

REPÚBLICA DE COLOMBIA



JUZGADO CUARTO ADMINISTRATIVO  
CIRCUITO DE MANIZALES

TRASLADO INFORME TECNICO –  
Artículos 110 CGP

---

Manizales, 25 de mayo de 2021

Por el término de **TRES (3) DÍAS**, dejo el presente proceso en la Secretaría del Juzgado en traslado a las partes del INFORME BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, presentado por el GERENTE DEL HOSPITAL FELIPE SUAREZ SALAMINA DE CALDAS. El término en mención comienza a correr el día **VEINTISEIS (26) DE MAYO DE 2021** desde las siete y treinta de la mañana (7:30 a.m) y se desfija el día **VEINTIOCHO (28) DE MAYO DE 2021** a las cinco de la tarde (5:00 p.m).

RADICADO	TIPO DE PROCESO	DEMANDANTE	DEMANDADO	TRASLADO
17001333300420150009600	REPARACION DIRECTA	NELSON - CASTRILLON GRISALES	HOSPITAL FELIPE SUAREZ DE SALAMINA CALDAS	INFORME TECNICO HOSPITAL FELIPE SUAREZ DE SALAMINA

MARIA ALEXANDRA AGUDELO GÓMEZ  
- SECRETARIA -

	GESTION DOCUMENTAL	Código: GD: HFS.P-01
	COMUNICACIONES OFICIALES	Version: 01
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUAREZ ESE SALAMINA -CALDAS	Fecha: Marzo/2020 Página 1

GE100.6.2. 115

Salamina Caldas, Mayo 13 de 2021.

Doctotra

**MARÍA ALEXANDRA AGUDELO GÓMEZ**

Secretaria

JUZGADO CUARTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE MANIZALES  
MANIZALES

Ref: Reparación Directa  
Radicación: 2015-00096  
Demandante: NELSON CASTRILLÓN GONZÁLEZ  
Demandado: Hospital Felipe Suárez E.S.E. de Salamina.  
Exhorto: No. 011

En cumplimiento a lo ordenado en el exhorto de la referencia remito informe técnico respecto a a la atención médica del que fue objeto la señora CLAUDIA MILENA PARRA en las instalaciones del Hospital Departamental Felipe Suárez E.S.E de salamina.

Atentamente,



**WILSON DIDIER CARMONA DUQUE**  
**GERENTE**

Proyectó: Dr. Gonzalo Medina Maya, Asesor Jurídico

Dirección: calle 3 N 9 A -21.Salamina Caldas. Telefonos 8595192-8595196 Telefax 8595306

Pagina Web: <http://www.esfelipesuarez.gov.co>

Email: [correspondencia@esfelipesuarez.gov.co](mailto:correspondencia@esfelipesuarez.gov.co)

**HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN  
METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA**

DATOS CONTRACTUALES EPS- HOSPITAL				
ASEGURADORA E.P.S SOAT OTROS		CAFESALUD SUBSIDIADO		
CONTRATO NUMERO PRIMER NIVEL	SI TIENE CONTRATO PARA ATENCION DE PACIENTES EN PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TIENE CONTRATO DE SEGUNDO NIVEL PREVIA AUTORIZACION DE LA CAFESALUD	
TIPO DE CONTRATO	PRMER NIVEL	CAPITADO	SEGUNDO NIVEL	EVENTO
FECHA CONTRACTUAL	PRIMER NIVEL	2013	SEGUNDO NIVEL	2013

**1. DATOS DEL PACIENTE Y DE LA AUDITORÍA**

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS		CLAUDIA MILENA PARRA		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	CC: 25.174.520	EPISODIO O INGRESO	ANEXO HISTERECTOMÍA ABDOMINAL + CHOQUE HIPOVOLÉMICO	
SERVICIO	CONSULTA DE GINECOLOGÍA- QUIRÓFANO -HOSPITALIZACIÓN- TRANSPORTE	CAMA	NO REGISTRA	
FECHA DE INGRESO	26/11/2013 HORA: 07:30:AM	FECHA AUDITORÍA	7 DE FEBRERO DE 2018	

**2. ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD AL INGRESO**

Hora de llegada (primer registro):	26/11/2013	Hora del Triage:	NO REGISTRA	Hora de Inicio de la intervención	8:30 AM			
Hora de órdenes médicas	07:30 – 17:35	Hora de Inicio del tratamiento	08:30					
Se registraron signos vitales al ingreso (Registre SI – NO – N/A)	F. C.	P. A.	F. R.	Peso	Talla	Temp .	Sat. O <sub>2</sub>	Esc. del Dolor
	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SI	SI

## HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA

1. La paciente siempre estuvo monitorizada en sus constantes vitales durante toda la atención, desde el momento de ingresar, en el quirófano, su remisión y en el traslado en la ambulancia acompañada de médico y personal asistencial.
2. Los signos vitales en el postquirúrgico mostraron tendencia a la hipotensión y taquicardia, sin embargo, con niveles de saturación por encima del 97%

 <b>PARRA CLAUDIA MILENA</b>				
	Nº Ingreso	Fecha Ingreso	Servicio	Subprograma
ELIPE SUAREZ	135474	martes, 26 de noviembre de 2013	CIRUGIA	Ninguno
ELIPE SUAREZ	131144	miércoles, 13 de noviembre de 2013	C.E. ESPECIALIZADA GIN Y ...	Ninguno
ELIPE SUAREZ	129978	jueves, 7 de noviembre de 2013	AMBULANCIA	Ninguno
ELIPE SUAREZ	129092	viernes, 1 de noviembre de 2013	C.E. ESPECIALIZADA GIN Y ...	Ninguno
ELIPE SUAREZ	129091	viernes, 1 de noviembre de 2013	C.E. ESPECIALIZADA GIN Y ...	Ninguno
ELIPE SUAREZ	129079	viernes, 1 de noviembre de 2013	C.E. ESPECIALIZADA GIN Y ...	Ninguno
ELIPE SUAREZ	84042	viernes, 17 de mayo de 2013	PLANIFICACION FAMILIAR	Ninguno
ELIPE SUAREZ	73749	miércoles, 10 de abril de 2013	PROMOCION Y PREVENICION	UPFF
ELIPE SUAREZ	73324	martes, 9 de abril de 2013	PROMOCION Y PREVENICION	Cancer de Cuello Uterino

### ATENCIÓN AL INGRESO Y EL REGISTRO SEGÚN ESTÁNDARES INSTITUCIONALES

3. **La trazabilidad de la atención** de acuerdo con la secuencia de los registros, es adecuada así: En las órdenes médicas realizadas en el servicio de recuperación por parte del médico a las 10 + 20 A.M. Se ordena la aplicación del antibiótico cefazolina consignada en la historia clínica. Las órdenes médicas realizadas luego de la reintervención (hoja numero 35) a las 15 + 30 en las cuales se solicitan la aplicación de 2 Unidades adicionales de concentrado globular. La paciente estuvo en la sala de recuperación en dos oportunidades entre las 10 más 15 A.M. y las 12 + 10 P.M., allí fue monitoreada permanentemente como está consignado en el formato (hoja numero 12) y en una segunda oportunidad desde las 15 + 45 P.M. hasta su salida hacia Manizales siendo aproximadamente las 17 más 35 P.M. en la cual igualmente estuvo monitorizada como consta en la hoja número 14. Existe registro por parte de enfermería desde el ingreso de la paciente hacia las 7 + 30 A.M. hasta las 17 + 35 P.M., estos registros incluyen anotaciones de signos vitales, el Estado del paciente, de la aplicación de medicamentos, del traslado de la paciente hasta hacia la sala de recuperación, también hacia la sala de hospitalización hacia las 12 + 20 P.M. y de su reingreso al quirófano para su reintervención. Respecto al procedimiento del traslado de la paciente en compañía de médico en el formato de solicitud de remisión de paciente (hoja número tres) Se manifiesta que se

**HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN  
METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA**

inicia traslado a un tercer nivel ante la persistencia de inestabilidad hemodinámica y signos de hipoperfusión, el médico que realiza la nota de lo sucedido durante la remisión deja constancia de la aplicación de 2 U de concentrado globular adicionales de concentrado globular que venían en camino y se aplicaron durante el traslado en ambulancia y de las explicaciones del Estado en que se encontraba la paciente en el momento de su llegada al hospital de Caldas — SES, al familiar y al acompañante. Se solicitaron los siguientes paraclínicos.

**A) Exámenes de laboratorio:** folios de la historia clínica número 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, y 11 para el caso en mención.

**B) Ayudas diagnósticas y de control** de acuerdo a la resolución 4 12 así:

AYUDA DIAGNOSTICA	FECHAS	FOLIO EN LA HISTORIA CLINICA
Electrocardiograma	24/05/20 07	5
Electrocardiograma	26/07/20 11	6
Citología cervicouterina	13/10/20 05	7
Citología cervicouterina	15/04/20 13	8
Citología cervicouterina	14/04/20 11	9
Citología cervicouterina	02/04/20 09	10
Ecografía abdominopélvica	02/09/20 13	11

**C) Seguimiento al control por promoción y prevención para el programa de planificación familiar y cáncer de cuello uterino**

Se evidencian registros de reportes de citologías en los folios 7, 8, 9 y 10 donde se concluye en todos los registros material satisfactorio, negativo para lesión intraepitelial o malignidad. En los folios 23, 24 y 25 se evidencian los controles de planificación familiar, la paciente planificaba con anticonceptivos orales.

**D) Tratamientos y su respectiva secuencia:** se aprecia que desde el primer control de promoción y prevención y planificación familiar y desde el programa de cáncer de cuello uterino, se canalizó la paciente y fue valorada por la consulta médica especializada de ginecología, se detectó la patología de la paciente, se realizaron los paraclínicos pertinentes y se intervino quirúrgicamente, se realizó manejo oportuno en sala de recuperación y se realizó remisión a un nivel de complejidad acorde a su estado

**HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN  
METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA**

clínico. Como se aprecia el tratamiento fue secuencial, oportuno y realizado por el médico Especialista durante la consulta, la intervención quirúrgica (Gineco obstetra) (Anestesiólogo) y remisión.

