizado por el mismo cirujano que lo había operado inicialmente, el paciente presentó bronco-aspiración, posiblemente ocasionada durante la ingesta de juego de mango que le llevó el padre al paciente. Este hecho ocurrió el 11 de febrero de 2012, razón por la cual es llevado a la UCI.

La epistaxis es el sangrado por la nariz que se produce por la afectación de un vaso sanguíneo de la mucosa nasal, lo cual está dentro de las complicaciones que regularmente pueden ocurrir y son inherentes al procedimiento de osteotomía le fort I, puede suceder en el intraoperatorio o posteriormente.

La definición concreta de epistaxis es: “*Sangrado nasal, que con frecuencia se asocia a una erosión de la parte anterior de la mucosa de la fosa nasal (zona de Kiesselbach). Otras causas pueden ser locales (traumatismos, tumores malignos, fibroma nasofaríngeo) o generales (enfermedad de Rendu-Osler, hipertensión, hemopatías, etc.).*” <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/epistaxis>

15. Cuáles fueron las causas de la complicación.

RESPUESTA: La epistaxis se puede producir por la alteración de un vaso sanguíneo al realizar el procedimiento de osteotomía lefort I que incluye la desperiostización de la mucosa nasal, durante esta, es factible que ocurra ruptura de los vasos sanguíneos. En el intraoperatorio descrito no ocurrió esta situación. El día siguiente de la cirugía se presentó epistaxis; esta complicación se puede explicar porque durante la cirugía el paciente tiene la tensión arterial baja y sus funciones vitales están disminuidas por



el efecto de la anestesia general, luego del despertar hay un retorno a los signos vitales regulares, lo que implica un aumento de la presión arterial que puede provocar epistaxis; también ocurre cuando el paciente está ansioso y realiza movimientos corporales bruscos, situación frecuente en el estado de recuperación posterior a la anestesia general. Se trata de un evento que claramente está asociado a los riesgos del procedimiento realizado.

La broncoaspiración puede ocurrir porque hay disminución de los mecanismos naturales (reflejos) que evitan que pase cuerpo extraño líquido o sólido a los pulmones, afectando la oxigenación corporal; puede conducir a neumonía (infección pulmonar) que, si progresa desfavorablemente para el paciente, puede tener desenlace fatal. Al tener taponamiento nasal anterior y posterior el paciente tiene afectada la deglución; si coincide además somnolencia y tos durante ingesta de alimento, esa circunstancia facilita que pueda ocurrir broncoaspiración.

La broncoaspiración es el “Procedimiento terapéutico o diagnóstico que sirve para extraer el contenido de la luz del árbol bronquial. El paso del material sólido (generalmente, el que contiene el estómago) al árbol bronquial es consecuencia del desarreglo de los reflejos de cierre de la glotis, en pacientes con alteración del nivel de conciencia. Estas circunstancias pueden ocasionar espasmos bronquiales e incluso el desarrollo de neumonías de carácter necrotizante.”
<https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/broncoaspiracion#:~:text=f,.la%20luz%20del%20%C3%A1rbol%20bronquial>.

“Neumonía por aspiración. La neumonía es una afección respiratoria en la cual hay inflamación (hinchazón) o una infección de los pulmones o las vías respiratorias. La neumonía por aspiración ocurre cuando se inhala alimento, saliva, líquidos o vómito hacia los pulmones o las vías respiratorias que llevan a estos, en lugar de tragarse a través del esófago y el estómago. Causas. El tipo de bacteria que causó la neumonía depende de: Su salud. El lugar donde vive (en casa o en un centro de convalecencia, por ejemplo). Si lo hospitalizaron recientemente. Su uso reciente de antibióticos. Si su sistema inmunitario está debilitado. Los factores de riesgo que predisponen a experimentar una (aspiración) inhalación de material extraño hacia los pulmones son: estar menos despierto debido a medicamentos, enfermedades, cirugía u otras razones. Coma. Tomar grandes cantidades de alcohol. Recibir un medicamento que le induce un sueño profundo para cirugía (anestesia general). Edad avanzada. Insuficiencia del reflejo nauseoso en personas que no están despiertas (inconscientes o semiconscientes) después de un accidente cerebrovascular o una lesión cerebral. Problemas para tragar.”
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000121.htm>

16. La complicación se debe a algún manejo inadecuado por parte del Dr. JOSÉ MANUEL VELÁSQUEZ.

RESPUESTA: Como se describió antes, el evento de epistaxis se presentó al día siguiente de haber terminado el procedimiento quirúrgico, cuando ya el paciente no se encontraba en el quirófano. Por lo tanto, no se podría decir que se deba a manejo inadecuado por parte del cirujano. Por otro lado, la broncoaspiración ocurrió el segundo día del postoperatorio.

17. La causa de la complicación tiene alguna relación con los recursos físicos disponibles en el instituto neurológico.



RESPUESTA: La causa de la complicación no está asociada a los recursos físicos del Instituto Neurológico, los cuales fueron adecuados y oportunos para resolver la situación presentada.

