

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL
SALA DE DECISIÓN CIVIL- FAMILIA



Magistrado ponente: **JOSÉ HOOVER CARDONA MONTOYA.**
Acta de decisión número 002
Manizales, Caldas, once de enero de dos mil veinticuatro.

Se resuelve el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, frente a la sentencia calendada 21 de junio de 2023, proferida por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Manizales, en el proceso verbal de responsabilidad médica promovido por el señor Gustavo Saldarriaga y otros en contra de Jhon Fredy Padilla Melo, Sebastián Franco González, Giovanni Vergara Osorio, Virginia Vinasco Jaramillo y la Nueva EPS, trámite al que fueron llamados en garantía el S.E.S. Hospital de Caldas y Chubb Seguros Colombia S.A. Expediente radicado con el número 17-001-31-03-004-2021-00042-02.

ANTECEDENTES

- En la demanda presentada para promover el referido proceso, se solicitó que la Nueva E.P.S., Jhon Fredy Padilla Melo, Sebastián Franco González, Giovanni Vergara Osorio y Virginia Vinasco Jaramillo, se les declare civil y extracontractualmente responsables de los daños causados en la persona de Gustavo Saldarriaga al existir una causalidad directa entre el daño y la conducta omisiva, negligente e imprudente por parte del personal médico en la prestación del servicio de salud.

Consecuencialmente, rogó se condene a los demandados a pagar como indemnización la totalidad de perjuicios morales, daño a la vida en relación y perjuicios materiales por concepto de lucro cesante consolidado y lucro cesante futuro, así:

Perjuicios morales:

Demandante	Parentesco	Equivalente SMLMV	Valor de pretensión para el año 2021
Gustavo Saldarriaga, María Stella Salazar Arévalo, Diana	Víctima directa – Esposa e hijas	81,3 SMLMV para cada uno	\$73.863.164 M/cte

Carolina y Vanessa Saldarriaga Salazar			
Dylan Londoño Saldarriaga, Allison Prada Saldarriaga, Luis Fernando y Guillermo Iván Saldarriaga	Nietos los dos primeros y hermanos los dos últimos	50 SMLMV para cada uno	\$45.426.300 M/cte.
Total perjuicios morales		525,2 SMLMV	\$477.157.855 M/Cte

Daño a la vida en relación:

Demandante	Parentesco	Equivalente al SMLMV	Valor de pretensión para el año 2021
Gustavo Saldarriaga y Maria Stella Salazar Arévalo	Víctima directa y Esposa	94 SMLMV para cada uno	\$85.401.444 M/cte
Total, daño a la vida en relación		188 SMLMV	\$170.802.888 M/cte

Perjuicios materiales en favor de Gustavo Saldarriaga: \$112.230.125,32 M/cte conforme al SMMLV actualizado para la fecha de la sentencia, discriminado así:

Por concepto de lucro cesante consolidado: \$37.627.928 M/cte. Se solicitó que este tipo de perjuicio sea reconocido conforme al SMMLV y actualizado conforme al índice de precios al consumidor I.P.C a la fecha de la sentencia.

Por concepto de lucro cesante futuro: \$74.602.826,79 M/cte. Se solicitó que este tipo de perjuicio sea reconocido conforme al SMMLV y actualizado conforme al índice de precios al consumidor I.P.C a la fecha de la sentencia.

Finalmente, pidió se condene a las demandadas en costas y agencias en derecho.

- Expuso como fundamentos fácticos:

1. Que el 22 de septiembre de 2014, el señor Saldarriaga consultó al servicio de urgencias de la IPS - Servicios Especiales De Salud, al presentar dolor abdominal de predominio en mesogastrio y flancos y fue atendido por el médico Jhon Fredy Padilla Melo, quien concluyó que presentaba colon irritable y hemorroides externas, sin signos clínicos de respuesta inflamatoria sistémica o peritoneales. Una vez presentó mejoría, le dieron de alta con valoración por la especialidad de

gastroenterología y realización de colonoscopia.

2. Aduce la parte actora que el galeno omitió en la evaluación física valorar los siguientes signos: Blumberg, psoas, Rovsing, Murphy y abdomen en tabla, ni tuvo en consideración que el cuadro hemático que le realizaron reportó leucocitosis con PCR elevada.

3. El 26 de septiembre de 2014 el señor Saldarriaga reconsultó por dolor abdominal a nivel de hipocondrio y flanco derecho, por lo que el médico Sebastián Franco González a través de un estudio tomográfico de abdomen, evidenció la presencia de un posible plastrón apendicular y procedió a ordenar la realización de una colonoscopia y la hospitalización con manejo de antibiótico.

4. El 28 de septiembre de 2014 fue valorado por la especialidad cirugía general con el Dr. Giovanni Vergara Osorio, quien confirmó el tratamiento médico instaurado hasta esa fecha y ordenó la práctica de una ecografía y colonoscopia total.

5. El 29 septiembre de 2014, los médicos tratantes registraron lesión compleja a nivel de fosa iliaca derecha, considerándose la posibilidad de colección (plastrón vs neoplasia abscedada) y vesícula con importante cantidad de barro biliar y al ser valorado por gastroenterología, determinan que no era prudente realizar la colonoscopia y programaron laparotomía exploratoria.

6. El 1 de octubre de 2014 realizaron el procedimiento quirúrgico, registrando en la historia clínica: *"Diagnostico pre quirúrgico absceso del intestino, paciente con plastrón de fosa iliaca derecha, absceso del ciego, perforación del ciego con deformación de la arquitectura, con extensión por zona retroperitoneal hasta polo renal inferior derecho, que requirió resección proximal a nivel de íleon y de colon transversal"*.

7. El 6 de octubre de 2014 el señor Gustavo Saldarriaga presentó aumento de la disnea y deterioro respiratorio severo, por lo cual realizaron intubación orotraqueal y lo trasladaron a la unidad de cuidado intensivo, realizando la extubación el día 12 de octubre del mismo año.

8. Al cursar el 11º día de ingreso presentó abdomen agudo quirúrgico, apendicitis gangrenada con gran plastrón apendicular extenso y requirió hemicolectomía

derecha + ileotransversostomía.

9. El 26 octubre 2014 se ordenó el alta hospitalaria con control ambulatorio por cirugía general, incapacidad médica por 60 días, control por salud ocupacional para definir reubicación laboral, y formato de CTC (comité técnico científico) para barreras y bolsas de colostomía.

10. El señor Saldarriaga fue diagnosticado con falla de la respuesta genital y actualmente continúa con colostomía, con eventración dolorosa, herida abierta, en curaciones, sin esperanza de que pueda cerrarse, por múltiples intentos fallidos de cierre; frecuentemente sigue consultando al médico por molestias a nivel abdominal, asociado a náuseas y deposiciones líquidas.

11. El señor Gustavo Saldarriaga actualmente es pensionada por invalidez.

Actitud de la pasiva

- **La Nueva E.P.S** se opuso a lo pedido por la parte actora, propuso como medios defensa los que bautizó: (i) Falta de legitimación en la causa por pasiva; (ii) Ausencia de nexo causal entre el daño alegado y el hecho por el cual se endilga responsabilidad a la Nueva EPS; (iii) Inexistencia de Hecho Ilícito - Cumplimiento de las obligaciones legales de Nueva E.P.S.; (iv) Ausencia de nexo adecuado de causalidad por condiciones patológicas propias de la víctima; (v) Ausencia de Culpabilidad de Nueva EPS S.A.; (vi) Inexistencia de daño indemnizable imputable a la Nueva EPS; (vii) Excepción genérica. Finalmente llamó en garantía a Servicios Especiales de Salud – S.E.S. Hospital de Caldas.

- **Sebastián Franco González** se opuso a la prosperidad de la acción incoada por la parte actora, como soporte de su oposición propuso las excepciones de mérito que llamó (i) adecuada práctica médica de parte del Dr. Sebastián Franco González -cumplimiento de la lex artis; (ii) ausencia de culpa médica (diligencia y cuidado); (iii) ausencia de nexo causal; (iv) improcedencia de imputación jurídica del daño; (v) indebida y exagerada tasación de los perjuicios aducidos.

- **Jhon Fredy Padilla Melo** a través de su apoderada judicial, contravirtió las pretensiones de la demanda, arguyendo que su actuar no constituyó una conducta culposa o negligente en la atención prestada al paciente Gustavo

Saldarriaga y propuso como medios de defensa: (i) cumplimiento de la lex artis; (ii) ausencia de culpa; (iii) inexistencia de nexo de causalidad; (iv) inimputabilidad del daño.

- **Virginia Vinasco Jaramillo** rebatió las pretensiones de la demanda, aduciendo que no existió por su parte una conducta culposa o negligente en la atención prestada al paciente Gustavo Saldarriaga, propuso como excepciones: (i) Adecuada práctica médica de parte de la Dra. Virginia Vinasco Jaramillo - cumplimiento de la lex artis; (ii) ausencia de culpa médica (diligencia y cuidado); (iii) ausencia de nexo causal; (iv) improcedencia de imputación jurídica del daño; (v) indebida y exagerada tasación de los perjuicios aducidos.

- **Giovanny Vergara Osorio** a través de auspiciadora judicial, se resistió a las pretensiones de la demanda, al estimar que su actuar se ajustó de manera adecuada y pertinente a los estándares establecidos por los protocolos médicos; propuso como medios exceptivos: (i) ausencia de culpa; (ii) ausencia de nexo de causalidad; (iii) idoneidad profesional del Dr. Giovanny Vergara Osorio; (iv) no previsibilidad de un apéndice perforado, gangrenado y de un proceso infeccioso; y (v) Excepción genérica.

- **La llamada en garantía Chubb Seguros Colombia S.A.** replicó en su defensa (i) inexistencia de un incumplimiento contractual por parte de la Nueva EPS S.A; (ii) diligencia y cuidado: ausencia de culpa de la Nueva EPS S.A. y de la institución Servicios Especiales de Salud SES- Hospital de Caldas; (iii) ausencia de nexo de causalidad; (iv) improcedencia de la reparación de los perjuicios solicitados; (v) inexistencia de los perjuicios patrimoniales y excesiva solicitud de perjuicios extrapatrimoniales; e (vi) improcedencia de una sentencia condenatoria.

Se opuso a la prosperidad del llamamiento en garantía de la Nueva EPS a la institución Servicios Especiales de Salud SES- Hospital de Caldas y propuso las siguientes excepciones: (i) Falta de competencia de la jurisdicción ordinaria para resolver el llamamiento en garantía formulado a la institución Servicios Especiales de Salud, por tratarse de una entidad pública; (ii) indebida acumulación de pretensiones en el proceso; (iii) el llamamiento en garantía no puede revivir términos; y (iv) diligencia y cuidado: ausencia de culpa y, por ende, de responsabilidad la institución Servicios Especiales de Salud.

En cuanto al llamamiento en garantía de la Institución Servicios Especiales de Salud – Hospital Universitario de Caldas a la Aseguradora Chubb Seguros Colombia S.A, solicitó dar estricta aplicación al contrato de seguro celebrado entre la institución SES como tomador y asegurado, y Chubb como asegurador, propuso como medio de defensa frente a la Póliza No. 45324 de Responsabilidad Civil Profesional Médica y la Póliza No. 45282: falta de competencia de la jurisdicción ordinaria e indebida acumulación de pretensiones; frente a la Póliza No. 45282: ausencia de cobertura por exclusión; frente a la Póliza No. 45324: inexistencia de siniestro bajo el amparo básico de responsabilidad civil para instituciones médicas de la póliza No. 45324, por ausencia de responsabilidad imputable a la institución SES; y valores asegurados y deducibles aplicables.

- **El llamado Servicios Especiales de Salud – Hospital Universitario de Caldas,** arguyó a su favor: (i) ausencia de nexo causal; (ii) aceptación de los riesgos por parte del señor Gustavo Saldarriaga – consentimiento informado; (iii) inexistencia de los elementos configurativos de la responsabilidad médica; (iv) ausencia de culpa, obligaciones de medios y no de resultado, la culpa probada; (v) exoneración por estar probado que el equipo médico y especialista de Servicios Especiales de Salud SES Hospital Universitario de Caldas, empleo la debida diligencia y cuidado; (iv) inexistencia de la obligación de indemnizar por ausencia de los elementos estructurales de la responsabilidad; (v) existencia de riesgos inherentes; (vi) ausencia de falla en el servicio por parte de servicios especiales de salud; (vii) cumplimiento de las obligaciones en la prestación del servicio de salud por parte de Servicios Especiales de Salud; (viii) ausencia de elementos que permitan atribuir un daño en el paciente; (ix) atención diligente, cuidadosa, prudente, idónea y oportuna ofrecida por servicios especiales de salud y su cuerpo médico al señor Gustavo Saldarriaga; (x) enriquecimiento sin causa y (xi) excepción genérica.

Fallo de primera instancia

La falladora de primer nivel negó las pretensiones de la demanda, pues luego del análisis del material probatorio, no logró evidenciar una conducta culposa por parte de los demandados, o un hecho imputable dentro del marco de un actuar negligente, imprudente o imperito, pues pese a las complicaciones de salud que presentaba el señor Gustavo Saldarriaga, los galenos procuraron todos los medios terapéuticos a su disposición para salvaguardar su vida.

Evidenció que no se configuraron los requisitos concurrentes para que se declare la responsabilidad civil contractual y extracontractual médica demandada, pues la única circunstancia que se logró acreditar es el daño, más no la culpa ni el nexo causal. Expuso que no se demostró una mala praxis médica o una atención demorada o tardía que avaluara un inadecuado diagnóstico o tratamiento, por el contrario, consideró que respondió a las circunstancias que el caso demandaba, sin alteraciones o sobresaltos.

Señaló que el señor Saldarriaga contó con todos los recursos médicos especializados y necesarios que se requerían para recuperar su estado de salud, pues su diagnóstico se trató dentro de los parámetros razonables que la ciencia médica aconseja para casos de igual envergadura; precisó que la obligación de los galenos es de medio y no de resultado, por lo que las complicaciones presentadas fueron advertidas y consentidas.

Finalmente, condenó en costas a los demandantes y a favor de la parte demandada, incluidas las llamadas en garantía fijando las agencias en derecho por la suma de veintidós millones ochocientos cinco mil setecientos veintiséis pesos m/cte (\$22.805.726).

Impugnación.