Se revisa el consentimiento informado por cada uno de los procedimientos así.

- A) consentimiento informado en **procedimientos de anestesia**, debidamente llenado y firmado tanto por el paciente como el médico tratante:

FECHA	FOLIO EN LA HISTORIA CL
13/11/2013	13

- B) consentimiento informado para la **intervención quirúrgica** y otros **procedimientos especiales**; debidamente llenado y firmado tanto por el paciente como el médico tratante:

FECHA	PROCEDIMIENTO	FOLIO
26/11/2013	Anexectomía derecha	16

***“Consentimiento informado: Es la aceptación libre, voluntaria y consciente de un paciente o usuario, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar un acto asistencial. Para efectos del estándar de historia clínica es el documento que se produce luego de la aceptación en las condiciones descritas. En caso que el paciente no cuente con sus facultades plenas, la aceptación del acto médico la hará el familiar, allegado o representante que sea responsable del paciente”.***  
*Negrilla extraída de la resolución 2003 del 2014 página numero 202*

- C) Envío de muestras a patología:

FECHA	MUESTRA	FOLIO
26/11/2013	Anexo derecho, trompa izquierda, quiste ovárico izquierdo	18
26/11/2013	Útero y anexo izquierdo	19

- D) Diligenciamiento de ficha de evento adverso por complicación quirúrgica

FECHA	FOLIO EN LA HISTORIA CL
26/11/2013	47

- E) Derecho de petición y anexos para acceso a la historia clínica por parte de conyugue bajo declaración extrajuicio para trámites legales

FECHA	FOLIO EN LA HISTORIA CL
26/11/2013	48, 49, 50, 51, 52, 53, 54

**HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN  
METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA**

**3. IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS Y NECESIDADES DEL PACIENTE**

<b>POSIBLES RIESGOS Y NECESIDADES</b>	<b>NO FUE EVALUADO EN ESTE PACIENTE</b>	<b>EVALUADO EN FORMA OPORTUNA</b>	<b>EVALUADO O DETECTADO O TARDÍAMENTE</b>	<b>NO APLICA EN ESTE PACIENTE</b>
Antecedentes familiares		X		
Antecedentes patológicos		X		
Antecedentes quirúrgicos		X		
Antecedentes ginecológicos		X		
Riesgo de Agresión Externa				X
Necesidad de Aislamiento				X
Necesidad de intervención Nutricional				X
Necesidad de Vinculación a Programas de P y P		X		
Necesidad de Apoyo Emocional		X		
Necesidad de Apoyo Espiritual		X		X
Necesidad de Cuidados Paliativos				X
Necesidad de Interconsultas		X		

**IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y NECESIDADES**

1. Se identificó los principales riesgos con oportunidad para este paciente desde las consultas de control de planificación familiar, atención en programa de prevención de cáncer de cuello uterino, consulta médica especializada por ginecología, anestesiología, intervención quirúrgica y hospitalización, llegando a la conclusión que el médico especialista Gineco-obstetra determinó todos sus respectivos procedimientos a escala.
2. Se realizó transfusión de 2 unidades de concentrado globular, sin embargo, fueron necesarias dos unidades más las cuales fueron administradas durante el traslado en ambulancia.

**5. RECONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA Y PERFIL FARMACOTERAPÉUTICO**

	<b>SI</b>	<b>N O</b>	<b>N A</b>
<b>Hay evidencia en la historia clínica de la reconciliación medicamentosa conforme a las directrices institucionales</b>			x
<b>Se identificaron todos los medicamentos, incluidos los de "origen natural" con efectos farmacológicos</b>			x
<b>Se incorporaron en el tratamiento los medicamentos de consumo previo que requieren continuidad (antihipertensivos e hipoglucemiantes, entre otros)</b>			x

**HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN  
METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA**

Se suspendieron los medicamentos de consumo previo y habitual considerados de riesgo durante el presente episodio			X
Se identificaron e intervinieron las posibles interacciones entre los medicamentos prescritos y los de consumo previo y habitual			X
Los medicamentos prescritos son pertinentes de acuerdo con la condición clínica del paciente y las guías de atención vigentes en la institución	X		
Los medicamentos han sido administrados en forma oportuna, puntual y continua (conciliar kárdex de enfermería y hojas de administración)	X		
Se cuenta con un perfil farmacoterapéutico, consistente con el cuadro de medicamentos del paciente, y analizado por el servicio farmacéutico, con evidencias de intervención en los casos que aplique.	X		

**6. TRASLADOS Y TRANSFERENCIAS ENTRE SERVICIOS**

	SI	N O	NA
La entrega o transferencia del paciente entre servicios se ha llevado a cabo conforme a las directrices institucionales (ver notas médicas y de enfermería)	X		
Hay evidencia que demuestre que durante los traslados se ha notificado el tipo de aislamiento del paciente para garantizar las precauciones necesarias, si aplica.			X
Tiempo total de permanencia del paciente en el servicio de urgencias antes de su traslado a los servicios de hospitalización o cirugía (expresar en horas)	No aplica (fue diagnosticada y evaluada por consulta externa y programada para cirugía)		

**7. EVIDENCIAS DE LA INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA (HC U OTROS REGISTROS)**

	SI	N O	NA
Existen registros de la información brindada al paciente y su familia con respecto a sus derechos y deberes	X		
Hay registros de identificación e intervención de las necesidades de información y educación del paciente y su familia durante el proceso de atención	X		
Hay registros sobre información al paciente y su familia acerca de su patología o condición clínica, plan de manejo, pronóstico y otros aspectos clínicos relevantes	X		
Se han obtenido todos los consentimientos informados aplicables al paciente y estos cumplen con las características establecidas por la institución.	X		
Hay evidencias de información al paciente y su familia acerca de los aspectos administrativos de su proceso de atención, incluido el tema financiero (copago)	X		

**HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN  
METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA**

Hay evidencias de recomendación al paciente y su familia para que participen en programas específicos de educación o entrenamiento en la IPS, si aplica	X		
En la historia clínica o en otros registros existe evidencia de información al paciente y su familia sobre las precauciones asociadas al aislamiento, si aplica			X
Se tiene evidencia de información al paciente y su familia sobre los temas de plan de emergencias y manejo de residuos.			X
Hay evidencias que demuestren que paciente y su familia fueron informados sobre los mecanismos para reclamar, sugerir o felicitar		X	
Se observa consentimiento informado firmado por la paciente quien entiende y acepta todos los riesgos derivados del procedimiento quirúrgico			
<b>8. PLAN DE EGRESO (SOLO APLICA PARA PACIENTES EGRESADOS O EN PROCESO DE EGRESO)</b>			
En la historia clínica (componente "PLAN" en notas médicas y de enfermería) se encuentra evidencia de la formulación de un plan de alta desde el ingreso	SI X	NO	NA
Se identificaron las necesidades especiales del paciente para el momento de su egreso (equipos, dispositivos, transporte, cuidado en casa), si aplica	X		
Se identificaron los programas de promoción y prevención o programas especiales a los cuales se debe remitir al paciente al momento de su egreso			X
Se cuenta con evidencias de la comunicación y coordinación con la entidad administradora del plan de beneficios para tramitar las autorizaciones posteriores			X

**HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ**

**INFORME HISTORIA CLINICA**

**COMPONENTES DE LA HISTORIA CLINICA**

- 1) PERSONAL ASISTENCIAL QUE ESTA EL DIA DE LA ATENCIÓN.
- 2) ANALISIS DE HISTORIA CLÍNICA COMO DOCUMENTO.
- 3) ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON RESPECTO A CALIDAD
- 4) ANALISIS DE LA ATENCION CON RESPECTO A LAS PREMISAS DE AUTONOMIA Y HETERONOMIA.
- 5) ANALISIS DE LA ATENCION MEDICA CON RESPECTO AL PROCESO CLINICO.
- 6) CONCLUSIÓN FINAL

**HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN  
METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA**

1) **PERSONAL ASISTENCIAL QUE ESTA EL DIA DE LA ATENCION**

<b>FECHA</b>	<b>PROFESION</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>AREA</b>
<b>26 DE NOVIEMBRE DE 2013</b>	<b>GINEO Obstetra</b>	<b>HERNANDO VÁSQUEZ BOTERO</b>	<b>QUIROFANO MEDICO ESPECIALISTA DE TURNO</b>
<b>26 DE NOVIEMBRE DE 2013</b>	<b>PRIMER AYUDANTE MEDICO</b>	<b>OSCAR JULIÁN SOTO</b>	<b>QUIROFANO</b>
<b>26 DE NOVIEMBRE DE 2013</b>	<b>SEGUNDO AYUDANTE MÉDICO</b>	<b>OSCAR JARAMILLO</b>	<b>QUIROFANO</b>
<b>26 DE NOVIEMBRE DE 2013</b>	<b>ANESTESIÓLOGO</b>	<b>JESÚS MARÍA GUZMAN</b>	<b>QUIROFANO</b>
<b>26 DE NOVIEMBRE DE 2013</b>	<b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>	<b>BEATRIZ BASTIDAS</b>	<b>QUIROFANO</b>
<b>26 DE NOVIEMBRE DE 2013</b>	<b>MÉDICO</b>	<b>JUAN PABLO VELÁSQUEZ</b>	<b>TRASLADO EN AMBULANCIA</b>
<b>26 DE NOVIEMBRE DE 2013</b>	<b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>	<b>ELENA RAMÍREZ</b>	<b>TRASLADO EN AMBULANCIA</b>

**2) ANALISIS DE HISTORIA CLÍNICA COMO DOCUMENTO**

**DEFINICIÓN**

La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

**CARACTERÍSTICAS**

Las características básicas son:

**Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de

## HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA

fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

**Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

**Racionalidad científica:** Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

**Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

**Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

### **DILIGENCIAMIENTO**

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

### **APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.**

Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica.

A partir del primero de enero del año 2000, la identificación de la historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.