18. ¿Cuál fue la conducta médica para el control del sangrado y si esta fue adecuada, oportuna y conforme a los protocolos médicos?

RESPUESTA: La conducta médica para el control del sangrado consistió en llevar el paciente de nuevo al quirófano, de tal manera que bajo anestesia general se practicó taponamiento nasal anterior y posterior, logrando detener el sangrado. Este procedimiento se realizó conforme a los protocolos médicos y de manera oportuna. Se corrobora porque el paciente posteriormente no volvió a presentar episodios de sangrado.

19. El edema de cuello reportado por el paciente es imputable a título de falla por parte del personal médico.

RESPUESTA: El edema de cuello es una consecuencia natural y normal del procedimiento quirúrgico, es totalmente normal y ocurre con frecuencia en los casos en que se realiza el procedimiento en cuestión.

20. Porque fue necesario intubar al paciente.

RESPUESTA: La razón para intubar el paciente se debió a la falla respiratoria ocasionada por la broncoaspiración que se presentó, ocasionando la emergencia y la necesidad de desplazar el paciente a la UCI.

21.Cuál fue la causa de la hipoxia.

RESPUESTA: La disminución del intercambio de oxígeno en los pulmones, ocasionada por la broncoaspiración, produce que la oxigenación del tejido cerebral se disminuya, ocasionando el fenómeno de hipoxia (disminución de la oxigenación de las neuronas). Cuando esta situación se prolonga en el tiempo puede haber afectación de las funciones de algunas neuronas, condición que puede ser permanente, produciendo secuelas en el paciente, que pueden no recuperarse completamente hacia adelante.

22. La broncoaspiración es un riesgo inherente a la necesidad de intubación.

RESPUESTA: Es un riesgo posible, hay gran posibilidad de que ocurra disminución de la oxigenación del paciente, que puede llevar al fallecimiento del mismo. Es una verdadera emergencia que requiere atención inmediata.

23. Deberá indicar el perito, si considera que las atenciones médicas brindadas al paciente, por parte del INSTITUTO NEUROLÓGICO, ¿fueron adecuadas y oportunas?

RESPUESTA: Todas las atenciones médicas brindadas al paciente por parte del instituto neurológico en sus complicaciones postoperatorias, fueron adecuadas y oportunas; lo cual permitió resolver de la mejor manera posible los eventos presentados.

CONCLUSIÓN PERICIAL:

Basado en la documentación aportada se puede concluir que se trata un caso de cirugía ortognática bimaxilar que transcurrió normalmente en el intraoperatorio; se presentaron complicaciones en el postoperatorio, al día siguiente hubo epistaxis importante que requirió llevar al paciente al quirófano, y bajo anestesia general, realizar taponamiento nasal anterior y posterior, el cual controló el sangrado nasal. Posteriormente, al día siguiente el paciente presentó broncoaspiración posiblemente durante la ingesta de un



jugo, se presentó tos que pudo desencadenar esta circunstancia. El paciente tuvo que ser llevado a la unidad de cuidados intensivos donde fue intubado. Presentó falla respiratoria con neumonía por infección, la cual fue de difícil manejo y evolución. El paciente permaneció 26 días en la UCI. Luego sale para UCE y hospitalización, permaneciendo 28 días. Finalmente, luego de este tiempo es dado de alta hospitalaria, el 10-04-2012 y trasladado a su domicilio. Fue necesario tratamiento neurológico, psicológico, psiquiátrico y de rehabilitación neuropsicológica que duró hasta finales de 2015.

Se presentaron estas complicaciones que llevaron a una evolución lenta del cuadro clínico, en el cual el paciente no pudo llegar a la normalidad completa, presentando secuelas que afectan su comportamiento y evolución de actividades cotidianas. Las complicaciones se deben a hechos fortuitos (inherentes a todas las cirugías ortognáticas maxilofaciales) que se presentaron en el postoperatorio, las cuales no se ven asociadas a negligencia, impericia, falta de recursos o demora en la atención.

No se contó con documentación que permitiera saber cómo se realizó, ni a qué conclusiones se llegó en el estudio inicial del caso con respecto a motivo de consulta, examen clínico, ayudas diagnósticas empleadas, pronóstico, ni plan de tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Carlos Navarro Vila. Urán Ediciones. Madrid 2008.

-Cirugía Oral y Maxilofacial contemporánea. Hupp, Ellis III, Tucker. Elsevier, España 2014.

- Cirugía oral y maxilofacial contemporánea. Versión Digital. James R. Hupp, Edward Ellis III y Myron R. Tucker. Séptima edición. 2019.