- **La parte demandante** fincó su alzada aduciendo en primer lugar, que la juez de instancia efectuó indebida valoración probatoria en lo que atañe a la atención que le prohió el galeno Jhon Fredy Padilla Melo al demandante, al considerarla ajustada a la *lex artis*. Así mismo, que desconoció en la fundamentación del fallo, los elementos teóricos que gobiernan el esquema de la responsabilidad médica extracontractual; haciendo una indebida apreciación del material documental aportado en el recorrido del proceso, de los dictámenes periciales y de la prueba testimonial, así como los antecedentes del paciente, desconociendo los manuales y guías vigentes en la fecha de la atención, respecto al manejo del dolor abdominal agudo, como lo son los estudios de imagenología y consulta por cirugía.

Esgrimió su descontento con la evaluación realizada por el despacho, respecto a los elementos de la responsabilidad civil médica, pues según su criterio, el daño se

encuentra materializado en la complicación de la apendicitis que derivó en el apéndice perforado, gangrenado, plastrón apendicular, sepsis abdominal, peritonitis y colostomía; el nexo causal se acreditó mediante las acciones y omisiones de los demandados, no solo como los causantes naturales de un hecho, sino por el deber jurídico que tienen de garantizar una atención médica en términos de oportunidad, calidad y seguridad; por último, el juicio de reproche consistió en las omisiones, retardos y negligencias del personal médico, representado en la deficiente atención médica brindada, por la demora en establecer un diagnóstico y un tratamiento acorde a la patología presentada, lo cual incidió en la decadencia de la integridad personal del demandante.

En cuanto al argumento de la Juez respecto al consentimiento informado, arguyó que este no es un acto jurídico que permita al médico apartarse de los parámetros de la *lex artix*, pues los daños alegados no son los que se derivan de la falta de información sobre las complicaciones del cuadro clínico, sino sobre las omisiones, negligencias e imprudencias cometidas por los demandados, en el diagnóstico, tratamiento, y manejo oportuno, en términos de calidad y seguridad de la patología del paciente.

Adicionó que, la decisión del despacho va en contra de lo probado con la experticia y la evidencia científica allegada con la demanda, pues omitió valorar las afirmaciones realizadas por el perito Diego Orlando Sierra, en el sentido que, las secuelas padecidas por el paciente se derivan de la omisión de una apendicectomía en el momento inicial.

Finalmente, expuso que, el despacho de primera instancia desconoció los derechos legales y constitucionales del demandante al condenar en costas; advirtió que en el eventual caso que fuera procedente dicha condena, la Juzgadora debía determinar las agencias con base en las pretensiones pecuniarias de la demanda, sin abarcar lo solicitado por concepto de perjuicio extrapatrimonial.

CONSIDERACIONES

1. No se observa ningún vicio de nulidad procesal y, de otro lado, los presupuestos procesales no admiten reparo; registrando además que de la conducta procesal de las partes no hay indicios por deducir en los términos del artículo 280 del C.G.P.

Es menester precisar que conforme lo impone el canon 328 del Estatuto Ritual Civil esta Sala de decisión se pronunciará “...solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante, sin perjuicio de las decisiones que deba adoptar de oficio, en los casos previstos por la ley”.

2. Para comenzar diremos que desde hace algún tiempo se ha sostenido, de acuerdo con los conceptos jurisprudenciales y doctrinales encargados de precisar en qué consiste y en qué se diferencia la denominada “Responsabilidad Civil Médica” frente de otras especies tradicionales de responsabilidad, que la obligación médica esencial con el paciente (tanto del profesional como de la institución a que eventualmente puede pertenecer), es la de cumplir de manera ética y diligente la labor encomendada, colocando al servicio de éste los conocimientos, experiencia y las reglas y técnicas del arte médico en procura de su salud y bienestar. La responsabilidad médica, como especie de la responsabilidad civil, requiere para su configuración, como regla general, la presencia de tres elementos constitutivos, que son: la conducta culposa, el daño y el nexo causal.

- La culpa se manifiesta en una conducta irregular en la que no está presente la intención de generar un daño, pero que resquebraja los mínimos preceptos de prudencia, conocimiento, pericia y diligencia al acometer la acción, constituyéndose en el presupuesto jurídico necesario para la atribución de responsabilidad; al respecto, la Sala se remite a la sentencia de ocho (8) de agosto de 2011 de la H. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Magistrado Ponente: Dr. Pedro Octavio Munar Cadena. Expediente No. 2001 00778 01; allí se citó la sentencia de 26 de noviembre de 2010. Expediente No. 11001 3103 013 1999 08667 01.

- En cuanto al daño, corresponde a las lesiones físicas o psíquicas padecidas por la persona afectada y los consecuentes perjuicios patrimoniales o extra patrimoniales en cabeza no sólo de ésta, sino de sus familiares o personas cercanas¹.

¹ Sentencias de la H.C.S.J., Sala de Casación Civil, de 30 de agosto de 2010 (Exp. 1999-06826, Magistrado Ponente Dr. Jaime Arrubla Paucar), y de nueve (9) de julio de 2012 (Expediente No. 11001-3103-006-2002-00101-01. Magistrado Ponente, Dr. Ariel Salazar Ramírez).

- Y en relación con el nexo causal, se debe establecer si existió una relación de génesis a efecto adecuada, entre el comportamiento asumido por el médico, paramédico o la institución tratante y el daño padecido por el paciente; para ampliar este concepto la Corporación prohíja lo indicado en la sentencia de la H. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, de 13 de septiembre de 2002, expediente No. 6199.

3. El sustento de la decisión de primera instancia se fincó, en resumen, en que la parte demandante no logró demostrar los elementos volitivos de la acción de responsabilidad médica, pues pese a que se acreditó el daño, no pasó lo mismo con la culpa y el nexo causal, pues no se demostró una mala praxis médica o una atención demorada o tardía que avaluara un inadecuado diagnóstico o tratamiento. Por su parte, la recurrente sostiene que, a diferencia de lo vertido en la sentencia de instancia, sí se configuraron los elementos axiológicos de la acción reclamada.

Avanzando, corresponde determinar conforme a lo que aduce la réplica, si se configuraron los elementos axiológicos de la responsabilidad reclamada, por fallas en la prestación del servicio que se le suministró al señor Gustavo Saldarriaga a partir del día 22 de septiembre de 2014 en la institución convocada y si además se inaplicaron los protocolos médicos preestablecidos para el caso bajo estudio.

De la actividad médica:

Debe resaltarse que en asuntos de esta envergadura, en los que la ciencia y la técnica juegan papel preponderante ya que, una experticia, para casos como el de ahora, sin ser prueba única y determinante, le permite al juez aproximarse al conocimiento que requiere para definir la litis, pues con ella se puede descubrir el comportamiento, tanto del galeno, como de las instituciones que contribuyen a la prestación de un servicio de salud y concluir si se cumplieron las reglas que aconseja la ciencia médica.

En este sitio las cosas, se trae en mención lo expresado por la Honorable Corte Suprema de Justicia en sentencia de Casación Civil de 26 de septiembre de 2006, expediente N° 6878, Magistrado Ponente Dr. Jorge Santos Ballesteros, y según la cual:

"cuando de asuntos técnicos se trata, no es el sentido común o las reglas de la vida los criterios que exclusivamente deben orientar la labor de búsqueda de la causa jurídica adecuada, dado que no proporcionan elementos de juicio en vista del conocimiento especial que se necesita, por lo que a no dudarlo cobra especial importancia la dilucidación técnica que brinde al proceso esos elementos propios de la ciencia -no conocidos por el común de las personas y de suyo sólo familiar en menor o mayor medida a aquéllos que la practican- y que a fin de cuentas dan, con carácter general, las pautas que ha de tener en cuenta el juez para atribuir a un antecedente la categoría jurídica de causa. En otras palabras, un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar al juez sobre las reglas técnicas que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga. Así, con base en la información suministrada, podrá el juez, ahora sí aplicando las reglas de la experiencia común y las propias de la ciencia, dilucidar con mayor margen de certeza si uno o varios antecedentes son causas o, como decían los escolásticos, meras condiciones que coadyuvan, pero no ocasionan ...".

Es menester manifestar que por regla general la historia clínica no es suficiente para acreditar la mala praxis del médico, si es que se quisiera hacer alguna reflexión sobre este aspecto; se necesita más que eso para establecer que lo que allí se consigna es contrario a lo que aconseja el devenir médico para un caso concreto. Por ello, retomando la importancia de la prueba técnica, y haciendo alusión a la historia clínica, dijo también la máxima Corporación, en la sentencia SC003-2018, radicación: 11001-31-03-032-2012-00445-01, del 12 de enero de ese año, con ponencia del Magistrado Luis Armando Tolosa Villabona, que:

"3.4.1. No obstante, denunciándose mal apreciada la prueba documental, únicamente, contentiva de las historias clínicas, de las fórmulas médicas y de la guía de manejo de eventos de cefalea, debe seguirse, a tono con lo señalado por el ad-quem, que en el proceso efectivamente no existía ningún medio distinto, dirigido a determinar si la atención médica brindada a la señora Blanca Margarita Rojas Carreño, durante su paso por las entidades demandadas, el 21 y 22 de mayo de 2003, estuvo conforme a la lex artis.

En otras palabras, la historia clínica, en sí misma, no revela los errores médicos imputados a los demandados. Esto, desde luego, no significa la postulación de una tarifa probatoria en materia de responsabilidad médica o de cualquier otra disciplina objeto de juzgamiento. Tratándose de asuntos médicos, cuyos conocimientos son especializados, se requiere esencialmente que las pruebas de esa modalidad demuestren la mala praxis.

Existiendo en la materia libertad probatoria, al ser el juez ajeno al conocimiento médico, la Corte tiene sentado que "(...) un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar (...) sobre las reglas (...) que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga (...)"

Las historias clínicas y las fórmulas médicas, por lo tanto, en línea de principio, por sí, se insiste, no serían bastantes para dejar sentado con certeza los elementos de la responsabilidad de que se trata, porque sin la ayuda de otros medios de convicción que las interpretara, andaría el juez a tientas en orden a determinar, según se explicó en el mismo antecedente inmediatamente citado, "(...) si lo que se estaba haciendo en la clínica era o no un tratamiento adecuado y pertinente según las reglas del arte (...)"

En tal horizonte, es imprescindible auscultar el ciclo probatorio para establecer si hay evidencia de los elementos estructuradores de responsabilidad por el acto médico. Los medios probatorios que reposan en el dossier que resultan relevantes para lo debatido, se quilarán discriminadamente y de manera sucinta.

Compendio Historia Clínica² -

FECHA	SINTOMATOLOGIA	ANTECEDENTES	OBSERVACIONES/EVOLUCIÓN/ EXÁMENES-INDICACIONES	DIAGNOSTICO	GALENO
22/09/14	7:14:05 pm: Dolor abdominal tipo cólico con predominio mesogastrio y flancos/ con sangrado rectal todos los días x 3 meses hasta hace 8 días/ hace 3 años también presentó sangrado rectal x 1 año.	Hipertensión – pólipo en colon – fumador activo, tabaquismo -	7:14:05 pm: Observación: Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, dolor leve a la palpación de flanco derecho, no signos peritoneales, esfínter rectal normotónico con materia fecal de aspecto sano. Evolución: paciente con cuadro clínico de 5 días de evolución consistente en dolor abdominal tipo cólico intermitente con predominio en mesogastrio y flancos que se intensificó el día de hoy, no mejora con buscapina. Sin taquicardia, normotenso, hidratado, sin signos de abdomen agudo quirúrgico. Exámenes: se solicitan paraclínicos: hemograma, nitrógeno, uroanálisis, creatinina en suero, coloración gram, proteína c reactiva cuantitativo de alta precisión.	Síndrome de colon irritable – hemorroides externas – hipertensión esencial	JHON FREDY PADILLA MELO – MEDICO GENERAL
23/09/14	4:05 am: Refiere que se siente mucho mejor respecto al ingreso con disminución del dolor abdominal, no emesis, no diarrea, no deposiciones con sangre	DX previo: HTA, Tabaquismo activo	4:05 am observación: En buenas condiciones generales, afebril, hidratado. Evolución: Saturación sin uso de oxígeno suplementario 92%, paciente en buenas condiciones generales, abdomen blando sin masas ni visceromegalias, con peristaltismo presente, no doloroso a la palpación. Reporte exámenes: Cuadro hemático con leucocitosis, neutrófilos de 76% HGB 14 (normal), PCR elevada, parcial de orina normal, bun y creatinina normal. Indicación: Considerando que el paciente no tiene signos clínicos de respuesta inflamatoria sistémica, con mejoría importante de cuadro clínico se decide alta médica con indicaciones, dieta rica en fibra, valoración ambulatoria por gastro con orden de colonoscopia ambulatoria. Consultar si presenta dolor abdominal persistente y fiebre, no tolerancia vía oral por vomito frecuente.	Colon irritable – Hemorroides Externas.	JHON FREDY PADILLA MELO – MEDICO GENERAL
27/09/14		HTA	8:25 pm Observación: Se abre folio para transcribir ordenes de CX general. Paciente quien consulta el día de ayer por cuadro clínico de una semana consistente en dolor abdominal intenso tipo cólico, localizado en abdomen superior pero con mayor intensidad en fosa ilíaca derecha, quien ya había consultado el 22/09 donde dan salida con orden para colonoscopia ambulatoria y analgesia, pero por no mejoría de los síntomas vuelve a la institución con paraclínicos de ingreso que muestran función renal conservada, CH con leucocitosis con neutrofilia leve, además TAC de abdomen en la que se evidencia posible plastrón apendicular vs masa ¿? Evolución: Paciente estable, se decide dejar hospitalizado y se indica manejo antibiótico y se solicita colonoscopia con el fin de determinar diagnósticos diferenciales	Sospecha de neoplasia	SEBASTIÁN FRANCO GONZÁLEZ
28/09/14		HTA	2:46 pm Observación: Buenas condiciones generales, alerta, orientado, mucosas húmedas, rosadas, abdomen blando, depresible, no doloroso, no masas o megalias, no signos de irritación peritoneal, dolor a la palpación y percusión renal derecha. Evolución: Paciente en estudio de dolor abdominal bizarro de una semana de evolución. Se revisa tomografía de abdomen con evidencia de absceso retraperitoneal en contacto con el polo inferior renal del lado derecho con presencia de gas en su interior sin poder determinar su etiología abdominal, no neumoperitoneo, no signos de obstrucción intestinal. Tiene pendiente realización de colonoscopia total para ayudar al diagnóstico diferencial, paraclínicos con SIRS, actualmente en manejo AB (ampicilina sulbactam + metronidazol) está en preparación colónica. Reporte exámenes: TAC de abdomen y pelvis/clínica: sospecha de neoplasia en paciente con dolor abdominal crónico y pérdida de peso. Indicación: Continúa hospitalizado en sala general, nada vía oral, con medicación, continuar preparación colónica – Realizar ecografía abdominal total con énfasis en flanco y fosa ilíaca derecha, realizar paraclínicos.	Dolor abdominal en estudio – plastrón apendicular vs masa abscedada de color vs absceso peri-renal derecho	GIOVANNY VERGARA OSORIO – CIRUGIA GENERAL
29/09/14	Refiere sentirse bien, con disminución de dolor abdominal	HTA, arritmia ventricular bajo grado, tabaquismo	10:09 am Observación: Saturación sin uso de oxígeno suplementario 95%. Alerta, orientado, hidratado, sin disnea ni dolor, simetría facial, mucosas húmedas sanas, cuello sin ingurgitación yugular ni soplos, campos pulmonares con murmullo vesicular limpio, sin ruidos agregados, abdomen blando sin masas ni megalias, dolor a la palpación de flanco y fosa ilíaca derecha, sin palpar masas, peristaltismo presente, extremidades sin edemas con perfusión distal normal, no alteraciones en examen neurológico. Evolución: Refiere sentirse bien, con disminución de dolor abdominal. En preparación para colonoscopia. Exámenes: Tac abdomen total: Imágenes compatibles con probable pequeño quiste simple hepático pero convendría valorar con ecografía para una mejor valoración – lesión a nivel del flanco derecho que contacta con el polo inferior del riñón derecho, así como con el colon y el psosas ipsilateral con signos de infiltración del mismo, que si bien puede corresponder a absceso, no puede descartarse posibilidad de proceso neoplásico abscedado, engrosamiento de la grasa perilesional, cambios espondiloartrósicos incipientes de columna lumbar. Persiste con elevación de reactantes inflamatorios, pero sin compromiso hemodinámico. -Se abre folio para reportar ecografía abdomen total, que indica lesión compleja a nivel de la fosa ilíaca derecha que se valora con estudio tomográfico, considerándo la posibilidad de colección (plastrón vs neoplasia abscedada) a correlacionar con clínica y laboratorios. Vesícula con importante cantidad de barro biliar sin signos de colecistitis aguda. Indicación: Dieta blanda luego de colonoscopia, medicamentos según formulación, control signos vitales cada 6 hr con curva térmica, pendiente colonoscopia y reporte ecografía abdomen, manejo por gastro y cirugía	Plastrón apendicular vs masa	VIRGINIA VINASCO JARAMILLO – MEDICINA GENERAL