### **NUMERACION CONSECUTIVA DE LA HISTORIA CLINICA**

Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma.

**HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN  
METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA**

**COMPONENTES**

Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.

1. **IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO:** Los contenidos mínimos de este componente son: datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación.
  
2. **REGISTROS ESPECÍFICOS:** Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. El prestador de servicios de salud debe seleccionar para consignar la información de la atención en salud brindada al usuario, los registros específicos que correspondan a la naturaleza del servicio que presta.
  
3. **ANEXOS:** Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.

**Resumen de atención de la paciente su secuencia y continuidad:**

Atención por servicio	Fecha	hora	Folio de la historia clínica
Atención de consulta externa	1 de noviembre de 2013	N/A	Folio # 26
Ecografía abdominal	2 de noviembre de 2013	N/A	Folio # 11
Atención de consulta externa	13 de noviembre de 2013	N/A	Folio # 26
Valoración quirúrgica y anestesióloga	13 de noviembre de 2013	12:10	Folio # 12
Consentimiento informado de anestesiología	13 de noviembre de 2013	N/A	Folio # 13

**HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN  
METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA**

Consentimiento informado de cirugía (donde se contempla dentro de la información del formato la necesidad de transfusión sanguínea)	26 de noviembre de 2013	7+30 am	Folio # 16
Cirugía	26 de noviembre de 2013	8+30 am	Folio # 15
Reintervención (realización de histerectomía)	26 de noviembre de 2013	13:58 pm	Folio # 17
Hospitalización y observación de complicación	26 de noviembre de 2013	13:30	Folios # 27, 28 y 29
Remisión datos de notificación al CRUE	26 de noviembre de 2013	17:45	informe de remisión, folio # 32 y de historia clínica

**4) DESCRIPCIÓN DE LA HETERONOMÍA Y LA AUTONOMÍA MÉDICA.**

- 1. La heteronomía (orden desde afuera, dependencia):** Del griego "heterónomos" (dependiente de otro) el término tiene un uso preferentemente en el ámbito de la Ética, para designar la procedencia empírica o externa de las normas o reglas morales por la que se regula la acción del sujeto, por lo que la conducta del individuo no queda regulada por su propia conciencia, sino por algo ajeno a ella, renunciando así a una acción moral que se autodetermina a sí misma. El término fue utilizado por Kant en oposición a autonomía, esas reglas concretas se plasman en la normatividad de salud, en los procesos y de manejo institucionales, que son de carácter obligatorio tanto para las instituciones prestadoras de salud, como para sus trabajadores y esos principios se plasman en leyes decretos, resoluciones etc. como son la ley 100 del 93, la 11 22, 1438 sistema obligatorio de la garantía de la calidad y más específica para los médicos las normas de ética médica con su declaración de principios plasmados en La ley 23 de 1981.

Kant se refiere con el término a la aceptación de leyes morales que proceden de algo ajeno a la propia conciencia moral del ser humano, ya sea que dicha ley proceda de condicionamientos sensibles o de Dios. Cuando el ser humano recibe la ley moral desde fuera de la razón, Kant considera que en realidad no está actuando libremente, perdiendo la capacidad de autodeterminación de su conducta. Sin esta autodeterminación su conducta no puede tener valor moral, aunque esté actuando conforme al deber.

## HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA

La disponibilidad de una Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las alteraciones que se puedan presentar, enfatizando en la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de las alteraciones que afectan al ser humano en todos los niveles de atención, buscando reducir la morbimortalidad.

### **Autonomía médica y criterio medico**

#### **AUTONOMIA (Orden desde adentro)**

Se entiende por autonomía. La palabra se deriva del griego auto, “uno mismo”, y nomos, “norma”, esto es, la capacidad de alguien para tomar decisiones sin ayuda de otro.

Facultad de la persona que puede obrar según su criterio, con independencia de la opinión o el deseo de otros.

#### **AUTONOMIA MÉDICA**

La autonomía es parte esencial de todas las profesiones, entendida como la libertad que tiene el profesional para aplicar el conocimiento especializado de su profesión empleando su criterio y su conocimiento para tomar las decisiones. La autonomía no se puede limitar a emitir opiniones, pues su esencia se refiere a tomar decisiones.

Para la Real Academia Española, autonomía es la “condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie”

Por otra parte, el Diccionario enciclopédico Norma la define así: “Estado y condición del individuo o pueblo que se gobierna por sí mismo”, es decir, se autogobierna.

. No obstante, el concepto moderno de autonomía, propuesto por Kant, se refiere a la capacidad del individuo de gobernarse por una norma que él mismo acepta como tal, sin coerción externa.

#### **Con respecto a la autonomía medica:**

Se han considerado básicamente como generadores de mala práctica médica los siguientes numerales se analizarán y explicara lo siguiente:

1) Falla medica presunta	2) Impericia	3) Negligencia
4) Imprudencia	5) Violación a la LEX ARTIS	6) Error médico
7) Accidente	8) Complicación	9) Nexo causal

Con respecto a esto hemos querido explicar el léxico de cada uno de ellos y realizar el proceso de auditoría para encontrar o no presunta mala práctica desde los principios de autonomía médica. Aunque tratamos de analizarlas todas, merecen especial atención en este caso: el error, el accidente y la complicación.

Hay factores propios de las personas, de las enfermedades y del medio, además de otros imponderables, que juegan un papel trascendente en la evolución de cada caso. Relacionar

**HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN  
METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA**

la responsabilidad médica con los resultados finales de los enfermos atendidos **“es riesgoso para la sociedad y los propios pacientes, ya que puede generar el abandono de las especialidades médicas más expuestas y el cierre de los servicios destinados a la atención de los enfermos más graves”**. Este fenómeno de la judicialización ha cobrado mucha fuerza en Colombia en el último tiempo; por ello, es importante aclarar y explicar los conceptos de error, complicación y negligencia médica, distinguiendo las acciones que constituyen una infracción a la *lex artis* médica, como hecho penalmente punible, de aquellos casos que derechamente no lo son.

- 1) **Falla presunta.** La responsabilidad médica está constituida por una obligación de medio y no de resultado. “También pone de presente la sala implica una obligación de resultado. No, es una obligación de medio, tal como ha tenido oportunidad de afirmarlo en varias sentencias y en especial en la de octubre 7 de 1991, en la cual esta misma sala anotó: que al revocar la decisión del a quo no está partiendo del supuesto que la obligación médica.

“La Sala al confirmar la decisión del a quo quiere recalcar, para evitar equívocos, que cuando cuestiona el servicio médico oficial no parte del supuesto de que en este va envuelta una obligación de resultado; No podría aceptar, entonces, v. gr., que en todo caso de muerte se presume la falla del servicio o la culpa personal del médico. No, la obligación de este frente a su paciente es de medio; vale decir, que éste cumple a cabalidad y no compromete su responsabilidad ni la del ente a que pertenece, cuando pone a disposición de aquél toda su ciencia y los medios adecuados, aconsejables y oportunos que la infraestructura del servicio debe poseer” (proceso 6367. Actor Fabio Buriticá Valencia. Ponente: Carlos Betancur Jaramillo). (C.E., Secc. Tercera, Sent. 6477, feb. 14/92. M.P. Carlos Betancur Jaramillo).

En igual sentido y de manera también puntual, el Consejo de Estado asume una posición sobre las características de las obligaciones que atañen a la actividad médica, por parte de los profesionales de la salud:

Sentencia del Consejo de Estado, Sección Tercera del 18 de abril de 1994: “...La responsabilidad médica sigue siendo tratada en la jurisprudencia de la Corporación como de MEDIOS, o sea de PRUDENCIA Y DILIGENCIA, lo que obliga al profesional de la medicina y a los centros de atención, a proporcionar al enfermo todos aquellos cuidados que conforme a los conocimientos científicos y a la práctica del arte de curar, son conducentes para tratar de lograr el FIN deseado, siendo igualmente cierto que no se puede ni debe asegurar la obtención del mismo. **Esta verdad jurídica impone que, de acuerdo con los principios generales, que rigen la carga de la prueba, le incumbe al actor la demostración de los hechos que excusan su conducta**”. (Negrillas y resalto nuestro).

## 2) Impericia.

El diccionario de la lengua española la define pericia como: del latín. Periña. Sabiduría, práctica, experiencia y habilidad en una ciencia o arte.

Mientras que << in >> es una proposición latina que tiene varios significados como negación, sin contra.

## HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA

De lo anterior puede definirse impericia como falta de conocimiento, capacitación, habilidad o destreza, y confianza para realizar una actividad.

Junto a la negligencia y a la imprudencia, la impericia es una de las formas jurídicas de la culpa a los efectos de establecer responsabilidad legal. En el derecho civil la impericia no es excusable, y siempre genera como consecuencia el resarcimiento económico del damnificado por los daños ocasionados.

### **3) Negligencia.**

Es definida por el diccionario de la lengua española como:

Del latín negligentia. Descuido, falta de cuidado. Falta de aplicación.

Es una conducta omisiva. Se podría plantear tan sencillo como el que no actúa debiendo hacerlo y, lógicamente, para poder entrar a responder, se debe documentar el daño y la relación causa efecto. O que el paciente fue expuesto a un riesgo injustificado, es decir es una omisión de sus deberes y obligaciones. Al respecto, en este campo se pronuncia el código civil, en su artículo 23 56, así:

C.C.Art.2356. (...) por regla general todo daño que pueda imputarse a malicia o negligencia de otra persona debe ser reparado por ésta...>.

La Corte Suprema, citada por Guzmán mora, la ratifica así: el médico tiene el deber de poner todo su cuidado y diligencia, siempre que atienda o beneficie a sus pacientes con fin de aprobar su curación o mejoría; lo que por negligencia, descuido u omisión cause perjuicio en la salud de aquellos, incurre en una conducta ilícita que será calificada por un juez según su magnitud.

