

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
JUZGADO SÉPTIMO DEL CIRCUITO DE CALI – VALLE

CONSTANCIA

Se corre traslado a las partes la documentación correspondiente a la aclaración del dictamen pericial aportado por la universidad CES de Medellín. Se fija por el término de (3) días. Corriendo los días 17, 18 y 21 de febrero de 2022.

Edward Ochoa Cabezas
Secretario
Rad: 202000095

ENTREGA ACLARACIÓN A DICTAMEN MÉDICO PERICIAL / RADICADO 2016-00163 00

Santiago Marín Yepes <smarin@ces.edu.co>

Mar 15/02/2022 10:53

Para: Juzgado 07 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Cali <j07cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: Leon Mario Toro Cortes <ltoero@ces.edu.co>; Carolina Giraldo Ramírez <cgiraldor@ces.edu.co>

Medellín, febrero 15 de 2022

Señores

JUZGADO 7 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI – VALLE DEL CAUCA

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL / RADICADO **2016-00163 00**

DEMANDANTE: NESTOR ALAIM VILLEGAS CANDELO Y OTROS

DEMANDADO: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD Y OTRO

ASUNTO: ENTREGA ACLARACIÓN A DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Respetado señor Juez:

De manera atenta hacemos entrega de la aclaración al dictamen médico pericial solicitando por usted en días anteriores.

Ante cualquier otro requerimiento, quedamos atentos.

Cordialmente,

Santiago Marín Yepes | CENDES

Universidad CES | Calle 10A # 22-04 | Medellín, Colombia

Tel: (60) (4) 444 0555 Ext. 1106 - 1601

smarin@ces.edu.co | www.ces.edu.co



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

Medellín, febrero 15 de 2022

Señores

JUZGADO 7 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI – VALLE DEL CAUCA

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL / RADICADO **2016-00163 00**

DEMANDANTE: NESTOR ALAIM VILLEGAS CANDELO Y OTROS

DEMANDADO: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD Y OTRO

ASUNTO: ENTREGA ACLARACIÓN A DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Respetado señor Juez:

De manera atenta hacemos entrega de la aclaración al dictamen médico pericial solicitando por usted en días anteriores.

Con toda atención,


LEÓN MARIO TORO CORTES
Coordinador CENDES

CENDES
Centro de Estudios en Derecho y Salud



Medellín, febrero 15 de 2022

Señores

JUZGADO 7 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI – VALLE DEL CAUCA

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL / RADICADO **2016-00163 00**
DEMANDANTE: NESTOR ALAIM VILLEGAS CANDELO Y OTROS
DEMANDADO: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD Y OTRO
ASUNTO: ACLARACIÓN A DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Respetado señor Juez:

De manera atenta, se da respuesta a la aclaración por usted requerida en relación con el dictamen pericial rendido para el proceso de la referencia, manifestando que leí el caso entregado por la Universidad CES inicialmente al Dr. Diego Dávila, con quien comparto las conclusiones del dictamen.

Soy FÉLIX MAURICIO CORRALES SANTA
Médico General, Cirujano General, Cirujano Vascular
Universidad de Antioquia.
Cirujano Trasplantes Abdominales
Universidad de Miami.
Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplantes
I.P.S Universitaria Clínica León XIII
Universidad de Antioquia
Perito CENDES

PROCEDO CON A SOLICITUD DE ACLARACIÓN:

1. De acuerdo a los documentos aportados de la historia clínica sobre la indicación de cirugía laparoscópica en este caso existía alguna contraindicación para la realización de este procedimiento por laparoscopia?

RESPUESTA: De acuerdo con los documentos aportados, inicialmente no existía una contraindicación absoluta para intentar realizar el procedimiento de colecistectomía por vía laparoscópica.

2. Explique si de acuerdo con la revisión de las descripciones quirúrgicas aportadas existió alguna complicación durante el procedimiento quirúrgico que amerita la conversión de cirugía laparoscópica a cirugía abierta?

RESPUESTA: De acuerdo con las descripciones quirúrgicas y a la historia aportada, sí ocurrió un evento que hizo que la cirugía se convirtiera de laparoscópica a abierta y fue el sangrado del lecho quirúrgico con 800cc de sangre en cavidad peritoneal.