² Expediente digital, cuaderno 01Principal, archivo: “21HistoriaCgustavoSaldarriada.pdf” páginas 37 y ss.

			general. 1:25 pm: Pendiente valoración por cirugía general para determinar conducta a seguir.		
29/09/14	Paciente manifiesta estar mejor. Con leve dolor en fosa iliaca derecha, niega emesis y fiebre.	HTA, arritmia ventricular bajo grado, tabaquismo	5:32 pm Observación: Paciente en aceptables condiciones generales, alerta, afebril, orientado, hidratado, sin signos de dificultad respiratoria, mucosas húmedas y rosadas, cuello móvil, no doloroso, sin ingurgitación yugular ni adenopatías, cardiopulmonar ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular limpio sin ruidos agregados, abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, dolor a la palpación de flanco y fosa iliaca derecha, peristaltismo presente, extremidades simétricas móviles sin edemas, con perfusión distal normal. Evolución: En el momento paciente clínica y hemodinámicamente estable, con leve dolor abdominal, niega otra sintomatología, se discute caso con equipo de gastroenterología Dras. Claudia Diaz y Liliana Giraldo, se revisa Tac de abdomen donde se observa posible plastrón apendicular con niveles aéreos en su interior, además paciente en el momento con reactantes fase aguda elevados, por lo cual se llega a la conclusión que no es prudente realizar colonoscopia por riesgo de convertir perforación contenida en perforación libre, se le explicara al paciente que no es posible realizar dicho estudio ya que los riesgos son mayores que los beneficios, por lo cual se programa para laparotomía exploratoria y se procederá según los hallazgos. Indicación: Suspender manejo analgésico, continuar sin vía oral.	Dolor abdominal en estudio - plastrón apendicular vs masa abscedada de colon vs absceso peri-renal derecho	LUIS FERNANDO BECERRA GONZÁLEZ - CIRUGÍA GENERAL
30/09/14	9:42 am: Paciente asintomático, no disnea, no dolor, no emesis	HTA, arritmia ventricular bajo grado, tabaquismo	9:42 am Observación: Saturación sin uso de oxígeno suplementario 94%, paciente ansioso, alerta, orientado, sin disnea, con mucosas húmedas, cavidad oral sana, no adenopatías cervicales, no ingurgitación yugular, tórax simétrico, ruidos cardíacos acordes con el pulso, sin soplos, murmullo vesicular adecuado en ambos campos pulmonares, buen ventilación pulmonar bilateral, abdomen sin masas ni megalias, ni dolor, no defensa, no irritación peritoneal, no edemas de miembros inferiores, percusión distal normal. 6:05 pm: Paciente que no fue llevado a quirófano por ser cirugía de duración mayor a 3 hr 9:42 am Evolución: Paciente con plastrón apendicular vs tumor abscedado que se encuentra programado por cirugía para laparotomía exploratoria el día de hoy.	Plastrón apendicular vs masa	VIRGINIA VINASCO JARAMILLO – MEDICINA GENERAL
01/10/14			6:01 pm - Hallazgos: Plastrón de fosa iliaca derecha – absceso del ciego, perforación del ciego con deformación de la arquitectura con extensión por zona retroperitoneal hasta polo renal inferior derecho. Descripción quirúrgica: Previa asepsia y antisepsia, bajo anestesia general, en decúbito supino, incisión de laparotomía mediana, disección por planos e ingreso a cavidad, revisión sistemática de la misma, se desmonta plastrón apendicular, toma muestra para gram y cultivo de secreción de absceso, se realiza levantamiento del colon derecho por línea de told, logra exposición de retroperitoneo con preservación de uréter derecho, posteriormente se procede a resecar porción inferior de capsula de gerota para completar liberación de proceso inflamatorio, se logra desmonte completo con adecuados márgenes, se procede a resección proximal a nivel de íleon terminal con sutura mecánica lineal cortante de 75 MM, posteriormente resección a nivel de colon transverso con sutura mecánica lineal cortante de 75MM, resección de mesocolon a nivel de raíz de mesocolon, se extrae pieza quirúrgica, se toma biopsia excisional de ganglio paraórtico que se envía a estudio, se procede a construcción de anastomosis ileotransversa laterolateral, no complicaciones. Indicación: Traslado a unidad de cuidados intermedios, dieta líquida, mañana continuar manejo antibiótico, cuidados de herida quirúrgica pte gram y cultivo.	Absceso del intestino	ANDRES VILLADA DUQUE – CIRUGÍA GENERAL
06/10/14	3 días de disnea leve, pero desde hoy en la mañana aumento de disnea asociado a edema de miembros inferiores, comenta se aumenta con la actividad, niega dolor torácico	HTA, tóxicos: 10 cigarillos día hasta hace 3 meses, pero desde los 20 años	8:00 am Observación: Se activa equipo de respuesta rápida a las 8 am, se acude inmediatamente. 12: 46 pm: Paciente en regulares condiciones, orientado pero con somnolencia, afebril, hidratado, con dificultad respiratoria, pupilas normoreactivas, mucosas húmedas, palidez cutánea, cuello con ingurgitación yugular a 45 grados, tórax: aumento de movilidad de caja torácica, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, campos con murmullo vesicular, ruido con estertores bibasales sibilancias escasa, tiraje subcostal, abdomen: herida de laparotomía suturada, de buen aspecto, sin secreción, leve dolor perilesional, peristaltismo lento, no signos de irritación peritoneal, blando, depresible, no megalias, extremidades con edema grado II, pulsos simétricos, adecuada perfusión y movilidad distal, no signos de irritación meníngea. Evolución: tolerancia parcial a la alimentación, dolor abdominal modulado, pero con disnea de medianos. Gases arteriales pafi 220. Plan: Traslado a cuidado intermedio – SS Rx tórax - SS troponina, dímero – ecocardiograma. Indicación: Dieta líquida asistida, reposo en cama en fowler, glucometrías cada 12 hr, terapia respiratoria 2 x día, seguimiento x CX general, cuidados de enfermería – pendiente biopsia excisional de ganglio paraórtico, pendiente antibiograma de cultivo tomado en cirugía, vigilar sangrados, medidas de confort y antiescaras, movilidad temprana, medidas de trombo profilaxis, vendajes elásticos o medias de compresión graduada o presión intermitente, control de signos vitales según UCIN, vigilancia estricta de síntomas anginosos. 7:18 PM: Evolución: Hace 1 hr comienza deterioro respiratorio severo, se documenta broncoespasmo severo, polipnea, cifras tensionales normales, taquicardia, se observa fatiga del paciente, se realiza intervención, se indica nebulización con efecto broncodilatador, furosemida por falla cardíaca ingurgitación yugular y edema pulmonar. Broncoespasmo estertores globales, se indica sulfato de magnesio inhalado, se ordena metilprednisolona, el paciente después de media hora de manejo no se observa respuesta, se le indica en que consiste una intubación orotraqueal y que se haría para mitigar el estrés muscular y ventilatorio, paciente acepta, se	Falla cardíaca descompensada - edema pulmonar de origen cardíaco -pop laparotomía exploratoria: 1 octubre – pop por resección absceso de ciego - plastrón de la fosa iliaca derecha - perforación del ciego con deformación de la arquitectura con extensión por zona retroperitoneal hasta polo renal inferior derecho – absceso de ciego donde se aísla coco gram positivo en proceso de tipificación	12:46 PM - CARLOS ARTURO HOYOS PEREZ – MEDICINA INTERNA 7:18 PM - MAURICIO FERNANDO ALVAREZ CANDAMIL – MEDICINA INTERNA

			inicia intubación orotraqueal. En el primer intento laringoscopia cormack 3 se observan muchas secreciones en faringe y al parecer se aspira ensure de la tráquea superior, se pasa tubo No 8 en primer intento, se realiza secuencia de intubación rápida con midazolam fentanil, se comenta paciente a UCI para traslado para continuar bajo ventilación mecánica, se implanta cavafix y sonda vesical y nasogástrica.		
07/10/14	Dolor a la palpación profunda, signos irritativos no aparentes	HTA, tabaquismo	3:37 pm Evolución: Paciente bajo sedación, sin taquicardia, abdomen cubierto, paciente con spspech de sepsis abdominal filtrante, se documenta líquido peritoneal con presencia de E COLI ESBL.	Edema pulmonar – embolia pulmonar sin mención de corazón pulmonar agudo	JUAN PABLO ZULUAGA LÓPEZ - MEDICINA INTENSIVISTA
08/10/14	Abdomen duro en la mañana de hoy, peristaltismo disminuido		11:05 am Observación: Descartar IEP/neumonía aspirativa – sospecha de filtración de la anastomosis. Índice de oxigenación de 186 mejorando, SvO2: 72%. Se observan granulaciones tóxicas, monocitos vacuolados, plaquetas aumentadas, hipocromía moderada. Se realiza TAC de tórax contrastado en la noche anterior y del abdomen contrastado cuyo reporte no se ha realizado y en cuyas imágenes se aprecia notorio derrame pleural bilateral con derrame subpulmonar, gran hipertensión arterial pulmonar y con llenado de arterias pulmonares en abdomen, hepatomegalia con adecuado tránsito de medio de contraste, se interroga colección y aire alrededor de la vejiga. Indicación: Se solicita drenaje de derrames pleurales y se comenta con QX Gral a quien se propone llevar a revisión de cavidad y descompresión abdominal. 12:14 pm Observación: Paciente en POP de hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis, quien presenta estado de choque séptico al parecer de origen pulmonar vs abdominal, manejo en UCI, bajo sedación, en ventilación mecánica, trastorno severo de oxigenación PAFI 182 y con acidosis respiratoria PCO2 42. En TAC con presencia de abundante líquido libre en cavidad abdominal con estomago distendido, ileo adinámico, derrame pleural bilateral con consolidación en ambas bases, PCR estable con leucocitos con descenso leve, descenso progresivo de la HB, trombocitos persistente con tiempos de coagulación normales, dada la evolución tórpida del paciente con evidencia de neumonía aspirativa pero sin claridad sobre hallazgos de TAC abdominal y por presencia de abundante líquido libre con ileo sin poderse descartar posible sangrado o proceso infeccioso, se decide llevar a revisión quirúrgica, se programa laparotomía exploradora como urgencia vital para descartar proceso intraabdominal en evolución. 7:04 PM: Observación: Drenaje peritonitis generalizada, resección total de intestino delgado, ileostomía continente, lavado peritoneal postquirúrgico por laparotomía. Hallazgos: Líquido libre en cavidad de contenido intestinal aprox. 5000CC – dehiscencia de asa delgada (ileon) en borde de boca en línea de sutura mecánica - peritonitis generalizada – asas intestinales viables.	Abdomen agudo QCO - Laparotomía - plastrón - absceso del ciego con perforación / broncoaspiración / se sospecha obstrucción intestinal – shcok de origen abdominal – sospecha de SX de HIA – derrames pleurales bilaterales – sospecha de filtración de la anastomosis	11:05 am JUAN PABLO ZULUAGA LÓPEZ - MEDICINA INTENSIVISTA 12:14 pm Y 7:04 pm ANDRÉS DUQUE VILLADA – CIRUGÍA GENERAL
10/10/14	Afebril, extremidades con edema importante con adecuada percusión	Sepsis abdominal persistente por peritonitis	7:05 am: Observación: Paciente con cuadro de peritonitis generalizada luego de filtración de anastomosis ileotransversa, evolución lenta a la mejoría. Indicación: Se programa lavado quirúrgico. 12:17: pm Observación: Notoria mejoría de los derrames pleurales.	Peritonitis generalizada	7:05 am - ANDRÉS VILLADA DUQUE - CIRUGÍA 12:17 pm JUAN PABLO ZULUAGA LÓPEZ - MEDICINA INTENSIVA
12/10/14			1:04 pm: Observación: Proyección AP de tórax portátil en UCI silueta de tamaño normal. Ausencia de consolidaciones, notoria mejoría de los derrames pleurales. 2:41 pm: Sepsis abdominal persistente por peritonitis secundario a E COLI ESBL y luego KLEBSIELLA OXYTOCA productor de CARBAPENEMASA, dentro del contexto de un plastrón apendicular con hemicolectomía derecha la cual filtra y requiere de resección más ileostomía. Ultima revisión QCA el día anterior con hallazgo de líquido turbio cerca a la ileostomía, abdomen sin pus.		JUAN PABLO ZULUAGA LÓPEZ -INTENSIVISTA
15/10/14			10:17 am Observación: Lavado peritoneal terapéutico. Hallazgos: Líquido peritoneal de aspecto turbio no fétido, no evidencia de filtración ni contenido intestinal en la cavidad, tendencia al bloqueo de asas por sospecha de persistencia de peritonitis residual, se decide dejar bolsas de vialflex interna para ajustar bolsa externa.	Peritonitis aguda	FERNANDO GARCÍA ALZATE - CIRUGÍA GENERAL
17/10/14	Dolor modulado, sin dificultad respiratoria	HTA	2:30 pm Observación: Paciente con estabilidad clínica sin sirs, con leucocitosis leve, pero en aumento comparado con el día anterior, hemoglobina baja pero estable, con reporte de cultivo preliminar de líquido abdominal negativo, continua en manejo medico instaurado. Plan: Se programa para nueva revisión, retiro de vialflex y posible cierre de cavidad abdominal. Aislamiento de contacto en UCE.	Abdomen agudo QCO – laparotomía – plastrón – absceso del ciego – con perforación - E COLI ESBL en liquido peritoneal	JUAN CARLOS MARIN MARMOLEJO - CIRUGÍA GENERAL
18/10/14		HTA	9:20 AM Observación: Lavado peritoneal. Hallazgos: Líquido peritoneal turbio no fétido, escaso hacia goteras parietocólicas, membranas fibrinopurulentas escasas, asas con bloqueo interasas y peritoneo parietal. No contaminación intestinal, ileostomía en flanco derecho. 2:33 pm PLAN: Aislamiento de contacto en UCE, suspender potasio de control solicitado para hoy y que se ordenó en folio anterior por error, manejo por cirugía general, dieta por vía oral y sonda nasointeral, medicación según formulación, cuidado de abdomen abierto con ostomía y viflex, glucometrías cada 8 horas, retirar dren pleural cuando drenaje este por debajo de 30 CC	Peritonitis no especificada	9:20 AM - ANDRÉS VALENCIA URIBE - CIRUGÍA GENERAL 2:33 PM - JHON JAIRO DUQUE RESTREPO – MEDICINA INTERNA
23/10/14		HTA	11:49 am Hallazgos: Abdomen totalmente bloqueado, no colecciones purulentas ni intestinales residuales, se retiran bolsas de vialflex interior y exterior, se lava cavidad son SSN fibia, se tallan cogajos de piel y TCS para avanzar a la línea media, se cierra con puntos separados de PDS, no complicaciones. PLAN: Continuar manejo en UCE, aislamiento de contacto estricto, manejo por cirugía, incrementar hidromorfos a 2 CC cada 6 hr, fajar abdomen, cuidados invasivos, cuantificación de dren pleural,	Peritonitis no especificada	11:49 am - LUIS FERNANDO BECERRRA – CIRUGIA GENERAL 2:11 PM - CRISTIAN CAMILO GIRALDO