Es pues una conducta negativa, pasiva, u omisión de su deber, por lo cual se debe descartar un error médico. Es decir que en el campo médico no se actúa debiendo hacerlo, en situaciones específicas como las siguientes:

- 1: No evolucionar adecuadamente al paciente.
- 2: Delegar responsabilidades que le son propios a sus subalternos.
- 3: No atender una urgencia vital.
- 4: No acudir a un llamado.
- 5: No solicitar exámenes.
- 6: No empleo de los medios disponibles que tenía para beneficio del paciente, pudiéndolo hacerlo en otras situaciones.

Vale la pena recordar que estos ejemplos pueden ser vistos desde otra óptica como imprudencia o violación de la lex arte.

En forma práctica, se debe demostrar que el médico no actuó, debiendo hacerlo. Es decir, que estaba en ese momento disponible para hacerlo y no lo hizo, que la conducta a tomar

**HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN  
METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA**

era clara y no admitía dudas o retardo en su accionar, que no tenía causas de justificación para no actuar, que de acuerdo a sus conocimientos no priorizó el orden o turnos de atención de los pacientes, que se ausentó injustificadamente de su puesto de trabajo.

Para que una acción médica sea considerada culpable de cuasidelito y conlleve las responsabilidades del médico ejecutor, se debe probar con medios válidos, ya que el Juez no falla en conciencia ni en forma subjetiva. Una actuación médica negligente que se produce con cierta frecuencia y es fácil de probar, es el abandono del enfermo, que se ve especialmente en actuaciones que requieren de la presencia del médico hasta que haya pasado el riesgo respectivo, como ocurre con los procedimientos anestésicos, quirúrgicos y algunas técnicas especiales, o en el caso de enfermos graves cuyo médico tratante sale de vacaciones o viajar sin dejar resuelta la situación o bien, entrega atenciones a distancia o por teléfono. Si estas actuaciones se asocian a un daño, éste puede ser atribuido a un actuar profesional negligente y fundamentar así una demanda.

**4) Imprudencia.**

Prudencia es definida por el diccionario de la Real Academia Española como:

De latín prudentia. Una de las cuatro virtudes cardinales, que consiste en discernir y distinguir lo que es bueno o malo, para seguirlo o huir de ello. Templanza, cautela, moderación, sensatez, buen juicio.

Es claro que una de las cualidades o características que debe tener el médico, son:

1: El raciocinio.

2: La cautela.

3: La cordura.

4: La moderación.

5: La discreción.

6: El cuidado.

Lo contrario a esto, es la imprudencia.

1: El imprudente actúa, a diferencia del negligente que no lo hace, pero actúa en una forma agresiva e irresponsables.

2: Es decir no miden las consecuencias de lo que está haciendo.

3: No procede el resultado.

4: No toman las precauciones.

5: No trata de evitar los riesgos.

6: Utiliza un instrumental no adecuado o defectuoso.

## HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA

Teniendo conocimiento de lo anterior. Es decir, es todo lo contrario de la prudencia, tal como lo dice el nombre, al respecto la Corte Suprema de Justicia, ha dicho en sentencia proferida desde 1942:

<< (...) El médico debe actuar con prudencia, teniendo en cuenta los riesgos. Si ha precedido con la corrección que el caso requiere, el fracaso involuntario no se le puede imputar. Su obligación es disponer de los medios adecuados para la consecución del fin. Cuando no llega el resultado apetecido, no obstante, el esfuerzo, la diligencia, el cuidado y la prudencia prestada, ninguna culpa le es imputable y ninguna responsabilidad puede exigírsele. La jurisprudencia colombiana se ha manifestado en contra del médico cuanto éste actúa con ligereza e ignorancia de las cosas que debe hacer (Corte Suprema de Justicia. Sala de negocios generales. Sentencia del 14 de marzo de 1942)

La imprudencia es la segunda causal de mala práctica médica, después de la negligencia.

### **5) Violación a la LEX ARTIS.**

LEX ARTIS es el compendio de las normas propias del desempeño o arte oficioso de lo que es la ciencia médica propiamente dicha, la cual se identifica con los procesos racionales y lógicos de su ejercicio cotidiano. LA LEX ARTIS debe formularse en un caso concreto, siendo su máxima expresión de los protocolos de manejo y las escuelas médicas, en los cuales imparten los conocimientos básicos y específicos y se establecen una serie de pasos o toma de decisiones, los cuales tienen como fin optimizar y racionalizar recursos, aprovechar la experiencia previa, y evaluar en forma adecuada al paciente, teniendo en cuenta su dignidad humana.

La lex artis puede no estar escrita, pero es el conjunto de procedimientos, generalmente aceptados en el adecuado ejercicio de la profesión médica. En términos generales, es conocida por todo médico diligente.

El término Lex Artis proviene del latín que significa LEY DEL ARTE, o regla de la técnica de actuación de la profesión que se trate. Ha sido empleada para referirse a un cierto sentido de apreciación sobre si la tarea ejecutada por un profesional es o no correcta o se ajusta o no a lo que debe hacerse.

Lex Artis es que cualquier médico actuaría de igual forma cuando se dieran las mismas condiciones. Siempre con la salvedad de la libertad profesional.

Es lo que se denomina la LEX ARTIS y según ello, los profesionales de la salud han de decidir cuáles de estas reglas y procedimientos y cuáles de esos conocimientos adquiridos en el estudio y la práctica, son aplicables al paciente, cuya salud les ha sido encomendada.

La Lex Artis la marcan pueblos, profesionales, legisladores y también las circunstancias que casi siempre propician un especial modo de actuar y entender la reglas. No es lo mismo el curar a un enfermo en un hospital, en donde existen toda clase de instrumentos y medios, que en un pueblo alejado que no posea los recursos mínimos. El profesional de la salud, para actuar dentro de la Lex Artis, deberá dominar las materias estudiadas en su carrera, es decir, tener los conocimientos necesarios y exigibles para poder ejercer la medicina sin temeridad, lo contrario llevaría al enfermo a agravar su dolor con peligro y grave riesgo para

## HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA

su salud y vida. Lo profesionales deben renovar y actualizar sus conocimientos constantemente, y utilizar todos los medios diagnósticos a su alcance que crean adecuados, sabiéndolos interpretar y utilizar en beneficio de su paciente, sin caer en la medicina defensiva.

Utilizarán el tratamiento indicado y nunca el contraindicado, con conocimiento de los efectos del mismo y vigilando al enfermo en su aplicación. Deberán seguir criterios suficientemente experimentados, internacionalizados y propios en el ejercicio, sin olvidar su criterio personal como mejor conocedor del enfermo, es decir de su arte.

### ELEMENTOS.

La Lex Artis presupone unos elementos característicos que los podemos enmarcar igualmente dentro de la normatividad vigente en nuestro país, especialmente nos referimos a la Ley 23 de 1981 y al Decreto 3380 de 1981.

1. Un profesional idóneo. Entendida la idoneidad como una cualidad de aplicación de lo que tiene las condiciones necesarias para un cierto servicio, y en este caso la persona con las cualidades específicas para ejercer un arte o una actividad. Esta idoneidad, en principio, podrá evidenciarse con los respectivos títulos que acrediten los estudios realizados por el profesional de la salud en las condiciones y con el cumplimiento de los requisitos legalmente establecidos para el ejercicio de la profesión.
2. Un estudio y análisis previo del paciente. Nos establece el artículo 10 de la ley 23 de 1981, que el médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.

El diagnóstico es un acto médico complejo, resultado de un examen pormenorizado y su posterior evaluación, que conforme al nivel profesional del médico emite un resultado que es la base de una actuación médica individual o en equipo.

La prescripción de la terapéutica correspondiente o adecuada, será dada libremente por el profesional, de acuerdo a lo que dicte su ciencia y conciencia.

3. Empleo de técnicas o medios convenientes con aceptación universal. Según el artículo 12 de la Ley 23 de 1981, El médico solamente empleará medios diagnósticos o terapéuticos debidamente aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas.
4. El consentimiento del paciente. Consiste en la autorización que da el paciente al médico para que efectúe el acto médico propuesto, teniendo como base la información veraz recibida del galeno sobre la enfermedad y sus opciones de diagnóstico y tratamiento, con sus riesgos y beneficios. Esta manifestación de voluntad puede ser emitida directamente por el paciente y ante su imposibilidad física o mental puede ser realizada por sus familiares o representantes legales, e incluso en casos de emergencias el médico puede intervenir unilateralmente. Es conveniente destacar que toda persona tiene libertad para decidir si se somete o no a un acto

## HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA

médico y por ello su consentimiento siempre debe obtenerse y respetarse, salvo en aquellos casos donde esté en juego su vida y no sea posible pedir autorización. Debemos señalar igualmente que el médico, es el que decide cuál tratamiento es más conveniente para el enfermo, pero, sin embargo, tiene el deber de informar a su paciente sobre los posibles riesgos que éste acarrea, con el fin de que sea autorizado para llevarlo a cabo. Esta manifestación de voluntad al autorizar la intervención ajena en una órbita privada está cumpliendo con dos funciones, la primera trasladar la responsabilidad por los resultados derivados del actuar del tercero al individuo titular del bien jurídico que manifestó su consentimiento, siempre que el tercero ejecute su conducta de acuerdo a lo informado a quien consiente; la segunda, legitimar la conducta del tercero, al recibir una autorización del titular del bien jurídico individual para intervenir en la órbita privada, que el ordenamiento jurídico garantiza para el ejercicio de este derecho. Significa lo anterior, que al emitir el paciente un consentimiento válido, está en primer lugar asumiendo responsabilidad por las consecuencias, tanto favorables como desfavorables derivadas de la actuación consentida, eximiendo así al facultativo de la responsabilidad frente a los padecimientos físicos derivados de la ejecución del procedimiento autorizado; en segundo lugar, legitima la imposición del procedimiento por parte del médico, liberándolo de un eventual proceso, y que en el caso particular de la medicina, se origina cuando a un paciente se le aplica un procedimiento sin haber obtenido su consentimiento o habiéndolo obtenido viciadamente. Igualmente, la ley 23 de 1981 nos habla sobre este punto y nos lo detalla de la siguiente forma en su artículo 15, entre otros, así: El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.

