



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO SÉPTIMO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE
TUNJA**

Carrera 11 No. 17-53 Piso 4

JUEZ: ADRIANA ROCÍO LIMAS SUÁREZ

Tunja, veinticinco (25) de octubre de dos mil diecinueve (2019)

RADICACIÓN No.	150013333015-2017-00119-00
DEMANDANTE:	OSCAR FERNANDO ZAMBRANO MÓNICA DEL ROCÍO OSORIO BLANCO LAURA JULIANA ZAMBRANO OSORIO JULIAN ZAMBRANO OSORIO MERCEDES MORA DE ZAMBRANO
DEMANDADO:	E.S.E. HOSPITAL REGIONAL VALLE DE TENZA SEDE GUATEQUE
MEDIO DE CONTROL:	REPARACIÓN DIRECTA

En virtud del informe secretarial que antecede, y en presencia de los presupuestos procesales y en ausencia de causal de nulidad alguna que invalide lo actuado, procede el Despacho a dictar sentencia de fondo dentro del proceso de la referencia.

I. LA DEMANDA

Los señores OSCAR FERNANDO ZAMBRANO, en su calidad de afectado directo, MÓNICA DEL ROCÍO OSORIO BLANCO en su condición de esposa, LAURA JULIANA ZAMBRANO y OSORIO JULIAN ZAMBRANO OSORIO en su calidad de hijos, y MERCEDES MORA DE ZAMBRANO en su calidad de madre del afectado; actuando por conducto de apoderado legalmente constituido para el efecto, acuden ante esta jurisdicción en ejercicio de la Acción de Reparación Directa prevista en el artículo 140 del C.P.A.C.A., contra la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL VALLE DE TENZA SEDE GUATEQUE, para que previos los trámites legales, en sentencia, se pronuncie en forma favorable sobre las siguientes:

1.1. Pretensiones.

Se declare administrativa y patrimonialmente responsable a la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL VALLE DE TENZA SEDE GUATEQUE, de la totalidad de los daños y perjuicios inmateriales y materiales causados a los demandantes, originados por la negligencia, impericia y descuido en la intervención quirúrgica de apendicitis, realizada al señor OSCAR FERNANDO ZAMBRANO el 28 de mayo de 2015.

Como consecuencia de la anterior declaración, solicita se condene al demandado a reconocer y pagar al demandante los siguientes perjuicios:

A. PERJUICIOS INMATERIALES:

- **Perjuicios morales:** Se solicita se condene a la parte demandada a pagar a los demandantes por concepto de perjuicios inmateriales en la modalidad de perjuicios morales, las siguientes cantidades:

- Para OSCAR FERNANDO ZAMBRANO OSORIO, el valor de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes, en su calidad de afectado directo.
- Para MÓNICA DEL ROCÍO OSORIO BLANCO, el valor de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes, en su calidad de esposa del afectado directo.
- Para LAURA JULIANA ZAMBRANO OSORIO, el valor de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes, en su calidad de hija afectado directo.
- Para JULIÁN FERNANDO ZAMBRANO OSORIO, el valor de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes, en su calidad de hijo afectado directo.
- Para MERCEDES MORA DE ZAMBRANO, 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes, en su calidad de madre del afectado directo.

- **Daño a la salud:** Se solicita se condene a la parte demandada a pagar al demandante señor OSCAR FERNANDO ZAMBRANO MORA, el valor de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes, en razón a que aún presenta cuadro clínico depresivo.

- **Daño a la vida en relación:** Se solicita se condene a la parte demandada a pagar a los demandantes OSCAR FERNANDO ZAMBRANO MORA (afectado directo), MÓNICA DEL ROCÍO OSORIO BLANCO (esposa), y MERCEDES MORA DE ZAMBRANO (madre), el valor de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes; al primero por el dolor físico que generó el desarrollo de su padecimiento y cicatrices en su cuerpo de manera permanente, como para todos por la angustia y depresiones sufridas por el hecho lesivo generador del daño.

- **Daño por bienes constitucionalmente protegidos:** Se solicita se condene a la parte demandada a pagar al demandante señor OSCAR FERNANDO ZAMBRANO MORA en su calidad de afectado directo, el valor de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes, por concepto de daño ante la pérdida de oportunidad en la pronta recuperación de su salud, causándole secuelas en su cuerpo de carácter permanente.

B. PERJUICIOS MATERIALES:

- Se solicita se condene a la parte demandada a pagar a los demandantes por concepto de perjuicios materiales, el valor estimado en \$7.500.000, por daños económicos causados, correspondientes a (i) 5.000.000 por concepto de diferencia entre lo devengado por concepto de salario y prestaciones sociales que usualmente percibía y lo cancelado por concepto de incapacidades, y (ii) 2.500.000 por concepto de pago de los servicios solicitados a la señora Emilse Mora Fula, a fin de que la misma cuidara y viera

por el bienestar de los menores Julián Fernando y Laura Juliana Zambrano Osorio, atendiendo a que la señora Mónica del Rocío Osorio –cónyuge del señor Oscar Fernando- se encontraba en la ciudad de Bogotá en condición de acompañante de su esposo en la Clínica Jorge Piñeros Corpas.

Finalmente, se solicita que se disponga (i) el reconocimiento y pago de intereses aumentado de acuerdo al incremento promedio que en el mismo periodo haya tenido el índice de precios al consumidor, sobre las sumas que resulten a favor, desde la fecha del cumplimiento del fallo hasta el día del pago en su totalidad, (ii) el cumplimiento de la condena de conformidad con el inciso tercero del artículo 192 del C.P.A.C.A., (iii) la condena en costas y agencias en derecho.

1.2. Fundamentos fácticos.

Se indica en el escrito de demanda que el 27 de mayo de 2015, a eso de las 3:00 pm, el demandante Oscar Fernando Zambrano Mora, de 41 años de edad, presentó un fuerte dolor abdominal y calambres por lo que acudió en compañía de su esposa Mónica del Rocío Osorio a la E.S.E. Hospital Regional Valle de Tenza Sede Guateque, ingresando por el servicio de urgencias, donde lo revisaron, tomaron paraclínicos y fue canalizado, suministrándole líquidos endovenosos y dejándolo en observación.

Que el 28 de mayo fue valorado por el Cirujano Michel G. Jabbour Sefair, ordenándole la toma de muestra de sangre, diagnosticándole Apendicitis Aguda "*apéndice fibrinopurulenta*", siendo por ello trasladado a la sala de cirugía, continuándose el suministro de líquido y analgésicos por el dolor presentado, razón para que fuera objeto de anestesia general previo a la realización de asepsia y antisepsia.

Se indica que el procedimiento anterior culminó con intervención quirúrgica de extracción del apéndice, realizada en horas de la madrugada del día 29 de mayo por parte del cirujano anteriormente mencionado e instrumentadora quirúrgica, quienes enviaron muestra para patología, luego de lo cual el internista –previa valoración- le dio de alta, con medicación, dieta y control por cirugía.

Que el 04 de junio acudió el demandante a control por operatorio al Centro hospitalario, sin que el médico tratante evidenciara cuadro febril por infección, a pesar que manifestaba dolor en la parte abdominal, concluyéndose por el médico tratante que se trataba de hiperalgesia en sitio de herida quirúrgica, sin prescribirle antibiótico pues manifestó encontrarlo en buenas condiciones.

Se expresa que el 12 de junio, debido a la persistencia e intensidad del dolor el demandante regresó al Centro Hospitalario por servicio de urgencias, cuyo diagnóstico de ingreso consistió en "*absceso de pared y apendicetomía probable*". Se señala que al día siguiente, esto es, el 13 de junio, el cirujano de la E.S.E. Hospital Valle de Tenza ordenó medicación y hospitalización como la práctica de ecografía de tejidos blandos abdominal, y eco abdominal total, dándole instrucciones para la ciudad de Bogotá ante la imposibilidad de su

realización allí, teniendo en cuenta que ese día no se encontraba presente el ecógrafo de la citada ESE.

Que el mismo día, en razón a su grave estado de salud, y no disponibilidad de estudios, el demandante solicitó su salida voluntaria del Hospital del Valle de Tenza a otro centro hospitalario, y que siendo las 3:11 de la tarde, ingresó por sus propios medios y en compañía de su esposa Mónica del Rocío al servicio de urgencias de la Clínica Jorge Piñeros Corpas de la ciudad de Bogotá, siendo valorado y diagnosticado *"IDX POP DRENAJE PERCUTANEO COLECCIÓN INTRA ABDOMINAL EN FOSA ILIACA DERECHA---IDX POP MEDIATO APENDICETOMIA (29 de mayo de 2015)"*.

Se sostiene que el día 14 de junio, los médicos tratantes ordenaron la realización de ecografía de tejidos blandos abdominal, y eco abdominal total, determinándose mantenerlo en observación con manejo de antibiótico y toma de paraclínicos, tendiente a descartar colecciones intraabdominales, ante la persistencia de dolor de diaforesis febrícula escalofríos, aumento de leucocitosis y de la PCR abdomen blando de olor en región del franco derecho, y que en razón a ello se ordenó toma de TAC abdominal, suspendiendo su salida por diagnóstico *"secuelas de procedimientos médicos y quirúrgicos como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de incidente del momento de efectuar el procedimiento"*.

Se informa que a los dos días siguientes, es decir, el 16 de junio se realizó el Tac, requiriendo drenaje percutáneo y ordenando su salida POT SHEC el 19 de junio. Que a los dos días siguientes acude de nuevo por servicio de urgencias por persistencia de la colección o aumento de esta, ordenándosele Tac Abdominal contrastado, y manejo de antibiótico por presentar *"bordes de sitios de inserción de dren material purulento fétido, asociado a fiebre no cuantificada, relacionada a POP a apendicetomía"*.

Se aduce que el día 24 de junio la Clínica Jorge Piñeros Corpas, servicio de imágenes diagnosticas en relación a la escenografía de abdomen con contraste, concluyó: *"COLECCIÓN INTREA Y EXTRA ABDOMINAL DE LA FOSA ILIACA DERECHA ADYACENTE A CATETER DE DRENAJE. APENDICE SECAL PARCIALMENTE OPACIFICADO EN SUS DOS TERCIOS PROXIMALES CON CAMBIOS INFLAMATORIOS DE LA PUNTA DE LA CUAL SE LOCALIZA ADYACENTE A LA COLECCIÓN DESCRITA. EXTENSA ENFERMEDAD DIVERTICULAR NO COMPLICADA DEL HEMICOLON IZQUIERDO. INFILTRACION HEPATICA LEVE"*.

Que en consecuencia al resultado de la escenografía de abdomen con contraste, al día siguiente 25 de junio de 2015, se realizó cirugía de apendicitis con absceso peritoneal al demandante, cuya nota operatoria de Cirugía General refiere *"DIAGNÓSTICO PREQUIRÚRGICO: COLECCIÓN INTRAABDOMINAL - ANTECEDENTES DE APENDICECTOMIA EXTRAINSTITUCIONAL-POP: DRENAJE PERCUTÁNEO COLECCIÓN INTRAABDOMINAL. (...) HALLAZGO: APENDICE CECAL PRESENTE A PESAR DE ANTECEDENTE QUIRURGICO - ABSCESOPERIAAPENDICULAR PARACECAL PARCIALMENTE DRENADO - ABSCESO DE PARED ABDOMINAL EN REGIÓN DE HERIDA QUIRÚGICA"*; observándose también nota marginal de: *Nombre del diagnóstico: Apendicitis aguda con peritonitis generalizada"*. *OBSERVACIONES: APENDICE CECAL PROXIMAL A PESAR DE ANTECEDENTE DE APENDICECTOMIA"*.

Se arguye que en el resultado de laboratorio de patología especializado del apéndice cecal de la primera cirugía –realizada por la ESE Hospital Regional Valle de Tenza- se indicó: *“DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICO: Se recibe apéndice cecal que mide 7 x 1.3. x 1.2 cms. Superficie externa lisa opaca. Con meso de hasta 6 cms de espesor. Al corte la luz se encuentra dilatada ocupada por material fecaloide (...) /DIAGNÓSTICO: APENDICE CECAL, APENDICECTOMIA: - APENDICITIS AGUDA FIBRINOPURULANTE - PERIAPENDICITIS”*.

Que la situación antes descrita empeoró su estado de salud anímica al demandante al presentar cuadro depresivo, tal como quedó evidenciado en su historia clínica y concretamente en la valoración realizada por Ronald Burgos Díaz y Gina Mariela Cabeza en calidad de médico general y psiquiatra, hecho que afectó y afecta su vida personal, familiar y social. Que el demandante para la fecha de los hechos y actualmente labora en la Procuraduría General de la Nación - Procuraduría de Guateque con funciones en la ciudad de Tunja en el cargo de profesional universitario devengando para la fecha de los hechos un salario mínimo de cuatro millones ochocientos sesenta y cuatro mil seiscientos diez y nueve pesos, descontándole la diferencia de la licencia de incapacidad la suma de \$1.456.110.

Se aduce que el demandante estuvo incapacitado por licencia de enfermedad un total de 50 días viéndose afectado en sus actividades laborales por la acumulación de trabajo, y descuentos por tal concepto, hechos generados de agravar su situación personal al padecer estados depresivos, que son atribuibles a la postergada recuperación a la salud del mismo, atribuibles a la negligencia y descuido con que obró el personal médico del centro hospitalario demandado por la inadecuada praxis médica en lo relacionado al manejo de apendicitis aguda, que es un procedimiento ambulatorio y terminó colocando en riesgo su vida y salud.

Que en virtud de la incapacidad médica la familia tuvo que asumir erogaciones económicas consistentes en el pago de los servicios solicitados a la señora Emilse Mora Fula a fin de que la misma cuidara y viera por el bienestar de los menores hijos, atendiendo a que la esposa demandante se encontraba en la ciudad de Bogotá en condición de acompañante de su esposo demandante en la Clínica Jorge Piñeros Corpas.

1.3 Fundamentos de derecho.

Como fundamentos de derecho, señala los artículos 2, inciso 2, 6, 13, 25, 44 y 90 de la Constitución Política de Colombia, así como el artículo 3 de la ley 100 de 1993, artículos 140, 162, 164, 166 del C.P.A.C.A., Decreto 412 de 1992 y Resolución 5261 de 1994, artículo 16 de la ley 446 de 1998, ley 1437 de 2011 y demás normas pertinentes.

77, 78, 135, 137, 138 y 139 del Código contencioso administrativo, y ley 446 de 1998.

Señala que en materia de responsabilidad del estado por la prestación del servicio médico, jurisprudencialmente se ha señalado que aplica por excelencia el título de imputación de falla en el servicio, bajo el régimen subjetivo de responsabilidad, para el cual es necesario determinar el daño antijurídico sufrido por el interesado, la falla del servicio propiamente dicha que consiste en el deficiente funcionamiento del servicio porque no funcionó cuando ha debido hacerlo, o lo hizo de manera tardía o equivocada, es decir que ese daño antijurídico sea imputable al estado en cualquiera de sus manifestaciones, y finalmente una relación de causalidad entre estos dos elementos, es decir, la comprobación de que el daño se produjo como consecuencia de la falla del servicio de la acción u omisión de la autoridad respectiva; expresando que para exonerarse de responsabilidad los médicos y centros hospitalarios deberán acreditar y probar haber actuado con la eficiencia, prudencia o idoneidad requeridas por las circunstancias propias al caso concreto.

Refiere que conforme los elementos probatorios allegados, se observa la mala praxis en el procedimiento realizado al demandante de apéndice cecal frente a la sintomatología presentada, pues teniendo un diagnóstico de apéndice cecal, necesitando únicamente una cirugía ambulatoria de extirpación del mismo, no teniendo circunstancia de complejidad alguna, el médico cirujano de la E.S.E. demandada practica un procedimiento quirúrgico no ajustado a la lex artis dado que por falta de pericia no extirpó en su totalidad el apéndice, tal como se evidencia de la atención brindada con posterioridad al accionante en la Clínica Jorge Piñeros Corpas, especialmente en la nota operatoria de Cirugía General del 25 de junio de 2015, el resultado de la escenografía de abdomen con contraste, y el Tac abdominal. Lo anterior aunado al actuar omisivo del personal médico frente a la diligencia que debieron imprimir ante la evolución sintomática del paciente, pues acudiendo con posterioridad de la cirugía el 04 de junio nuevamente a la entidad demandada con sintomatología de dolor en la parte abdominal y cuadro febril por posible infección, el médico tratante manifestó encontrarlo en buenas condiciones, solo fue hasta el 12 de junio que se dio un diagnóstico acorde a los dolores que lo aquejaban con posterioridad al procedimiento quirúrgico, que fue absceso de pared y apendicetomía probable, razón por la cual se ordenó su hospitalización el día 13 de junio, no obstante sin tener suerte tampoco en dicha ocasión, pues a pesar de ordenarse los exámenes acordes con su patología como son la práctica de ecografía de tejidos blandos abdominal, y eco abdominal total, estos no pudieron ser realizados allí, teniendo en cuenta que ese día no se encontraba presente el ecógrafo de la citada E.S.E., razón por la cual se vio en la obligación de acudir por sus propios medios a otro centro hospitalario para el mejoramiento de sus afecciones.

Manifiesta que el demandante tuvo pérdida de oportunidad de recuperar su salud en un tiempo menor al que le tomó de 50 días de incapacidad y tres meses de recuperación, y sin las consecuencias que le conllevó la segunda cirugía a la cual debió ser sometido, consecuencias tales como la cicatriz de mayor extensión, imposibilidad de realizar ciertas actividades como el poder alzar a sus hijos con

mayor facilidad, el ayudar a su esposa con los quehaceres de la casa que implican fuerza, dado que la cirugía de laparoscopia para extirpación del apéndice cecal no implica riesgo alguno, mientras no se presente ninguna circunstancia de complicación, razón por la cual la misma es realizada de forma ambulatoria, por lo que al no haberse indicado que el demandante se encontrara dentro de alguna circunstancia de complicación lo que se esperaba era que el procedimiento quirúrgico resultara exitoso, sin complicación y con fácil recuperación; por lo que el daño se constituye en la pérdida de oportunidad del demandante de recuperar su salud, y esa expectativa se vio frustrada por la errada actuación médica al no haberse extirpado en su totalidad el apéndice con la primera cirugía.

En suma, sostiene que la responsabilidad de la parte demandada se configura en razón a la omisión en la revisión y rectificación de la cirugía de apendicitis cuando los síntomas presentados por el demandante permitían inferir que el tratamiento dado a la primera patología no estaba funcionando, la omisión del cuerpo médico en el seguimiento de la condición del paciente, la omisión del cirujano tratante de hacer seguimiento prudente en la extracción total de apéndice, la interrupción en la prestación del servicio de ecografía, atendiendo al deber de la ESE de tener dicho servicio de manera continua por pertenecer a segundo nivel de complejidad.