			continuar con dieta blanda, medicamentos según formulación		RAMÍREZ – MEDICINA INTERNA
26/10/23		HTA, EPOC POR EXTABAQUISMO PEŠADO – NO ESTADIFICADO	4:17 pm Evolución: Paciente de la sexta década de la vida, en pop de cierre de cavidad abdominal luego de plastrón apendicular extenso a región retroperitoneal, hemicolectomía e íleo transversostomía, con complicaciones como filtración y peritonitis secundaria, se traslada a unidad de cuidado especial por germen en líquido peritoneal e coli y klebsiella oxytoca, en cubrimiento antibiótico con doripenen + polimixina, la cual culmina ciclo antibiótico finalizando el día de hoy. Cirugía general dio de alta y ante buena aceptación y tolerancia a la vía oral, se indica suspensión de nutrición parenteral la cual se cierra en el transcurso de la tarde – paciente con estabilización clínica, quien se observa en buenas condiciones excepto su delgadez. Plan: Salida, control ambulatorio por cirugía general y definir retiro de puntos, control médico de salud ocupación para redefinir reubicación laboral.	pop cierre de piel– laparotomía, plastrón + absceso del ciego con perforación, peritonitis generalizada – resección de ileostomía – broncoaspiración, – peritonitis por ecoli blee/klebsiella oxytoca,, derrames pleurales bilaterales drenados, desnutrición severa	CRISTIÁN CAMILO GIRALDO RAMÍREZ – MEDICINA INTERNA
28/10/14	Dolor abdominal cólico intermitente, filtración de material intestinal a través de bordes de galleta de ileostomía	hta, epoc por extabaquismo pesado – no estadificado	10:22 pm observación: manejo quirúrgico reciente por patología abdominal, evolución tórpida con varias reintervenciones, manejo en cuidado especial por aislamiento en líquido peritoneal de e coli y klepsiella oxitóxica productora de kpc - manejo con abdomen abierto con cierre diferido, sale hace dos días con ileostomía y manejo ambulatorio, ahora con dolor abdominal difuso sin vomito, sin fiebre, al examen físico no se identifican signos de irritación peritoneal, no sirs clínicos , se evidencia falla en cierre o fijación de ileostomía pero esta funcionante, se indica manejo con analgésicos opioides ahora, cambio de galleta de ileostomía, pendientes paraclínicos y RX de abdomen de pie para descartar patología obstructiva, según resultados posible valoración por cirugía general y se indica aislar. 6:00 pm: plan: alta hospitalaria, continuar medicamentos de base de consumo habitual, se solicita valoración ambulatoria por nutrición, se explican signos de alarma y reconsulta.	Diagnóstico de manejo agudo, dolor abdominal, ¿¿¿obstrucción por bridas¿¿¿, anemia de volúmenes normales, desnutrición crónica	10:22 pm JOSÉ ESTEBAN CONTRERAS RODRIGUEZ – MEDICINA GENERAL 6:00 pm ANDREA MARISOL ORTEGA NARVAEZ

Los dictámenes periciales

-Carlos Manuel Zapata Agudelo -Médico cirujano -3: Refirió que las apendicitis pueden ser algo fácil, así como algo difícil de diagnosticar. De la lista de médicos que atendieron al paciente a ninguno le pareció que tuviera signos de irritación peritoneal dado que el cuadro que presentaba era atípico, porque tal como lo demuestra la cirugía, el apéndice tenía una localización retrosecal, de allí que cuando el médico Jhon Fredy Padilla Melo lo toca, además de ser un señor flaco, no le duele y no hay signos de irritación, es una situación muy atípica. Otra situación que desvió la atención es que el dolor del paciente era en el mesogastrio y hacia los flancos, no como lo clásico y típico que es el dolor que migra hacia la fosa ilíaca derecha, llustro que el abdomen se divide en 9 cuadrantes, la apendicitis su localización y su dolor es a la fosa ilíaca derecho, no hacia los flancos precisó que conforme la historia clínica, no se encontraron en el signos de irritación peritoneal (blommborg, rocksing, dunphy y morfi), de ahí que la conducta del profesional de la salud Padilla Melo el 22 de septiembre fue la correcta, tenía abdomen blando, no había nauseas, vomito, taquicardia, no tenía fiebre, lo deja en observación y le toma paraclínicos, en tango no encontró pertinente mandar imágenes pues la clínica no lo sugería. La peritonitis generalizada o el proceso emplastramiento se encapsuló en el cuerpo, controló la infección y por eso no dio ningún signo de irritación evidente.

Respecto del tabaquismo, señala que tiene incidencia en el padecimiento gastrointestinal, su recuperación y su diagnóstico, ya que el cigarrillo produce daño como en los pulmones, en la circulación y predispone a la que se perfore más rápido el apéndice y si además es hipertenso, es más probable que se perfore antes. En las anastomosis afecta la circulación y el aporte de oxígeno es menor.

Haciendo el ejercicio de la escala de Alvarado, al momento de la atención al paciente le daría 3 puntos por los leucocitos que soy mayor de 66, nada por la clínica ni por los signos, el dolor es en el flanco y no es migratorio, no tiene anorexia, no tiene dolor localizado. Dicha escala no es un examen cien por ciento exacto, o una escala que le diga a uno si le dice que no, no tiene y si le dice si, si la tiene.

Existe la posibilidad a veces de tumores de colon, cáncer de colon que van creciendo y se vuelven una masa y a veces se perforan como si fuera un apéndice y en el cuerpo se crea una caparazón que se llama plastrón, o sea los intestinos, el epiplón, todos se reúnen como una caparazón y evitan que el contenido intestinal se riegue al resto del abdomen, entonces yo puedo tener un tumor perforado con acceso, pero también puede ser una apéndice perforada con acceso y ambos hay que llevarlos a cirugía; si es un cáncer se tiene que resecar lo más que se pueda para no dejar tumor, se es apéndice, la cirugía no es radical, se corta menos porque es una patología benigna, por eso es que para el cirujano es importante saber a qué se va a enfrentar.

Cuando uno se perfora el contenido intestinal se puede ir a toda la cavidad abdominal y da peritonitis y hay que operarlo ya, pero el paciente tenía un proceso inflamatorio localizado en el que existía la posibilidad de que fuese un tumor.

Cuando el paciente consulta a los 5 días, probablemente ya tenía el proceso del plastrón ahí, de pronto no tan avanzado como cuando le hacen el TAC pero ya lo tenía porque el curso de la apendicitis comienza con dolor, la primera fase se llama congestiva: 6 horas, la segunda suprativa: 6 horas y la tercera: gangrenosa y perforada: 24 horas y cuando consultó se le diagnostico porque la clínica no le daba, seguramente ya venía en el proceso pero como la localización era retrosecal venía encapsulada. Cuando se hace la laparotomía lo abrieron para mirar que tenía, porque los médicos tenían dos opciones, el cáncer de ciego o el plastrón apendicular.

Hace alusión a que el aumento de los reactantes de fase aguda: leucocitosis y PCR, no son propias exclusivamente de un cuadro de apendicitis, ser fumador, una diarrea, una amigdalitis, pancreatitis, deshidratación, una virosis puede aumentar los reactantes. La PCR del actor estaba en 6.55 que para algunos la clasifican en grado de aumento, asimismo la correlacionan con un proceso inflamatorio pero ese aumento es leve, no da para decir que está cursando con un proceso infección severo. Para hablar de que alguien cursa con respuesta inflamatoria sistémica, debe tener una frecuencia mayor de 90, frecuencia respiratoria mayor de 20, leucocitos mayor de 10 mil, los gases arteriales, saturación de oxígeno a la concentración de CO2, ese nos dice que un paciente tiene respuesta inflamatoria sistémica cuando tiene 2 o más, pero este paciente no tenía respuesta inflamatoria sistémica, no tenía taquicardia o aumento de la frecuencia respiratoria, la saturación es casi de por encima y los leucocitos es lo único que tiene de respuesta inflamatoria, solo tenía la leucocitosis pero un solo parámetro no se puede utilizar como diagnóstico de una respuesta inflamatoria existente.

Expuso que aun habiendo operado antes, existía el riesgo de la complicación por el pólipo y el tumor en el ciego, sumado al proceso inflamatorio, el ser fumador, la desnutrición, la hipertensión, todo eso favorece para que la anastomla no fuera exitosa, tan es así que lo llevan de manera electiva al cierre de semiostomía e igual falla y ya no había proceso infeccioso.

-Diego Orlando Sierra Barbosa -Médico cirujano -4: Sostiene que un plastrón es cuando se instaura una apendicitis y eso no ocurre de un día para otro, porque el apéndice se inflama hasta que termina en perforación y cuando el apéndice se inflama tiene dos caminos, la peritonitis es cuando se sale todo el contenido intestinal y un pus a toda la cavidad abdominal y la otra posibilidad es que se contenga mediante los órganos y las estructuras que están alrededor del apéndice como el colon, intestino delgado, esto hace que toda la inflamación y toda esa infección se encapsule, entonces ya no hay salida de pus a toda la cavidad abdominal, sino que se encapsule en esa zona solamente. Indica que los tumores de colon pueden ser benignos y malignos, pero la mayoría son malignos y esas células van creciendo y van absorbiendo las paredes del colon, las van obstruyendo y en algunos casos perforan el colon, al perforarlo empieza a haber salida de contenido de bacterias de materia fecal inicialmente a la cavidad abdominal y esto genera un absceso, que es la colección de pus alrededor del colon.

³ Expediente digital, cuaderno 01Principal, archivo: “29AllegaDictamenPericial.pdf” y Expediente digital, cuaderno 01Principal, archivo: “96ConstanciaLinksAudienciasYJunio.pdf”, audio 4.
⁴ Expediente digital, cuaderno 01Principal, archivo: “45DictamenPericial.pdf” pág. 31 y Expediente digital, cuaderno 01Principal, archivo: “96ConstanciaLinksAudienciasYJunio.pdf”, audio 1.

Arguye que cuando el paciente reingresa 4 días después, en el TAC se mostró un proceso inflamatorio y se evidenció un plastrón por lo que era fácil decir que tenía una apendicitis. Además, también se registró en la historia que el paciente presentó una escala de dolor de 8 que es una intensidad alta.

Frente a la anotación que se deja en la historia clínica que indica “versus”, aduce que es porque puede ser una cosa u otra. Precisa además que cuando se dice que el paciente no tiene signos de irritación peritoneal, ni tabaquismo, lo más llamativo es que se da salida con manejo analgésico, lo cual puede enmascarar esos síntomas pues al disminuir los síntomas, puede generar una consulta más tardía.

En relación a las guías de manejo, señala que las mismas orientan, pero cada institución tiene sus propias guías de práctica clínica adaptadas a sus medios.

Dice que en la apendicitis el signo cardinal es el dolor abdominal localizado en la parte inferior derecha del abdomen y la irritación peritoneal y si bien en la historia clínica se describe que no la tenía, también estaba presente la leucocitosis que es un escenario de inflamación, aunque aclara que no todos los dolores abdominales localizados en fosa iliaca derecha son apendicitis. Precisa que al no haber signos de irritación peritoneal se entra en un escenario de incertidumbre frente a si es o no una apendicitis y en estos casos se avisa al especialista que es el cirujano general quien es el que concluye si estamos o no en un cuadro de apendicitis aguda. Cuando hay incertidumbre hay varios escenarios, la ecografía abdominal y la tomografía.