La entrega adecuada de información, el registro completo y oportuno en la historia clínica y la relación apropiada del médico con sus pacientes y su familia constituye la **obligación de medios** del médico. Si el acto médico que produjo un resultado no deseado se realizó de acuerdo con las reglas de la ciencia, la ética y la técnica, es decir, conforme a la *lex artis*, no generará responsabilidad médica.

### FUNDAMENTO LEGAL PARA LA VALORACIÓN DE LA LEY DEL ART

Ese fundamento se obtiene a través de los peritajes médicos. El juez ha de valerse de quienes tengan conocimientos técnicos y científicos sobre el particular para establecer si el médico actuó bien o no de conformidad, es decir, si faltó o no al deber objetivo de cuidado.

1. Dentro de la actividad deben existir diferentes posiciones en relación con la conveniencia o inconveniencia de un tratamiento determinado o de llevar a cabo una intervención, es decir, debe haber posiciones distintas con base en postulados científicos y académicos distintos.

2. Han de tener en cuenta las circunstancias en las que se llevó a cabo el comportamiento. No se le puede exigir el mismo deber de cuidado, es decir cumplir con

## HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA

ese deber de cuidado a un médico rural que no tiene elementos suficientes para efectos de llevar a cabo una intervención quirúrgica, que al médico que se encuentra en una ciudad, absolutamente con todos los medios para ello.

### MARCO DE JUZGAMIENTO.

No cabe la aplicación de la *lex artis* a situaciones no estudiadas, no conocidas o imprevistas en la ciencia médica, sino todo lo contrario, pues una condición de la *lex artis* es que cualquier médico actuaría de igual forma cuando se dieran las mismas condiciones. Siempre con la salvedad de la libertad profesional, tal como lo explicábamos anteriormente. Se admite cierta desviación, que en ocasiones da como fruto el avance de la ciencia médica, es tanto como un riesgo permitido dentro del buen criterio de la buena actuación de un padre de familia.

El deber del médico es procurar al enfermo los cuidados que requiera según el estado de la ciencia, para ello aplicará las normas o principios de la experiencia médica científica, entendiendo todo lo anterior con un criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el médico. Ello obliga a una actuación de los profesionales, muy semejante con las lógicas y prudentes desviaciones del caso. Si el médico actúa conforme a lo anterior, podemos afirmar que actúa y se ciñe a la *lex artis*. Para que se cumpla la *lex artis* se debe tener en cuenta en el acto médico:

- Que este haya aplicado la técnica correcta.
- Buena técnica médica.
- Respeto a los principios esenciales que tienden a su normal desenvolvimiento.
- Ceñimiento a normas deontológicas, que es la ciencia o el tratado de los deberes, es una rama eminentemente práctica de la ética, que se ocupa de plantear los deberes y derechos de los diferentes profesionales. Es la llamada MORAL PROFESIONAL, y ésta se presenta en una serie de códigos y normas sobre determinada conducta.

### LA INDICACIÓN MÉDICA Y LA LEX ARTIS.

Son conceptos vinculados pero distintos. No se han visto con claridad ya que la *lex artis* ha recogido la doble función de ejecución técnica correcta de la intervención y de la aplicación de la medida adecuada. La indicación se refiere a la valoración que realiza el médico antes de aplicar el acto médico, bien preventivo o profiláctico, quirúrgico o curativo. Valoración que lleva a evaluar el binomio riesgo-beneficio objetivamente previsible, para el enfermo. Por su parte la *lex artis*, trata de aplicar técnica médica ortodoxa al paciente.

Una operación quirúrgica se ajustaría a la *lex artis*, cuando se ajusta a la técnica que es aceptada por la indicación y no sería contraria al cuidado debido. Si un cirujano opera y no lo hace con una técnica que es correcta, sin existir la previa indicación, podemos decir que no ha observado la medida que estaba presente, por lo que queda en entredicho su actuación en relación con la *lex artis*.

## HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA

La lex artis señala las reglas técnicas para cada tipo de acto médico semejante, si bien estas reglas o procedimientos clínicos deben atemperarse al caso concreto, pues nunca hay dos pacientes iguales. El factor reaccional de cada individuo es distinto, por lo que el contenido de la lex artis es variable, si bien el núcleo principal es inamovible y definido antes de darse el acto médico, pero conociendo ya el tipo de situación en que se va a desenvolver el médico. El profesional tendrá que ceñirse al núcleo principal de su actuación, sin embargo, se considera admisible un cierto margen de libertad del clásico procedimiento si se trata de investigar, de hacer progreso científico, pues de otra manera la medicina estaría inmóvil, desde tiempos remotos, sin posibilidad de avanzar científicamente.

De lo tratado anteriormente, podemos concluir que para la valoración de la Lex Artis deberemos realizar un estudio técnico, científico, jurídico, humano, en fin, una valoración con las mayores variables posibles de cada acto médico, con el objetivo de:

- Hallar o descartar el elemento causal.
- Demarcar el resultado conseguido por el acto médico, si este se ajusta o no a la ciencia médica, o si han existido circunstancias que rompan el nexo de causalidad como la fuerza mayor o el caso fortuito.

### Bibliografía:

1 Hernandez, Nelsón. De la responsabilidad jurídica del médico. Editorial Ateproca, 1999.

2 García Hernandez, Tomas. Manual del médico clínico para evitar demandas judiciales. La ley actualidad S.A., 1999.

3 García Hernandez, Tomas. Manual del médico clínico para evitar demandas judiciales. La ley actualidad S.A., 1999.

4 J.J. Jimenez, Carmenza; C. González-Cascos. La peritación médica en los casos de lex artis. III Congreso nacional de derecho sanitario.

5 Jurisprudencia, Tribunal Supremo Español, Sentencia del 16 de Abril de 1970. 6 García Hernandez, Tomas. Manual del médico clínico para evitar demandas judiciales. La ley actualidad S.A., 1999.

[http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/2001/7/3/asp\\_resp\\_2\\_v7\\_r3.pdf](http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/2001/7/3/asp_resp_2_v7_r3.pdf).

### **6) Error médico:**

Se define como una falsa interpretación y representación mental de un hecho real, es decir, es una situación en la cual, frente a la salud de un paciente, se puede llegar a tener un concepto falso.

Los errores médicos pueden clasificarse así:

1: De diagnóstico.

2: De prescripción o

3: De tratamiento.

Para que el error diagnóstico puede asumir los caracteres de culpa punible, es preciso que sea craso, es decir, que dependa del descuido de las normas comunes de la semiología, o de la falta de elementales conocimientos de patología y clínicos (Car/ Mario, el: alta villa Enrico, la culpa,. Op.cit.p 363).

En este mismo ámbito, en el campo médico hay que ser cada vez más cuidadosos al evaluar los errores de los médicos. En la actualidad, se requiere la ayuda de un perito médico, encargado oficialmente de brindar orientación a la justicia sobre error y sus implicaciones.

Pero la labor de éste perito médico debe tener en cuenta, además, que todos los pacientes son diferentes, y que cada enfermedad se manifiesta como un conjunto de signos y manifestaciones diferentes (lo que se ve en el paciente) y síntomas (lo que el paciente manifiesta).

A partir de estas dos observaciones preliminares (signos y síntomas). La tarea de realizar un diagnóstico empieza a haciendo la sumatoria de estas manifestaciones y síntomas.

Hechas las observaciones médicas sobre estas evidencias preliminares, estas son sometidas al juicio clínico, y en algunos casos, a los análisis complementarios de laboratorio, en eventos más complicados, son apoyadas con otras ayudas diagnósticas.

El jurista Enrico alta Villa cita al respecto una sentencia de la sala de casación francesa, de fecha 18 de octubre de 1937, la cual dice:

No podemos considerar responsable un cirujano, por no tener ojo quirúrgico, o a un médico por no tener la impresión prodigiosa de algunos portentosos diagnosticadores (Alta Villa, Enrico. La culpa. Ocit.p 363)

El jurista argentino Leonardo A. Colombo, compartiendo criterios con Alberto J. Bueres, sintetiza tres situaciones que causan culpa médica, así:

- 1.- El médico que se equivocan no es en principio responsable de su error, salvo que éste sea craso inexcusable.
- 2.- El diagnóstico fallido no es tampoco imputable cuanto se tomaron todas las precauciones necesarias para evitarlo y no se puso de relieve la ignorancia en la materia.
- 3.- No es dable exigir al médico más de lo que puede requerirse al común o promedio de las personas que ejercen la misma profesión y especialidad. (Colombo, Leonardo A. Tres situaciones que generan culpa médica, en: Bueres Alberto J. Responsabilidad civil de los médicos. Segunda edición editorial U David. Buenos Aires. 1994, página 153)

El simple error médico de diagnóstico tratamiento no es suficiente para engendrar un daño resarcible porque, en una rama del saber en que predomina la materia opinable, resulta dificultoso fijar los límites exactos entre lo correcto y lo que no lo es.

**HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN  
METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA**

Sobre las imputaciones en publicaciones que trae consigo el horror médico, dice la misma instancia jurisprudencial argentina, sobre los errores y límites científicos que tienen médico en el ejercicio de su profesión:

El error no es imputable si se han tomado todas las medidas necesarias para evitarlo y no se ha puesto de manifiesto ignorancia en la materia, no por ciento exigirse al médico más de lo que puede exigir al promedio de los médicos.

Desde otra perspectiva, pero asumiendo una posición consecuente con este mismo orden jurisprudencial, vuelve la alta corte civil argentina, esta vez para inclinarse a aconsejar al médico la aplicación del método más adecuado para obtener resultados exitosos en el ejercicio de la responsabilidad médica, los cuales, al obtener resultados infructuosos, no necesariamente para dicha corte, pueden constituirse en motivo de hecho culposo. Dice la corte civil:

<<negrilla en su conducta profesional, el médico debe actuar eligiendo el método más adecuado para obtener el éxito de su tarea, pero el fracaso de este método, aplicado con la prudencia que el caso requiere, no puede serle imputado. (ARGENTINA, Corte nacional civil, sala A, sentencia DE, 74-563)

Se debe destacar lo siguiente:

El hospital Felipe Suarez de Salamina Caldas para ese tiempo; estuvo habilitado de acuerdo al cumplimiento de la normatividad para realizar procedimientos de segundo nivel como es cirugía, pediatría, anestesiología, medicina interna, ginecología y ortopedia como especialidades y el quirófano para tal fin. No es exigible para hospitales de la provincia tener banco de sangre por los siguientes motivos.