II. TRÁMITE PROCESAL

La demanda fue presentada ante el Centro de Servicios de los Juzgados Administrativos de Tunja el 26 de julio de 2017 (Fl. 27 vto), siendo asignada por reparto al Juzgado Quince Administrativo de Tunja (Fl. 168), siendo inadmitida mediante auto de 03 de agosto de 2017 (Fl. 172-174), y luego de la subsanación respectiva, siendo admitida mediante auto de 14 de septiembre de 2017 (Fl. 181-183), ordenándose las notificaciones respectivas (Fl. 185-195). Luego del traslado legal, el extremo demandado E.S.E. Hospital Regional Valle de Tenza, allegó escrito de contestación de la demanda dentro del término respectivo (Fls. 198-232). Luego, mediante proveído de 09 de febrero de 2018 (Fl. 325), se dispuso avocar el conocimiento del asunto por parte de este estrado judicial, en virtud de lo dispuesto por el Acuerdo PCSJA17-10863 de 22 de noviembre de 2017, que dispuso el traslado del Juzgado Quince Administrativo de Tunja a la ciudad de Duitama. Luego, a través de auto de 01 de junio de 2018 (Fls. 335-337), se dispuso rechazar el llamamiento en garantía propuesto por la entidad demandada. Mediante auto de 22 de junio de 2018 (Fl. 341) se fijó fecha para llevar a cabo audiencia inicial, la cual se llevó a efecto el 18 de julio de 2018 (Fls. 344-349) decretándose las pruebas del proceso. El 19 de septiembre de 2018 (Fl. 395-403), se llevó a cabo audiencia de pruebas, practicándose las pruebas decretadas dentro del asunto. El 07 de noviembre de 2018 (Fls. 413-423), se llevó a cabo reanudación de audiencia de pruebas, practicándose las pruebas decretadas dentro del asunto. Finalmente, el 06 de marzo de 2019 (Fls. 438-439), se llevó a cabo reanudación de audiencia de pruebas, donde se cerró la etapa probatoria, se prescindió de audiencia de alegaciones y juzgamiento, y se dispuso correr traslado común a las partes por diez días para presentar alegatos de conclusión (Fl. 439), término dentro del cual, se allegó escrito

respectivo por la parte demandante (Fis. 441-450), y por la parte demandada E.S.E. Hospital Regional Valle de Tenza (Fis. 451-461), mientras que el Ministerio Público guardó silencio. Finalmente, el proceso ingresó al despacho para proferir la decisión que en derecho corresponda (Fl. 462).

III. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

3.1. E.S.E. HOSPITAL REGIONAL VALLE DE TENZA SEDE GUATEQUE: (Fis. 203-232) a través de apoderado judicial, presentó contestación a la demanda oponiéndose a la prosperidad de las pretensiones de la demanda. En primer lugar, señala que no se presenta la supuesta negligencia, impericia o descuido en la intervención quirúrgica de peritonitis realizada el 28 de mayo de 2015, toda vez que de acuerdo con lo que aparece registrado en la historia clínica que al demandante se le realizó el procedimiento quirúrgico a que había lugar de acuerdo con la patología diagnosticada por los médicos tratantes, por lo que se carece de causa para promover la acción en contra de la demandada.

Indica que al momento de la cirugía realizada en la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza no existió ninguna complicación, y que se si se produjo alguna secuela o complicación es parte de los riesgos que tiene toda cirugía como es de conocimiento público y como se le indicó al demandante dentro del consentimiento informado que obra dentro de la historia clínica, y que establece las posibles complicaciones pos quirúrgicas e incluso secuelas relacionadas con la cirugía, anotando que al momento de haberle dado de alta el día 29 de mayo de 2015, se le dieron signos de alarma para que consultara en la medida en que se presentara alguna complicación, así como también se le ordenaron exámenes de imágenes diagnósticas para poder establecer si existía una complicación y el tipo de tratamiento a seguir por parte de la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza, y entrar a determinar si era viable ordenar su remisión a una entidad de mayor nivel de complejidad, situación que no ocurrió debido a que el paciente solicitó el retiro voluntario, sin que hubiese retornado a la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza para continuar con el tratamiento o remisión a una entidad de mayor nivel de complejidad, con lo que conforme su sentir queda claramente establecido que se rompió la cadena medico paciente en lo que tiene que ver con la atención pos quirúrgica del demandante. Así mismo, señala que de acuerdo con transcripción parcial de lo consignado al aparecer en la historia clínica de la Clínica Jorge Piñeros Corpas, se re interviene al paciente y se encuentra que existió una evolución no satisfactoria de la operación inicial, que es un riesgo que puede ocurrir en cualquier cirugía y que no pudo ser corregida en la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza debido a que el paciente no volvió a consulta habiendo solicitado su salida voluntaria de la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza.

Expresa que los procedimientos y atención que haya podido recibir el paciente en otro ente Hospitalario como es el caso de la Clínica Corpas escapan a la órbita de la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza, como tampoco se indica si las valoraciones a que se alude en la demanda se realizaron en la mencionada Clínica Corpas de la ciudad de Bogotá, anotando que cualquier

alteración psicológica que pudiese haberle ocasionado en el procedimiento realizado en la Clínica Corpas nada tiene que ver con la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza, aunado al hecho que el paciente solicitó retiro voluntario del Hospital, y no volvió a consultar, impidió que la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza hubiese podido corregir la evolución desfavorable, la cual según indica es una situación fortuita y no previsible y que se puede presentar en cualquier paciente con posterioridad a un pos quirúrgico, ya que como es de conocimiento popular cada persona evoluciona de manera distinta a este tipo de procedimiento, y en la medida en que el paciente no consulte nuevamente para determinar la necesidad o no de realizar un nuevo procedimiento por una evolución desfavorable esto escapa a la órbita de manejo de la ESE Hospital Regional Segundos Nivel de Atención Valle de Tenza, y se genera una culpa de la víctima que impidió que, la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza continuase con el tratamiento que le estaba brindado en el pos quirúrgico que se cumplió por parte de la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza con la atención del demandante, a quien se le atendió en todas las oportunidades en que consultó diligentemente, sin que se hubiese podido ser remitido para realizar un nuevo procedimiento debido a que el paciente solicitó el retiro voluntario y no volvió a consultar en la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza, quedando claro que existió una prestación del servicio dentro de la oportunidad y sin que existiese una falla en la prestación del mismo, por cuanto el paciente no volvió a la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza.

Manifiesta que no es cierto ni se encuentra probado que el demandante haya sufrido quebrantos psicológicos con motivo de la atención brindada en la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza, y menos aún que dicha atención haya sido negligente o descuidada por parte del personal médico y paramédico de la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza, anotando que se le practicó la cirugía que requería de acuerdo con la patología por la que inicialmente consultó, quedando claro que si no se le hubiese practicado la apendicetomía en la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza el paciente habría fallecido, ya que de acuerdo con la literatura médica la evolución de un apéndice perforado u obstruido, puede generar sepsis generalizada en el organismo que conduce al fallecimiento de la persona si no es tratado oportunamente en menos de 48 horas, por lo que lo único que hizo la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza fue salvar la vida del paciente y atenderlo oportunamente al momento que se presenta la patología de apendicitis, habiendo realizado el procedimiento quirúrgico indicado para el efecto, que permitió que el paciente fuera dado de alta sin mayores complicaciones después de la evolución de la cirugía. Así, señala igualmente que cosa distinta es que dicha cirugía, en el pos operatorio haya tenido una evolución desfavorable, es decir, que este es un riesgo que se corre en cualquier cirugía debido a que el organismo tiene diversas formas de reaccionar en cada individuo y en el caso del demandante se produjo al parecer una reacción adversa de acuerdo con lo extractado de las afirmaciones de la demanda respecto de la atención brindada en la Clínica Jorge Piñeros Corpas, que no pudo ser determinada por parte de la ESE Hospital Regional Segundo

Nivel de Atención Valle de Tenza ni entrar a corregir los médicos tratantes la evolución desfavorable, debido a que el paciente solicitó retiro voluntario para tomarse un examen de imagen diagnóstica ordenada por el médico de la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza sin que retornara nuevamente para continuar con el tratamiento que se le estaba brindando en la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza, con lo que se rompió la cadena medico paciente y pudo empeorar la situación o condición médica del mismo al no poder ser corregida la evolución desfavorable o ser remitido a una entidad de mayor nivel de complejidad por parte de la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza, el cual no solo brindo la atención oportuna en las oportunidades que consultó el paciente, sino que realizaron el procedimiento de apendicetomía que salvo la vida del paciente, y por lo tanto no se puede establecer que existió falta en el servicio por parte de los médicos tratantes o de la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza, que brindo una atención adecuada a la patología presentada y en la medida en que consultó el paciente en el Hospital.

Sostiene que no puede existir una pérdida de oportunidad por una mera especulación de la libelista en el sentido de que era imposible haber realizado cualquier actuación por parte de la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza para la corrección de una eventual evolución desfavorable si el paciente no asiste a las consultas o citas programadas con posterioridad a la orden dada para la toma de los exámenes de diagnósticos, quedando claro que en el caso que nos ocupa no existió omisión y menos una actuación errada por parte de los médicos tratantes, habida consideración de que en primer lugar se le salvo la vida al demandante con la Apendectomía practicada, y en segundo lugar en la medida en que se presentó una evolución desfavorable en el pos quirúrgico, no es menos cierto que el paciente solicitó retiro voluntario y no volvió a consultar en la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza, motivo por el cual no existe perdida de oportunidad, cuando es el mismo paciente es el que deja de asistir a la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza, y menos aún puede existir daño al haber sido el mismo paciente que no permito la actuación médica para corregir una eventual evolución desfavorable, la cual dicho sea de paso de acuerdo con la literatura médica puede presentarse un absceso en el pimplón del tejido adyacente que puede formar un absceso plastrón en la cavidad peritoneal, que es una inflamación del tejido intervenido en la cirugía por una evolución desfavorable, lo cual no puede establecerse por parte de los médicos de la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza al no haber vuelto a consultar el paciente.

Así, señala que no es de recibo el argumento respecto de un daño a la salud y perdida de oportunidad cuando el mismo paciente optó por su retiro voluntario, por lo que no puede hablarse de una actuación errada de los médicos quienes no tuvieron la oportunidad de determinar el motivo de la evolución desfavorable por parte del paciente, y por ende no puede existir daño antijurídico relacionado con la atención brindada por los médicos tratantes de la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza, quienes por el contrario salvaron la vida del demandante al haber realizado la

apendicetomía dentro de la oportunidad requerida, y al no poder ser corregida la evolución desfavorable o ser remitido a una entidad de mayor nivel de complejidad por parte de la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza, el cual no solo brindó la atención oportuna en las veces que consultó sino que realizaron el procedimiento de apendicetomía que salvo la vida del paciente, y por lo tanto no se puede establecer que existió falla en el servicio por parte de los médicos tratantes o de la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza, que brindó una atención adecuada a la patología presentada y en la medida en que consultó el paciente en la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza.

Finalmente, propuso las excepciones de **(i)** Falta de causa petendi, teniendo en cuenta que la causa verdadera de las secuelas que pudo haber sufrido el demandante obedecieron a su propio actuar al no volver a los controles y a presentar los resultados de la ecografía ordenada por parte del médico tratante del Hospital Regional Valle de Tenza, rompiendo la cadena de atención por parte del demandante quien acudió a otros galenos y centro de atención hospitalario, por lo que las secuelas que pueda presentar el demandante obedecieron a la culpa exclusiva de la víctima y a una pérdida de oportunidad en la atención que se presentó en otras instituciones de salud como lo son Clínica Jorge Piñeros Corpas, situación con la que nada tiene que ver el Hospital Regional Valle de Tenza, y que pretende atribuirse al mismo, por lo que existe falta de causa legal para iniciar la acción por parte de los demandantes, cuando está claro que la patología presentada dentro de la evolución y tratamiento brindado por el Hospital de acuerdo con la literatura médica, podría tener una evolución no satisfactoria inicialmente por diversas causas, pero que podría ser corregida con una nueva cirugía que de acuerdo con la literatura médica debía practicarse y que como se puede observar de acuerdo con el control que hizo el Hospital y donde se le ordeno la toma de una ecografía para determinar el procedimiento a seguir, el médico tratante si hubiese tenido los resultados, había podido realizar la remisión a una entidad de mayor nivel de complejidad para que le realizarían una nueva cirugía, situación que no ocurrió por la pérdida de cadena en la atención como producto del actuar del demandante; **(ii)** Culpa exclusiva de la víctima, toda vez que el demandante rompió la cadena medico paciente al solicitar el retiro voluntario dentro de la evolución del pos quirúrgico y no volver con los resultados de los exámenes ordenados y acudir a otra institución hospitalaria que pudo generar un deterioro en su salud y que no permitió a los médicos tratantes de la ESE Hospital Regional Valle de Tenza continuar con los tratamientos prescrito al mismo, y menos una determinada evolución del pos quirúrgico para entrar a establecer si existía una evolución desfavorable con un posible absceso denominado plastrón en la cavidad peritoneal, el cual se forma de acuerdo con la literaria médica en el pliplón del tejido adyacente al intervenido en la cirugía por diversas causas que solo pueden ser determinadas con exámenes especializados que se había podido realizar si no en el Hospital en otra entidad hospitalaria en la medida en que se hubiese podido remitir al paciente cumpliendo los protocolos establecidos para el efecto; por lo que manifiesta que existió la referida excepción al interrumpir el tratamiento brindado en el Hospital, y no permitir que este realizara los tratamientos que requería el paciente o la corrección de

una eventual evolución desfavorable, la cual es frecuente en este tipo de cirugía debido a diversas causas que puede generar las complicaciones en el pos operatorio; **(iii)** Falta de causa para promover la acción, señalando que las secuelas que se hayan podido presentar no se encuentran demostradas, y que en los hechos de la demanda no se reseña la causa de la cual se derivan los supuestos perjuicios pretendidos respecto de cada uno de los demandantes, como tampoco el parentesco o condición con que comparece cada uno de ellos; **(iv)** Innominada o Genérica.

IV. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

Dentro del término establecido para el efecto, las partes presentaron sus alegatos de conclusión, así:

4.1. Parte demandante.

La apoderada judicial de la parte demandante (Fis. 441-450), allegó escrito de alegatos de conclusión, en el que en términos generales, reiteró los argumentos expuestos en la demanda, señalando que de acuerdo al estudio en conjunto de los medios de prueba allegados con la demanda, como historia Clínica, notas de enfermería, cuadro de evoluciones, procedimiento quirúrgico, resultados de la patología, y las practicadas durante el trámite procesal, se determina la mala praxis en el procedimiento realizado al demandante de apéndice cecal frente a la sintomatología presentada, pues; teniendo un diagnóstico de apéndice cecal, necesitando únicamente un cirugía ambulatoria de extirpación del mismo, y no teniendo circunstancia de complejidad alguna; el médico cirujano de la E.S.E. Valle de Tenza sede guateque práctica un procedimiento quirúrgico no ajustado a la lex artis, dado que por la falta de pericia no extirpó en su totalidad, se encontró apéndice cecal parcialmente opacificado en sus dos tercios proximales con cambios inflamatorios de la punta de la cual se localiza adyacente a la colección descrita, y Secuelas de procedimientos médicos y quirúrgicos como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de incidente del momento de efectuar el procedimiento, así como la situación presentada en razón a la imposibilidad de accesibilidad de no contar con el servicio de ecógrafo de la citada ESE; razón por la cual se vio en la obligación de acudir por sus propios medios a otro centro hospitalario para el mejoramiento de sus afecciones, sin los medios y asumiendo su propio riesgo.

Manifiesta que de las pruebas testimoniales recepcionadas en audiencias de pruebas, especialmente el testimonio técnico del doctor Edgar Fernando Aguirre Bello, Cirujano principal que práctico el segundo procedimiento quirúrgico del accionante en la Clínica Jorge Piñeros Corpas de la ciudad de Bogotá, quien explico el diagnóstico y resultado de la patología presentada por el paciente, concluyendo que de no haber actuado el demandante bajo su propio riesgo la situación hubiese desencadenando en situación lamentable tanto para él como para sus familiares, lo que para el centro hospitalario catalogo como estado de fuga de paciente, siendo que su actuar permitió salvaguardar su vida e integridad física, psicológica y moral.

Expone que en el presente caso, el daño consistió en la pérdida de oportunidad que tenía el demandante de recuperar su salud en un tiempo menor al que le tomo (50 días de incapacidad y tres meses de recuperación) y sin las consecuencias que le conllevo la segunda cirugía a la cual debió ser sometido, consecuencias tales como la cicatriz de mayor extensión, imposibilidad de realizar ciertas actividades como el poder alzar a sus hijos con mayor facilidad, el ayudar a su esposa con los quehaceres de la casa que implican fuerza. Lo anterior dado que según indica, como se acredita con el testimonio técnico, la cirugía de laparoscopia para extirpación del apéndice cecal no implica riesgo alguno, mientras no se presente ninguna circunstancia de complicación, razón por la cual la misma es realizada de forma ambulatoria; así que al no haberse indicado que el demandante se encontrara dentro de alguna circunstancia de complicación, lo que se esperaba era que el procedimiento quirúrgico resultara exitoso, es decir sin ningún tipo de complicación y con una fácil recuperación; por lo que conforme arguye, el daño en el presente caso lo constituye la pérdida de oportunidad del demandante "de recuperar su salud" y esa expectativa se vio frustrada por la errada actuación médica al no haberse extirpado en su totalidad el apéndice con la primer cirugía.

Indica que tal situación descrita se hubiese podido evitar con la debida diligencia y cuidado que se espera del galeno en el tipo de intervenciones médico quirúrgicas de apendicitis a las cuales fue sometido, con más de cincuenta (50) días de incapacidad más el tiempo que demandó su recuperación (tres meses), aunado a que, la resección del órgano afectado no se efectuó en su totalidad, pues se evidencia en el acervo probatorio en hoja de descripción quirúrgica aditada de 24 de junio de 2015 *"liberación del apéndice cecal con ligadura y sección del meso apendicular y del apéndice cecal en su base, dejando como observación "apéndice cecal proximal a pesar de antecedente de apendicectomía"*.

Señala que el demandante ha perdido su capacidad psicofísica, por el carácter permanente e irreversible del trauma psicológico que le causa lo experimentado y las cicatrices de gran extensión que le quedaron en el cuerpo, siendo imputable al Hospital del Valle de Tenza, por no haberle practicado de manera oportuna y adecuada la intervención quirúrgica, conforme a los protocolos y diagnóstico, situación que degeneró en una nueva cirugía de apendicitis cecal y peritonitis generalizada, dejando cicatrices en su cuerpo que impide el normal desarrollo de sus actividades placenteras como ir a la piscina, sauna, mar ante las secuelas de carácter permanente.

En suma, manifiesta que la responsabilidad de la ESE Valle de Tenza se configura entonces, en los siguientes hechos: i) la omisión en la revisión y rectificación de la cirugía de apendicitis cuando los síntomas presentados por el demandante Zambrano Mora permitían inferir que el tratamiento dado a la primera patología no estaba funcionando, ii) La omisión del cuerpo médico en el seguimiento de la condición del paciente, iii) la omisión del Cirujano tratante de hacer seguimiento prudente en la extracción total de apéndice, iv) La interrupción en la prestación del servicio de ecografía, atendiendo al deber de

la ESE de tener dicho servicio de manera continua por pertenecer a segundo nivel de complejidad.

3.2. E.S.E. HOSPITAL REGIONAL VALLE DE TENZA SEDE GUATEQUE:

El apoderado judicial de la entidad demandada (Fls. 451-461), allegó escrito de alegatos de conclusión, en el que en términos generales, reiteró los argumentos de la contestación de la demanda, señalando que el demandante fue valorado por el servicio de cirugía, y los médicos consideraron en su momento de acuerdo con el cuadro que correspondía a una apendicitis aguda, se indicó pasar a salas de Cirugía para la realización de Apendicetomía, bajo anestesia General, habiendo el cirujano realizado como consta en la historia clínica incisión de Macburney, encontrando apéndice Fibrinopurulento retrocecal, procediendo a practicar una apendicetomía "típica", realiza hemostasia, limpieza de la cavidad abdominal y cierre de la pared por planos, envía pieza quirúrgica para patología, siguiendo en todo momento los protocolos establecidos para este tipo de intervención, anotando que el paciente tenía una evolución postoperatoria satisfactoria, afebril, con buen control del dolor, sin signos de infección, tolerando la vía oral, hidratado, hemodinámicamente estable y sin signos de alarma por lo cual es dado de alta el día 29 de Mayo del 2015. Igualmente expresa que el 13 de junio lo valora el cirujano general evidenciando un cuadro clínico de dolor en el cuerpo, escalofrío, fiebre, malestar general, epigastralgia, tolerando dieta, Dolor en herida Quirúrgica, al examen no encuentra signos de irritación peritoneal, pero si evidencia leve induración en herida quirúrgica, ordena hidratación, omeprazol, analgesia y Ecografía Abdominal Total y de tejidos blandos de pared abdominal, por lo cual se ordenó unos exámenes diagnósticos, para lo cual la familia solicitó permiso para sacar al paciente y realizar ecografías en Bogotá y regresar a la institución.