Sostiene que dentro de lo que venía presentando el paciente que como antecedente tuvo una recepción de lo que se consideró un pólipo, ese antecedente se pensó y eventualmente podría requerir colonoscopia para mirar el sitio de ese pólipo, pero para un dolor agudo hay que pensar en patologías inflamatorias y una colonoscopia no es el estudio para eso.

Relata que en la primera atención probablemente el paciente cursaba con una apendicitis porque hizo un plastrón, con esos parámetros que los médicos tenían eventualmente había un probable diagnóstico de apendicitis, más no se estableció porque clínicamente miraron que no hubo irritación peritoneal.

Dice el experto que el dolor abdominal puede tener muchas causas: apendicitis, ulcera péptica, dispepsia, cáncer gástrico, cáncer de colon, cálculos renales, vesícula. Así mismo, hay muchas situaciones que pueden elevar los leucocitos como patologías que no tienen que ver con el abdomen, aunque los leucocitos solos no establecen ningún diagnóstico, pero sumados a otros si orientan a otras patologías.

Cuando se le menciona que para el día 22 de septiembre el paciente no presentaba taquicardia, no tenía signos de abdomen agudo quirúrgico, solo presentaba aumento de los leucocitos, no tenía fiebre, tenía peristaltismo, aduce que no hay nada para llegar a la conclusión que el paciente tuviera una apendicitis porque no podía determinar que haya atenuación de la sintomatología.

Los signos de respuesta sistémica son la fiebre, taquicardia, leucocitosis, elevación de PCR por reactantes de fase aguda, es decir, involucra la leucocitosis, elevación de neutrófilos y del PCR.

Refirió que entre la atención del 26 de septiembre y la realización de la cirugía en paciente no tuvo desestabilización de su cuadro clínico y signos vitales. Si tengo un foco de infección que no está controlado mediante antibiótico, mediante manejo quirúrgico, no está controlado, el paciente va a entrar en inestabilidad hemodinámica.

Precisa que una de las complicaciones de la cirugía fue la fuga de contenido intestinal de la cavidad abdominal, se evidenció que hubo fuga en la anastomosis intestinal que es que al paciente se le reseco el con derecho. Cuando se excita el colon derecho hay que hacer una unión del intestino que queda para que el contenido intestinal siga avanzando por el tubo digestivo, entonces para esa unión se requiere de una adecuada cicatrización, esa cicatrización es multifactorial, depende de muchos factores en el paciente. El tabaquismo incluye en que la cicatrización sea más lenta.

Sostiene que los reactantes de fase aguda no es específico de un proceso de apendicitis, ningún examen tiene una especificidad para el diagnóstico de apendicitis, si tengo leucocitos no tengo apendicitis, pero si leucocitos sumados a otro signo puedo sospechar.

Reseño que la laparotomía exploratoria se hace para eventos en los cuales no hay un diagnóstico confirmado.

-Carlos Eduardo Gallego Achito -Médico cirujano -: Anotó que en el primer momento de la atención no había lugar a sospechar apendicitis porque la presentación típica de la apendicitis que inicia con dolor en el abdomen superior – boca del estómago – o en la región del ombligo y luego se irradia al cuadrante inferior derecho, náuseas, vomito, distensión, pérdida de apetito, fiebre, escalofrío. Una vez empieza un cuadro en el transcurso de 24 a 36 horas si el paciente no se opera se perfora. Si el paciente tenía apendicitis los datos no concuerdan porque no tenía fiebre, signos de irritación peritoneal, estaba hidratado. Cuando un paciente hace una apendicitis con peritonitis las mucosas se secan, el paciente hace taquicardia, sudoración, frialdad o fiebre y lo único que se detectó es un dolor y nada más al examen físico, signos vitales normales, dolor leve al palpar el flanco y el hipocondrio derecho, no hace referencia a la fosa iliaca derecha. Si un paciente llega con 18 mil leucocitos, pero sin dolor no es apendicitis así tenta la PCR elevada porque los leucocitos y la PCR se pueden elevar por una otitis, amigdalitis, infección urinaria, intestinal. Este cuadro no es típico porque tiene unos exámenes de laboratorio que hablan de una respuesta inflamatoria, neutrófilos ligeramente elevados, pero la respuesta inflamatoria no necesariamente se da porque este en curso una apendicitis, puede ser debido a que este cursando otra patología.

El paciente tiene antecedente de sangrado digestivo y ese pólipo orientaba a una neoplasia, por lo que si era recomendada la colonoscopia porque es el mejor estudio para diagnosticar con exactitud una neoplasia. Los tumores de colon se originan en la parte interna de colon, en la mucosa y cuando se introduce el colonoscopio ve la masa y tiene la oportunidad de tomarle biopsia.

Considera que hasta en la primera valoración la conducta a seguir por el médico fue adecuada dado que los hallazgos del examen físico no se evidenciaba un abdomen agudo. Cuando el paciente reconsulta el día 26 le suministran antibiótico, ya que cuando hay un proceso infeccioso que viene de cualquier parte del cuerpo, respiratorio, urinario, intestinal, no se puede demorar el inicio de antibiótico porque una hora que se demore el inicio de este puede ser la diferencia entre la vida y la muerte, de ahí que si bien el 26 se sabía que había un proceso inflamatorio, no se sabía de donde provenía, por eso se inició antibiótico y se procede como lo hizo la médica a solicitar un TAC de abdomen para determinar dónde estaba el proceso infeccioso. El TAC reporta una masa en el retro peritoneo, la masa está en contacto con el polo inferior del riñón que es un órgano retroperitoneal, por lo que podría ser algo del riñón o en el colon, porque el colon tiene una porción que es retroperitoneal en esa área. Por otra parte, también se documentó un plastrón de apéndice retroperitoneal que puede ser un tumor del ciego o el colon que esta asedado y las cuales pueden surgir conforme a la historia clínica, por el sangrado digestivo o el pólipo. Luego se indicó que era un absceso y todos los abscesos tienen gas en su interior por el germen que produce que son anaerobios que son productores de gas y el tratamiento de toda infección es erradicar, donde hay pues hay que evacuar el pus.

Ya el 28 de septiembre primaba esclarecer el criterio oncológico frente a otras patologías porque el paciente no tenía nada agudo, no estaba hipotenso, taquicárdico, pero tenía una masa, una neoplasia, por eso se pidió la colonoscopia.

Mencionada que el dolor del paciente nunca migró, no tuvo anorexia, náuseas, vómito, dolor en la fosa iliaca, siempre se quejó de dolor en los flancos y mesogastrio, sin signos de irritación peritoneal, nunca tuvo fiebre. La leucocitosis fue mayor a 10 mil por lo que acorde a la escala de Alvarado se le da 2 puntos y los neutrófilos los tuvo en 60 y después de un control en 80, para un total de 3 puntos en dicha escala, es decir baja probabilidad de que fuera apendicitis.

El dolor abdominal que presentaba el demandante era bizarro, esto es inespecífico, que dificulta para que los médicos arriben a un diagnóstico certero y ante ese cuadro no ere indicado una intervención para tratar una apendicitis porque no se había confirmado previamente el diagnóstico, lo que hay que hacer es estudiarlo como se hizo.

Anota que los laboratorios nunca se evalúan de forma aislada, siempre van acompañados de la clínica. Precisa que, para ninguno de los médicos, incluso el Dr Vergara que fue el que llevó al actor a cirugía, cuando se hace el diagnóstico preoperatorio, se pensó que fuera a ser apendicitis por la presentación de los síntomas y el plastrón que cuando el Dr. empezó a despegarlo en la cirugía, encontró la perforación del colon, pero nunca se llevó a cirugía pensando que era apendicitis.

Relata que la apendicitis gangrenada y perforada y el plastrón se pudieron dar por la edad del paciente, que era fumador, hipertenso, factores de riesgo para la evolución de una apendicitis y se perfore más rápido, además de problemas de cicatrización, su manifestación clínica es más demorada porque si el apéndice es retroperitoenal, esta tapado y como está atrás, al examinar al paciente este no presenta signos ni síntomas. El factor preponderante no son los días que transcurran, sino la localización anatómica que este paciente por su constitución genética tenía retrosecal, detrás del ciego, es un factor para que hiciera una apendicitis complicada.

-Se recibió el Interrogatorio de parte de Sebastián Franco González -Médico general⁶, Jhon Fredy Padilla Melo -Médico general⁷,

⁵ Expediente digital, cuaderno 01Principal, archivo: “64DictamenDdoGiovany” pág. 31 y Expediente digital, cuaderno 01Principal, archivo: “96ConstanciaLinksAudienciasYJunio.pdf”, audio 2.

⁶ Expediente digital, cuaderno 01Principal, audio: “61AudiencialInicialPrimeraParte” minuto: 1:02:24.

⁷ Expediente digital, cuaderno 01Principal, audio: “61AudiencialInicialPrimeraParte” minuto: 2:06:12.

Virginia Vinasco Jaramillo -Médica general⁸ y Giovanni Vergara Osorio – Cirujano General⁹.

-Se recibió el testimonio técnico de los galenos: Liliana Giraldo Martínez -Gastroenterólogo¹⁰, Juliana Pamela Giraldo Gómez - Médica general¹¹, Luis Fernando Becerra González – Cirujano General¹².

Cabe precisar, que en tratándose de responsabilidad galénica, el medio probatorio por excelencia y que cobra relevancia para establecer si existió o no impericia o negligencia médica en la prestación del servicio médico que se discurre, lo es la prueba pericial, la cual indiscutiblemente debe concatenarse con los demás medios suarios recaudados, como lo es en este caso, la historia clínica, las declaraciones de los testigos técnicos y las declaraciones vertidas por los profesionales médicos demandados. En tal horizonte se procederá a realizar el análisis de dichos medios probatorios de cara a los argumentos de la alzada.

Nótese, que en la historia clínica se consignó la sintomatología del paciente, los diagnósticos emitidos por los profesionales de la salud en cada una de sus intervenciones y los cuales se identificaron de cara a los signos clínicos que se presentaban a ese momento y a las circunstancias específicas del caso, así como los procedimientos indicados y el devenir galénico en pro de definir la conducta adecuada para la situación del paciente.

En primer orden se debe enfatizar que conforme se dejó sentado en el juicio, el dolor abdominal es una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias, y dicho síntoma puede darse por múltiples causas, por cuanto hay muchas patologías a nivel abdominal, tales como colon irritable, problemas del riñón, colitis, apendicitis, úlcera péptica, dispepsia, cáncer gástrico, cáncer de colon, cálculos renales, vesícula y al unísono así lo plantearon los tres galenos que rindieron su experticia en esta asunto. Bajo tales lineamientos, refulge que la labor de los especialistas en el campo médico suele ser compleja, cuando se enfrentan a la diagnosis de cara a una misma sintomatología, que puede suponer el curso de diversas afecciones.

Trasluce de la historia, que el paciente acudió el día 22 de septiembre de 2014 a consultar al servicio de urgencias de la institución convocada, manifestando tener dolor abdominal tipo cólico intermitente de predominio en mesogastrio y flancos.

⁸ Expediente digital, cuaderno 01Principal, audio: “61AudienciaInicialPrimeraParte” minuto: 1:38:17.

⁹ Expediente digital, cuaderno 01Principal, audio: “61AudienciaInicialPrimeraParte” minuto: 3:04:30.

¹⁰ Expediente digital, cuaderno 01Principal, archivo: “78ConstanciaLinksAudienciaInstrucciin.pdf” audio 3.

¹¹ Expediente digital, cuaderno 01Principal, archivo: “78ConstanciaLinksAudienciaInstrucciin.pdf” audio 4.

¹² Expediente digital, cuaderno 01Principal, archivo: “78ConstanciaLinksAudienciaInstrucciin.pdf” audio 5.

Refirió además que estuvo con sangrado rectal todos los días durante 3 meses hasta 8 días antes de esa consulta y que hacía 3 años también presentó sangrado rectal que duró 1 año, evento en el cual se realizó una colonoscopia la cual reportó una masa en el ciego (pólipo?).

En la valoración efectuada por el médico tratante Jhon Fredy Padilla consignó lo siguiente: dolor leve a la palpación de flanco derecho, no signos peritoneales, tacto rectal: esfínter rectal normotónico, ampolla rectal vacía, próstata de forma y consistencia normal, sale guante con materia fecal de aspecto sano, afebril, hidratado. Como plan de manejo determinó: control de signos vitales, nada de vía oral, medicamentos según formulación, solicito paraclínicos: cuadro hemático, PCR, bun, creatinina, parcial de orina + gran. Diagnóstico: Colon irritable, hemorragia gastrointestinal no especificada y hemorroides internas.

Dichos exámenes arrojaron como resultado, un cuadro hemático con leucocitosis, neutrófilos de 76 %, hgb 14 (normal,) una PCR elevada, parcial de orina normal, bun y creatinina normal. Conforme a ello, el galeno consideró que el paciente estaba sin signos clínicos de respuesta inflamatoria sistémica, con mejoría importante de cuadro clínico y decide alta médica con indicaciones sobre dieta rica en fibra, valoración ambulatoria por gastroenterología con orden de colonoscopia ambulatoria.

Se destaca que si bien dentro de los exámenes de laboratorio se encontró una PCR elevada y una leucocitosis, dichos signos clínicos también están presentes por diverticulitis, la presencia de un tumor, incluso por patologías que no son abdominales; así lo narró el perito Diego Orlando Sierra Barbosa. Cabe anotar, que también se encontró alterada la proteína C reactiva, de la cual se dijo que es un reactante de fase aguda el cual no es específico de ninguna patología como tal, pues un PCR en contexto de una pancreatitis puede significar una cosa y en un contexto de un COVID puede tener otra connotación (Luis Fernando Becerra González).

Complementando, se expuso que el hemograma que contiene parte de la respuesta leucocitaria estaba discretamente elevado con una desviación hacia el lado izquierdo, es decir un aumento en la serie de los que se llaman nitrosos que puede obedecer a la presencia de dolor, proceso inflamatorio, infeccioso, pero no concluyente de una patología sola (Medica Juliana Pamela Giraldo Gómez).