La sangre es un componente escaso en todo el país y de muy corta duración y de muy difícil recolecta, por tal motivo el pedido sangre al hemocentro se deben realizar a través de un contrato para su consecución y seguir un protocolo es decir que a medida que se presente la urgencia se debe realizar los pedidos de sangre. (ver anexo)

A continuación, damos un resumen de un estudio realizado por el Instituto nacional de salud con referente a la problemática de la distribución de bancos de sangre y servicios de transfusión sanguínea en Colombia.

# HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA



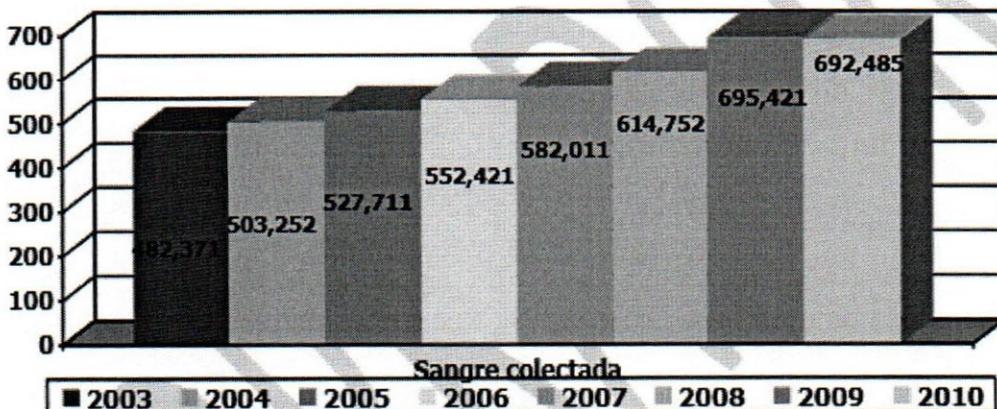
Mapa 1. Distribución Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión Sanguínea, Colombia



Fuente. Coordinación Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión. Instituto Nacional de Salud

En el mapa se aprecia que los bancos de sangre se encuentran ubicados en la región de la cordillera y en las capitales departamentales como se aprecia con el color azul.

Para el 2010 en Colombia se colectaron alrededor de 692485 unidades de sangre (Gráfica 1), lo que en proporción da una disponibilidad de 15 unidades de sangre por cada 1000 habitantes, arrojando un promedio diario de colecta de 1900 unidades de sangre. Sin embargo, aún se está por debajo de las necesidades establecidas para el país que se calcula en 25 unidades de sangre por cada mil habitantes, de acuerdo al diagnóstico nacional expresado en la Política Nacional de Sangre.



Aparte de la escases que hay en ese insumo también se tiene que tener en cuenta el transporte, la lejanía al lugar de referencia, el almacenamiento la cadena frio y la

conservación de dicho insumo razón por lo cual es solicitada previo a una intervención quirúrgica programada y que sea riesgosa como la histerotomía u/o otros.

### **Situación de bancos de sangre en Colombia es preocupante**

#### **En el país solo 16 de cada mil personas donan.**

La situación de los 84 bancos públicos, privados y hospitalarios de sangre en Colombia es preocupante, debido a los bajos niveles de donación de la gente.

Aunque unas 790 mil personas aportaron durante el 2014 (aún no están disponibles los datos del 2015), es insuficiente el número de unidades de sangre para atender las emergencias que se presentan diariamente en el país.

Así lo afirma Juan Gabriel Cubillos, miembro de la junta directiva de la Asociación Colombiana de Bancos de Sangre y Medicina Transfusional, quien agrega que lo ideal sería que existieran entre 30 y 40 donantes por cada mil personas en Colombia al año; sin embargo, la cifra escasamente llega a 16 por cada mil.

Cubillos llama la atención sobre el hecho de que, del total de donantes de sangre, solo 19 por ciento lo hace de manera recurrente. En cambio, alrededor del 60 por ciento lo hace por primera vez, y en pocos casos repite. Estudio tomado de:

<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16519382>

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/ins-informe-anual-red-sangre-2014.pdf>

### **7) Accidente**

Según el significado del diccionario de la Real Academia de la lengua española, accidente proviene del latín accidens, -entis. Cualidad o Estado que aparece en el algo, sin que sea parte de su naturaleza o esencia/Suceso eventual que altera el orden normal de las cosas.

El médico y tratadista colombiano Ricardo Moore izquierdo, en su estudio y fundamentaciones sobre la responsabilidad médica para los profesionales de la salud, manifiesta que se califique una situación como accidente médico, se debe tener en cuenta dos condiciones especiales: la primera, que sea un suceso repentino, completamente súbito e imprevisible. Y la segunda, que sea un suceso inevitable. (MORA IZQUIERDO, Ricardo. Fundamento sobre la responsabilidad médica para profesionales de la salud. Editorial publicaciones medicina legal. Bogotá 1996, P. 2.)

Manifiesta igualmente Mora, que, si el accidente se presenta dentro de una buena práctica médica, cumpliendo todos los protocolos, requisitos y condiciones de la lex artis, en este caso la responsabilidad médica será ninguna.

Se considera obvio que un accidente se presenta de súbito e imprevisto. Nadie planea un accidente. Pero considero que, si se puede evitar estos hechos en algunos casos y, si eran evitables y no se obró para evitarlo hay casuales de culpa por responsabilidad médica.

### **8) Complicación**

La complicación es un resultado imprevisto, una casualidad no deseada en la práctica médica. Corresponde, por tanto, al tratamiento, manejo y aplicación que da la ciencia médica a la ley de la dialéctica sobre la lucha del hombre contra las casualidades indeseables.

La complicación en un procedimiento médico, se puede definir como un resultado no esperado o no deseado, sobre el cual hay conocimiento que se puede presentar y tratar de evitarse. En caso de una complicación no esperada, estaríamos en el terreno del caso fortuito, el cual se hablará en los exámenes de responsabilidad médica.

En el campo de la medicina, problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento. La **complicación** puede deberse a una enfermedad, el procedimiento o el tratamiento, o puede no tener relación con ellos

### **5) ANALISIS DE LA ATENCION DESDE EL PUNTO DE VISTA CLINICO QUIRURGICO**

Consultó el día 1 de noviembre de 2013 en el servicio de consulta externa ginecológica por presentar dolor pélvico de varios meses de evolución, irradiado a región lumbar. Como antecedente G1PAT1A0V1. Al TV: cérvix móvil, útero FVF, masa en anexo derecho fija. Se ordena eco pélvico. No hay impresión diagnóstica en esta atención.

Se realiza eco pélvica el día 2 de noviembre de 2013 que reporte útero forma y tamaño normal, ocupación de todo el hipogastrio por imagen ecolúcida de 103 x 79 mm. Al parecer con componentes sólidos. No se identifica si es del anexo derecho o izquierdo.

El día 13 de noviembre asiste nuevamente al servicio de consulta externa ginecológica para revisión de exámenes con resultados normales y se solicita autorización a la EPS para cirugía exploratoria y anexectomía unilateral. ("Se denomina anexectomía a la extirpación de los anexos uterinos, estos son las trompas de Falopio y los ovarios. La anexectomía puede ser unilateral o bilateral, cuando se extirpan ambos anexos y el útero se denomina anexo histerectomía".)

#### **Condiciones para cirugía exploratoria**

La exploración quirúrgica del abdomen se recomienda para diagnosticar una enfermedad abdominal no precisable por otros métodos o cuando hay una lesión en el abdomen causada por una herida con arma de fuego o cortante, lo cual es conocido como "trauma contundente". Entre las enfermedades que pueden diagnosticarse con mayor precisión por medio de la laparotomía exploratoria se encuentran las siguientes:

- Inflamación del apéndice (apendicitis aguda)
- Inflamación del páncreas (pancreatitis aguda o crónica)

## HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA

- Cavidades infectadas (absceso retroperitoneal, absceso abdominal, absceso pélvico)
- **Presencia de tejido uterino en el abdomen (endometriosis)**
- Inflamación de las trompas de Falopio (salpingitis)
- Tejido cicatricial en el abdomen (adherencias)
- Cáncer (de ovario, colon, páncreas, hígado)
- Inflamación del divertículo intestinal (Diverticulitis)
- Perforación intestinal
- Embarazo en el abdomen fuera del útero (embarazo ectópico)
- Diferentes grados de manifestación de cáncer (como el linfoma de Hodgkin)

*Conclusión:*

***Desde el punto clínico la paciente tenía una endometriosis y se procedió a la resección del endometrioma ovárico derecho.***

Se realizaron las dos intervenciones, en la primera nota explica la complicación online hemostasia presentada durante la resección del endometrioma ovárico derecho y del área del infundíbulo pélvico izquierdo, puesto que en el acto quirúrgico se encontró patología en el ovario izquierdo que motivó la resección parcial de dicha tumoración además del síndrome adherencial que por sí sola da la endometriosis.

### CONCEPTO DE ENDOMETRIOMA

En medicina, se denomina **endometrioma** a un tipo de quiste que se forman en el ovario como consecuencia de la enfermedad ginecológica llamada endometriosis. La endometriosis es una enfermedad que afecta a cerca del 15% de las mujeres en edad reproductiva y, sin embargo, sigue siendo el más enigmático de los trastornos ginecológicos. La endometriosis intestinal debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de dolor abdominal bajo, recurrente, en este grupo de mujeres; del 15% de éstas afectadas por la enfermedad, un 3 a 37% pueden desarrollar compromiso intestinal; Cuando la lesión compromete más extensamente y en forma profunda la pared intestinal se puede desarrollar una zona de estenosis que produce una obstrucción. Se llama endometrioma ovárico por presentarse sobre todo en el ovario, aunque puede aparecer en otras localizaciones, en ocasiones se designa como **quiste de chocolate** por contener en su interior una sustancia oscura y espesa que por su aspecto puede recordar al chocolate.