Expresa que se debe tener en cuenta el testimonio rendido por el Dr. Marcelo Mariño Martínez Subgerente Científico del Hospital Regional Valle de Tenza, dentro del cual manifestó entre otros aspectos que el médico tratante solicitó la realización de ecografía abdominal y ecoabdominal, y que no pudo ser remitido el paciente por el retiro voluntario del mismo, y que en el Hospital Valle de Tenza se cuenta con Ecografista por evento, y va periódicamente y toma alrededor de 300 ecografías, anotando que el trámite de remisión se hace en la medida en que sea autorizada si no es una urgencia vital, y que en este caso no se pudo remitir al paciente, debido al retiro voluntario del mismo, es decir, que no se puede endilgar al Hospital Valle de Tenza negligencia en el trámite de remisión, por cuanto es claro que la misma no se pudo realizar debido al retiro voluntario que el mismo paciente confesó en su interrogatorio de parte, haciendo imposible el trámite administrativo ante la EPS para tal fin, es decir, que se perdió el vínculo medico paciente debido a que este último no reingreso a la entidad y por el contrario por sus propios medios decidió trasladarse a la ciudad de Bogotá para que le tomaran los exámenes de imágenes diagnósticas, por lo que no fue posible continuar con el tratamiento o una remisión a una entidad de mayor nivel de complejidad si así lo requería, reiterando que el Hospital siempre brindó la atención necesaria al paciente y

que si bien es cierto pudo existir alguna complicación en el posoperatorio, la misma no pudo ser tratada por los médicos del Hospital, debido al retiro voluntario del mismo y debido a que nunca reingreso al Hospital Regional Valle de Tenza.

Aduce que conforme a dicho testimonio, la patología no fue enviada por la EPS Saludcoop y no aparece el reporte de la primera patología y en la segunda patología dice que hay un remanente de una tercera parte del apéndice, pero no aparece la primera patología que es la única que puede establecer si existía alguna complicación de este tipo, lo cual no es lógico debido a que la recesión de la apéndice se hace en su totalidad, pudiendo ocurrir que debido a la recesión de la misma, y a la anatomía del paciente pudo existir una compresión de órganos que evolucionó en una complicación de infección del muñón de la apéndice que se extrajo, lo cual de acuerdo con la literatura médica es uno de los riesgos de este tipo cirugías y de lo que se había informado al paciente a través del consentimiento informado, en donde los médicos tratantes le mencionaron las posibles complicaciones y las secuelas que podía tener esta cirugía que de acuerdo con la literatura médica en cualquier cirugía pueden presentarse, sin que esto se derive de una falta de experticia o la diligencia debida para la realización del procedimiento quirúrgico.

Indica que se debe tener en cuenta igualmente el testimonio del Dr. Edgar Fernando Aguirre Bello, Médico Cirujano General del Hospital Simón Bolívar y de Compensar EPS, quien manifiesta que el paciente ingreso a la sede Saludcoop EPS en Bogotá el día 13 de Julio de 2015 a la Clínica Corpas con IDX Impresión diagnósticas Chec atención domiciliaria, anotando que la atención no es individualizada por el sistema de turnos de los médicos, con aparente complicación de cirugía con absceso interabdominal que es una complicación frecuente en este tipo de procesos, para lo cual se ordenó la toma de ecografía y TAC abdominal, resaltando el hecho entre otras cosas como lo manifiesta el testigo que este tipo complicaciones de acuerdo con su experiencia son frecuentes y en el caso particular se evidenció una colección en el sitio del apéndice que se podía drenar o realizar cirugía, anotando que el drenaje es la técnica más común, la cual se realizó el día 18 de junio, con evolución inicial favorable dando salida al apaciente para su manejo en casa por chec.

Así mismo, señala que en el testimonio rendido por el Dr. Ricardo Pineda Chillan Cirujano del Hospital Regional Valle de Tenza Profesor de la Universidad Juan N. Corpas, manifestó que el día 13 de julio de 2015 ingresa el paciente y no es posible tomar ecografía HPNT y se recomienda volver a control por consulta externa, por lo que el día 10 de julio de 2015, doce días antes se había realizado la cirugía, el control fue normal, con leve induración en la cicatriz y con dolor en fosa iliaca derecha, se indica manejo con ibuprofeno y paños de agua, consultando nuevamente y se solicita ecografía de tejidos blandos y abdominal total, anotando que no había Ecografista permanente en el Hospital, por lo que el paciente manifiesta que se tomaría las ecografías y volvería a la institución, es decir, que existió un retiro voluntario por el paciente al no querer esperar a que en el Ecografista al servicio del Hospital

Regional Valle de Tenza le tomara la misma, resaltando el hecho de que el paciente no volvió a consultar en el Hospital Regional Valle de Tenza, por lo que se considera que el mismo "se fugó" de acuerdo con los protocolos establecidos y las guías de manejo en la medida en que el paciente no atendiera las indicaciones de volver a consultar, y no indica el motivo por el cual no vuelve a consultar, se anota dentro de la historia clínica como "fuga del paciente" que fue lo que sucedió en este caso, quedando claro como se dijo anteriormente en este caso en particular se rompió el vínculo del paciente con los médicos tratantes, haciendo imposible para el Hospital Regional Valle de Tenza realizar la remisión que hubiese requerido el paciente y entrar a determinar la complicación que pudiese existir en el pos operatorio.

Finalmente, arguye que es claro que la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza le practicó la cirugía que requería de acuerdo con la patología por la que inicialmente consultó, quedando claro que si no se le hubiese practicado la Apendicetomía en la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza el paciente habría fallecido, ya que de acuerdo con la literatura médica la evolución de un apéndice perforado u obstruido, puede generar sepsis generalizada en el organismo, que conduce al fallecimiento de la persona si no es tratado oportunamente en menos de 48 horas, por lo que quiere ello decir que lo único que hizo la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza fue salvar la vida del paciente y atenderlo oportunamente al momento que se presenta la patología de apendicitis, habiendo realizado el procedimiento quirúrgico indicado para el efecto, que permitió que el paciente fuera dado de alta sin mayores complicaciones después de la evolución inicial de la cirugía; y que situación distinta es que dicha cirugía en el pos operatorio haya tenido una evolución desfavorable, es decir, que este es un riesgo que se corre en cualquier cirugía debido a que el organismo tiene diversas formas de reaccionar en cada individuo y en el caso del demandante se produjo al parecer una reacción adversa de acuerdo con lo extractado del dicho de los testigos e incluso del interrogatorio de parte rendido por parte del demandante y de las afirmaciones de la libelista respecto de la atención brindada en la Clínica Jorge Piñeros Corpas, que no pudo ser determinada por parte de la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza ni entrar a corregir los médicos tratantes la evolución desfavorable, debido a que el paciente solicitó retiro voluntario para tomarse las imágenes diagnósticas ordenadas por el médico tratante de la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza, sin que retornara nuevamente para continuar con el tratamiento que le estaba brindando la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza, con lo que se rompió la cadena médico paciente, lo cual pudo empeorar la situación o condición médica del mismo, por lo que no puede existir una pérdida de oportunidad por una mera especulación en el sentido de que era imposible haber realizado cualquier actuación por parte de la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza para la corrección de una eventual evolución desfavorable si el paciente no asiste a las consultas o citas programadas con posterioridad a la orden dada para la toma de los exámenes diagnósticos,

En tal sentido, sostiene que queda claro que en el caso que nos ocupa no existió omisión y menos una actuación errada por parte de los médicos tratantes, habida consideración de que en primer lugar se le salvo la vida al demandante con la Apendectomía practicada, y en segundo lugar en la medida en que se presentó una evolución desfavorable en el pos quirúrgico, no es menos cierto que el paciente solicitó retiro voluntario y no volvió a consultar en la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza, motivo por el cual no existe pérdida de oportunidad, cuando es el mismo paciente el que deja de asistir a la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza, y menos aún puede existir daño al haber sido el mismo paciente que no permito la actuación médica para corregir una eventual evolución desfavorable, la cual de acuerdo con la literatura médica puede presentarse un absceso en el pimplón del tejido adyacente que puede formar un absceso plastrón en la cavidad peritoneal, que quiere ello decir que es una inflamación del tejido intervenido en la cirugía por una evolución desfavorable, lo cual no puede establecerse por parte de los médicos de la ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza al no haber vuelto a consultar el paciente, y específicamente no haber sido remitida la patología inicial por parte de Saludcoop EPS para determinar el tipo de tejido y las patologías colaterales que pudiese presentar dicho tejido, es decir, que no existe un examen de patología certero dentro del proveído y las pruebas arrimadas al proceso que establezca sin asomo de duda que existió el tipo complicación que existió de acuerdo con el dicho de los médicos que rindieron sus testimonios.

3.3. Ministerio Público.

Guardó silencio.

V. CONSIDERACIONES

5.1. Problema jurídico.

El presente asunto se contrae a establecer si la E.S.E. Hospital Regional Valle de Tenza Sede Guateque, es extracontractual y administrativamente responsable por los daños causados a los demandantes, por la presunta negligencia y omisiones en el servicio médico del señor Oscar Fernando Zambrano Mora, traducida en la falla en el servicio médico generada en la intervención de apendicetomía realizada al demandante el 28 de mayo de 2015 con ocasión del diagnóstico de "Apendicitis Aguda", en la cual no le fue extraída la totalidad de la apéndice, lo cual derivó en otra intervención quirúrgica de "Apendicetomía con Drenaje de Peritonitis Localizada" realizada el 24 de junio de 2015 en la Clínica Jorge Piñeros Corpas de Saludcoop, con ocasión del hallazgo de "Apéndice Cecal presente a pesar de antecedente quirúrgico".

5.2 Marco jurídico aplicable y resolución del caso concreto.

En aras de resolver el problema jurídico propuesto, se abordará el análisis de los siguientes puntos: **(i)** imputación fáctica; **(ii)** cláusula general de

responsabilidad del Estado; **(iii)** requisitos de la responsabilidad del Estado; **(iv)** falla en el servicio médico y, **(v)** el caso concreto.

5.2.1. Imputación fáctica

La parte demandante señala que el sujeto que conforma el extremo pasivo de la litis es objetivamente responsable, por los perjuicios causados a los demandantes, por la presunta negligencia y omisiones en el servicio médico del señor Oscar Fernando Zambrano Mora, traducida en la falla en el servicio médico acaecida en la intervención de apendicetomía realizada al demandante el 28 de mayo de 2015 con ocasión del diagnóstico de "Apendicitis Aguda", en la cual no le fue extraída la totalidad de la apéndice, lo cual derivó en otra intervención quirúrgica de "Apendicetomía con Drenaje de Peritonitis Localizada" realizada el 24 de junio de 2015 en la Clínica Jorge Piñeros Corpas de Saludcoop, con ocasión del hallazgo de "Apéndice Cecal presente a pesar de antecedente quirúrgico".

5.2.2. De la cláusula general de responsabilidad del Estado.

La cláusula general de responsabilidad del Estado consagrada en el artículo 90 de la Constitución Política, parte del concepto de daño antijurídico imputable al Estado a causa de una acción u omisión de las autoridades públicas. Este elemento esencial del daño corresponde a la concepción del Estado Social de Derecho como servidor de los derechos fundamentales de las personas para lo cual las autoridades de la república están para garantizar y proteger dichos derechos (Art. 2 CP), por ello responden no sólo por el incumplimiento de la ley sino por acción, omisión o extralimitación en sus funciones (Art. 6 y 122 CP). El Estado Social de Derecho se define estructuralmente no sólo por las garantías estáticas sino también por las dinámicas de la protección y promoción de los derechos, por esta razón las funciones públicas que asume no son simples dispositivos normativos sino verdaderas obligaciones normativas con efectos jurídicos que invade todo el ordenamiento jurídico y permite asegurar o garantizar los derechos de las personas.

De conformidad con lo anterior, el Estado tiene el deber de responder patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas, norma que le sirve de fundamento al artículo 86 del Código Contencioso Administrativo que consagra la Acción de reparación directa, cuyo ejercicio dio origen al presente proceso y que establece la posibilidad que tienen los interesados de demandar la reparación del daño cuando su causa sea un hecho, una omisión, una operación administrativa o la ocupación temporal o permanente de un inmueble por causa de trabajos públicos o por cualquier otra causa imputable a la entidad pública.

5.2.3 De los requisitos de la responsabilidad del Estado.

Toda responsabilidad patrimonial del Estado debe partir, en primer lugar, por examinar la existencia del **daño antijurídico**, "entendido como la lesión a un derecho o bien jurídico o interés legítimo que los demandantes no están obligados

a soportar"¹. Es decir, los ciudadanos tienen derecho al disfrute pacífico y pleno de sus derechos fundamentales y sólo pueden ser limitados o restringidos, por medio de la ley debidamente validada constitucionalmente, lo cual implica que el ciudadano tiene el deber de tolerar estas limitaciones (Art. 95 CP). Ahora, toda intervención del Estado en los derechos de los ciudadanos de manera injustificada, por lo general, deben ser reparados. Este elemento fáctico debe estar debidamente probado.

El otro elemento de la responsabilidad es **la imputación**, con el fin de establecer si el daño antijurídico es atribuible a alguna autoridad pública y específicamente a la entidad demandada, o si por el contrario fue producto de la actuación de un tercero. La imputación del daño antijurídico es la posibilidad de atribuir el resultado o hecho objeto del proceso al obrar de un sujeto llamado autoridad pública, y lo será siempre que ésta lo haya producido por acción u omisión.

Finalmente, la responsabilidad es el llamado **nexo causal**, que como ha aclarado el Consejo de Estado², este constituye un concepto estrictamente naturalístico que sirve de soporte o elemento necesario a la configuración del daño, otra cosa diferente es que cualquier tipo de análisis de imputación, supone, *prima facie*, un estudio en términos de atribuibilidad material (*imputatiofacti* u objetiva), a partir del cual se determina el origen de un específico resultado que se adjudica a un obrar –acción u omisión–, que podría interpretarse como causalidad material, pero que no lo es jurídicamente hablando porque pertenece al concepto o posibilidad de referir un acto a la conducta humana, que es lo que se conoce como imputación.

*"No obstante lo anterior, la denominada imputación jurídica (imputatio iure o subjetiva) supone el establecer el fundamento o razón de la obligación de reparar o indemnizar determinado perjuicio derivado de la materialización de un daño antijurídico, y **allí es donde intervienen los títulos de imputación que corresponden a los diferentes sistemas de responsabilidad que tienen cabida tal como lo ha dicho la jurisprudencia en el artículo 90 de la Constitución Política.**"³ (Negritas del Despacho)*

En el ámbito jurídico la atribución de una consecuencia jurídica (sanción) supone que haya habido una vulneración de una proposición jurídica que imponía un deber u obligación, por lo tanto resulta evidente que a partir del concepto de causalidad es insuficiente atribuir un resultado dado que *"es posible que un determinado suceso tenga origen material en una específica conducta (causa material), pero las consecuencias del mismo sean atribuidas a un tercero (v.gr. la responsabilidad por el hecho de las cosas, o por el hecho de otro; la posición de garante)"*⁴.

5.2.4 Del servicio de salud - falla en el servicio médico.

¹ Consejo de Estado, sección tercera, expediente: 50001233100019 9904688 O.i., radicación interna no.: 17.994 del 26 de marzo de 2009, cp. Enrique Gil Botero.

² *Ibidem*.

³ Consejo de Estado, sentencia de 12 de julio de 1993, Expediente No. 7622, M.P. Dr. Carlos Betancur Jaramillo, citada en *ibidem*.

⁴ En la responsabilidad del Estado la imputación no se identifica con la causalidad material, pues la atribución de la responsabilidad puede darse también en razón de criterios normativos o jurídicos" (Se resalta) Sentencia proferida por la Sección Tercera del Consejo de Estado, de 21 de febrero de 2002 expediente 14215.

Acorde con los hechos en que se sustenta la demanda, advierte el Despacho que el presente asunto debe abordarse bajo la óptica de la falla en el servicio, pues se imputa al sujeto que conforma el extremo pasivo de la litis, la presunta negligencia y omisiones en el servicio médico del señor Oscar Fernando Zambrano Mora, traducida en la falla en el servicio médico acaecida en la intervención de apendicetomía realizada al demandante el 28 de mayo de 2015 con ocasión del diagnóstico de "Apendicitis Aguda", en la cual no le fue extraída la totalidad de la apéndice, lo cual derivó en otra intervención quirúrgica de "Apendicetomía con Drenaje de Peritonitis Localizada" realizada el 24 de junio de 2015 en la Clínica Jorge Piñeros Corpas de Saludcoop, con ocasión del hallazgo de "Apéndice Cecal presente a pesar de antecedente quirúrgico".

Mediante providencia de 12 de junio de 2017⁵, el Consejo de Estado se refirió al régimen de responsabilidad aplicable en casos en que se discute la responsabilidad extracontractual del Estado por daños causados con ocasión de las actividades médico-sanitarias. En tal sentido, la citada providencia evocó que, en casos en los cuales se ventila la acción imperfecta de la Administración o su omisión, como causa del daño reclamado, el título de imputación aplicable es el de la falla del servicio⁶.

Indicó la Máxima Corporación que *"...frente a supuestos en los cuales se analiza si procede declarar la responsabilidad del Estado como consecuencia de la producción de daños provenientes de la atención médica defectuosa, se ha retornado, como se verá, a la teoría clásica de la falla probada..."* (Negrilla fuera de texto).

En dicha oportunidad, decantó la jurisprudencia que es necesario efectuar el contraste entre el contenido obligacional que, en abstracto, las normas pertinentes fijan para el órgano administrativo implicado, de un lado, **y el grado de cumplimiento u observancia del mismo por parte de la autoridad demandada en el caso concreto**, para lo cual hizo referencia a lo expuesto en sentencia de 8 de marzo de 2007, en donde se había expuesto que en aquellos casos en que se imputa responsabilidad a la administración por el incumplimiento o el cumplimiento defectuoso de sus obligaciones, la determinación de si el daño causado al particular tiene el carácter de daño antijurídico, *"...depende de acreditar que la conducta de la autoridad fue inadecuada..."*, concluyendo que si el daño que se imputa deriva del incumplimiento de un deber que legalmente le corresponde, o de su cumplimiento inadecuado, *"...la antijuridicidad del daño surgirá entonces aquí de dicha conducta inadecuada, o lo que es lo mismo, de una FALLA EN EL SERVICIO..."*. Se citó entonces el siguiente aparte:

*"...2.- Para determinar si aquí se presentó o no dicha falla del servicio, debe entonces previamente establecerse **cuál es el alcance de la obligación legal***

⁵ CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera - Subsección A. Consejera Ponente: Marta Nubia Velásquez Rico. Sentencia de 12 de junio de 2017. Rad.: 25000-23-26-000-2004-01763-01 (42496). Actor: Miguel Antonio Aguilar Pérez y Otros. Demandado: Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá y otros.