En extractó de dicha atención y conforme el caudal probatorio, se tiene que el médico tratante no observó síntomas sugestivos de una apendicitis, los cuales fueron descritos por los diferentes galenos que intervinieron de un modo u otro en esta tramitación, como irritación peritoneal (bloomberg, rocksing, dunphy, morfi), dolor en la fosa iliaca derecha, vómito, náuseas, fiebre, pérdida de apetito, taquicardia, escalofrió, pese a ello lo dejó en observación y ordenó los paraclínicos en comento con el fin de determinar un diagnóstico y establecer la conducta a seguir; por ello mal puede decirse que hubo una indebida apreciación probatoria por parte de la juez de primer nivel respecto a esta primera consulta, pues de las probanzas obrantes en el juicio, quedó suficientemente ilustrado que la atención que le brindó al paciente el galeno Padilla Melo el día 22 de septiembre de 2014, estuvo ajustada a la lex artis, como quiera que desde su ingreso a la institución hospitalaria se le prestó el servicio de salud que demandaba y conforme a la evidencia clínica encontrada y una vez mejoró la sintomatología del paciente fue dado de alta con indicaciones para reconsultar.

Bajo dicho contexto, no era menester que se apoyara en algún otro tipo de ayudas complementarias como lo echa de menos la censura, tales como estudios de imagenología y consulta por cirugía, ya que el cuadro del señor Gustavo Saldarriaga no lo ameritaba, pues no daba a entrever un proceso de apendicitis, sino por el contrario un síndrome de colon irritable.

En lo que atañe a los síntomas y hallazgos encontrados en la segunda atención, en la reconsulta del día 26 de septiembre de 2014, el paciente refirió dolor abdominal de localización preferente a nivel de hipocondrio y flanco derecho intermitente, con reagudización desde hace 4 días, con posterior irradiación a región dorsal y lumbar, sin mención de pus o síntomas irritativos, pérdida de peso de cuantificación no estimada, diaforesis nocturna y fiebre subjetiva. Cronológicamente comentó que 3 años atrás había presentado cuadro de hematoquecia franca sin mención de diagnóstico, al parecer de duración crónica de 13 meses, intermitente. Comentó de pólipo en ciego sin polipectomía secundaria, al parecer por desaparición del mismo.

En la valoración dispensada por la Dra. Juliana Pamela Giraldo para la data en comento, lo encontró con abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, dolor intenso en región de hipocondrio derecho y flanco, sin definir con ello presencia de masas o megalias. Ordena hemograma, creatinina, nitrógeno ureico

BUN, tomografía axial computada de abdomen y pelvis - abdomen total – y como observaciones anota: *“CONTRASTADODOLOR CRONICO ABDOMINAL AP DE POLIPO NO RESECADO SANGRADO DIGESTIVO PERDIDA ANORMAL DE PESO DESCARTA NEOPLASIA LINFADENOPATIAS OTROS”*.

A las 12:37 pm de la misma calenda, el médico Mario Fernando Arcila Moreno describe: paciente con dolor abdominal crónico, sin signos de irritación peritoneal, ha tenido además episodios de rectorragia, reconsulta por dolor abdominal, se solicitó tac de abdomen contrastada, la cual no tiene lectura de radiología, encontró imagen de masa dependiente de colon derecho. Solicitó concepto y valoración por cx general. Como diagnóstico anota: *“TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL COLON”*.

Por su parte, el cirujano general el día 27 de septiembre de 2014 a las 6:02 pm, emite un diagnóstico de plastrón apendicular, relata que los paraclínicos de ingreso muestran función renal conservada, ch con leucocitosis con neutrofilia leve, tac de abdomen en el que se evidencia posible plastrón apendicular vs masa??. Paciente estable, afebril, hidratado, abdomen blando, depresible, dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, no signos de irritación peritoneal. Decide dejarlo hospitalizado, indica manejo antibiótico y solicita colonoscopia con el fin de determinar diagnósticos diferenciales.

Conforme se avizora de las evoluciones, el paciente para los días 27 a 28 de septiembre de 2014 se encontraba en preparación para colonoscopia con nulitelly¹³. A ese respecto cabe anotar, que, si bien no quedó registrado en la historia, salta a la vista que ese tipo de procedimientos requieren además de la medicación, de una dieta especial a fin de que el día en que se va a realizar el procedimiento se pueda introducir el colonoscopio sin ningún tipo de inconveniente y se pueda observar de manera libre el intestino, máxime si se tiene en cuenta que existía la sospecha de un tumor de colon.

Además de lo precedente, para el día 28 de septiembre también se reporta orden de valoración por la especialidad de gastroenterología, y como diagnóstico: *“ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO GRUESO SIN PERFORACION NI ABSCESO”*¹⁴, también se ordenó la realización de ecografía abdominal total con énfasis en blanco y fosa iliaca

¹³ Expediente digital, cuaderno 01Principal, archivo: “21HistoriaCgustavoSaldarriada.pdf” páginas 59 y 61.

¹⁴ Expediente digital, cuaderno 01Principal, archivo: “21HistoriaCgustavoSaldarriada.pdf” página 61.

derecha¹⁵, ello con base en el reporte que arrojó el TAC de abdomen: "IMAGENES COMPATIBLES CON PROBABLE PEQUEÑO QUISTE SIMPLE HEPATICO PERO QUE CONVENDRIA VALORAR CON ECOGRAFIA PARA UNA MEJOR VALORACION.- LESION A NIVEL DEL FLANCO DERECHO QUE CONTACTA CON EL POLO INFERIOR DEL RIÑON DERECHO, ASI COMO CON EL COLON Y EL PSOAS IPSILATERAL CON SIGNOS DE INFILTRACION DEL MISMO, QUE SI BIEN PUEDE CORRESPONDER A ABSCESO NO PUEDE DESCARTARSE LA POSIBILIDAD DE PROCESO NEOPLASICO ABSCEADO. ENGROSAMIENTO DE LA GRASA PERILESIONAL.- CAMBIOS ESPONDILOARTROSICOS INCIPIENTES DE COLUMNA LUMBAR.- RESTO DEL ESTUDIO SIN HALLAZGOS DE INTERES".

En cuanto al reporte de la ecografía abdominal, la misma se documentó el día 29 de septiembre, con la evidencia de una lesión compleja a nivel de la fosa iliaca derecha, considerándose las posibilidades de colección (plastrón vs neoplasia abscedada), vislumbrándose además en la vesícula importante cantidad de barro biliar sin signos de colecistitis aguda.

Más adelante el cirujano Luis Fernando Becerra González (29 de septiembre a las 5:32 pm) patentiza que luego del resultado de la ecografía abdominal, se discute el caso con equipo de gastroenterología, Dras. Claudia Diaz y Liliana Giraldo y se revisa el TAC de abdomen, donde se observa posible plastrón apendicular con niveles aéreos en su interior y con reactantes de fase aguda elevados, por lo cual se llega a la conclusión que no es prudente realizar en ese momento la colonoscopia, por riesgo de convertir perforación contenida en perforación libre, por lo que se le explica al paciente que no hay posibilidad de realizar dicho estudio ya que los riesgos son mayores que los beneficios, por lo cual se programa para laparotomía exploratoria¹⁶.

A este punto es preciso destacar lo dicho por el Dr. Luis Fernando Becerra cuando expuso en su dictamen, que cuando las gastroenterólogas determinan la no viabilidad de la colonoscopia, es porque ellas son las que hacen el procedimiento y por tanto actúan como peritos, decidiendo así el momento prudente para hacer el estudio diagnóstico.

Por añadidura, se memora que el perito Diego Orlando Sierra explicó del riesgo de practicar una colonoscopia cuando tal como lo reportó el TAC, habían niveles aéreos en el interior, aumenta la probabilidad de riesgo de perforación, como quiera que al realizar tal procedimiento se insufla aire que habría perforado al paciente, criterio este que se concatena con la determinación de las

¹⁵ Expediente digital, cuaderno 01Principal, archivo: "21HistoriaCgustavoSaldarriada.pdf" página 68 y 69.

¹⁶ Expediente digital, cuaderno 01Principal, archivo: "21HistoriaCgustavoSaldarriada.pdf" página 76 y 77.

gastroenterólogas al ordenar la cancelación del referido examen, precisamente por las razones que esbozó el experto en su peritación.

En lo concerniente a dicho recuento, se puede entrever que si bien desde el reingreso del paciente el día 26 de septiembre, al día 29 del citado mes, fecha en el cual se dispuso la cancelación de la colonoscopia, transcurrieron tres días, ello tiene sostén en las siguientes conductas que se implantaron por parte de los galenos y las cuales se evocan: i) el día 26 se ordena valoración por cirugía general; ii) en dicha valoración por esa especialidad, se dispuso dejar hospitalizado al paciente y ordenan la realización de la colonoscopia enrostrada; iii) la preparación para su realización se hizo entre el día 27 y 28 de septiembre; iv) para el día 29, a raíz del resultado de la ecografía abdominal, el cirujano general decidió consultar el caso por la especialidad de gastroenterología, quienes, conforme al TAC de abdomen, donde se observa posible plastrón apendicular con niveles aéreos en su interior y con reactantes de fase aguda elevados, llegan a la conclusión que no es prudente realizar en ese momento la colonoscopia, por riesgo de convertir perforación contenida en perforación libre.

Según el panorama detallado, no acrisola esta Magistratura, que la queja instaurada por la réplica a ese respecto, este llamada a la no prosperidad, habida cuenta que en esa línea de tiempo que se discurre, medio actividad de la parte demanda para lograr la realización de dicho procedimiento y su no cristalización, no puede endilgarse de modo alguno a negligencia de la institución prestadora de salud, sino a que los hallazgos del examen imposibilitaron su práctica y en todo caso, de haberse efectuado pese a dicho resultado, las consecuencias hubieran sido nefastas para la vida y la salud del paciente.

En torno al consentimiento informado, el mismo descansa en la Ley 23 de 1981, como un derecho del paciente de conocer los riesgos a los cuales se va a someter, precisando en sus cánones 15 y 16, que al médico le corresponde solicitar el consentimiento del paciente o de quienes sean sus responsables, con el fin de *"aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente..."*

La Corte ha decantado que¹⁷ el consentimiento informado o ilustrado materializa el derecho fundamental de todo paciente a tomar decisiones preponderantes en

¹⁷ Sentencia SC-710-2017.

torno a su salud física y mental, por lo tanto, de someterse libre y voluntariamente al diagnóstico o al procedimiento sugerido por el galeno, una vez ha recibido de éste la explicación suficiente, idónea y clara relacionada con el mismo.

En este orden las cosas, el paciente da su aquiescencia para que se le realicen de manera voluntaria la diagnosis y procedimientos que atienden a la recuperación de su salud y a su bienestar, sin que a la sazón ello implique que, para cumplir dichos propósitos, los profesionales de la salud tengan el arbitrio de apartarse de la *lex artis* *ad hoc*, pues deben actuar conforme a las reglas y principios que rigen la medicina, salvaguardando la vida del paciente y proporcionarle una atención de calidad.

Cernidas, así las cosas, irrefutable resulta que cualquier tipo de procedimiento quirúrgico lleva inmersas unas consecuencias o complicaciones, que acepta el usuario con el propósito de mejorar sus condiciones de salud; sin que ello quiera significar que como en el caso sub júdice, cuando la falladora de primer grado hizo sus apreciaciones sobre las implicaciones que conllevan una intervención como la que le fue practicada al señor Gustavo Saldarriaga, este dando su asentimiento para que el personal de la salud incurra en desidia y/o negligencia en la prestación de salud. Si bien es cierto este tema puntual no estuvo implícito en la fijación del litigio que hiciera la juzgadora, era un aspecto que de suyo debía ser analizado, como quiera que, al hacer la valoración conjunta de la prueba, previa emisión del fallo, esta no podía ser obviada, en primer lugar porque estaba dentro de aquella que oportunamente fue adosada al cartapacio y seguidamente, porque era imprescindible hacer mención de la misma, como quiera que el tema acá debatido no es de poca monta, pues se trata de una responsabilidad galénica respecto de la atención de salud que es objeto de discusión en esta contienda jurídica.

Ahondando en otro campo, refuta la recurrente que en el fallo confutado se adujo que el actor tenía un cuadro bizarro o atípico, del cual cabe pregonar que el mismo quedó suficientemente ilustrado en el cartapacio que era el que presentaba el demandante, pues si bien se estableció *ad initio* que dentro de los signos típicos de una apendicitis está el dolor abdominal localizado en la parte inferior derecha del abdomen, la irritación peritoneal, náuseas, vomito, distensión abdominal, pérdida de apetito, fiebre, escalofrío, taquicardia, lo que refleja la historia clínica del usuario es que aquél presentó un dolor que no es típico de dicho

cuadro, sumado a unos antecedentes de sangrado rectal por espacio de tres meses hasta ocho días antes de la primera consulta y que tres años atrás había presentado la misma sintomatología por el lapso de un año, además de un pólipo en el colon y pérdida importante de peso, lo cual orientó a los galenos a pensar que se trataba de un proceso neoplásico, adicional a que de los hallazgos al examen físico que se le hizo en esa primera valoración, no se encontró el característico abdomen agudo, ni respuesta inflamatoria sistémica, así como tampoco los demás síntomas propios de una apendicitis. Todos los peritajes fueron concluyentes en referir con apoyo en la historia clínica, que el señor Gustavo Saldarriaga no presentó signos de irritación peritoneal.

Al interior de lo acopiado se refirió que un proceso de apendicitis no es siempre cien por ciento concluyente y que hay muchas patologías que se pueden presentar a nivel abdominal, tales como úlceras, problemas biliares, gastrointestinales, de órganos pélvicos, urinarios, oncológicos, siendo este último uno que llamó más la atención de los especialistas, dado los antecedentes antes precitados.

En tanto, pese a que el reporte de los paraclínicos mostraba una respuesta leucocitaria y una PCR elevada, y se dijo por los expertos que ello no era propio y exclusivo de un proceso apendicular, pues la leucocitosis puede obedecer a un proceso inflamatorio, una infección, un tumor y la PCR también puede estar presente en una otitis, amigdalitis, infección urinaria, intestinal, se puede elevar por el mismo dolor, pero en si no son concluyentes de una patología en concreto, de ahí que mal podría asociarse dichos signos clínicos a un cuadro apendicular, sin la presencia de los demás síntomas típicos que acompañan dicha patología. En tal horizonte, la labor de los médicos no podía ser tan concluyente a esa etapa de la valoración y conforme los hallazgos y las sospechas que a ese momento se tenía, fue que se ordenó la colonoscopia, por ser el examen recomendado para diagnosticar con exactitud una neoplasia.