El 50% de las mujeres afectas de endometriosis desarrollan endometriomas a lo largo de su vida que generalmente son bilaterales, es decir afectan tanto al ovario derecho como al izquierdo. El diagnóstico puede sospecharse por los síntomas y una ecografía abdominal, pero para obtener un diagnóstico definitivo es preciso el estudio del tejido mediante técnicas de anatomía patológica. En aquellas mujeres diagnosticadas previamente de endometriosis, la existencia de una masa quística en ovario es muy sugestiva de endometrioma.

## HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA

<sup>1</sup> El tratamiento del endometrioma es variable dependiendo de diferentes circunstancias. Si provoca síntomas y su tamaño es mayor de un centímetro, en ocasiones se recomienda extirpación mediante cirugía, pero pueden producirse recidivas.

*Conclusión:*

Por lo anteriormente descrito dicha paciente tenía las condiciones para cirugía

### ENDOMETRIOSIS COMO ENFERMEDAD

La endometriosis se define como la implantación y crecimiento benigno de tejido endometrial fuera del útero, siendo las localizaciones más frecuentes afectadas por la endometriosis el peritoneo pélvico y los ovarios, si bien, ocasionalmente pueden encontrarse lesiones en otras muchas partes como el intestino, vejiga, estómago, pulmón, etc. Este tejido tiene dependencia hormonal del ciclo menstrual, produciéndose sangrado y desprendimiento del mismo con la menstruación. Se trata de una enfermedad crónica cuya causa se desconoce, aunque se ha comprobado una cierta predisposición genética. La endometriosis es una enfermedad inflamatoria estrógeno-dependiente de origen desconocido que afecta aproximadamente un 10-20% de mujeres en edad fértil de cualquier etnia-raza y grupo social. Las manifestaciones clínicas abarcan un amplio espectro, encontrando desde personas asintomáticas hasta formas severas y crónicas con síntomas dolorosos intensos y/o infertilidad asociada, que requieren varias intervenciones quirúrgicas y para las que no se consigue un tratamiento curativo. La enfermedad, en algunos casos, puede ser progresiva hasta en un 50% de casos con una velocidad de progresión variable e impredecible (Koninckx y cols., 1991; D'Hooghe y cols., 1996; D'Hooghe y Hill, 2006). Hasta el 50% de casos es recurrente (Guo, 2009), de forma que puede catalogarse como una enfermedad crónica e invalidante para algunas pacientes, especialmente para el subgrupo con endometriosis más grave denominada endometriosis profunda, quienes suelen presentar síntomas graves e intensos que pueden persistir a pesar de recibir un tratamiento médico o quirúrgico adecuado, lo que afecta su calidad de vida a causa del dolor debilitante y crónico presentado por ellos, la esterilidad asociada y su incerteza sobre el futuro debido a la posibilidad de cirugías repetidas y los efectos secundarios asociados al tratamiento médico (Hummelshoj, 2004). Estos aspectos fueron remarcados por la European Society for Human Reproduction and Embriology que enfatizó la complejidad del tratamiento de la endometriosis avanzada y la necesidad de referir las pacientes a centros que dispongan de la experiencia necesaria para ofrecer todos los tratamientos disponibles en un contexto multidisciplinar (Kennedy y cols, 2005). La enfermedad consiste en la implantación y crecimiento benigno de tejido endometrial (glándulas y estroma) fuera del útero, de predominio en el peritoneo pélvico y los ovarios. La extensión de la enfermedad varía desde pocas y pequeñas lesiones hasta grandes endometriomas ováricos y/o grandes y extensos nódulos/fibrosis y adherencias que causan una severa distorsión de la anatomía pélvica normal. Las localizaciones más frecuentes son el ovario, peritoneo, ligamentos uterosacos y fondo de saco de Douglas, siendo raros fuera de la pelvis, aunque pueden afectar a cualquier órgano (pleura, meninges, etc.). En la pelvis pueden afectar e invadir órganos diferentes de los genitales internos, como el intestino, frecuentemente recto y/o sigma, y vejiga y uréteres. En otras ocasiones el tejido endometrial ectópico se localiza en el espesor del tejido miometrial uterino produciendo una variante de endometriosis llamada adenomiosis

## HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA

que puede ser difusa o focal. El tejido endometriósico tiene dependencia hormonal del ciclo menstrual, produciéndose sangrado y desprendimiento del mismo con la menstruación. Tiene capacidad para crecer, infiltrar e incluso diseminarse de forma similar al tejido tumoral, pero su transformación maligna es muy rara. El sangrado cíclico conduce a una respuesta inflamatoria, con fibrosis y formación de adherencias secundarias que causan en parte los síntomas de la enfermedad. Una de las hipótesis más aceptadas sobre el mecanismo de aparición de la enfermedad es la menstruación retrógrada que se observa en el 90% de todas las mujeres, tengan o no endometriosis. Factores de predisposición adicionales de origen desconocido o poco conocido (factores genéticos, inmunológicos, hormonales, medioambientales, etc.) permitirían que el tejido endometrial que alcanza la cavidad peritoneal mediante la menstruación retrógrada implantara, proliferara y se descamara cíclicamente, de la misma manera que el tejido endometrial eutópico, con la consiguiente inflamación, fibrosis, etc. Otra hipótesis sobre el origen de la enfermedad defiende la transformación o metaplasia del peritoneo en tejido endometriósico, sobretodo en los implantes de endometriosis profunda que suelen presentar un grado de fibrosis mayor. Existen tres formas básicas de presentación de la enfermedad: 1. endometriosis peritoneal superficial (tipo I), 2. endometriosis ovárica (tipo II) y 3. endometriosis profunda (tipo III). El aspecto típico y más frecuente de la endometriosis peritoneal es de lesiones superficiales negras en los ovarios o en la serosa peritoneal; sin embargo, otras lesiones, denominadas «atípicas» o sutiles son también frecuentes y pueden tener aspectos diferentes, siendo los más característicos las lesiones rojas (con diferentes aspectos como lesiones petequiales, polipoides, hemorrágicas o en llamarada, etc.), las lesiones vesiculares o las lesiones blancas (que incluyen áreas de fibrosis y cicatrización). La afectación ovárica en forma de quistes, es también frecuente: estos quistes contienen un fluido espeso, marrón de aspecto parecido al chocolate y suelen formar adherencias con el peritoneo de la fosa ovárica, las trompas y el intestino. La forma más severa de endometriosis es la denominada endometriosis profunda. Este tipo de endometriosis es menos conocida y frecuente, pero es la más grave y puede llegar a constituir un serio problema de salud y comprometer la calidad de vida de la paciente. En ella, los focos de endometriosis forman nódulos que infiltran más de 5 mm el peritoneo subyacente y afectan sobre todo a la zona de los ligamentos útero-sacos, fondo de saco de Douglas y el tabique recto-vaginal, aunque también puede afectar a los uréteres, el intestino y la vejiga. La fibrosis y/o posible invasión ureteral, vesical e intestinal puede causar daños renales irreversibles y/o obstrucciones intestinales graves. Los tres tipos de lesiones tienen rasgos histológicos comunes como la presencia de estroma endometrial o células epiteliales, sangrado crónico, y signos de inflamación. La endometriosis profunda suele asociar un grado de fibrosis muy superior al resto. Los tres tipos de lesión pueden hallarse por separado o en combinación, y el componente inflamatorio asociado puede estimular las terminaciones nerviosas pélvicas y por consiguiente causar dolor, alterar la función tubárica, disminuir la receptividad endometrial y alterar la calidad de los ovocitos y embriones. Asimismo, estas lesiones pueden causar adherencias que pueden obstruir las trompas de Falopio y causar infertilidad.

**ENDOMETRIOSIS Y DOLOR PÉLVICO** La profundidad de la lesión se correlaciona más estrechamente con los síntomas, correlacionándose los casos de dolor severo con hallazgos de endometriosis profunda, como, por ejemplo, afectación de ligamentos

## HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA

úterosacros y adherencias pélvicas. (2) Las últimas revisiones sobre el tratamiento de la endometriosis coinciden en que la cirugía reduce el dolor asociado en todas las etapas de la enfermedad. El objetivo principal es eliminar todas las lesiones y adherencias visibles, restaurando así la anatomía pélvica normal.

[http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/actividad\\_docente\\_e\\_investigadora/curso\\_de\\_actualizacion\\_en\\_obstetricia\\_y\\_ginecologia/curso\\_2015/ginecologia/10\\_tratamiento\\_quirurgico\\_de\\_la\\_endometriosis.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/curso_de_actualizacion_en_obstetricia_y_ginecologia/curso_2015/ginecologia/10_tratamiento_quirurgico_de_la_endometriosis.pdf)

### **Tipos de tratamientos:**

Cuando nos planteamos qué tipo de tratamiento podemos aportar a la paciente con endometriosis, como hemos dicho anteriormente, el tratamiento definitivo tanto para la endometriosis ovárica como profundo es la cirugía. Dado que la cirugía no está exenta de complicaciones, siempre se debe optar por un tratamiento médico farmacológico previo. Podemos dividir el tratamiento de la endometriosis en: a) Tratamiento hormonal b) Fármacos analgésicos c) Tratamiento quirúrgico.