⁶ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del marzo 8 de 2007, Exp. 27.434, C.P. Mauricio Fajardo Gómez.

*incumplida o cumplida inadecuadamente por la administración. Debe precisarse **en qué forma debió haber cumplido el Estado con su obligación; qué era lo que a ella podía exigírsele;** y, sólo si en las circunstancias concretas del caso que se estudia se establece que no obró adecuadamente, esto es, que no lo hizo como una administración diligente, su omisión podrá considerarse como causa del daño cuya reparación se pretende.*

*"La falla de la administración, para que pueda considerarse entonces verdaderamente como causa del perjuicio y comprometa su responsabilidad, no puede ser entonces cualquier tipo de falta. Ella **debe ser de tal entidad que, teniendo en cuenta las concretas circunstancias en que debía prestarse el servicio, la conducta de la administración pueda considerarse como 'anormalmente deficiente'**"⁷ (Negrilla fuera de texto).*

En el precitado pronunciamiento de 12 de junio de 2017, recordó el Consejo de Estado que, por un tiempo, la jurisprudencia Contencioso Administrativa aceptó que el título de imputación jurídica que permitía establecer la responsabilidad médica fuera la falla presunta. Sin embargo, se dilucidó en dicho pronunciamiento que *"...se retomó la senda clásica de la responsabilidad subjetiva o falla probada⁸, por lo que en la actualidad, según esta sub-regla jurisprudencial, deben ser acreditados en este punto tres elementos inexcusables por parte del actor, a saber: i) **el daño;** ii) **la falla en el acto médico** y iii) **el nexo causal,** sin los cuales improcedente se hace la condena del Estado por esta vía..."* (Negrilla fuera de texto).

Así las cosas, se concluye que aunque en algún momento de la historia se aceptó el régimen objetivo de responsabilidad para abordar el estudio de casos originados en el acto médico, actualmente, conforme lo precisó la misma jurisprudencia del Órgano Vértice de la Jurisdicción en el fallo precitado, *"...se moderó esa tesis, pues no es un régimen de tal naturaleza el que permite analizar la imputación de un caso del talante del que se estudia, **sino uno subjetivo con flexibilización frente al rigor de la prueba de la falla...**"*.

Ahora bien, la jurisprudencia del Consejo de Estado también ha depurado que la responsabilidad por daños causados con ocasión de la actividad médica, puede involucrar dos (2) aspectos: el primero de ellos, **el acto médico propiamente dicho** *"...que se refiere a la intervención del profesional médico en sus distintos momentos y comprende particularmente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas..."*⁹ y el segundo, **"...todas aquellas actuaciones previas, concomitantes y posteriores a la intervención del profesional médico, que operan desde el momento en que la persona asiste o es llevada a un centro médico estatal, actividades que están a cargo del personal paramédico o administrativo..."**¹⁰. Frente a tales aspectos, se dijo en pronunciamiento de 27 de abril de 2011¹¹:

⁷ *Ibidem.*

⁸ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 26 de marzo de 2008, exp. 15.725, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

⁹ Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia de 27 de abril de 2011. Rad.: 17001-23-31-000-1996-7003-01 (20374). C.P.: Ruth Stella Correa Palacio. Actor: Luis Evelio Ospina Franco y otros.

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ *Ibid.*

"...Sobre la distinción entre el acto médico propiamente dicho y los actos anexos que integran el llamado "acto médico complejo", la Sala ha tenido oportunidad de pronunciarse en repetidas oportunidades y ha acogido la clasificación que sobre tales actos ha sido realizada por la doctrina en: (i) actos puramente médicos, que son realizados por el facultativo; (ii) actos paramédicos, que lo son las acciones preparatorias del acto médico y las posteriores a éste; que regularmente, son llevadas a cabo por personal auxiliar, tales como suministrar suero, inyectar calmantes o antibióticos, controlar la tensión arterial, etc. y (iii) actos extramédicos, que están constituidos por los servicios de hostelería, entre los que se incluyen el alojamiento, manutención, etc. y obedecen al cumplimiento del deber de seguridad de preservar la integridad física de los pacientes.¹²..."

Así entonces, la responsabilidad del Estado en estos casos, se extiende a todos los ámbitos de la actividad médica, tal es así que se ha reiterado que la falla en el servicio médico puede presentarse "...**desde el momento en que la persona ingresa al centro médico y cubija no sólo los llamados actos puramente médicos o realizados por el profesional de la salud, sino también los actos preparatorios o posteriores** al igual que los servicios de hostelería prestados por la institución."¹³ (Negrilla fuera de texto); que en todo caso, hacen parte del actuar de la Entidad pública.

De igual forma, se ha referido a la responsabilidad del Estado por daños producidos como consecuencia de omisiones en las actividades relacionadas con el acto médico o quirúrgico, al referir que es obligación de las entidades hospitalarias mantener la seguridad de sus pacientes en las instituciones hospitalarias, en los siguientes términos: "En relación con la responsabilidad del Estado por los daños que se producen como consecuencia de errores u omisiones en las actividades conexas al acto médico o quirúrgico propiamente dicho, se registran en la jurisprudencia de la Corporación casos, como: (i) lesiones debidas a una vigilancia inadecuada, que ocasionan caída de camillas; (ii) la falta de mantenimiento de los equipos o instrumentales; (iii) la omisión o el error en el suministro o aplicación de medicamentos; (iv) falta de diligencia en la adquisición de medicamentos, y (v) lesiones causadas dentro de la institución hospitalaria. Un desarrollo particular se ha dado en la jurisprudencia a la obligación de seguridad que deben prestar las entidades hospitalarias, tema en relación con el cual la jurisprudencia de la Sala ha tenido oportunidad de señalar que el deber de seguridad de los hospitales y clínicas, se contrae a impedir que el paciente no sufra ningún accidente en el curso o con ocasión de la atención médica que se le preste, y que dentro de este deber se incluyen los de "custodia y vigilancia" cuando se trata de establecimientos para enfermos mentales, pero que no se extiende a brindar protección a los pacientes frente a actos de terceros, salvo que se trate de "situaciones especiales en las que los administradores de los hospitales deben extremar las medidas de control y vigilancia de los pacientes, dadas las condiciones de riesgo en que éstos pueden encontrarse."¹⁴

¹² Consejo de Estado. Tercera. Sentencia del 27 de abril de 2011. Radicación número: 17001-23-31-000-1995-05004-01(20368). C.P.: Ruth Stella Correa Palacio. Actor: María Ofir Muñoz López y otros

¹³ Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia del 28 de marzo de 2012. Radicación número: 25000-23-26-000-1994-09658-01(20941). Consejero ponente: Olga Meliá Valle De La Hoz. Actor: Carlos Alberto Guzmán Soriano y otro

¹⁴ Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia del 27 de abril de 2011. Radicación número: 17001-23-31-000-1995-05004-01(20368). C.P.: Ruth Stella Correa Palacio. Actor: María Ofir Muñoz López y otros

Finalmente, debe decirse que en los casos en que la falla en el servicio médico tiene su origen en el error en el diagnóstico, se ha señalado que esta falla es propia del acto médico propiamente dicho, siendo uno de los principales aspectos de la actividad médica en tanto de sus resultados se construye lo que corresponde al tratamiento médico, relacionándose comúnmente la falla en este tipo de actividad a la "(...) *indebida interpretación de los síntomas que presenta el paciente o a la omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto(...)*"¹⁵, razón por la que se puede afirmar que existe falla del servicio cuando "(...) *no se agotan los recursos científicos y técnicos al alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente(...)*"¹⁶, en virtud de un diagnóstico no conclusivo cuando los síntomas presentados pueden asociarse a distintas patologías.

5.2.5 Caso concreto.

De acuerdo con lo expuesto en precedencia, corresponde al Despacho hacer el estudio del caso en concreto determinando si se presentan los tres elementos configurativos de la responsabilidad patrimonial del Estado:

- a) Un daño antijurídico.
- b) Una conducta de la Administración que pueda calificarse como "*anormalmente deficiente*".
- c) Un nexo de causalidad entre el daño y la conducta deficiente de la Administración, es decir, que el resultado (el daño) le sea imputable al Estado, vale repetir, que sea consecuencia directa de la acción u omisión del servidor público.

5.2.6.1 De la existencia del daño.

De acuerdo con el artículo 90 de la Carta Política, "[e]l Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas". Al respecto, esta Corporación ha precisado que aunque el ordenamiento no prevé una definición de daño antijurídico, éste hace referencia a "*la lesión de un interés legítimo, patrimonial o extrapatrimonial, que la víctima no está en la obligación de soportar, que no está justificado por la ley o el derecho*"¹⁷.

El daño como elemento de responsabilidad estatal, constituye desde la óptica de los hechos un fenómeno de orden físico, esto es, la aminoración o alteración de una situación favorable de la persona (elemento material); ahora, la calificación de su antijuridicidad depende de su oposición directa con el ordenamiento jurídico, en la medida en que éste no imponga la obligación de soportar la carga dañosa (elemento formal)¹⁸.

¹⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera. Magistrada Ponente: Ruth Stella Correa Palacios. Sentencia del 27 de abril de 2011. Expediente No. 19846

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 2 de marzo de 2000, expediente 11945, C.P. María Elena Giraldo Gómez.

¹⁸ C.f. Adriano de Cupis, El Daño, Teoría General de la Responsabilidad Civil. Traducción de la Segunda Edición italiana. Barcelona, Bosch, 1975, p. 84.

Para efectos de acreditar el daño dentro del presente proceso, se tiene lo siguiente:

Dentro del plenario, se encuentra acreditado que el demandante señor Oscar Fernando Zambrano Mora, tuvo un cuadro clínico de 12 horas de evolución consistente en dolor de estómago, con ocasión de una apendicitis aguda, frente a la cual tuvo que ser intervenido quirúrgicamente mediante un procedimiento de apendicetomía. En efecto, así se desprende de lo consignado en varios apartes de los documentos que conforman las historias clínicas allegadas al plenario¹⁹ y vistas a folios 41-91 y 92-142, tal como se describirá a continuación:

El día **27 de mayo de 2015**, el demandante ingresó por el servicio de urgencias al Hospital Regional Valle de Tenza, conforme se señala en la Historia Clínica de Hospitalización y Epicrisis vista a folio 41-42 y 67, con motivo de consulta de dolor de estómago, siendo efectuado un diagnóstico de ingreso de apendicitis aguda, señalándose lo siguiente:

Historia clínica de urgencias

27-05-15 15+00

Motivo consulta: *Me duele el estomago*

Enfermedad actual: *Paciente refiere cuadro de 12 horas de evolución constante dolor de estómago...*

(...)

Historia de hospitalización y epicrisis hospital regional valle de Tenza

Fecha de ingreso: 27-05-2015

Hora: 18+00

Nombre del paciente: *Oscar Fernando Zambrano Mora*

Diagnóstico de ingreso: Apendicitis Aguda Códigos: K-359

Enfermedad Actual: *Paciente quien refiere cuadro clínico de 12 horas de evolución, consistente en dolor en epigastrio que se irradia a PID, niega fiebre o nauseas.*

(...)

Antecedentes:

Patológicos: *Gastritis*

Farmacológicos: *Paracetina*

Revisión por sistemas: *Buen estado General*

ESTADO GENERAL:

SIGNOS VITALES: TA: 135/99 x min FC: 105 x min, FR: 20 x min, Tº 36, PESO 95 Kg

Cabeza: *Normocefala*

Ojos: *Pinral*

Orl: *Mucosa semiseca*

Cuello: *móvil*

Tórax: *Simétrico*

Cardiopulmonar: *RC Rítmico, no soplo, MV audible no ruidos agregados*

Abdomen: *Blando, depresible, con dolor en PID, Blumberg + no signos de irritación peritoneal*

ANALISIS DEL CASO:

Paciente que se revalora y se dx Apendicitis aguda se indica pasar a salas de cirugía encontrándose apéndice fibrinopurulenta, pte presenta hemodinamia estable.

DIAGNOSTICOS:

Apendicitis aguda

PLAN DE TRATAMIENTO:

VOM

Firma: *Lina Fernanda Tarazona Sandoval Médico Elam.*

Frente a lo anterior, reposan las siguientes notas de evolución y notas de enfermería, según folios 44 y 65 de las diligencias:

EVOLUCIÓN:

¹⁹ Correspondientes a la del Hospital Regional Valle de Tenza y a la de la Clínica Jorge Piñeros Corpas de Bogotá.

7:30 am Dr. Michel G. Paciente con dolor abdominal desde la mañana de hoy. Al examen físico aceptable condiciones generales. Abdomen blando, doloroso a la palpación. No hay signos de irritación peritoneal. Se deja en observación para nueva valoración x cirugía.

(...) Notas de enfermería:

15+00: Recibo pte que ingresa por un dolor abdominal. Se controlan SV dentro de normalidad. Dr. Sorian valora y ordena tomar paraclínicos y canalizar.

16+15: Se canaliza pte con X elco 20 en MSI pliegue con UR se pasa bolo 1000 cc ahora y se continúa y se tomaron paraclínicos ordenados.

18+00 Dr. Sorian revalora paciente y ordena dejar en observación y continuar LEV a 100 cc, se lleva pte a cama, se deja acostado

19+00 queda paciente en la unidad cama 2 alerta conciente con LEV en MSI... Tomar CH de control a las 22+00 por orden médica.

7+25 se toman signos vitales, se grafican

7+30 pte es valorado por el Dr. Mishel cirujano

21+10 se traslada pte a servicio hospitalización conciente alerta caminando pte manifiesta no querer irse en silla de ruedas se deja en unidad 13 con LEV, Pte que ingresa al servicio de urgencias acompañado de Flia y auxiliar enfermería

22:30 pte duerme tranquilo

24:00 pte tranquilo manifiesta pequeños punzos en abdomen derecho".

El día **28 de mayo de 2015**, se consignan las siguientes anotaciones de notas de enfermería (Fls. 44-45,47) respecto del servicio hospitalario del demandante en el Hospital Regional Valle de Tenza:

"2:15 Cirujano Dr. Michell valora pte solicita tomv muestra de sangre y se lleva a laboratorio

2:30 pte tranquilo en la U

3:00 Se canaliza vena con venocth 18 y 1 Ringer... rápido

3:30 Se pasa pte a salas de CX con 1 Ringer a chorro

3:35 Ingresa paciente al servicio se CX en silla de ruedas alerta despierto orientado con acceso venoso en MSI pasando lactato de Ringer

4+00 Se pasa a sala de CX 1 se ubica en mesa quirúrgica se monitoriza con signos

4+20 Dr. Diana da anestesia raquídea se circula. Durante manipulación de cavidad abdominal el paciente refiere dolor por la razón que la Dr. Diana da anestesia general, se circula.

Dr. Tatiana realiza asepsia y antisepsia. Dr. Michel inicia procedimiento en compañía de instrumentadora. Se observa extracción apéndice para patología se recolecta, paciente estable. Finaliza procedimiento satisfactoriamente dejando herida intra abdominal cubierta...

5+30 Sale paciente recuperacion en camilla todo bajo efectos de anestesia con líquidos cegrrados.

7:00 entrega paciente en sala de recuperacion acostado con camilla con barandas arriba, paciente alerta orientado con acceso venoso

7+10 Recibo pte en la unidad de recuperacion de apendicetomía...

8+00 am pte para el servicio, Pte que sale de la sala de cirugía en camilla conciente. Esta canalizado

12:30 pte estable

14:30 pte descansa tranquilo

18:30 pasa tranquilo el día

19:00 queda acostado esta con LED en MSI pasando L. de Ringer

19:00 Recibo pte despierto pos-operatorio apendicetomía, pte canalizado"

Ese mismo día, fue llevada a cabo intervención quirúrgica de apendicitis aguda, frente a la cual, se consignan las siguientes anotaciones en el informe quirúrgico (Fl. 61), así como en el registro e informe de anestesia (Fls. 62-63):

"INFORME QUIRURGICO:

B. DIAGNOSTICO:

PREOPERATORIO: Apendicitis aguda

POST-OPERATORIO: Apendicitis aguda

C. INTERVENCION PRACTICADA Y TIPO DE ANESTESIA:

28-05-15 Hora comienzo: 4:30, Hora Terminó: 5:30

Intervención practicada: APENDICECTOMIA

Tipo anestesia: General

D. DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS OPERATORIOS, PROCEDIMIENTOS Y COMPLICACIONES:

Incisión de McBurney o Diele por planos. Abertura de la cavidad abdominal. Hallazgos: Apéndice Fibrinopurulenta retrocecal. Se practica apendicetomía típica. Hacemos la limpieza de la cavidad abdominal y sutura de la pared por planos. Dr. Michel Jabbour Sefair."

REGISTRO DE ANESTESIA:

OBSERVACIONES: Monitorización básica previa asepsia y antisepsia de región lumbar, jabón anestésico..., se realiza punción lumbar, se administra medicamento, esperamos tiempo deseado se obtiene bloqueo motor y sensitivo adecuado. Durante manipulación de cavidad abdominal el paciente refiere dolor, razón por la cual se decide cambiar método a general... inducción lenta controlada, sin complicaciones... signos de recuperación incompletos, se descuariza, ventilación espontánea adecuada... se extuba, sin complicaciones. Sale bien de sala, se traslada a recuperación".

El día **29 de mayo de 2015**, se consignan las siguientes anotaciones de notas de enfermería (Fl. 46) y de epicrisis continua (Fl. 5657) respecto del servicio hospitalario del demandante en el Hospital Regional Valle de Tenza, dándose salida por alta hospitalaria:

"2:00 am pte estable. Duerme

7:00 am. Pte en unidad despierto con lactato de Ringer, paso estable durante la noche

Recibo pte en unidad, conciente dinámico con líquidos endovenosos con dieta ordenada, con curación, paciente acepta los medicamentos y se baña, se le arreglo la unidad – deambula para el servicio.

Lo valora el internista y le ordena salida. Se le controlan SIV estables control por cirugía en 15 días y formula médica y se lleva historia a caja.

(...)

EPICRISIS CONTINUA

Paciente quien se encuentra afebril, con buen control del dolor, sin signos de infección, tolerando vía oral, hidratado, sin signos de alarma, hemodinamicamente estable. Se da alta hospitalaria.

Diagnóstico de egreso: Apendicitis aguda.

Procedimientos realizados: apendicetomía.

Retiro puntos de piel en 7 días, control por cirugía en 15 días."

En relación con lo anterior, reposan igualmente a folio 48 y 49 Formato de consentimiento informado para realización de procedimientos en el servicio de urgencias de 27 de mayo de 2015 y formato de consentimiento para procedimiento anestésico para apendicetomía, de 28 de mayo de 2015. Así mismo, a folios 50 - 55 reposan documentos contentivos de registro de procedimientos, de laboratorio clínico de hematología y coagulación, examen parcial de orina, inmunología, y registro de tratamientos y medicamentos, de fechas 27 y 28 de mayo de 2015; así como a folios 59 - 60 se dejan consignadas las prescripciones y medicamentos formuladas en los días 27, 28 y 29 de mayo de 2015.

Luego de lo anterior, el día **04 de junio de 2015**, ingresa el paciente nuevamente al Hospital, conforme documento de evolución de historia consulta externa (Fls. 89 - 91), con motivo de consulta de Control de Postoperatorio, señalándose lo siguiente:

"Motivo consulta: Control de postoperatorio

Ámbito realización: ambulatorio

Enfermedad Actual: Paciente de 41 años quien acude a control postoperatorio del día 28 de mayo de 2015 por apendicetomía fibrinopurulenta, quien recibió manejo antibiótico por 3 días con ciprofloxacina y clinamicina. Trae epicrisis del hospital. Pendiente reporte de patología. Actualmente paciente presenta hiperalgesia en sitio de herida quirúrgica y zona de induración. Incapacidad médica solo fueron por 6 días que terminan el día de hoy.