- Oral and Maxillofacial Surgery: Volumen 1- II. Raymond J. Fonseca. Saunders; 2a edición. 2008

Con toda atención,

PABLO EMILIO CORREA ECHEVERRI

C.C.: 70.126.068 de Medellín

Odontólogo Especialista en Cirugía Maxilofacial

Jefe Postgrados Clínicos Facultad de Odontología CES

Docente Universitario

Perito CENDES

**LISTADO DE CASOS EN LOS QUE SE HAN RENDIDO DICTÁMENES
PERICIALES A TRAVÉS DE LA UNIVERSIDAD CES**

	AÑO	PERITO	RADICADO / CASO
1	2018	PABLO EMILIO CORREA ECHEVERRI	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2012-0499 Juzgado 17 Civil Circuito de Cali
2	2018	PABLO EMILIO CORREA ECHEVERRI	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2014-0015 / Juzgado Primero Civil del Circuito de Pereira-Risaralda.
3	2018	PABLO EMILIO CORREA ECHEVERRI	Dictamen Médico Pericial / caso Carmen Celsa García Rodríguez / solicitado por la señora Carmen Celsa García Rodríguez.
4	2019	PABLO EMILIO CORREA ECHEVERRI	Dictamen Médico Pericial / Caso Maria Elvira Hurtado / Solicitado por Martha Lucia Arango
5	2019	PABLO EMILIO CORREA ECHEVERRI	Dictamen Médico Pericial / Caso Neile Del Socorro Pérez Becerra/ Solicitado por Zarol Andrés Zafra Aycardi
6	2019	PABLO EMILIO CORREA ECHEVERRI	Dictamen Médico Pericial / Caso Alba Lucia Mejia Londoño / Solicitado por David Estrada
7	2020	PABLO EMILIO CORREA ECHEVERRI	Dictamen Médico Pericial / Caso Maryetha Reyna Mitac Escalante / Solicitado por Maryetha Reyna Mitac Escalante
8	2020	PABLO EMILIO CORREA ECHEVERRI	Dictamen Médico Pericial / Caso José Ramiro Muñetón Cardona / Solicitado por Mary Luz Gómez Monsalve
9	2020	PABLO EMILIO CORREA ECHEVERRI	Dictamen Médico Pericial / Caso Guillermo Asprilla Valencia / Solicitado por Juan Carlos Rubio Marín
10	2021	PABLO EMILIO CORREA ECHEVERRI	Dictamen Médico Pericial / Caso Lina María Moreno Zapata / Solicitado por Mónica Guzmán Coava
11	2021	PABLO EMILIO CORREA ECHEVERRI	Dictamen Médico Pericial Radicado 2018-00573 / Solicitado por Juzgado 01 Civil Del Circuito De Medellín
12	2021	PABLO EMILIO CORREA ECHEVERRI	Dictamen Médico Pericial / Caso Brayan Stiven Barrera Lopera / Solicitado por Juan Ricardo Prieto Peláez // Instituto Neurológico



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

18300

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACION

Y EN SU NOMBRE



EL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
CES

EN ATENCION A QUE

Pablo Emilio Correa Echeverri

IDE 70.126.068

HA COMPLETADO TODOS LOS ESTUDIOS QUE LOS ESTATUTOS
LEGALES EXIGEN PARA OPTAR AL TITULO DE

Odontólogo

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA, EN TESTIMONIO DE ELLO
SE FIRMA Y REFRENDA CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN
MEDELLIN A LOS 17 DIAS DEL MES DE Diciembre DE 1982.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

EN ATENCION A QUE

PABLO EMILIO CORREA ECHEVERRI

C.C. FOTOGRAFIA MEDICINA

HA CURSADO TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA
UNIVERSIDAD Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA UN GRADO UNIVERSITARIO
EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

LE OTORGA

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

EL TITULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL



EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y SELLAMOS ESTE DIPLOMA
NOSOTROS EL RECTOR LOS DECANOS Y EL SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

EXPEDIDO EN BOGOTA A LOS 6 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO DE 1989



Gerardo Amador
RECTOR

[Signature]
DECANO DE ODONTOLOGIA

[Signature]
SECRETARIO GENERAL

[Signature]
DECANO DEL INSTITUTO UNIVERSITARIO

Celso Amador
Fecha 11-12-89
1 de Octubre de 1989



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS Y TECNOLOGÍAS - EAFIT

UNIVERSIDAD EAFIT

EN CONVENIO CON EL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD - CES

EN ATENCIÓN A QUE

PABLO EMILIO CORREA ECHEVERRI

CE. No. 70.176.089

HA CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
POR LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS, LE CONFIERE EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN GERENCIA HOSPITALARIA

PARA CONSTANCIA SE FIRMA EN MEDELLÍN EL DÍA 14 DE OCTUBRE DE 1993
Y SE REFRENDA CON EL SELLO RESPECTIVO



03842



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

UNIVERSIDAD EAFIT

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 73 DE JUNIO 28 DE 1960 DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

EN ATENCIÓN A QUE

PABLO EMILIO CORREA ECHEVERRI

C.C. 70.126.068 de Medellín (Ant.)

HA CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS
ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

MAGISTER EN ADMINISTRACION

Para constancia se firma en Medellín el día 5 de Septiembre del año 2008 y se refrenda con el sello respectivo


Rector
Secretario General

Regimen Libro 3 Folio 1099 Tomo 7947

26972