**Tratamiento quirúrgico** Dentro del contexto de la cirugía conservadora, se ha evolucionado en las dos últimas décadas desde el empleo de la laparatomía sin y con instrumentos microscópicos para la magnificación de los tejidos, hasta el uso generalizado de la laparoscopia operativa. Además, las diferentes localizaciones de la endometriosis precisan tratamientos quirúrgicos diferentes. Ésta posibilita diagnosticar la enfermedad, permite una escisión completa de las lesiones, ofrece mejores resultados a largo plazo y mejora la fertilidad posterior de las pacientes. Además, ofrece las ventajas inherentes a la laparoscopia, mejor visualización de las lesiones, menor riesgo de adherencias, mejor función tubo-ovárica, mejor recuperación postquirúrgica y menor estancia hospitalaria. En cuanto al tratamiento quirúrgico, hemos de diferenciar: C.1. Tratamiento quirúrgico de la endometriosis ovárica (endometriomas) Los objetivos del tratamiento del endometrioma deben ser:

- Descartar malignidad
  - Eliminar en su totalidad el endometrio ectópico ovárico
  - Minimizar el trauma ovárico
  - Reducir al mínimo la producción o reproducción postoperatoria de adherencias.
  - La quistectomía laparoscópica para el tratamiento de endometriomas ováricos > 4 cm de diámetro mejora la fecundidad comparada al drenaje y la coagulación (Beretta et al., 1998; Chapron et al., 2002).
  - La vaporización con láser o la electrocoagulación de los endometriomas sin la extirpación de la pseudo-cápsula se asocia con un riesgo significativamente incrementado de recurrencia del quiste (Vercellini et al., 2003b) (Nivel de Evidencia 1b. Grado de recomendación A)
  - La quistectomía aumenta las tasas de embarazo espontáneo en pacientes con subfertilidad previa (grado de recomendación A).
- C.2. Tratamiento quirúrgico de la endometriosis peritoneal Las lesiones superficiales o moderadas de localización peritoneal y ováricas superficiales pueden ser eliminadas por laparoscopia por escisión, coagulación o vaporización por láser (CO<sub>2</sub>, argón, potasio-titanio-fosfato o helio). No está

## HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA

claro si la escisión de las lesiones es superior a la ablación, aunque 34 INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN parece ser que la coagulación o vaporización mediante láser no es un tratamiento adecuado para las lesiones más profundas (> 5 mm). La ablación de las lesiones endometriósicas mas la ablación laparoscópica del nervio útero-sacro. (LUNA) en la enfermedad mínima-moderada reduce el dolor a los seis meses (grado de recomendación A). No existe evidencia de la ablación aislada del nervio uterino, ya que por si sola no disminuye la dismenorrea asociada a la endometriosis. C.3. Tratamiento quirúrgico de la endometriosis profunda Una vez discutidas las posibilidades y establecido el diagnóstico de afectación y la necesidad del tratamiento, se han de cumplir una serie de principios. Estos son:

- Tratar solamente pacientes con lesiones sintomáticas.
- Liberar correctamente todas las adherencias para ver correctamente las lesiones.
- Escisión quirúrgica completa, no sólo de todas las lesiones sino también en un solo procedimiento. Es frecuente tratar pacientes con cirugías previas incompletas.
- No es necesario tratamiento preoperatorio. La cirugía de la endometriosis no sólo es comparable en complejidad a la cirugía oncológica, en muchos casos más dificultosa, sino que nos encontramos frente a situaciones inesperadas que requieren un cambio de estrategia o una cirugía con mayor dificultad de la prevista.

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENDOMETRIOSIS.pdf>

### COMPLICACIONES DE UNA CIRUGÍA PELVICA

La tasa de complicaciones asociadas a la cirugía varía entre el 0,2y el 26%<sup>2</sup>. Las complicaciones más frecuentes de la cirugía ginecológica están relacionadas con:

- 1: El daño visceral (vejiga, recto, uréteres) y
- 2: **De los grandes vasos pélvicos.**

Son más frecuentes en la cirugía oncológica o cuando la anatomía está distorsionada debido a infección o a **endometriosis**. El factor más importante que determina el éxito de su tratamiento, es el reconocimiento precoz de las complicaciones. Por ello, es tan importante la observación sistemática y cuidadosa del post-operatorio, particularmente: pulso, presión sanguínea, función respiratoria, temperatura, diuresis, hemograma, etc.

Harris<sup>3</sup> publicó la evolución histórica de las complicaciones asociadas a la histerectomía describiendo una disminución en la tasa de transfusiones, la de infecciones del tracto urinario y un incremento en la tasa de lesiones vesicales. Asimismo, ha identificado cuatro factores asociados con una mayor tasa de complicaciones: edad, enfermedad

## HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA

médica preexistente, obesidad y cáncer. Se realiza la descripción de las complicaciones en la cirugía ginecológica

<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/ginecologia7.pdf>

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272009000200008&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272009000200008&script=sci_arttext&tlng=en)

Con frecuencia, la cirugía ginecológica implica la realización de disecciones muy minuciosas en zonas cercanas a la vejiga, el recto, los uréteres y los grandes vasos de la pelvis.

1 La estrecha relación anatómica entre estos órganos hace que con cierta frecuencia se lesionen durante la cirugía pélvica.

2 Las complicaciones intraoperatorias en la cirugía ginecológica originan ansiedad y preocupación por la posibilidad de una demanda médico-legal.

3 El creciente repertorio de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en el campo de la cirugía ginecológica nos obliga a recalcar la importancia del entendimiento de la anatomía quirúrgica para prevenir y controlar las agresiones a las vías urinarias inferiores.

4 Cuando una complicación ocurre, es de vital importancia reconocerla y tratarla apropiadamente; los ginecólogos debieran tratar sus propias complicaciones, y cuando éstas rebasen las capacidades propias de la especialidad –como en el caso de lesiones inusuales o complejas–, debe solicitarse la asistencia de un colega de otra especialidad para resolver el problema.

5 Las nuevas técnicas de cirugía mínimamente invasiva, de procedimientos más agresivos para tratar la incontinencia urinaria y de nuevos métodos para la reconstrucción del piso pélvico pueden estar asociadas con aumento en la frecuencia de lesiones urinarias.

<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2010/gom104f.pdf>

<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/ginecologia7.pdf>

### ***A la paciente se le realiza:***

***1: Atención en consulta externa.***

***2: Diagnostico evolución de la enfermedad control hormonal tratamiento del dolor y por último la cirugía.***

***3: Resección de quiste.***

***4: Resección del síndrome adherencial.***

***5: Resección del infundíbulo pélvico.***

**HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN  
METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA**

**6: Utilización de apósitos hemostáticos.**

**7: Control del sangrado y hemodinamia de paciente, signos de alarma.**

**8: Realización de una segunda intervención quirúrgica histerectomía como indicación para parar el sangrado.**

**9: Utilización de hemoderivados y unidades de sangre.**

**10: procesos realizados con indicación médica, mediante procesos y protocolos en beneficio de la paciente.**

**HISTERECTOMÍA:**

**DEFINICIÓN:**

La histerectomía abdominal es la intervención que más frecuentemente se realiza en la mujer. Antes de los 60 años, a una de cada tres mujeres se le practica la histerectomía en EE. UU., y a una de cada cinco en Gran Bretaña<sup>1</sup>. La indicación más frecuente es la masa pélvica, habitualmente los leiomiomas, pero también por los tumores ováricos. Y, en segundo lugar, el sangrado que no responde al tratamiento médico<sup>2</sup>. Las complicaciones que aparecen son de dos tipos: las propias de la cirugía abdominal (infecciones, tromboembolias, etc.) y las propias de la histerectomía abdominal. Aquí hay que distinguir: las lesiones a órganos vecinos, vejiga y recto, siendo de especial importancia las que afectan a los uréteres, por su cercanía a la arteria uterina, y, en segundo lugar, las infecciones postoperatorias, por la apertura de la vagina y su contacto con la cavidad abdominal. Por ello, se utiliza profilaxis antibiótica. La morbimortalidad de la histerectomía abdominal debemos tenerla presente porque siempre existirá, pero en nuestro ánimo está como objetivo evitarla o disminuirla todo lo posible.

**INDICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA:**

<b>ENFERMEDAD BENIGNA</b>	<b>ENFERMEDAD MALIGNA</b>
Sangrado anormal	Neoplasia cervical intraepitelial
Leiomioma / Adenomiosis	Cáncer cervical invasor
Endometriosis	Hiperplasia endometrial atípica
Prolapso de órganos pelvianos	Cáncer de endometrio
Enfermedad pelviana inflamatoria	Cáncer de ovario
Dolor pelviano crónico	Cáncer de las trompas de Falopio
Trastornos relacionados con el embarazo	Tumores gestacionales trofoblásticos

**La histerectomía se realizó como un mecanismo de disminuir y parar el sangrado por lo tanto no nos extenderemos en la descripción del proceso.**

**HOJA DE RUTA PARA LA AUDITORÍA INTERNA DEL PROCESO DE ATENCIÓN  
METODOLOGÍA PACIENTE TRAZADOR – MODALIDAD SIMPLIFICADA**

De acuerdo a la laparotomía, el médico encontró una endometriosis con adherencias por lo tanto analizamos el proceso.

**ADHERENCIAS Y ENDOMETRIOSIS**

El desenlace fatal se presenta después del tercer día de atención en la institución de tercer nivel (hospital de Caldas- SES) que la gravedad del caso ameritaba y no antes de presentar una serie de complicaciones y dificultades que desafortunadamente condujeron al de desenlace anotado.

**Bibliografía:**

- 1 Hernández, Nelson. De la responsabilidad jurídica del médico. Editorial Ateproca, 1999.
- 2 García Hernández, Tomas. Manual del médico clínico para evitar demandas judiciales. La ley actualidad S.A., 1999.
- 3 García Hernández, Tomas. Manual del médico clínico para evitar demandas judiciales. La ley actualidad S.A., 1999.
- 4 J.J. Jiménez, Carmenza; C. González-Cascos. La peritación médica en los casos de lex artis. III Congreso nacional de derecho sanitario.
- 5 Jurisprudencia, Tribunal Supremo Español, Sentencia del 16 de Abril de 1970. 6 García Hernández, Tomas. Manual del médico clínico para evitar demandas judiciales. La ley actualidad S.A., 1999.

**WILSON DIDIER CARMONA DUQUE**  
Gerente