RECOMENDACIONES: Se recomienda hábitos saludables dieta balanceada actividad física adecuada evitar el consumo de alcohol el consumo de cigarrillo y sustancias psicoactivas. Prevención de hábitos

sexuales de riesgo. Lavar herida quirúrgica con agua y jabón colocar paños de agua tibia y complementar con hielo local.

(...)

i. Abdomen: Se observa herida quirúrgica fosa iliaca derecha con sutura sin evidencia de signos de infección con zona de induración perilesional se palpa crepitos se retiran sutura completa sin complicación. Hiperalgesia en sitio herida quirúrgica.

DIAGNOSTICOS: Apendicitis aguda, no especificada

Posteriormente, el día **12 de junio de 2015**, el paciente ingresó nuevamente al servicio del Hospital Regional Valle de Tenza, conforme se señala en la Historia Clínica de Hospitalización y Epicrisis vista a folio 78, 83 y 87, con motivo de consulta de cuadro clínico de 2 días de epigastralgia, siendo efectuado un diagnóstico de ingreso de absceso de pared y POP Apendicetomía, señalándose lo siguiente:

“Diagnóstico de ingreso:

Absceso de pared

POP Apendicetomía

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente quien llega al servicio de urgencia por cuadro clínico de 2 días de epigastralgia, tos, ardor, pirosis, nauseas, induración, dolor en herida quirúrgica... refiere induración entera de cicatriz quirúrgica refiere que la ha presentado durante todo el postoperatorio

(...)

Análisis del caso

Paciente quien está en posoperatorio mediante de apendicetomía, quien presenta cuadro clínico de gastritis crónica agudizada y posible absceso de pared para drenaje por CX. Se ingresa para antibioticoterapia y Ho por CX.”

Sobre dicha fecha de 12 de junio de 2015, se consignan las siguientes anotaciones de notas de enfermería (Fl.69) respecto del servicio hospitalario del demandante en el Hospital Regional Valle de Tenza:

20+00. Recibo pte que ingresa con escalofrío y dolor de estómago se controlan SV dentro de normalidad.

Dr. Stella valora y ordena canalizar, tomar paraclínicos, se toman paraclínicos y se canaliza con Yelco 18 y LEV Ringer. Bolo 1000 ml y se continua a 1000, se administra ranitidina, metoclopramida

20+40 Dra. Stella revalora y ordena hospitalizar, se toma Tº 38 Dr. ordena administrar dipirona y se inicia antibiótico, se solicita cama y asignan cama 5.

22+35 se lleva pte al servicio de hospitalización caminando se deja acostado en cama 5 con LEV en MSI

22+40 Ingresa paciente al servicio de hospitalización, conciente, orientado, alerta con Lev en MSI pasando LR a 100 cc/h

23+40 se controlan paciente estable con DX absceso de pared se observa paciente dormido

5+40 se controlan signos vitales y se grafican

7am entrego paciente en unidad, acostado, conciente, orientado, alerta con Lev en MSI pasando lactato de Ringer a 80 cc/h elimino, no hizo deposición, paso la noche estable.

El día **13 de junio de 2015**, se consignan las siguientes anotaciones de notas de enfermería (Fl. 69), evolución (Fl. 79 y 237) y epicrisis continua (Fl. 239) respecto del servicio hospitalario del demandante en el Hospital Regional Valle de Tenza:

“NOTA ENFERMERIA

7 AM: Recibo pte acostado, estable, Led en MSI, pasando L. de Ringer. Está con familiar.

9:30 am: pte se baña

10:30: Después de ser valorado por médico cirujano se suspende LEV y se coloca ...

10:45 am. Pte sale remitido a Bogotá para toma de ecografía, se fue con familiar

19:00 pte no ha vuelto de Bogotá

19:11 Jefe de turno dice que paciente en Bogotá en remisión

Paciente continua en remisión en Bogotá

19+00 14 junio 15, pte continua de remisión Bogotá

(...)

EVOLUCION

13-06-2015 Evolución medica. Paciente de 41 años con ID de: - absceso de pared, - POP apendicetomía. Paciente afebril quine refiere dolor abdominal dolor en epigastrio, con leve sensación de nauseas, diuresis A/ Paciente quien ingresa para Ho AMB, ahora hemodinamicamente estable se mantienen igual conducta terapéutica, se solicita valoración por cirugía
CX Gral.

C. Clínico de dolor en cuerpo, escalofrío, fiebre, malestar general.

Ex físico, abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal, induración leve en Hx liaca

ID: - Post. Op. De apendicetomía hace 15 días

2. Viuresis

3. Absceso Hx"

PLAN: Hidratar - omeprazol

S/S Ecografía tejidos blandos de pared abdominal y eco abdominal total

10:20 Nota: No es posible tomar ECO H.V.D.T.. la familia solicito permiso para realizar ecos en Idime Bogotá y regresas a institución"

(...)

EPICRISIS CONTINUA

13-6-15 (...) Pte que fue valorado por CX general quien solicita eco de tejidos blandos de abdomen quien sale a la ciudad Btá con autorización por el Dr CX.

El día **14 de junio de 2015**, se consignan las siguientes anotaciones de notas de enfermería (Fl.70), evolución (Fl. 237) y epicrisis continua (Fl. 239) respecto del servicio hospitalario del demandante en el Hospital Regional Valle de Tenza:

"NOTA ENFERMERIA

19+00 14-junio-15 Pte continua de remisión en Btá

EVOLUCION

14-06-2015 **NOTA MÉDICA.**

8+00 Paciente quien ayer se da pase de salida para la realización de TAC ecografía abdominal de tejido blando, el paciente no ha regresado a la institución, numero contacto no responde se espera llegada hasta medio día, si no ocurre se considera como fuga

14-06-15 12+15 Paciente que se fugó

EPICRISIS CONTINUA

14-6-15 (...) Pte que no regreso al servicio de hospitalización se toma con fuga"

En relación con lo anterior, reposan igualmente a folio 72 formato de consentimiento informado para realización de procedimiento en el servicio de urgencias de 12 de junio de 2015, documentos a folios 73-77 contentivos de registro de procedimientos, examen parcial de orina, inmunología, y registro de tratamientos y medicamentos formulados.

Ante la situación relacionada con la salida del Hospital Regional Valle de Tenza por imposibilidad de toma de ecografía de tejidos blandos solicitada y requerida, de conformidad con los elementos allegados al plenario, se encuentra que conforme historia clínica vista a folios 92-142, el día **13 de junio de 2015**, el demandante ingresó por el servicio de urgencias a la Clínica Jorge Piñeros Corpas de Saludcoop, donde estuvo hasta el día **05 de julio de 2015**, tiempo en el cual se realizan las siguientes anotaciones y observaciones a saber:

El día **13 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes del ingreso:

Motivo Consulta: "ME OPERARON HACE 15 DIAS, ESTOY CON FIEBRE Y MALESTAR GENERAL"

Enfermedad Actual: PACIENTE MASCULINO DE 41 AÑOS DE EDAD; QUE LLEGA DEAMBULANDO POR SUS MEDIOS, ACOMPAÑADO POR SU ESPOSA (MONICA OSORIO Cel 3112728863). REFIERE ANTECEDENTE APENDICECTOMIA +/-2 SEMANAS ATRÁS, EN GUATEQUE (BOYACÁ), DESDE HACE +/-2 DÍAS ATRÁS INICIA CON FIEBRE DE PREDOMINIO VESPERTINO DE 38-38.9°C QUE CEDE PARCIALMENTE CON LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIPIRÉTICOS Y MALESTAR GENERAL, CRIDIAFORESIS Y DOLOR ABDOMINAL QUE INICIÓ EN EPIGASTRIO E HIPOCONDRIO DERECHO CON MIGRACIÓN A HEMIABDOMEN INFERIOR Y FOSA ILÍACA DERECHA, NO SE IRRADIA AL DORSO NI A MIEMBROS INFERIORES; NIEGA CAMBIOS DEL HÁBITO INTESTINAL Y/O SINTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS. ACUDE A ATENCIÓN A HOSPITAL REGIONAL DE GUATEQUE, DONDE ADMINISTRAN RANITIDINA, METOCLOPRAMIDA, AMPICILINA E INDICAN REALIZACIÓN DE ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL Y TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL; SIN EMBARGO, ANTE LIMITANTE ADMINISTRATIVO (NO DISPONIBILIDAD DE ESTUDIO) SOLICITAN SALIDA VOLUNTARIA Y SE DIRIGEN A ÉSTA INSTITUCIÓN.

A/P: PACIENTE MASCULINO DE 41 AÑOS DE EDAD; ANTECEDENTE APENDICECTOMIA +/-2 SEMANAS ATRÁS EN HOSPITAL REGIONAL DE GUATEQUE (BOYACÁ); DESDE HACE +/-2 DIAS INICIO DOLOR ABDOMINAL, FIEBRE Y MALESTAR GENERAL; ATENCION INICIAL EN DICHA INSTITUCIÓN, DONDE REALIZAN MANEJO SINTOMÁTICO; SIN EMBARGO, NO SE COMPLETAN ESTUDIOS POR LIMITANTES ADMINISTRATIVOS REFERIDOS POR FAMILIAR ANTE LO QUE SOLICITAN SALIDA VOLUNTARIA Y SE DIRIGEN A LA INSTITUCIÓN. AHORA PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ÁLGIDO, ANSIOSO, LÁBIL EMOCIONAL; AFEBRIL, HIDRATADO, HEMODINÁMICAMENTE ESTBLE, ADECUADA PERFUSION DISTAL. SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NI DE BRONCOBSTRUCCIÓN, OXIMETRÍAS AMBIENTE LIMITROFES. SE REQUIERE AHORA DESCARTAR COLECCIONES INTRAABDOMINALES vs I.S.O; POR LO QUE SE INDICA AHORA REALIZACIÓN DE PARACLÍNICOS DE EXTENSIÓN, SEGÚN REPORTES SE DEFINIRÁN OTRAS CONDUCTAS.

Fecha Evolución: 2015/06/13 20:05

...
*A// PTE 41 AÑOS POP TARDIO APENDICECTOMIA. ADECUADA EVOLUCION HASTA HACE 3 DIAS DONDE PRESENTA DOLOR ABDOMINAL, PICO FEBRILES Y NAUSEAS. AL EXAMEN FISICO FEBRIL, FC: 100, FR: 18, TA: 110/70. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON SACO HERNIARIO UMBILICAL DOLOROSO, NO REDUCIBLE. NJO HAY SIGNOS DE PERITONISMO, CICATRIZ QUIRURGICA SIN SIGNOS DE INFECCION, CON INDURACION PERILESIONAL, NO CALOR. EXAMEN SUGUIEREN LEUCOCITOSIS NEUTROFILICA, PCR POSITIVA. AUNQUE ECO ABDOMINAL NORMAL NO COINCIDE CON HALLAZGOS AL EXMEN FISICO. CONSIDERO COMPLICACION HERNIA UMBILICAL Vs ISO TARDIA POP
PLAN: VALORACION POR CX GENERAL*

Fecha Evolución: 2015/06/13 22:04

*PACIENTE CON CLINICA DE DOS DIAS DE EVOLUCION DE DOLOR ABDOMINAL DIFUSO REFERIDO AL DORSO Y REGION LUMBAR, DE INTENSIDAD LEVE A MODERADA, INTERMITENTE, ASOCIADO SENSACION DE FIEBRE, NO SINTOMAS URINARIOS, HÁBITO INTESTINAL NORMAL
TOLERA BIE LA DIETA
ECOGRAFIA ABDOMINAL REPORTADA NORMAL
HEMOGRAMA CON 17000 LEUC*

Análisis: *DOLOR ABDOMINAL INESPECIFICO EN ESTUDIO SIN EVIDENCIA DE ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO ADENITIS? SE INDICA RANITIDINA BUSCAPINA COMPUESTA HIDRATACION, TOLERANCIA A LA VIA ORAL DE ACUERDO A EVOLUCION SE DEFINIRÁ SALIDA*

El día 14 de junio de 2015, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/14 13:49

PACIENTE SI BIEN CON PRODROMO E CUADRO VIRALK LA CLINICA ES MUY SIGESTIVA DE FOCO INFECCIOSO ABDOMINAL CON PO NORMAL RX DE TORAX NORMAL PACIENTE PERSISTE CON DOLOR SINTOMATICO CON TAUCARDIA Y FIEBRE SE SS TAC DE ABDOMEN CONTRASTADO CON C 0.8 SOSPECHANDO COLECCION EN TRABAODMINAL SE AVISA A DR COMBITA SE DEJA CUBRIMIENTO AB CON CLINDAMICINA CADA 8 HORAS Y GENATMICINA CADA 12 HORAS. SE DEJA FORMATO AB
(...)

Fecha Evolución: 2015/06/14 15:08

DOLOR ABDOMINAL POP TARDIO DE APENDICECTOMIA PRESENTA FIEBRE, DOLOR PERSISTENTE, ESCALOFRIO AUMENTO DE LEUCOCITOSIS Y DE LA PCR ABDOMEN BLANDO, DEOLOR EN REFION DE FLANCO DER NO DEFINIDO SE INDICA SUSPENDER SALIDA SOLICITAR TAC ABDOMINAL PARA DESCARTAR COLECCION INTRAABDOMINAL

Nombre Diagnóstico: *Secuelas de procedimientos médicos y quirúrgicos como la causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de incidente en el momento de efectuar el procedimiento*

El día **15 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/15 09:52

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE POP EXTRAINSTITUCIONAL DE APENDICECTOMIA HACE 15 DIAS CON DOLOR ABDOMINAL QUE HA VENIDO RESOLVIENDO, SE LE HABIA DADO ALTA POR CIRUGIA GENERAL TRAS LOS HALLAZGOS ECOGRAFICOS Y DE LABORATORIO, SIN EMBARGO PACIENTE PRESENTA CUADRO DE TAQUICARDIA, DIAFORESIS Y FIEBRE POR LO QUE SE CANCELA EGRESO Y SE SOLICITA TAC DE ABDOMEN. HOY PACIENTE REFIERE QUE ESTA SINTOMATOLOGIA PUDO ESTAR RELACIONADA A LA SUSPENSION DE MEDICAMENTOS PARA LA ANSIEDAD, SIN EMBARGO POR FIEBRE Y SINTOMATOLOGIA ESPERAMOS TOMA DE TAC DE ABDOMEN PARA DESCARTAR COLECCIONES INTRA ABDOMINALES POST OPERATORIAS.

El día **16 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/16 15:37

REPORTE DE TAC ABDOMINAL COLECCION EN FID SIN GAS DE 64 X 48 mm

Análisis: SE RECOMIENDA DRENAJE PERCUTANEO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA SIGUE MANEJO ANTIBIOTICO IGUAL - CONTINUA HOSPITALIZADO

Fecha Evolución: 2015/06/16 16:29

DX:

- COLECCION INTRABDOMINAL EN FID
- DOLOR ABDOMINAL CONTROLADO
- POP RECIENTE APENDICECTOMIA 29/05/15

PACIENTE EN MANEJO MEDICO AB POR PRESUNTA ISO POR APENDICECTOMIA. DOLOR ABDOMINAL CONTROLADO, SIRS EN MODULACION. SE CONTINUARA IGUAL MANEJO MEDICO AB. CONCEPTO DE CX GENERAL CONSIDERA DRENAJE PERCUTANEO. SE REALIZAN ORDENES MEDICAS.

El día **17 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/17 00:28

****PACIENTE CON DIAGNOSTICOS

- 1- COLECCION INTRABDOMINAL EN FID
- 2- DOLOR ABDOMINAL CONTROLADO
- 3- POP RECIENTE APENDICECTOMIA 29/05/15

Fecha Evolución: 2015/06/17 22:52

PACIENTE CON CUADRO DE COLECCION EN SITIO OPERATORIO POS APENDICECTOMIA, QUE VIENE EN MANEJO ANTIBIOTICO CON CLINDAMICINA/GENTAMICINA ACTUALMENTE CON DOLOR NO CONTROLADO POR LO QUE SE AUMENTA ANALGESIA, SE SIGUE MANEJO Y SE ESPERA REALIZACION DE DRENAJE POR RADIOLOGIA, TIEMPOS ADECUADOS, LEUCOS AUMENTADOS. SE ESPERA PROCEDIMIENTO.

Nombre Diagnóstico: Apendicitis aguda con absceso peritoneal

El día **18 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/18 21:49

PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE NO SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA AFEBRIL PENDIENTE REPORTE DE CULTIVOS DE SECRECION SE CONTINUA MANEJO MEDICO

El día **19 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/19 13:40

SE TRAT DE PACIENTE EN SU 5 DECADAD E LA VIDA CON COLECCION INTRAABDOMINAL EN MANEJO CON ANTIBIOTICOTEPÍA CON BUENA RESPUESTA, E LDÍA DE AYER DRENARON COLECCION, PENDIENTE REPORTE DE CULTIVO, SE SS VALORACION POR SHEC QUIENIEN ADPETN A PACIENTE EN HORRA DE LA TERDE, POR LO CUAL SE COLOCARA DOSIS DE LA TARDE DE ANTIBIOTICO Y SE DARA EGRESO, POR AHORA CONTI UAR OREDENES IGUELS,

El día **22 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/22 22:46

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE: POP DRENAJE PERCUTANEO COLECCION INTRA-ABDOMINAL EN FOSA ILIACA DERECHA POR POP MEDIATO APENDICECTOMIA (29 MAYO 2015) ACUDE HOY POR URGENCIAS DEBIDO A DRENAJE ABUNDANTE DE MATERIAL PURULENTO EN REGION ABDOMINAL. TIENE DREN LOCAL CON ESCASA SECRECION LOCAL .MANIFIESTA DOLOR ABDOMINAL REGION DERECHA POR LO QUE DECIDE RECONSULTAR REFIERE EL DÍA DE AYER UN PICO DE FIEBRE QUE REPITE HOY, SIN VOMITO,

ANALISIS: SE DECIDE INGRESAR PARA VALORACION POR CIRUGIA SEGUIIR ESQUEMA ANTIBIOTICO DE CLINDA-GENTAMICINAIV COLOCAR ANALGESICO IV Y NA TOMAR ELHEMOGRAMA Y PCR DE CONTROL ADEMAS
PRUEBAS DE FUNCION RENAL PARA DEFINIR ESTUDIO ADICIONAL.

El día **23 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/23 12:09

ANALISIS: SE REVISAN CULTIVOS DE LA SECRECION (18/06/15) NEGATIVOS A LAS 48 HORAS DE INCUBACION PACIENTE CON ANTECEDENTE DE COLECCION INTRAABDOMINAL, QUE PRESENTA NUEVAMENTE SIRS DAD POR TAQUICARDIA, LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA, CON PERSISTENCIA DE DRENAJE PURULENTO EN AREA DE FOSA ILIACA DERECHA, EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SE CONSIDERA PACIENTE REQUIERE REALIZACION DE TAC ABDOMINAL CONTRASTADO PARA VERIFICAR PERSISTENCIA DE LA COLECCION O AUMENTO DE ESTA, ESCALONAR ANTIBIOTICOTERAPIA A PIPERACILINA -TAZOBACTAM Y SEGUN REPORTE DE TAC DEFNIRIEMOS CONDUCTA.