En torno a este tópico del diagnóstico bizarro, se debe enfatizar lo dicho por el perito Carlos Eduardo Gallego cuando alude a que las manifestaciones clínicas de este paciente eran más tardías y su presentación clínica era más retardada porque su apéndice estaba retroperitoneal, estaba tapado y al estar allá atrás, dificultaba que al examen el paciente presentara signos y síntomas, en tanto el factor preponderante para este caso, no fue el tema de los días que habían

transcurrido de evolución de la patología, sino la localización anatómica que tenía este paciente, ya que por su constitución genética tenía una presentación retrosecal, detrás del ciego, lo que favoreció a que se hiciera una apendicitis complicada.

Conforme a lo esbozado, se estima que la sentenciadora adoptó su decisión conforme a lo que se encontraba probado en el plenario.

Arguye la parte activa en su censura, que el paciente debió esperar por espacio de 3 días para que se le practicara una colonoscopia que era improcedente, siendo menester determinar que en el instante en que se dispuso su realización, se hizo con el fin de establecer un diagnóstico diferencial, habida cuenta que a ese estadio no estaba clara la patología que presentaba y su improcedencia se determinó con posterioridad y a raíz de los exámenes que se le realizaron, los cuales buscaban conocer el origen de su cuadro y con ello instaurar un tratamiento que le permitiera mitigar sus dolencias.

Sobre el influjo de antibióticos dijo el perito Diego Orlando Sierra Barbosa que no es habitual que a los pacientes se les da salida con manejo farmacéutico, ya que de alguna manera puede enmascarar los síntomas y al disminuir el dolor pueden consultar tardíamente.

En contraposición a dicho criterio, el Dr. Carlos Eduardo Gallego en su experticia adujo que a los pacientes se les puede dar analgésicos en dosis única, tal como lo hizo el médico Jhon Fredy Padilla Melo el día 22, que le colocó buscapina dosis única y ya luego le formuló analgesia de forma ambulatoria.

Por su parte el Dr. Carlos Zapata sostuvo que los medicamentos si pueden enmascarar el dolor, pero que eso depende también del umbral del dolor de las personas y que lo que le prescribió el médico tratante no le cambió el cuadro clínico, porque igual siguió con su mal, con su dolor y siguió quejándose. Adicionó que no se debe dejar un paciente sufriendo de dolor y que hay estudios que muestran que usar opioides, incluso que son más fuertes, no cambia, ya que el paciente que es quirúrgico termina siendo operado. Cuando se le indagó si estuvo mal haberle dado analgésico, dice que no, porque si el analgésico no es lo que no le quitó el dolor, porque él siguió con dolor y que el problema es que él no es una persona muy acuciosa como otros pacientes que de una vez consultan,

refiriéndose a que cuando aquel llegó al servicio de urgencias el día 22, ya llevaba 5 días con dolor y que entonces no es el fármaco, sino el paciente que no reconsulta a tiempo.

Como consumación de dicha temática, la Sala encuentra alegada de la realidad la postura asumida por el perito Diego Orlando Sierra en torno a que “no es habitual que a los pacientes se les da salida con manejo farmacéutico”, porque en el día a día de las consultas hospitalarias y de urgencias, se demuestra lo contrario, máxime como lo narró el Dr. Zapata en su alocución, en el sentido de que no se puede dejar al paciente con un dolor, sumado a que si tal como se consignó en la historia clínica, el señor Gustavo Saldarriaga previo a la primera consultar a la que acudió por el servicio de urgencias de la entidad demandada, ya llevaba 5 días con dolor y tomando analgésicos para manejar su cuadro, es claro que ello no le resto mérito alguno para que su proceso siguiera en curso, como quiera que debió acudir a la referida institución el día 22 de septiembre de 2014 donde se le suministró buscapina y luego consultó el día 27 del referido mes y año, sin que sus síntomas desaparecieran, pues refulge que seguía presentando los mismos síntomas clínicos primigenios.

Recalcó la censura las calidades y la idoneidad del perito que trajo al proceso y discrepó de las conclusiones a las que llegaron los médicos que rindieron la experticia a cargo de la parte convocada, frente a lo cual debe acotar esta Corporación, que si bien los tres expertos ostentan los mismos conocimientos científicos dada las credenciales y la amplia experiencia que acreditaron en el plenario, lo cierto del caso es que conforme el catálogo de las experticias y versiones médicas allegados por la pasiva y de los cuales dicho sea de paso, algunos conocieron de primera mano la situación del paciente como quiera que intervinieron en su valoración en las distintas fases de la atención de salud, como lo fueron los doctores Luis Fernando Becerra González y Juliana Pamela Giraldo Gómez, quienes en conjunto con los peritazgos de los galenos Carlos Zapata y Carlos Eduardo Gallego, se consolidan en una prueba unánime y conteste respecto de que el paciente al momento de sus valoraciones no tenía signos de irritación peritoneal, fiebre, taquicardia, así como tampoco aquellos síntomas típicos de un proceso inflamatorio y los cuales quedaron anotados en líneas precedentes, concluyendo así que los médicos demandados actuaron en consideración a la sintomatología y hallazgos encontrados en el paciente y que la clínica que presentaba no daba a entrever un cuadro de apendicitis. En suma,

los servicios médicos prestados fueron consonantes y tempestivos con las dolencias, en armonía con las condiciones clínicas del usuario. El solo resultado adverso a los intereses del paciente no es asaz para construir un juicio de imputación, para lo cual digno es recordar que *“sin abandonar el contenido prestacional asumido, en las obligaciones de medio el médico cumplirá su deber desplegando la actividad impuesta por la lex artis, independientemente del fin perseguido”, de manera que “el objeto de la obligación es una conducta idónea, al margen del éxito esperado*¹⁸.

De otro lado, hizo énfasis en que la A – quo efectuó preguntas inductivas que encaminaron las respuestas de los testigos técnicos, pero auscultadas dichas probanzas, se tiene que los cuestionamientos de la falladora estaban enfilados a dar claridad sobre las circunstancias de tiempo y modo en el que ocurrieron los hechos respecto de la atención y evolución del paciente, sin que se puede pregonar que su intereses era inclinar la balanza en favor de una de las partes como lo sostiene la alzada.

Por otro lado, cuestiona la opugnante que la cognoscente no permitió que fuera interrogada la gastroenteróloga Liliana Giraldo por no haber participado en la atención médica del paciente, sin que la misma situación se reflejara con respecto al Dr. Luis Fernando Becerra, lo que a todas luces se traduce en una afirmación carente de veracidad, si se tiene en cuenta que a dicha galena si se le recibió su versión, solo que no se le permitió dar respuesta a un interrogante por no haber participado de manera directa en la atención del usuario, pues recuérdese que su actuación solo se circunscribió a emitir un concepto que requirió el médico tratante Luis Fernando Becerra González, quien si participó de manera directa en la prestación del servicio de salud del señor Gustavo Saldarriaga.

Otro de los puntos de disenso que enfila la actora, consiste en que el perito Carlos Manuel Zapata enfocó como causa principal de diagnóstico del usuario, un cáncer, pese a que se reconoció que el equipo gastroenterológico planteó un plastrón apendicular; en tal punto debe recabarse que previo a la laparotomía exploratoria nunca se confirmó un diagnóstico, pues solo al realizar dicho procedimiento fue que se encontró una apendicitis perforada y gangrenada, pues recuérdese que precisamente la finalidad de llevar al paciente a una laparoscopia era encontrar el origen de las dolencias que presentaba.

¹⁸ CSJ-SC7110-2017.

A la postre frente al mismo punto de confrontación, resulta palmario que desde el extremo inicial de la atención dispensada al señor Saldarriaga y hasta antes de la laparotomía exploratoria, siempre se tuvo el interrogante de si cursaba o no con una neoplasia o un plastrón, sin que previó a dicha intervención se hubiera podido efectuar un diagnóstico concreto y certero; Lo dicho se entrelaza con el cuestionamiento que se le hiciera al Dr. Gallego de si la tomografía con la que se emitió concepto para la cancelación de la colonoscopia por parte de las gastroenterólogas, fue la misma con la que evaluaron al paciente el día 26, a lo cual contestó que si, reflejando con ello que para dicha época no se tenía convicción del diagnóstico con el que cursaba el usuario, pues se estaban haciendo las indagaciones del caso a través de estudios paraclínicos y las ayudas complementarias de rigor. Per se no estatuye que las conductas galénicas fueran imperitas o negligentes, sino que se estaba en una etapa exploratoria de diagnosis.

También sostuvo el Dr. Becerra González que la tomografía dejó entrever posible neoplasia que es un tumor en el colon y un absceso cerca al riñón, por lo que a ese instante no había luminiscencia de la causa del padecimiento, por lo se optó por la colonoscopia para observar el colon desde su interior y aclarar si se trataba de una masa. Posteriormente fue necesario realizar una ecografía la cual tampoco daba certeza de si se trataba de masa o absceso, por lo que ahí fue necesario requerir el concepto de las gastroenterólogas.

Se destaca del abordaje que se ha suscitado, que si bien el cirujano emite el concepto para intervención quirúrgica y es quien procede a su realización, también a voces del Dr. Luis Fernando Becerra, para el caso de la colonoscopia, las que actúan como peritos para definir el momento prudente y oportuno para realizar el procedimiento son las gastroenterólogas, las cuales en el caso sometido a escrutinio de la Sala, emitieron un concepto desfavorable, que ameritó la cancelación del mismo. Ello tiene sustento en que tal rama de la medicina, es la especialidad que se encarga de todo lo relacionado con el aparato digestivo, siendo pertinente entonces que, al no emitir el aval para su realización, la misma a todas luces no podía llevarse a cabo.

Sea pertinente retomar lo dicho por la Dra. Liliana Giraldo Martínez, cuando al hablar de un plastrón, indicó que este también puede producirse por un tumor, una neoplasia del apéndice lo cual es poco común y que cuando hay niveles

hidroaéreos, niveles de gas, eso hace sospechar que hay comunicación entre el interior del intestino y la cavidad intraabdominal y eso hace sospechar que hay una perforación.

A su turno el Galeno Luis Fernando Becerra al inquirírsele sobre la percepción de un plastrón, entre otras cosas adujo que es un proceso inflamatorio que el organismo está tratando de autolimitar o detener y el cual se puede presentar por el uso de antibióticos y analgésicos en las consultas a los servicios de urgencias; también se pueden dar por la idiosincrasia de los pacientes, relatando que hay algunos pacientes que aguantan mucho dolor por muchas cosas, sea porque no pueden consultar o porque toman muchas bebidas, entonces es un espectro muy amplio como de posibilidades de la formación de un plastrón y que su manejo se hace a través del inicio de antibiótico para que el proceso inflamatorio disminuya, lo cual se evalúa mediante exámenes clínicos, exámenes de sangre y en el caso de marras se reportó en la historia manejo farmacológico, más la solicitud de una colonoscopia.

Sostuvo, que una neoplasia abscedada es un nuevo tejido, un cáncer y se pensó en ello porque tanto la ecografía como la tomografía sugerían la posibilidad de que hubiera un absceso, que hubiera contenido líquido en un área. Seguidamente indicó que cuando se habla de lesión compleja a nivel de fosa iliaca derecho, frente a esa complejidad es el radiólogo el que debe analizar o dar un concepto, pues ve hallazgos que sugieren varias posibilidades de tumor, de líquido, de aire, en la que muchas veces ni se compromete con un diagnóstico específico, desencadenando con ello que la conducta sea exploratoria.

Por último, acotó, que son muchos los riesgos de operar sin un diagnóstico claro, tales como sangrados, perforaciones intestinales, infecciones en la cavidad abdominal y sepsis, potenciando incluso que, si un paciente que no requiera cirugía y si se le llegará a infectar, implicaría a su turno una nueva intervención, lo que sería gravísimo para el usuario.

Adicional a los discernimientos del perito de la parte convocada, el Dr. Diego Orlando Sierra precisó que los tumores de colon son benignos malignos, la gran mayoría son malignos, de los cuales crece el tumor, hay celular malignas que van creciendo y van absorbiendo las paredes de colon, los van obstruyendo y en algunos casos perforando el colon y al perforarlo empieza a haber salida de

contenido de bacterias, de materia fecal, inicialmente a la cavidad abdominal y esto genera un absceso que es una colección de pus alrededor del colon.

Lo expuesto en líneas precedentes, permite colegir que ese interrogante que existía del diagnóstico de un plastrón, si bien hubiera podido correlacionarse a un proceso apendicular, también lo hubiera podido ser por múltiples factores, entre ellos, a causa de un tumor, quedando así sin cimiento la queja instaurada por la activa respecto a lo que aduce fue el diagnóstico del Dr. Carlos Manuel Zapata.

De la guía de manejo adosada al cartulario, se desprende que los galenos siguieron los parámetros allí establecidos, pues se hizo la anamnesis al paciente para establecer sus condiciones de salud, se realizó el examen físico detallado, incluyendo evaluación del estado general, registro de signos vitales, auscultación, abdominal en búsqueda de signos específicos, los cuales no fueron encontrados para este caso en particular.

Luego de la verificación de los síntomas que allí se trae a colación para el caso de la apendicitis (*molestia de intensidad variable en el epigastrio, que va descendiendo en el curso del tiempo para situarse luego en la región periumbilical y finalmente en la fosa ilíaca derecha en el punto de Mc Burney*), se tiene que los mismos no fueron los que caracterizaron el cuadro del señor Gustavo Saldarriaga.

También se relata en dicha guía que algunos dolores relacionados con patologías intestinales, pueden correlacionarse entre sí, en tanto un dolor de epigastrio puede relacionarse con gran cantidad de patologías, tal como acontece con el dolor en el mesogastrio. En tal medida, la labor de diagnóstico del equipo médico no es una tarea sencilla.

Avanzando, se precisa que el vómito es el síntoma que más comúnmente acompaña al dolor abdominal en pacientes con abdomen agudo, el que también puede ocasionarse por causas disímiles al abdomen agudo y el que en todo caso, cabe resaltar que no fue característico en el proceso de evolución del paciente.

De las guías de manejo se anotó al unisonó por la totalidad de expertos que emitieron sus conceptos en este juicio, que son una guía, una orientación; impera así que no son una camisa de fuerza, sino una pauta a seguir. Complementando

el Dr. Becerra González refirió que cada institución tiene sus guías de práctica clínica adaptadas a sus medios y siendo de este modo las cosas, fulgura que en este evento la parte actora no arrió prueba a este juicio, de cuales son las guías que Servicios Especiales de Salud – SES – tiene implementadas para el manejo de los pacientes con dolor abdominal agudo – apendicitis, para reafirmar que no se siguieron las directrices allí instituidos y de este modo se pueda pregonar con certeza negligencia o impericia de los profesionales de la salud por no aplicar los protocolos que tiene la entidad demandada a la que se encuentran vinculados, máxime si tiene de presente que tal como quedó establecido, dichas guías no son obligatorias, como si lo podrían ser las que tenga instauradas la institución convocada, pero que para este evento no fue una prueba que fuera recaudada.