3. *Cuando es necesario convertir una cirugía laparoscópica en una cirugía abierta? ¿Está indicado en este caso y por qué? Está descrito en la literatura este tipo de procedimientos explique la frecuencia reportada.*

RESPUESTA: Una cirugía laparoscópica es necesaria convertirla en abierta por diferentes circunstancias, algunas de ellas son:

- Compromiso inflamatorio o necrótico de las paredes vesiculares o de la vía biliar.
- La infiltración de la vía biliar o el parénquima hepático por tumores o cálculos.
- Las variantes anatómicas del árbol vascular o biliar.
- El sangrado importante no controlable durante el acto operatorio.
- La evidencia de lesiones tumorales o metastásicas durante la cirugía no resecables por este método.
- Embarazo.

En este caso estaba indicado por la evidencia de sangrado importante durante el acto quirúrgico.

Este tipo de conversiones son frecuentes en pacientes con enfermedad avanzada, compromiso extendido del proceso inflamatorio, obesos o condiciones propias del paciente o los tejidos, cuando las condiciones son inseguras para continuar con este procedimiento y requiere que el equipo quirúrgico convierta la cirugía a abierta para tener mejor abordaje de los tejidos, mejor disección y seguridad, evidenciando y diferenciando las diferentes estructuras del árbol biliar, vascular y los tejidos adyacentes.

La frecuencia de conversión es reportada en algunos estudios latinoamericanos entre el 11 y 12% aproximadamente (1).

Referencias latinoamericanas:

1. Gaceta Médica Boliviana
Versión On-line ISSN 1012-2966
Gac Med Bol v.30 n.2 Cochabamba 2007

2. Conversión de colecistectomía laparoscópica a abierta: análisis de factores de riesgo con base en parámetros clínicos, de laboratorio y de ultrasonido

J. Morales-Maza, J.H. Rodríguez-Quintero, O. Santes, J.L. Aguilar-Frasco, G. Romero-Vélez, E. Sánchez García-Ramos, G. Sánchez-Morales, P. León, F.U. Pastor-Sifuentes, S. Mier y Terán-Ellis, F. Álvarez-Bautista, U. Clemente-Gutiérrez, M.A. Mercado-Díaz
Rev Gastroenterol Mex. 2021; 86:363-9

4. *Explique si de acuerdo con la revisión que usted realiza de los soportes de historia clínica la complicación presentada se puede clasificar como un riesgo*



inherente al procedimiento o es una lesión iatrogénica producida por impericia durante el proceso de atención?

RESPUESTA: Tomado de la descripción operatoria inicial del paciente:

“Vesícula de paredes gruesas y con gran calculo además necrosis en parches en paredes”.

Esto muestra lo avanzado de la enfermedad, puesto que ya las paredes vesiculares estaban necróticas, muestra que el proceso llevaba varios días de instaurado, que ya no había circulación a las paredes de la vesícula y esta estaba en un proceso inflamatorio severo que reportan como hidrocolecisto, todo lo anterior indica que *se puede clasificar como un riesgo inherente al procedimiento.*

5. Explique en qué momento del proceso de atención se documenta la presencia de una fístula biliar posterior a la realización de la cirugía?

RESPUESTA: Revisando la historia clínica, a pesar de tener dren a cavidad desde el primer día de cirugía, 2 de junio 2011, el drenaje se reporta como hemático, no es clara la fístula biliar; el día 5 junio durante la segunda re intervención quirúrgica, ya hay un reporte claro de cirugía de *“Salida de material biliosos del lecho hepático”.*

6. Existe alguna condición clínica presentada por el paciente durante el proceso de atención que postergue la realización de la colangiopancreatografía ordenada por los cirujanos? Mencione si existe o no.

RESPUESTA: Según los documentos aportados de historia clínica, sí existieron dos condiciones clínicas que hicieron postergar la *colangiopancreatografía ordenada por cirugía*, éstas fueron: *la alteración o prolongación de los tiempos de coagulación y una hipertensión arterial de difícil control.*

7. Se realizó algún tipo de manejo inicial para el tratamiento de la fístula biliar explique?

RESPUESTA: Luego de evidenciar la fístula biliar por cirugía, 5 junio 2011, está reportado en la historia clínica, la colocación de un dren en el lecho hepático y posteriormente es ordenada la *colangiopancreatografía endoscópica.*

8. La colangiopacreatografía para el manejo de la fístula biliar es una URGENCIA VITAL o se puede hacer de manera diferida? ¿Qué riesgos existen de hacerlo de manera diferida en un caso como éste? Se evidencia en la historia clínica alguna condición médica que definiera que se requería diferir el procedimiento.