El día **24 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/24 18:26

PACIENTE MASCULINO DE 40 AÑOS CON LOS STES DXCOS:

Análisis:

1. POP TEMPRANO DE APENDICEPTOMIA 29-05-2015
2. COLECCION INTRAABDOMINAL EN FID
3. POP DRENAJE PERCUTANEO EN FID DISFUNCIONAL

REPORTE DE TAC DE ABDOMEN CONTRSTADO 24/06/15: COLECCION INTRA Y EXTRAABDOMINAL DE LA FOSA ILIACA DERECHA ADYACENTE A CATETER DE DRENAJE. APENDICE CECAL PARCIALMENTE OPACIFICADA EN SUS DOS TERCIOS PROXIMALES CON CAMBIOS INFLAMATORIOS DE LA PPUNTA LA CUAL SE LOCALIZA ADYACENTE A LA COLECCION DESCRITA. EXTENSA ENFERMEDAD DIVERTICULAR NO COMPLICADA DEL HEMICOLON IZQUIERDO. INFILTRACION DE GRASA HEPATICA.

Fecha Evolución: 2015/06/24 18:58

Dx: Colección abdominal post apendicetomía

Se realizó TAC que reporta Colección intra y extra abdominal de la Fosa iliaca derecha e imagen que "Llama la atención Visualización de imagen compatible con apéndice cecal que opacifica sus dos tercios proximales"

Análisis: Paciente con signos de respuesta inflamatoria, ha presentado fiebre, taquicardico, con leucocitosis, con signos de infección local y compromiso de la pared abdominal y hallazgos de TAC por lo que se considera requiere de manejo quirúrgico. Se explica al paciente y familiares la situación actual y los hallazgos de imágenes, el procedimiento a realizar con sus riesgos y posibles complicaciones, entre ellas la infección, sangrado, peritonitis, fistula, uso de drenes, cicatrices, manejo de herida abierta, lesión del intestino u otro órgano abdominal, reintervención e incluso la muerte, manifiesta entender y aceptar, firma formato de autorización de la historia clínica electrónica de la EPS

El día **25 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/25 02:17

**NOTA OPERATORIA
CIRUGÍA GENERAL**

DIAGNÓSTICO PREQUIRÚRGICO: COLECCIÓN INTRAABDOMINAL - ANTECEDENTE DE APENDICECTOMÍA EXTRA INSTITUCIONAL - POP DRENAJE PERCUTÁNEO COLECCIÓN INTRAABDOMINAL

DIAGNÓSTICO POSTQUIRÚRGICO: ABSCESO PERIAPENDICULAR - ABSCESO DE PARED ABDOMINAL

PROCEDIMIENTO: LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA + APENDICECTOMÍA + DRENAJE DE ABSCESO PERIAPENDICULAR + DRENAJE DE ABSCESO DE PARED ABDOMINAL + COLOCACIÓN DE DREN DE BLAKE EN LECHO CRUENTO

HALLAZGOS: APÉNDICE CECAL. PRESENTE A PESAR DE ANTECEDENTE QUIRÚRGICO - ABSCESO PERIAPENDICULAR PARACECAL PARCIALMENTE DRENADO - ABSCESO DE PARED ABDOMINAL EN REGIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA.

CIRUJANO: E. FERNANDO AGUIRRE

COMPLICACIONES: NINGUNA

SANGRADO MÍNIMO

PATOLOGÍA: APÉNDICE CECAL

RECUENTOS DE GASAS Y COMPRESAS INFORMADOS COMPLETOS POR INSTRUMENTACIÓN

PLAN:

- TRASLADO A RECUPERACIÓN

- MANEJO ANALGÉSICO

- ANTIBIOTICOTERAPIA DE AMPLIO ESPECTRO CON PIPERACILINA TAZOBACTAM DURANTE 10 DÍAS DE ACUERDO A

ÓRDENES DE CIRUJANO GENERAL

- NADA VÍA ORAL POR 72 HORAS

- CUIDADOS DREN DE BLAKE

Nombre Diagnóstico: Apendicitis aguda con absceso peritoneal

Fecha Evolución: 2015/06/25 15:49

A// PACIENTE QUIEN CURSA EN BUEN ESTADO GENERAL HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE AFERBRIL, SIN SIGNOS DE SIRS, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR QUIEN SE ENCUENTRA EN MANEJO ANTIBIOTICO POR HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS, SE CONTINUA IGUAL MANEJO INSTAURADO PENDING TRASLADO A PISO SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTA.

El día **26 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/26 15:19

Análisis: PACIENTE AHORA ESTABLE CON DOLOR CONTROLADO SIN EMESIS EN MANEJO MEDICO ANTIBIOTICO CON PIP/TZ POR ABSCESO PERIAPENDICULAR DRENADO SIN EMESIS CON HERIDAS EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CONTINUA MANEJO MEDICO PENDING TRASLADO A PISO según DISPONIBILIDAD PARA CONTINUAR ANTIBIOTICOTERAPIA NO CANDIDATO A SHEC

El día **27 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/27 09:33

PLAN: CONTINUAR PIPTAZO HOSPITALARIO HASTA COMPLETAR 10 DIAS. NO POSIBLE SHEC PORQUE NO TIENE DONDE QUEDARSE EN BOGOTA.

El día **28 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/28 15:31

PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA SATISFACTORIA SIN SIGNOS DE SIRS, TOELRNADO LA VIA ORAL. DREN FUNCIONANTE CON ESCASA SECRECON. CIRUGIA DR SANDOVAL, VALORA PACIENTE EL

PACIENTE Y ORDENA CONTINUAR IGUAL MANEJO. COMPLETAR ANTIBIOTICO INTRAHOSPITALARIAMENTE YA QUE NO ES CANDIDATO PARA SHEC POR DOMICILIO FUERA DE BOGOTA.
S/S IC POR PSIQUIATRIA POR RECIADA DE SINTOMAS DEPRESIVOS.
SE SUGIERE CAMBIO DE HABITACION PARA DISMINUIR SINTOMAS DEPRESIVOS.
S/S LABORATORIOS.

El día **29 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/29 11:56

Análisis: CONTINUA MANEJO ANTIBIOTICO, CUIDADOS DEL DREN, POSIBLE RETIRO MAÑANA

El día **30 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/30 13:06

PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA SATISFACTORIA SIN SIGNOS DE SIRS, TOLERANDO LA VIA ORAL. DREN POCO PRODUCTIVO CIRUGIA DR TABARES, RETIRA DREN EL DIA DE HOY. SIN COMPLICACIONES. PSIQUIATRIA VALORA PACIENTE Y DETERMINA QUE SE TRATA DE PROCESO ADAPTATIVO QUE NO HACE NECESARIO AJUSTES DE MEDICACION. CONTINÚA IGUAL CON PAROXETINA. LABORATORIOS DE AYER NORMALES. COMPLETAR ANTIBIOTICO INTRAHOSPITALARIAMENTE YA QUE NO ES CANDIDATO PARA SHEC POR DOMICILIO FUERA DE BOGOTA. PIP- TAZO INICIADO 23/06/2015 DIA 7 SE SUGIERE CAMBIO DE HABITACION PARA DISMINUIR SINTOMAS DEPRESIVOS.

El día **01 de julio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/07/01 17:01

Análisis: PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA SATISFACTORIA SIN SIGNOS DE SIRS, TOLERANDO LA VIA ORAL. COMPLETAR ANTIBIOTICO INTRAHOSPITALARIAMENTE YA QUE NO ES CANDIDATO PARA SHEC POR DOMICILIO FUERA DE BOGOTA. PIP- TAZO INICIADO 23/06/2015 DIA 8/10 SE CONTINUA MANEJO MEDICO. SE REALIZO RETIRO DE DREN BLAKE SIN PROBLEMAS.

El día **02 de julio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/07/02 12:55

Análisis: PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA SATISFACTORIA SIN SIGNOS DE SIRS, TOLERANDO LA VIA ORAL COMPLETAR ANTIBIOTICO INTRAHOSPITALARIAMENTE 2 DIAS MAS POR ORDEN DE CIRUGIA GENERAL Y POSTERIORMENTE SE PODRA DAR EGRESO. CONTINÚA IGUAL MANEJO. CUIDADOS DE HERIDAS POR ENFERMERIA.

El día **03 de julio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/07/03 13:20

Análisis: PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA SATISFACTORIA SIN SIGNOS DE SIRS, TOLERA VIA ORAL. COMPLETARA MAÑANA CICLO DE ANTIBIOTICO CON ULTIMA DOSIS Y SE DARA EGRESO SEGUN SUGERENCIA DE CIRUGIA GENERAL. CONTINÚA IGUAL MANEJO. CUIDADOS DE HERIDAS POR ENFERMERIA.

El día **04 de julio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/07/04 10:55

Análisis: PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA SATISFACTORIA SIN SIGNOS DE SIRS, TOLERANDO LA VIA ORAL. PIP- TAZO INICIADO 23/06/2015 DIA 10/10 PROBABLE ALTA HOY, EN ESPERA DE VALORACION DE CIRUGIA GENERAL.

El día **05 de julio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/07/05 08:59

Análisis: **PACIENTE** CON EVOLUCION CLINICA SATISFACTORIA SIN SIGNOS DE SIRS, TOLERANDO LA VIA ORAL.

PIP- TAZO INICIADO 23/06/2015 DIA 10/10

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO COMPLETO.

SE DA SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA. CONTROL POR CIRUGIA GENERAL. SE CIERRA HISTORIA CLINICA.

Ahora bien, en relación a la intervención quirúrgica realizada el 24 de junio de 2015 al demandante en dicha institución, relacionada con el procedimiento de "Apendicetomía con drenaje de peritonitis localizada", obra la hoja de descripción quirúrgica (Fl. 141), en la que se consigna lo siguiente:

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

Z719 Consulta, no especificada, T814 Infección consecutiva a procedimiento, no clasificada en otra parte

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO

K359 Apendicitis aguda, no especificada

ESPECIMEN ENVIADO A PATOLOGIA

-APENDICE CECAL.-Edgar Fernando Aguirre Bello Jun 25 2015 12:03AM

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL ACTO QUIRURGICO

Finalidad: TERAPEUTICO

Lateralidad: No Aplica

Acto Qx: BÁSICA

Tipo Herida: Contaminada

Profesionales: Edgar Fernando Aguirre Bello - Cirujano Principal; Camilo Andrés Angarita Vera - Ayudante Quirúrgico 1; Juana Milena Pintor Ramírez - Instrumentador; Juan Camilo Jiménez Triana - Anestesiólogo;

PROCEDIMIENTO: 17466 APENDICECTOMIA CON DRENAJE DE PERITONITIS LOCALIZADA

Finalidad: TERAPEUTICO

Lateralidad: No Aplica

Acto Qx: BÁSICA

Tipo Herida: Contaminada

Profesionales: Edgar Fernando Aguirre Bello - Cirujano Principal; Camilo Andrés Angarita Vera - Ayudante Quirúrgico 1; Juana Milena Pintor Ramírez - Instrumentador; Juan Camilo Jiménez Triana - Anestesiólogo

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

-HALLAZGOS:

ABSCESO DE PARED

ABSCESO PARA CECAL PARCIALMENTE DRENADO POR PIG-TALE

APENDICE CECAL RETROCECAL SUBSerosa EMPLASTRONADA

ASEPSIA DEL CAMPO QX.

INCISION MEDIANA INFRAUMBILICAL

IDENTIFICACION DE HALLAZGOS

LIBERACION DEL PLASTRON Y DRENAJE DEL ABSCESO

LIBERACION DEL APENDICE CECAL CON LIGADURA Y SECCION DEL MESO APENDICULAR Y DEL APENDICE CECAL EN SU BASE.

EXTRACCION DE LA PIEZA QX.

LAVADO DE CAVIDAD Y REVISION DE HEMOSTASIA

COLOCACION DE DREN DE BLAKE EN ESPACIO PARACECAL ABSCEDADO.

CIERRE DE HDA QX. POR PLANOS

OBSERVACIONES

-APENDICE CECAL PROXIMAL A PESAR DE ANTECEDENTE DE APENDICECTOMIA"

Igualmente, a folio 157 del plenario, reposa el "Reporte de Anatomía Patológica", del Laboratorio de Patología Especializado de Alta Tecnología Centro

de Diagnóstico en Cito Patología, con los siguientes resultados o situaciones descritas en relación con el procedimiento de *Apendicetomía con drenaje de peritonitis localizada*, a saber:

“Paciente: OSCAR FERNANDO ZAMBRANO MORA

Empresa: Saludcoop

Dx Clínico: APENDICITIS

Fecha de ingreso: 26/06/2015

Fecha de Salida: 21/08/2015

Sede: Bogotá

Espécimen enviado: APENDICE CECAL

Médico: Camilo Angarita

REPORTE DE ANATOMIA PATOLOGICA

DESCRIPCION MACROSCOPICA

Se recibe apéndice cecal que mide 7x1.3x1.2 cms. Superficie externa lisa opaca. Con meso de hasta 6 cms de espesor. Al corte la luz se encuentra dilatada ocupada por material fecaloide. Se procesa todo en 3 bloques.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:

Los cortes muestran apéndice cecal con un infiltrado inflamatorio agudo transmural, asociado a edema y congestión. No hay parásitos ni tumor. La serosa muestra un infiltrado inflamatorio agudo ligero.

DIAGNOSTICO:

APENDICE CECAL, APENDICECTOMIA:

- APENDICITIS AGUDA FIBRINOPURULENTA

- PERIAPENDICITIS

Pues bien, analizados en conjunto los elementos de prueba reseñados hasta el momento, se advierte que en el presente caso se encuentra acreditada la ocurrencia del daño sufrido por el señor Oscar Fernando Zambrano Mora, quien con ocasión de un diagnóstico de ingreso de *apendicitis aguda*, le fue practicado el procedimiento de *apendicetomía* el 28 de mayo de 2015, en la E.S.E. Hospital Regional Valle de Tenza, en el que no le fue extraída la totalidad de la apéndice, generando una nueva intervención al demandante ante el diagnóstico de *“Colección intra y extraabdominal de la fosa iliaca derecha adyacente a catéter de drenaje, Apéndice cecal parcialmente opacificada en sus dos tercios proximales con cambios inflamatorios de la punta la cual se localiza adyacente a la colección descrita”*, que fue llevada a cabo el 24 de junio de 2015 en la Clínica Jorge Piñeros Corpas de Saludcoop, a través del procedimiento de *“Apendicetomía con drenaje de peritonitis localizada”*, reportándose los hallazgos de *“Absceso de pared, absceso para cecal parcialmente drenado por pig-tale, apéndice cecal retrocecal subserosa emplastrada”*, y las observaciones de *“apéndice cecal proximal a pesar de antecedente de apendicetomía”*.

A partir de lo anterior, concluye el Despacho que la existencia del daño está probada, aunque no se encuentra acreditado su carácter antijurídico, circunstancia que se dilucidará solamente hasta que se adelante el estudio de los demás elementos de la responsabilidad.

Finalmente ha de tenerse en cuenta que los demás demandantes acreditaron su relación de parentesco con la víctima, como se explica en el siguiente recuadro, de donde se desprende su interés en relación con el daño aludido:

Nombre del demandante	Relación con la víctima	Prueba de la relación
MÓNICA DEL ROCÍO OSORIO BLANCO	CÓNYUGE	Registro Civil de Matrimonio obrante a folio 40 de las diligencias, donde consta que el 13 de junio de 1998 contrajo matrimonio con el señor Oscar Fernando Zambrano Mora.
JULIAN FERNANDO ZAMBRANO OSORIO	HIJO	Registro Civil de Nacimiento de Julián Fernando Zambrano Osorio, Obrante a folio 38 de las diligencias, donde consta que nació el 19 de septiembre de 2006, y que es hijo del señor Oscar Fernando Zambrano Mora.
LAURA JULIANA ZAMBRANO OSORIO	HIJA	Registro Civil de Nacimiento de Laura Juliana Zambrano Osorio, Obrante a folio 39 de las diligencias, donde consta que nació el 09 de noviembre de 2000, y que es hija del señor Oscar Fernando Zambrano Mora.
MERCEDES MORA DE ZAMBRANO	MADRE	Registro Civil de Nacimiento de Oscar Fernando Zambrano Mora, obrante a folio 37 de las diligencias, donde consta que nació el 04 de enero de 1974, y que es hijo de la señora MERCEDES MORA CABRERA.

Ahora, en relación con el daño moral que reclaman los demandantes, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha sostenido que la sola "prueba del parentesco es suficiente para inferir la existencia del daño moral, respecto de los parientes más próximos de la víctima, como son los padres, el cónyuge, los hijos, los hermanos y los abuelos"²⁰.

5.2.6.2 De la conducta de la administración y nexo de causalidad:

Verificada la existencia del primer elemento de la responsabilidad, es menester establecer si este daño es imputable al sujeto que conforma el extremo pasivo de la litis, debido a una falla en el servicio médico acaecida en la intervención de apendicetomía. Para ello, es preciso analizar el reproche planteado por la parte actora al procedimiento médico que le fue dispensado al demandante Oscar Fernando Zambrano Mora, a la luz del material probatorio que obra en el plenario y que fue allegado en el decurso procesal.

Según señala la parte actora, el demandado es responsable por la presunta negligencia y omisiones en el servicio médico del señor Oscar Fernando Zambrano Mora, traducida en la falla en el servicio médico acaecida en la intervención de apendicetomía realizada al demandante el 28 de mayo de 2015 con ocasión del diagnóstico de "Apendicitis Aguda", en la cual no le fue extraída la totalidad de la apéndice, lo cual derivó en otra intervención quirúrgica de "Apendicetomía con Drenaje de Peritonitis Localizada" realizada el 24 de junio de 2015 en la Clínica Jorge Piñeros Corpas de Saludcoop, con ocasión del hallazgo de "Apéndice Cecal presente a pesar de antecedente quirúrgico".

²⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 11 de agosto de 2005, Radicación número: 63001-23-31-000-1996-04281-01(15648), Consejera ponente: María Elena Giraldo Gómez.

Teniendo en cuenta lo anterior, el despacho analizará la imputación de daño entorno a las actividades médicas relacionadas con el servicio médico prestado al señor Oscar Fernando Zambrano Mora, a fin de verificar si se presentó o no falla en la prestación del servicio médico, y si a partir del servicio prestado, el relación con los elementos probatorios que fueron allegados al plenario, puede establecerse los fundamentos para imputarle a la parte demandada el daño sufrido por el demandante.

En relación con lo anterior, se tiene que a folios 41-91 y 92-142 se allegó la historia clínica del demandante, correspondientes al Hospital Regional Valle de Tenza y a la de la Clínica Jorge Piñeros Corpas de Bogotá, de la cual se puede extraer concretamente lo siguiente:

El día **27 de mayo de 2015**, el demandante ingresó por el servicio de urgencias al Hospital Regional Valle de Tenza, conforme se señala en la Historia Clínica de Hospitalización y Epicrisis vista a folio 41-42 y 67, con motivo de consulta de dolor de estómago, siendo efectuado un diagnóstico de ingreso de apendicitis aguda, señalándose lo siguiente:

Historia clínica de urgencias

27-05-15 15+00

Motivo consulta: *Me duele el estomago*

Enfermedad actual: *Paciente refiere cuadro de 12 horas de evolución constante dolor de estómago...*

(...)

Historia de hospitalización y epicrisis hospital regional valle de Tenza

Fecha de ingreso: 27-05-2015

Hora: 18+00

Nombre del paciente: *Oscar Fernando Zambrano Mora*

Diagnóstico de ingreso: Apendicitis Aguda Códigos: K-359

Enfermedad Actual: *Paciente quien refiere cuadro clínico de 12 horas de evolución, consistente en dolor en epigastrio que se irradia a PID, niega fiebre o nauseas.*

(...)