En sinopsis, de los medios suarios se deduce que las complicaciones de la laparotomía exploratoria que lo fueron la apendicitis gangrenada y perforada y el plastrón pudieron obedecer a: i) la fuga del contenido intestinal a la cavidad abdominal, que consiste en que al paciente se le resecó el colon derecho y cuando el colon se excita hay que hacer una unión del intestino que queda para que el contenido intestinal siga avanzando por el tubo digestivo y para esa unión se requiere de una adecuada cicatrización, la cual es multifactorial, depende de muchos factores (*Dr. Diego Orlando Barbosa Sierra*); ii) la edad del paciente; iii) que era hipertenso; iv) era fumador – tabaquismo (*Dr. Carlos Eduardo Gallego*); v) el peso del paciente de 52 kilos, son factores que puede hacer que la anastomosis falle y que incluso habiéndolo operado antes estaba el riesgo de complicación por el pólipo y el tumor en el ciego, sumado al proceso inflamatorio, la desnutrición que padecía; tan es así que lo llevaron de manera electiva al cierre de simiostomia e igualmente falló y ya ahí no había un proceso infeccioso. Por último, tenía una clínica atípica (*Dr. Carlos Eduardo Gallego*).

Vertido el análisis de las experticias y de las calidades de los peritos que la realizaron, se dijo con precedencia que el profesional que allegó la demandante, así como los presentados por la parte convocada, si bien cuentan con las mismas calidades profesionales y científicas en el campo médico, esta Magistratura se atiene a las conclusiones dadas por los Doctores Carlos Manuel Zapata y Carlos Eduardo Gallego, ello sin restarle mérito al profesional de la parte activa, sino que atiende a que los dos primeros en cita, además de ser coetáneos, unánimes y conteste en sus conclusiones, fueron claros, y coherentes al dar respuesta a las cuestionamientos que se les hiciera respecto a que el paciente no cursaba con

signos de apendicitis, mientras que el último galeno adujo que si tenía la clínica para ello, lo que no guarda armonía con lo que se encontró probado en la actuación, además que su intervención fue controvertida por la mayoría de extremos procesales y que su análisis del caso no se hizo con retrospectiva, es decir, con las circunstancias propias que ameritaban el caso al momento de la valoración que hicieron los galenos, porque obviamente al hacer un análisis conjunto de la historia clínica después del fatídico desenlace del paciente, el contexto que se tiene del caso es otro, no guardando así la objetividad que amerita este tipo de prueba.

Así las cosas, resulta de suma importancia aludir la sentencia de la H. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, M. P. William Namen Vargas, del dos (2) de 2011, expediente 25899-3103-001-2005-00050-01 que, en un caso semejante, expuso:

*“en situaciones similares a la problemática planteada, o sea, “cuando se está frente a dos grupos de pruebas, el juzgador de instancia no incurre en error evidente de hecho al dar prevalencia y apoyar su decisión en uno de ellos con desestimación del restante, pues en tal caso su decisión no estaría alejada de la realidad del **proceso**” (SE CITA LA SENTENCIA DE CASACION CIVIL de 18 septiembre de 1998, expediente No. 5058), salvo que “incurra en absurdos o riña con la lógica”, en tanto “cuando militan pruebas en diversos sentidos, el acogimiento por el sentenciador de las que le ofrezcan mayores bases de credibilidad con desestimación de otras, no conforma **yerro**” (SE CITA LA SENTENCIA DE CASACION CIVIL DE 5 de diciembre de 1990 y 7 de octubre de 1992).*

Y agregó:

*“**Justamente**, el juzgador de instancia en su discreta autonomía apreciativa de las pruebas puede optar por el sentido ofrecido por uno de los grupos, sin incurrir por esto, de suyo y ante sí en yerro fáctico generatriz de preterición o alteración de los medios probatorios no acogidos, porque el acogimiento del conjunto testimonial de la parte demandada para hacerlo prevalecer y la prescindencia del de la parte demandante para negarle cualquier fuerza de convicción, constituye el ejercicio cabal y legal de la facultad del fallador de instancia que es autónomo en la apreciación de las pruebas; a lo que cabe agregar que cuando se está frente a dos grupos de pruebas, el juzgador de instancia no incurre en error evidente de hecho al dar prevalencia y apoyar su decisión en uno de ellos con desestimación del restante, pues en tal caso su decisión no estaría alejada de la realidad del **proceso**” (SE CITA LA SENTENCIA DE CASACION CIVIL DE 18 septiembre de 1998, exp. 5058).*

Se agrega¹⁹ que, en gracia de discusión de aceptarse los argumentos de la censura, tal como lo ha sostenido el Consejo de Estado: “(e)n realidad, puede decirse que resulta relativamente fácil juzgar la conducta médica ex post, ya que no es difícil encontrar, en la mayor parte de los casos, los signos que indicaban el diagnóstico correcto. Por esta razón, el fallador no debe perder de vista que, al momento de evaluar al paciente, el médico está ante un juicio incierto, ya que la

¹⁹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, Consejero Ponente: Hernán Andrade Rincón, 9 de julio de 2014.

actividad de la medicina no puede asimilarse a una operación matemática", en su momento se desplegaron los exámenes y controles requeridos tendientes a esclarecer y estabilizar la condición de las pacientes, sin evidenciarse signos claros para realizar otros más invasivos en busca de tratar otras patologías; por tanto, se adelantaron los procedimientos propios de la lex artis, descartándose de tajo la responsabilidad que se endilga a los mismos; por tanto, se adelantaron los procedimientos propios de la lex artis, descartándose de tajo la responsabilidad que se endilga a los mismos.

Carga de la prueba, indicios y elementos que fincan la responsabilidad médica

Se estima, entonces, que la parte actora no logró demostrar con certeza la ocurrencia de la responsabilidad médica endilgada, porque no se acreditaron todos sus elementos y menos se demostró la culpabilidad de los galenos tratantes.

Bajo tal horizonte, es palmario que no existe prueba contundente que demuestre que los fatídicos desenlaces padecidos por el paciente fueron originados por desidia del servicio médico y como corolario de la aplicación de malas prácticas galénicas; por consiguiente, se diluye cualquier acusación enfilada en tal perspectiva.

A *contrario sensu*, no se comprobó que el comportamiento médico fuera una causa eficiente en la ocurrencia de los padecimientos sufridos por la parte activa, ni se demostró fehacientemente imprudencia, impericia, negligencia o inobservancia de los deberes propios de los facultativos intervinientes en el proceso; aunado a que la Sala observa que no se incurrió en malas prácticas médicas por parte del personal galénico durante el procedimiento; esto, cimentado en que se cumplieron y siguieron los procedimientos establecidos para atenderlas, en las condiciones especiales en que se encontraba el usuario.

Resulta oportuno traer a colación que la Sala de Casación Civil de la H. Corte Suprema de Justicia, en sentencia de 15 de enero de 2008, expediente radicado 11001-3103-037-2000-67300-01, tiene dicho que:

"[...] En suma, en asuntos semejantes al de ahora, es aceptado que la responsabilidad médica depende del esclarecimiento de la fuerza del encadenamiento causal entre el acto imputado al médico y el daño sufrido por el cliente. Por lo tanto, el médico no será responsable de la culpa o falta que le imputan, sino cuando éstas hayan sido las determinantes del perjuicio causado. Al demandante incumbe probar esa relación de

causalidad o, en otros términos, debe demostrar los hechos de donde se desprende aquella" (SE CITA LA GACETA JUDICIAL TOMO 49, PÁGINA 120)²⁰

Concordante con lo analizado, el tratadista Javier Tamayo Jaramillo en su libro Tratado de Responsabilidad Civil Tomo I, Segunda edición 2007, Editorial Legis S.A. páginas 287 y subsiguientes, tiene expuesto que:

"LA PRUEBA DEL NEXO CAUSAL EN LA RESPONSABILIDAD MÉDICA

En principio, la responsabilidad médica supone, también, la prueba del nexo causal entre el hecho del agente y el daño. Así las cosas, tratándose generalmente de una responsabilidad basada en la culpa probada, el demandante debe establecer un nexo de causalidad entre la culpa del médico y el daño sufrido por el paciente. [...]

PRUEBA DEL NEXO CAUSAL EN LA RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA, MEDIANTE LA PÉRDIDA DE UNA OPORTUNIDAD

[...] Es lo que sucede en el problema de la responsabilidad médica. Ocasionado el daño al paciente, es evidente que la culpa del médico fue o no fue la causa del daño. Lo que pasa es que no es posible probar lo uno o lo otro. En consecuencia, en aquellos casos en que no sea posible establecer la relación de causalidad entre la culpa del médico y el daño del paciente, el médico deberá ser absuelto, pues de lo contrario se estaría incurriendo en una injusticia con el demandado, ya que éste se vería abocado a pagar una indemnización por un daño que, posiblemente, no causó. [...]"

A criterio de la Sala no se encuentran configurados elementos de juicio que permitan concluir la concurrencia de indicadores de responsabilidad civil, toda vez que, según las voces de sentencia, atrás citada, al aludir a la responsabilidad de las entidades de salud *"la atribución de un hecho lesivo a un agente u organización como suyo es necesario pero no suficiente para endilgar responsabilidad civil"*, pues *"es preciso, además, que el daño sea el resultado de una conducta jurídicamente reprochable en términos culpabilísticos.*

Así las cosas, se termina diluyendo cualquier conexión entre el servicio prestado entre el 26 y el 27 de septiembre de 2014, al señor Gustavo Saldarriaga y los sufrimientos padecidos por los demandantes; de ahí que de existir algún perjuicio sufrido por aquellos, el mismo no puede ser indemnizado por faltar la actividad contraria a la práctica médica de la parte pasiva.

En síntesis , las declaraciones, peritazgos y documentos a la postre desvirtúan la conjetural existencia de responsabilidad médica deprecada por la parte demandante, con fundamento en que exponen la observancia por parte del personal médico de los procedimientos previstos para el tipo de diagnóstico que

²⁰ Sala de Casación Civil, M.P. Edgardo Villamil Portilla, 15 de enero de 2008, Exp. 11001-3103-037-2000-67300-01.

mostraba el paciente al momento de la atención, a fin de que pudiera obtenerse un resultado exitoso; y, a su turno, dejan sin soporte la tesis de la parte demandante que asevera que los padecimientos sufridos por el señor Gustavo Saldarriaga, fueron propiciados por negligencia en el servicio a partir de la falta de diagnóstico y observancia de las guías del dolor abdominal agudo por parte del personal de la institución accionada.

Por ello, no se desprende indiscutiblemente la culpabilidad endilgada al extremo demandado, en vista de que no se acreditó que la apendicitis gangrenada y el plastrón hubiese tenido relación directa con las presuntas actuaciones u omisiones desplegadas por los médicos tratantes, que aquí no se observan, pues como quedó demostrado, el paciente fue atendido adecuadamente de acuerdo a la sintomatología que presentaban.

Así mismo, si bien al señor Gustavo Saldarriaga no se le emitió un diagnóstico inicial de apendicitis, se debe a que aquél no presentaba signos clínicos de un proceso apendicular y que pese a la ardua labor de los galenos por encontrar la cuasa de sus males, a través no solo del examen físico, sino también de los diversos exámenes paraclínicos y de laboratorio que le realizaron, no pudieron documentar dicho proceso, sino hasta el momento en el que se realizó la laparatomía exploratoria, evento en el cual se pudo encontrar que cursaba con una apendicitis gangrenada y perforada, logrando finalmente y pese al complejo estado de salud del señor Saldarriaga, salvaguardar su vida.

En relación con el reproche frente a la condena en costas, se puntualiza que está llamado a la prosperidad, porque tal y como se vislumbra en el dossier, a través de auto calendado 16 de marzo de 2021, se le concedió a la parte actora el beneficio de amparo de pobreza, por lo que se encontraba exenta de cualquier condena en costas a su cargo, tal como lo dispone el artículo 154 del C.G.P. que estatuye que el amparado por pobre “...no será condenado en costas...” y lo cual pasó por alto la juez de primer nivel. Es así que al asistirle razón a la parte actora en su reclamo, hay lugar a revocar el numeral segundo del fallo confutado, para en su lugar, abstenerse de condenar en costas a la parte actora en primera y segunda instancia.

Corolario: Al no doblarse la presunción de acierto y legalidad merced de la falta de acreditación de los elementos de la responsabilidad, no encuentra más esta Sala que proceder a convalidar la sentencia de primer grado que desembocó en

la inexistencia de los supuestos mínimos para deducir una responsabilidad médica. Sin condena en costas, conforme a lo esbozado en apartes precedentes de esta decisión.

En armonía con lo expuesto, el H. Tribunal Superior del Distrito Judicial de Manizales, Caldas, en Sala de Decisión Civil Familia, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley

FALLA:

Primero: **CONFIRMAR PARCIALMENTE** la sentencia calendada 21 de junio de 2023, proferida por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Manizales, dentro del proceso verbal de responsabilidad médica promovido por el señor Gustavo Saldarriaga y otros en contra de Jhon Fredy Padilla Melo, Sebastián Franco González, Giovanni Vergara Osorio, Virginia Vinasco Jaramillo y la Nueva EPS, trámite al que fueron llamados en garantía el S.E.S. Hospital de Caldas y Chubb Seguros Colombia S.A.

Segundo: **REVOCAR** el numeral segundo del fallo confutado, para en su lugar, abstenerse de condenar en costas a la parte demandante.

Tercero; **NO CONDENAR** en costas en esta instancia.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

Los Magistrados,

JOSÉ HOOVER CARDONA MONTOYA

RAMÓN ALFREDO CORREA OSPINA

SANDRA JAIDIVE FAJARDO ROMERO

Permiso

Firmado Por:

Jose Hoover Cardona Montoya
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 5 Civil Familia
Tribunal Superior De Manizales - Caldas

Ramon Alfredo Correa Ospina
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 1 Civil Familia
Tribunal Superior De Manizales - Caldas

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **dc773073488dba2d09f43e2a41ef26b3c2feae740db4be8c242c8dd77ad0337a**

Documento generado en 11/01/2024 03:09:08 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>