RESPUESTA: Como en la respuesta número 6, si existieron 2 condiciones clínicas para el aplazamiento de la colangiopancreatografía, la hipertensión y los tiempos de coagulación prolongados.

La colangiopancreatografía endoscópica no es una *URGENCIA VITAL* cuando el paciente tiene otra forma de tener un drenaje de la colección biliar intra abdominal que genera una fístula biliar, en este caso el dren biliar dejado en cirugía o el



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

drenaje percutáneo dirigido por ecografía o tomografía que también se pueden realizar.

Obviamente si no hay un buen drenaje, el realizar éste procedimiento de forma diferida puede generar colecciones peritoneales llamadas biliomas, infección local o sistémica, abscesos o una sepsis de origen biliar, además se puede demorar el diagnóstico específico del tipo de lesión biliar que tiene el paciente, porque la colangiopancreatografía nos da información del estado y la anatomía del árbol biliar y ocasionalmente si el defecto biliar es pequeño al realizar una colangiopancreatografía endoscópica y dejar un stent, éste puede ser el tratamiento definitivo, pero cuando el defecto es una sección completa, como en este caso, se requiere una cirugía de reconstrucción biliar.

Con toda atención,

FÉLIX MAURICIO CORRALES SANTA

CC 15336416

Médico Perito CENDES

Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplantes

CENDES
Centro de Estudios en Derecho y Salud



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

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



LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

EN ATENCION A QUE

Félix Mauricio Corrales Santa

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS
UNIVERSITARIOS EXIGEN PARA OPTAR AL TITULO DE

MEDICO Y CIRUJANO

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA. EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA Y
REFRENDA CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLIN, EL DIA 30 DEL
MES DE JULIO DE 1993

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD
RECTORIA

DECANO DE LA FACULTAD
FACULTAD DE ANTIOQUIA
DECANO

FACULTAD DE ANTIOQUIA
DECANO

REGISTRADO AL FOLIO N° 838 DEL LIBRO DE REGISTROS DE DIPLOMAS N° 3980
GOBIERNO DE ANTIOQUIA - SECRETARIA DE EDUCACION

TITULAR
CC N° 15.336.416 DE Sta. Bárbara (Ant)

SECRETARIO GENERAL

Leonard M. Miller School of Medicine University of Miami

Miami, Florida
Be it Known That

Mauricio Corrales

was present as a

Post-Doctoral Research Fellow in
Liver/GI Transplantation

*From March 29, 2006 through March 28, 2007, and having performed
duties faithfully and satisfactorily is granted this certificate.*

*In witness whereof I have affixed my hand
On this 28th day of March, 2007.*

Andreas G. Tzakis, M.D., Ph.D.
Director, Division of Transplantation
Director, Liver/GI Transplant Program



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia



LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

PERSONERÍA JURÍDICA LEY 71 DE 1878 DEL ESTADO SOBERANO DE ANTIOQUIA Y LEY 153 DE 1887

EN ATENCIÓN A QUE

Félix Mauricio Corrales Santa

identificado con cédula de ciudadanía 14336416

HABIA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS

EXIGEN PARA OPTAR AL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA, EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA EN MEDELLÍN

REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL 30 DE AGOSTO DE 2002

Alfonso Uribe
Vicerrector Académico

Felix M. Corrales
FELIX MAURICIO CORRALES SANTA

Luis J. Hernández
LUIS J. HERNÁNDEZ

15052



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
1826

SECRETARÍA GENERAL

CERTIFICADO SOBRE REGISTRO DE DIPLOMA

LIBRO: 011

FOLIO: 193-2311

A NOMBRE DE: CORRALES SANTA FÉLIX MAURICIO

CÉDULA: 15336416 DE: Santa Bárbara

INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

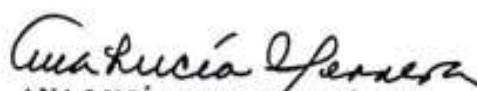
LUGAR: MEDELLÍN

TÍTULO: ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR

NÚMERO Y FECHA ACTA DE GRADUACIÓN: 50934 del 02 de septiembre de 2005

FECHA REGISTRO: 02 de septiembre de 2005

MEDELLÍN: 02 de septiembre de 2005


ANA LUCÍA HERRERA GÓMEZ