Antecedentes:

Patológicos: *Gastritis*

Farmacológicos: *Paracetina*

Revisión por sistemas: *Buen estado General*

ESTADO GENERAL:

SIGNOS VITALES: TA: 135/99 x min FC: 105 x min, FR: 20 x min, Tº 36, PESO 95 Kg

Cabeza: *Normocefala*

Ojos: *Pinral*

Orl: *Mucosa semiseca*

Cuello: *móvil*

Tórax: *Simétrico*

Cardiopulmonar: *RC Rítmico, no soplo, MV audible no ruidos agregados*

Abdomen: *Blando, depresible, con dolor en PID, Blumberg + no signos de irritación peritoneal*

ANALISIS DEL CASO:

Paciente que se revalora y se dx Apendicitis aguda se indica pasar a salas de cirugía encontrándose apéndice fibrinopurulenta, pte presenta hemodinamia estable.

DIAGNOSTICOS:

Apendicitis aguda

PLAN DE TRATAMIENTO:

VOM

Firma: *Lina Fernanda Tarazona Sandoval Médico Elam.*

Frente a lo anterior, reposan las siguientes notas de evolución y notas de enfermería, según folios 44 y 65 de las diligencias:

EVOLUCIÓN:

7:30 am Dr. Michel G. Paciente con dolor abdominal desde la mañana de hoy. Al examen físico aceptable condiciones generales. Abdomen blando, doloroso a la palpación. No hay signos de irritación peritoneal. Se deja en observación para nueva valoración x cirugía.

(...) Notas de enfermería:

15+00: Recibo pte que ingresa por un dolor abdominal. Se controlan SV dentro de normalidad. Dr. Sorian valora y ordena tomar paraclínicos y canalizar.

16+15: Se canaliza pte con X elco 20 en MSI pliegue con UR se pasa bolo 1000 cc ahora y se continúa y se tomaron paraclínicos ordenados.

18+00 Dr. Sorian revalora paciente y ordena dejar en observación y continuar LEV a 100 cc, se lleva pte a cama, se deja acostado

19+00 queda paciente en la unidad cama 2 alerta conciente con LEV en MSI... Tomar CH de control a las 22+00 por orden médica.

7+25 se toman signos vitales, se grafican

7+30 pte es valorado por el Dr. Mishel cirujano

21+10 se traslada pte a servicio hospitalización conciente alerta caminando pte manifiesta no querer irse en silla de ruedas se deja en unidad 13 con LEV, Pte que ingresa al servicio de urgencias acompañado de Flia y auxiliar enfermería

22:30 pte duerme tranquilo

24:00 pte tranquilo manifiesta pequeños punzos en abdomen derecho".

El día **28 de mayo de 2015**, se consignan las siguientes anotaciones de notas de enfermería (Fls. 44-45,47) respecto del servicio hospitalario del demandante en el Hospital Regional Valle de Tenza:

"2:15 Cirujano Dr. Michell valora pte solicita tomv muestra de sangre y se lleva a laboratorio

2:30 pte tranquilo en la U

3:00 Se canaliza vena con venocth 18 y 1 Ringer... rápido

3:30 Se pasa pte a salas de CX con 1 Ringer a chorro

3:35 Ingresada paciente al servicio se CX en silla de ruedas alerta despierto orientado con acceso venoso en MSI pasando lactato de Ringer

4+00 Se pasa a sala de CX 1 se ubica en mesa quirúrgica se monitoriza con signos

4+20 Dr. Diana da anestesia raquídea se circula. Durante manipulación de cavidad abdominal el paciente refiere dolor por la razón que la Dr. Diana da anestesia general, se circula.

Dr. Tatiana realiza asepsia y antisepsia. Dr. Michel inicia procedimiento en compañía de instrumentadora. Se observa extracción apéndice para patología se recolecta, paciente estable. Finaliza procedimiento satisfactoriamente dejando herida intra abdominal cubierta...

5+30 Sale paciente recuperación en camilla todo bajo efectos de anestesia con líquidos cegrrados.

7:00 entrega paciente en sala de recuperación acostado con camilla con barandas arriba, paciente alerta orientado con acceso venoso

7+10 Recibo pte en la unidad de recuperación de apendicetomía...

8+00 am pte para el servicio, Pte que sale de la sala de cirugía en camilla conciente. Esta canalizado

12:30 pte estable

14:30 pte descansa tranquilo

18:30 pasa tranquilo el día

19:00 queda acostado esta con LED en MSI pasando L. de Ringer

19:00 Recibo pte despierto pos-operatorio apendicetomía, pte canalizado"

Ese mismo día, fue llevada a cabo intervención quirúrgica de apendicitis aguda, frente a la cual, se consignan las siguientes anotaciones en el informe quirúrgico (Fl. 61), así como en el registro e informe de anestesia (Fls. 62-63):

"INFORME QUIRURGICO:

B. DIAGNOSTICO:

PREOPERATORIO: Apendicitis aguda

POST-OPERATORIO: Apendicitis aguda

C. INTERVENCION PRACTICADA Y TIPO DE ANESTESIA:

28-05-15 Hora comienzo: 4:30, Hora Terminó: 5:30

Intervención practicada: APENDICECTOMIA

Tipo anestesia: General

D. DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS OPERATORIOS, PROCEDIMIENTOS Y COMPLICACIONES:

Incisión de McBurney o Diele por planos. Abertura de la cavidad abdominal. Hallazgos: Apéndice Fibrinopurulenta retrocecal. Se practica apendicetomía típica. Hacemos la limpieza de la cavidad abdominal y sutura de la pared por planos. Dr. Michel Jabbour Sefair."

REGISTRO DE ANESTESIA:

OBSERVACIONES: Monitorización básica previa asepsia y antisepsia de región lumbar, jabón anestésico..., se realiza punción lumbar, se administra medicamento, esperamos tiempo deseado se obtiene bloqueo motor y sensitivo adecuado. Durante manipulación de cavidad abdominal el paciente refiere dolor, razón por la cual se decide cambiar método a general... inducción lenta controlada, sin complicaciones... signos de recuperación incompletos, se descurariza, ventilación espontánea adecuada... se extuba, sin complicaciones. Sale bien de sala, se traslada a recuperación."

El día **29 de mayo de 2015**, se consignan las siguientes anotaciones de notas de enfermería (Fl. 46) y de epicrisis continua (Fl. 5657) respecto del servicio hospitalario del demandante en el Hospital Regional Valle de Tenza, dándose salida por alta hospitalaria:

"2:00 am pte estable. Duerme

7:00 am. Pte en unidad despierto con lactato de Ringer, paso estable durante la noche

Recibo pte en unidad, conciente dinámico con líquidos endovenosos con dieta ordenada, con curación, paciente acepta los medicamentos y se baña, se le arreglo la unidad - deambula para el servicio.

Lo valora el internista y le ordena salida. Se le controlan SIV estables control por cirugía en 15 días y formula médica y se lleva historia a caja.

(...)

EPICRISIS CONTINUA

Paciente quien se encuentra afebril, con buen control del dolor, sin signos de infección, tolerando vía oral, hidratado, sin signos de alarma, hemodinamicamente estable. Se da alta hospitalaria.

Diagnóstico de egreso: Apendicitis aguda.

Procedimientos realizados: apendicetomía.

Retiro puntos de piel en 7 días, control por cirugía en 15 días."

En relación con lo anterior, reposan igualmente a folio 48 y 49 Formato de consentimiento informado para realización de procedimientos en el servicio de urgencias de 27 de mayo de 2015 y formato de consentimiento para procedimiento anestésico para apendicetomía, de 28 de mayo de 2015. Así mismo, a folios 50 - 55 reposan documentos contentivos de registro de procedimientos, de laboratorio clínico de hematología y coagulación, examen parcial de orina, inmunología, y registro de tratamientos y medicamentos, de fechas 27 y 28 de mayo de 2015; así como a folios 59 - 60 se dejan consignadas las prescripciones y medicamentos formuladas en los días 27, 28 y 29 de mayo de 2015.

Luego de lo anterior, el día **04 de junio de 2015**, ingresa el paciente nuevamente al Hospital, conforme documento de evolución de historia consulta externa (Fls. 89 - 91), con motivo de consulta de Control de Postoperatorio, señalándose lo siguiente:

"Motivo consulta: Control de postoperatorio

Ámbito realización: ambulatorio

Enfermedad Actual: Paciente de 41 años quien acude a control postoperatorio del día 28 de mayo de 2015 por apendicetomía fibrinopurulenta, quien recibió manejo antibiótico por 3 días con ciprofloxacina y clindamicina. Trae epicrisis del hospital. Pendiente reporte de patología. Actualmente paciente presenta hiperalgiesia en sitio de herida quirúrgica y zona de induración. Incapacidad médica solo fueron por 6 días que terminan el día de hoy.

RECOMENDACIONES: Se recomienda hábitos saludables dieta balanceada actividad física adecuada evitar el consumo de alcohol el consumo de cigarrillo y sustancias psicoactivas. Prevención de hábitos

sexuales de riesgo. Lavar herida quirúrgica con agua y jabón colocar paños de agua tibia y complementar con hielo local.

(...)

i. Abdomen: Se observa herida quirúrgica fosa iliaca derecha con sutura sin evidencia de signos de infección con zona de induración perilesional se palpa crepitos se retiran sutura completa sin complicación. Hiperalgiesia en sitio herida quirúrgica.

DIAGNOSTICOS: Apendicitis aguda, no especificada

Posteriormente, el día **12 de junio de 2015**, el paciente ingresó nuevamente al servicio del Hospital Regional Valle de Tenza, conforme se señala en la Historia Clínica de Hospitalización y Epicrisis vista a folio 78, 83 y 87, con motivo de consulta de cuadro clínico de 2 días de epigastralgia, siendo efectuado un diagnóstico de ingreso de absceso de pared y POP Apendicetomía, señalándose lo siguiente:

“Diagnóstico de ingreso:

Absceso de pared

POP Apendicetomía

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente quien llega al servicio de urgencia por cuadro clínico de 2 días de epigastralgia, tos, ardor, pirosis, nauseas, induración, dolor en herida quirúrgica... refiere induración entera de cicatriz quirúrgica refiere que la ha presentado durante todo el postoperatorio

(...)

Análisis del caso

Paciente quien está en posoperatorio mediante de apendicetomía, quien presenta cuadro clínico de gastritis crónica agudizada y posible absceso de pared para drenaje por CX. Se ingresa para antibioticoterapia y Ho por CX.”

Sobre dicha fecha de 12 de junio de 2015, se consignan las siguientes anotaciones de notas de enfermería (Fl.69) respecto del servicio hospitalario del demandante en el Hospital Regional Valle de Tenza:

20+00. Recibo pte que ingresa con escalofrío y dolor de estómago se controlan SV dentro de normalidad.

Dr. Stella valora y ordena canalizar, tomar paraclínicos, se toman paraclínicos y se canaliza con Yelco 18 y LEV Ringer. Bolo 1000 ml y se continua a 1000, se administra ranitidina, metoclopramida

20+40 Dra. Stella revalora y ordena hospitalizar, se toma Tº 38 Dr. ordena administrar dipirona y se inicia antibiótico, se solicita cama y asignan cama 5.

22+35 se lleva pte al servicio de hospitalización caminando se deja acostado en cama 5 con LEV en MSI

22+40 Ingresa paciente al servicio de hospitalización, conciente, orientado, alerta con Lev en MSI pasando LR a 100 cc/7h

23+40 se controlan paciente estable con DX absceso de pared se observa paciente dormido

5+40 se controlan signos vitales y se grafican

7am entrego paciente en unidad, acostado, conciente, orientado, alerta con Lev en MSI pasando lactato de Ringer a 80 cc/h elimino, no hizo deposición, paso la noche estable.

El día **13 de junio de 2015**, se consignan las siguientes anotaciones de notas de enfermería (Fl. 69), evolución (Fl. 79 y 237) y epicrisis continua (Fl. 239) respecto del servicio hospitalario del demandante en el Hospital Regional Valle de Tenza:

“NOTA ENFERMERIA

7 AM: Recibo pte acostado, estable, Led en MSI, pasando L. de Ringer. Está con familiar.

9:30 am: pte se baña

10:30: Después de ser valorado por médico cirujano se suspende LEV y se coloca ...

10:45 am. Pte sale remitido a Bogotá para toma de ecografía, se fue con familiar

19:00 pte no ha vuelto de Bogotá

19:11 Jefe de turno dice que paciente en Bogotá en remisión

Paciente continua en remisión en Bogotá

19+00 14 junio 15, pte continua de remisión Bogotá

(...)

EVOLUCION

13-06-2015 Evolución medica. Paciente de 41 años con ID de: - absceso de pared, - POP apendicetomía. Paciente afebril quine refiere dolor abdominal dolor en epigastrio, con leve sensación de nauseas, diuresis A/ Paciente quien ingresa para Ho AMB, ahora hemodinamicamente estable se mantienen igual conducta terapéutica, se solicita valoración por cirugía

CX Gral.

C. Clínico de dolor en cuerpo, escalofrío, fiebre, malestar general.

Ex físico, abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal, induración leve en Hx liaca

ID: - Post. Op. De apendicetomía hace 15 días

4. Viuresis

5. Absceso Hx"

PLAN: Hidratar - omeprazol

S/S Ecografía tejidos blandos de pared abdominal y eco abdominal total

10:20 Nota: No es posible tomar ECO H.V.D.T.. la familia solicito permiso para realizar ecos en Idime Bogotá y regresas a institución"

(...)

EPICRISIS CONTINUA

13-6-15 (...) Pte que fue valorado por CX general quien solicita eco de tejidos blandos de abdomen quien sale a la ciudad Btá con autorización por el Dr CX.

El día **14 de junio de 2015**, se consignan las siguientes anotaciones de notas de enfermería (Fl.70), evolución (Fl. 237) y epicrisis continua (Fl. 239) respecto del servicio hospitalario del demandante en el Hospital Regional Valle de Tenza:

"NOTA ENFERMERIA

19+00 14-junio-15 Pte continua de remisión en Btá

EVOLUCION

14-06-2015 **NOTA MÉDICA.**

8+00 Paciente quien ayer se da pase de salida para la realización de TAC ecografía abdominal de tejido blando, el paciente no ha regresado a la institución, numero contacto no responde se espera llegada hasta medio día, si no ocurre se considera como fuga

14-06-15 12+15 Paciente que se fugó

EPICRISIS CONTINUA

14-6-15 (...) *Pte que no regreso al servicio de hospitalización se toma con fuga"*

En relación con lo anterior, reposan igualmente a folio 72 formato de consentimiento informado para realización de procedimiento en el servicio de urgencias de 12 de junio de 2015, documentos a folios 73-77 contentivos de registro de procedimientos, examen parcial de orina, inmunología, y registro de tratamientos y medicamentos formulados.

Ante la situación relacionada con la salida del Hospital Regional Valle de Tenza por imposibilidad de toma de ecografía de tejidos blandos solicitada y requerida, de conformidad con los elementos allegados al plenario, se encuentra que conforme historia clínica vista a folios 92-142, el día **13 de junio de 2015**, el demandante ingresó por el servicio de urgencias a la Clínica Jorge Piñeros Corpas de Saludcoop, donde estuvo hasta el día **05 de julio de 2015**, tiempo en el cual se realizan las siguientes anotaciones y observaciones a saber:

El día **13 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes del ingreso:

Motivo Consulta: "ME OPERARON HACE 15 DIAS, ESTOY CON FIEBRE Y MALESTAR GENERAL"

Enfermedad Actual: PACIENTE MASCULINO DE 41 AÑOS DE EDAD; QUE LLEGA DEAMBULANDO POR SUS MEDIOS, ACOMPAÑADO POR SU ESPOSA (MONICA OSORIO Cel 3112728863). REFIERE ANTECEDENTE APENDICECTOMIA +/-2 SEMANAS ATRÁS, EN GUATEQUE (BOYACÁ), DESDE HACE +/-2 DÍAS ATRÁS INICIA CON FIEBRE DE PREDOMINIO VESPERTINO DE 38-38.9°C QUE CEDE PARCIALMENTE CON LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIPIRÉTICOS Y MALESTAR GENERAL, CRIODIAFORESIS Y DOLOR ABDOMINAL QUE INICIÓ EN EPIGASTRIO E HIPOCONDRIO DERECHO CON MIGRACIÓN A HEMIABDOMEN INFERIOR Y FOSA ILÍACA DERECHA, NO SE IRRADIA AL DORSO NI A MIEMBROS INFERIORES; NIEGA CAMBIOS DEL HÁBITO INTESTINAL Y/O SÍNTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS. ACUDE A ATENCIÓN A HOSPITAL REGIONAL DE GUATEQUE, DONDE ADMINISTRAN RANITIDINA, METOCLOPRAMIDA, AMPICILINA E INDICAN REALIZACIÓN DE ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL Y TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL; SIN EMBARGO, ANTE LIMITANTE ADMINISTRATIVO (NO DISPONIBILIDAD DE ESTUDIO) SOLICITAN SALIDA VOLUNTARIA Y SE DIRIGEN A ÉSTA INSTITUCIÓN.

A/P: PACIENTE MASCULINO DE 41 AÑOS DE EDAD; ANTECEDENTE APENDICECTOMIA +/-2 SEMANAS ATRÁS EN HOSPITAL REGIONAL DE GUATEQUE (BOYACÁ); DESDE HACE +/-2 DIAS INICIO DOLOR ABDOMINAL, FIEBRE Y MALESTAR GENERAL; ATENCIÓN INICIAL EN DICHA INSTITUCIÓN, DONDE REALIZAN MANEJO SINTOMÁTICO; SIN EMBARGO, NO SE COMPLETAN ESTUDIOS POR LIMITANTES ADMINISTRATIVOS REFERIDOS POR FAMILIAR ANTE LO QUE SOLICITAN SALIDA VOLUNTARIA Y SE DIRIGEN A LA INSTITUCIÓN. AHORA PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ÁLGIDO, ANSIOSO, LÁBIL EMOCIONAL; AFEBRIL, HIDRATADO, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ADECUADA PERFUSIÓN DISTAL. SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NI DE BRONCOESTRUCIÓN, OXIMETRÍAS AMBIENTE LIMITROFES.

SE REQUIERE AHORA DESCARTAR COLECCIONES INTRAABDOMINALES vs I.S.O; POR LO QUE SE INDICA AHORA REALIZACIÓN DE PARACLÍNICOS DE EXTENSIÓN, SEGÚN REPORTES SE DEFINIRÁN OTRAS CONDUCTAS.

Fecha Evolución: 2015/06/13 20:03

...
A// PTE 41 AÑOS POP TARDIO APENDICECTOMIA. ADECUADA EVOLUCIÓN HASTA HACE 3 DIAS DONDE PRESENTA DOLOR ABDOMINAL, PICO FEBRILES Y NAUSEAS. AL EXAMEN FÍSICO FEBRIL, FC: 100, FR: 18, TA: 110/70. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON SACO HERNIARIO UMBILICAL DOLOROSO, NO REDUCIBLE. NJO HAY SIGNOS DE PERITONISMO, CICATRIZ QUIRÚRGICA SIN SIGNOS DE INFECCIÓN, CON INDURACIÓN PERILESIONAL, NO CALOR. EXAMEN SUGUIEREN LEUCOCITOSIS NEUTRÓFILA, PCR POSITIVA. AUNQUE ECO ABDOMINAL NORMAL NO COINCIDE CON HALLAZGOS AL EXMEN FÍSICO. CONCIDERO COMPLICACIÓN HERNIA UMBILICAL vs ISO TARDIA POP
PLAN: VALORACIÓN POR CX GENERAL

Fecha Evolución: 2015/06/13 22:04

PACIENTE CON CLÍNICA DE DOS DIAS DE EVOLUCIÓN DE DOLOR ABDOMINAL DIFUSO REFERIDO AL DORSO Y REGIÓN LUMBAR, DE INTENSIDAD LEVE A MODERADA, INTERMITENTE, ASOCIADO SENSACIÓN DE FIEBRE, NO SÍNTOMAS URINARIOS, HÁBITO INTESTINAL NORMAL
TOLERA BIE LA DIETA
ECOGRAFÍA ABDOMINAL REPORTADA NORMAL
HEMOGRAMA CON 17000 LEUC
Análisis: DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO EN ESTUDIO SIN EVIDENCIA DE ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO ADENITIS? SE INDICA RANITIDINA BUSCAPINA COMPUESTA HIDRATACIÓN, TOLERANCIA A LA VÍA ORAL DE ACUERDO A EVOLUCIÓN SE DEFINIRÁ SALIDA

El día **14 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/14 13:49

PACIENTE SI BIEN CON PRODRÓMO E CUADRO VIRAL LA CLÍNICA ES MUY SIGESTIVA DE FOCO INFECCIOSO ABDOMINAL CON PO NORMAL RX DE TORAX NORMAL PACIENTE PERSISTE CON DOLOR SINTOMÁTICO CON TAUCARDIA Y FIEBRE SE SS TAC DE ABDOMEN CONTRASTADO CON C 0.8 SOSPECHANDO COLECCIÓN EN TRABAODMINAL SE AVISA A DR COMBITA SE DEJA CUBRIMIENTO AB CON CLINDAMICINA CADA 8 HORAS Y GENATMICINA CADA 12 HORAS. SE DEJA FORMATO AB
(...)

Fecha Evolución: 2015/06/14 15:08

DOLOR ABDOMINAL POP TARDIO DE APENDICECTOMIA PRESENTA FIEBRE, DOLOR PERSISTENTE, ESCALOFRÍO AUMENTO DE LEUCOCITOSIS Y DE LA PCR ABDOMEN BLANDO, DEOLOR EN REFION DE FLANCO DER NO DEFINIDO SE INDICA SUSPENDER SALIDA SOLICITAR TAC ABDOMINAL PARA DESCARTAR COLECCIÓN INTRAABDOMINAL

Nombre Diagnóstico: Secuelas de procedimientos médicos y quirúrgicos como la causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de incidente en el momento de efectuar el procedimiento

El día **15 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/15 09:52

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE POP EXTRAINSTITUCIONAL DE APENDICECTOMIA HACE 15 DIAS CON DOLOR ABDOMINAL QUE HA VENIDO RESOLVIENDO, SE LE HABIA DADO ALTA POR CIRUGIA GENERAL TRAS LOS HALLAZGOS ECOGRAFICOS Y DE LABORATORIO, SIN EMBARGO PACIENTE PRESENTA CUADRO DE TAQUICARDIA, DIAFORESIS Y FIEBRE POR LO QUE SE CANCELA EGRESO Y SE SOLICITA TAC DE ABDOMEN. HOY PACIENTE REFIERE QUE ESTA SINTOMATOLOGIA PUDO ESTAR RELACIONADA A LA SUSPENSION DE MEDICAMENTOS PARA LA ANSIEDAD, SIN EMBARGO POR FIEBRE Y SINTOMATOLOGIA ESPERAMOS TOMA DE TAC DE ABDOMEN PARA DESCARTAR COLECCIONES INTRA ABDOMINALES POST OPERATORIAS.

El día **16 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/16 15:37

REPORTE DE TAC ABDOMINAL COLECCION EN FID SIN GAS DE 64 X 48 mm

Análisis: SE RECOMIENDA DRENAJE PERCUTANEO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA SIGUE MANEJO ANTIBIOTICO IGUAL - CONTINUA HOSPITALIZADO

Fecha Evolución: 2015/06/16 16:29

DX:

- COLECCION INTRABDOMINAL EN FID
- DOLOR ABDOMINAL CONTROLADO
- POP RECIENTE APENDICECTOMIA 29/05/15

PACIENTE EN MANEJO MEDICO AB POR PRESUNTA ISO POR APENDICECTOMIA. DOLOR ABDOMINAL CONTROLADO, SIRS EN MODULACION. SE CONTINUARA IGUAL MANEJO MEDICO AB. CONCEPTO DE CX GENERAL CONSIDERA DRENAJE PERCUTANEO. SE REALIZAN ORDENES MEDICAS.

El día **17 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/17 00:28

***PACIENTE CON DIAGNOSTICOS

- 1- COLECCION INTRABDOMINAL EN FID
- 2- DOLOR ABDOMINAL CONTROLADO
- 3- POP RECIENTE APENDICECTOMIA 29/05/15

Fecha Evolución: 2015/06/17 22:52

PACIENTE CON CUADRO DE COLECCION EN SITIO OPERATORIO POS APENDICECTOMIA, QUE VIENE EN MANEJO ANTIBIOTICO CON CLINDA/GENTA ACTUALMENTE CON DOLOR NO CONTROLADO POR LO QUE SE AUMENTA ANALGESIA, SE SIGUE MANEJO Y SE ESPERA REALIZACION DE DRENAJE POR RADIOLOGIA, TIEMPOS ADECUADOS, LEUCOS AUMENTADOS. SE ESPERARA PROCEDIMIENTO.

Nombre Diagnóstico: Apendicitis aguda con absceso peritoneal

El día **18 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/18 21:49

PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE NO SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA AFEBRIL PENDIENTE REPORTE DE CULTIVOS DE SECRECION SE CONTINUA MANEJO MEDICO

El día **19 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/19 13:40

SE TRATA DE PACIENTE EN SU 5 DECADA DE LA VIDA CON COLECCION INTRAABDOMINAL EN MANEJO CON ANTIBIOTICOTERAPIA CON BUENA RESPUESTA, EL DIA DE AYER DRENARON COLECCION, PENDIENTE REPORTE DE CULTIVO, SE HIZO VALORACION POR SHEC QUIEN LE ADIERTO A PACIENTE EN HORAS DE LA TARDE, POR LO CUAL SE COLOCARA DOSIS DE LA TARDE DE ANTIBIOTICO Y SE DARA EGRESO, POR AHORA CONTINUAR ORDENES IGUALES,

El día **22 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/22 22:46

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE: POP DRENAJE PERCUTANEO COLECCION INTRA-ABDOMINAL EN FOSA ILIACA DERECHA POR POP MEDIATO APEND. CECTOMIA (29 MAYO 2015) ACUDE HOY POR URGENCIAS DEBIDO A DRENAJE ABUNDANTE DE MATERIAL PURULENTO EN REGION ABDOMINAL. TIENE DREN LOCAL CON ESCASA SECRECION LOCAL. MANIFIESTA DOLOR ABDOMINAL REGION DERECHA POR LO QUE DECIDE RECONSULTAR REFIERE EL DIA DE AYER UN PICO DE FIEBRE QUE REPITE HOY, SIN VOMITO,

ANALISIS: SE DECIDE INGRESAR PARA VALORACION POR CIRUGIA SEGUIR ESQUEMA ANTIBIOTICO DE CLINDA-GENTAMICINA IV COLOCAR ANALGESICO IV Y NA TOMAR ELHEMOGRAMA Y PCR DE CONTROL ADEMÁS PRUEBAS DE FUNCION RENAL PARA DEFINIR ESTUDIO ADICIONAL.

El día **23 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/23 12:09

ANALISIS: SE REVISAN CULTIVOS DE LA SECRECION (18/06/15) NEGATIVOS A LAS 48 HORAS DE INCUBACION PACIENTE CON ANTECEDENTE DE COLECCION INTRAABDOMINAL, QUE PRESENTA NUEVAMENTE SIRS DAD POR TAQUICARDIA, LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA, CON PERSISTENCIA DE DRENAJE PURULENTO EN AREA DE FOSA ILIACA DERECHA, EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SE CONSIDERA PACIENTE REQUIERE REALIZACION DE TAC ABDOMINAL CONTRASTADO PARA VERIFICAR PERSISTENCIA DE LA COLECCION O AUMENTO DE ESTA, ESCALONAR ANTIBIOTICOTERAPIA A PIPERACILINA -TAZOBACTAM Y SEGUN REPORTE DE TAC DEFNIREMOS CONDUCTA.

El día **24 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/24 18:26

PACIENTE MASCULINO DE 40 AÑOS CON LOS STES DXCOS:

Análisis:

1. POP TEMPRANO DE APENDICEPTOMIA 29-05-2015
2. COLECCION INTRAABDOMINAL EN FID
3. POP DRENAJE PERCUTANEO EN FID DISFUNCIONAL

REPORTE DE TAC DE ABDOMEN CONTRSTADO 24/06/15: COLECCION INTRA Y EXTRAABDOMINAL DE LA FOSA ILIACA DERECHA ADYACENTE A CATETER DE DRENAJE. APENDICE CECAL PARCIALMENTE OPACIFICADA EN SUS DOS TERCIOS PROXIMALES CON CAMBIOS INFLAMATORIOS DE LA PPUNTA LA CUAL SE LOCALIZA ADYACENTE A LA COLECCION DESCRITA. EXTENSA ENFERMEDAD DIVERTICULAR NO COMPLICADA DEL HEMICOLON IZQUIERDO. INFILTRACION DE GRASA HEPATICA.

Fecha Evolución: 2015/06/24 18:58

Dx: Colección abdominal post apendicetomía

Se realizó TAC que reporta Colección intra y extra abdominal de la Fosa iliaca derecha e imagen que "Llama la atención Visualización de imagen compatible con apéndice cecal que opacifica sus dos tercios proximales"

Análisis: Paciente con signos de respuesta inflamatoria, ha presentado fiebre, taquicardico, con leucocitosis, con signos de infección local y compromiso de la pared abdominal y hallazgos de TAC por lo que se considera requiere de manejo quirúrgico. Se explica al paciente y familiares la situación actual y los hallazgos de imágenes, el procedimiento a realizar con sus riesgos y posibles complicaciones, entre ellas la infección, sangrado, peritonitis, fistula, uso de drenes, cicatrices, manejo de herida abierta, lesión del intestino u otro órgano abdominal, reintervención e incluso la muerte, manifiesta entender y aceptar, firma formato de autorización de la historia clínica electrónica de la EPS

El día **25 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/25 02:17

**NOTA OPERATORIA
CIRUGÍA GENERAL**

DIAGNÓSTICO PREQUIRÚRGICO: COLECCIÓN INTRAABDOMINAL - ANTECEDENTE DE APENDICECTOMÍA EXTRAINSTITUCIONAL - POP DRENAJE PERCUTÁNEO COLECCIÓN INTRAABDOMINAL
DIAGNÓSTICO POSTQUIRÚRGICO: ABSCESO PERIAPENDICULAR - ABSCESO DE PARED ABDOMINAL

PROCEDIMIENTO: LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA + APENDICECTOMÍA + DRENAJE DE ABSCESO PERIAPENDICULAR + DRENAJE DE ABSCESO DE PARED ABDOMINAL + COLOCACIÓN DE DREN DE BLAKE EN LECHO CRUENTO

HALLAZGOS: APÉNDICE CECAL PRESENTE A PESAR DE ANTECEDENTE QUIRÚRGICO - ABSCESO PERIAPENDICULAR PARACECAL PARCIALMENTE DRENADO - ABSCESO DE PARED ABDOMINAL EN REGIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA.

CIRUJANO: E. FERNANDO AGUIRRE

COMPLICACIONES: NINGUNA

SANGRADO MÍNIMO

PATOLOGÍA: APÉNDICE CECAL

RECUENTOS DE GASAS Y COMPRESAS INFORMADOS COMPLETOS POR INSTRUMENTACIÓN

PLAN:

- TRASLADO A RECUPERACIÓN

- MANEJO ANALGÉSICO

- ANTIBIOTICOTERAPIA DE AMPLIO ESPECTRO CON PIPERACILINA TAZOBACTAM DURANTE 10 DÍAS DE ACUERDO A ÓRDENES DE CIRUJANO GENERAL

- NADA VÍA ORAL POR 72 HORAS

- CUIDADOS DREN DE BLAKE

Nombre Diagnóstico: Apendicitis aguda con absceso peritoneal

Fecha Evolución: 2015/06/25 15:49

A// PACIENTE QUIEN CURSA EN BUEN ESTADO GENERAL HEMODINAMICAMENTE ESTABLE AFERBRIL, SIN SIGNOS DE SIRS, CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR QUIEN SE ENCUENTRA EN MANEJO ANTIBIOTICO POR HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS, SE CONTINUA IGUAL MANEJO INSTAURADO PENDING TRASLADO A PISO SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTA.

El día **26 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/26 15:19

Análisis: PACIENTE AHORA ESTABLE CON DOLOR CONTROLADO SIN EMESIS EN MANEJO MEDICO ANTIBIOTICO CON PIP/TZ POR ABSCESO PERIAPENDICULAR DRENADO SIN EMESIS CON HERIDAS EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CONTINUA MANEJO MEDICO PENDING TRASLADO A PISO según DISPONIBILIDAD PARA CONTINUAR ANTIBIOTICOTERAPIA NO CANDIDATO A SHEC

El día **27 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/27 09:33

PLAN: CONTINUAR PIPTAZO HOSPITALARIO HASTA COMPLETAR 10 DIAS. NO POSIBLE SHEC PORQUE NO TIENE DONDE QUEDARSE EN BOGOTA.

El día **28 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/28 15:31

PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA SATISFACTORIA SIN SIGNOS DE SIRS, TOELRNADO LA VIA ORAL. DREN FUNCIONANTE CON ESCASA SECRECON. CIRUGIA DR SANDOVAL, VALORA PACIENTE EL PACIENTE Y ORDENA CONTINUAR IGUAL MANEJO. COMPLETAR ANTIBIOTICO INTRAHOSPITALARIAMENTE YA QUE NO ES CANDIDATO PARA SHEC POR DOMICILIO FUERA DE BOGOTA.

S/S IC POR PSIQUIATRIA POR RECIADA DE SINTOMAS DEPRESIVOS.

SE SUGIERE CAMBIO DE HABITACION PARA DISMINUIR SINTOMAS DEPRESIVOS.

S/S LABORATORIOS.

El día **29 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/29 11:56

Análisis: CONTINUA MANEJO ANTIBIOTICO, CUIDADOS DEL DREN, POSIBLE RETIRO MAÑANA

El día **30 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/06/30 13:06

PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA SATISFACTORIA SIN SIGNOS DE SIRS, TOELRNADO LA VIA ORAL. DREN POCO PRODUCTIVO CIRUGIA DR TABARES, RETIRA DREN EL DIA DE HOY. SIN COMPLICACIONES. PSIQUIATRIA VALORA PACIENTE Y DETERMINA QUE SE TRATA DE PROCESO ADAPTATIVO QUE NO HACE NECESARIO AJUSTES DE MEDICACION. CONTINÚA IGUAL CON PAROXETINA. LABORATORIOS DE AYER NORMALES. COMPLETAR ANTIBIOTICO INTRAHOSPITALARIAMENTE YA QUE NO ES CANDIDATO PARA SHEC POR DOMICILIO FUERA DE BOGOTA. PIP- TAZO INICIADO 23/06/2015 DIA 7 SE SUGIERE CAMBIO DE HABITACION PARA DISMINUIR SINTOMAS DEPRESIVOS.

El día **01 de julio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/07/01 17:01

Análisis: **PACIENTE** CON EVOLUCIÓN CLÍNICA SATISFACTORIA SIN SIGNOS DE SIRS, TOLERANDO LA VÍA ORAL. COMPLETAR ANTIBIOTICO INTRAHOSPITALARIAMENTE YA QUE NO ES CANDIDATO PARA SHEC POR DOMICILIO FUERA DE BOGOTÁ. PIP- TAZO INICIADO 23/06/2015 DÍA 8/10 SE CONTINUA MANEJO MEDICO. SE REALIZO RETIRO DE DREN BLAKE SIN PROBLEMAS.

El día **02 de julio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/07/02 12:55

Análisis: **PACIENTE** CON EVOLUCIÓN CLÍNICA SATISFACTORIA SIN SIGNOS DE SIRS, TOLERANDO LA VÍA ORAL. COMPLETAR ANTIBIOTICO INTRAHOSPITALARIAMENTE 2 DÍAS MAS POR ORDEN DE CIRUGIA GENERAL Y POSTERIORMENTE SE PODRA DAR EGRESO. CONTINÚA IGUAL MANEJO. CUIDADOS DE HERIDAS POR ENFERMERIA.

El día **03 de julio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/07/03 13:20

Análisis: **PACIENTE** CON EVOLUCIÓN CLÍNICA SATISFACTORIA SIN SIGNOS DE SIRS, TOLERA VÍA ORAL. COMPLETARA MAÑANA CICLO DE ANTIBIOTICO CON ULTIMA DOSIS Y SE DARA EGRESO SEGUN SUGERENCIA DE CIRUGIA GENERAL. CONTINÚA IGUAL MANEJO. CUIDADOS DE HERIDAS POR ENFERMERIA.

El día **04 de julio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/07/04 10:55

Análisis: **PACIENTE** CON EVOLUCIÓN CLÍNICA SATISFACTORIA SIN SIGNOS DE SIRS, TOLERANDO LA VÍA ORAL. PIP- TAZO INICIADO 23/06/2015 DÍA 10/10 PROBABLE ALTA HOY, EN ESPERA DE VALORACION DE CIRUGIA GENERAL.

El día **05 de julio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes:

Fecha Evolución: 2015/07/05 08:59

Análisis: **PACIENTE** CON EVOLUCIÓN CLÍNICA SATISFACTORIA SIN SIGNOS DE SIRS, TOLERANDO LA VÍA ORAL. PIP- TAZO INICIADO 23/06/2015 DÍA 10/10 TRATAMIENTO ANTIBIOTICO COMPLETO. SE DA SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA. CONTROL POR CIRUGIA GENERAL. SE CIERRA HISTORIA CLÍNICA.

Ahora bien, en relación a la intervención quirúrgica realizada el 24 de junio de 2015 al demandante en dicha institución, relacionada con el procedimiento de "Apendicetomía con drenaje de peritonitis localizada", obra la hoja de descripción quirúrgica (Fí. 141), en la que se consigna lo siguiente:

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

Z719 Consulta, no especificada, T814 Infección consecutiva a procedimiento, no clasificada en otra parte

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO

K359 Apendicitis aguda, no especificada

ESPECIMEN ENVIADO A PATOLOGIA

-APENDICE CECAL.-Edgar Fernando Aguirre Bello Jun 25 2015 12:03AM

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL ACTO QUIRURGICO

Finalidad: TERAPEUTICO

Lateralidad: No Aplica

Acto Qx: BÁSICA

Tipo Herida: Contaminada

Profesionales: Edgar Fernando Aguirre Bello - Cirujano Principal; Camilo Andrés Angarita Vera - Ayudante Quirúrgico 1; Juana Milena Pintor Ramírez - Instrumentador; Juan Camilo Jiménez Triana - Anestesiólogo;

PROCEDIMIENTO: 17466 APENDICECTOMIA CON DRENAJE DE PERITONITIS LOCALIZADA

Finalidad: TERAPEUTICO

Lateralidad: No Aplica

Acto Qx: BÁSICA

Tipo Herida: Contaminada

Profesionales: Edgar Fernando Aguirre Bello - Cirujano Principal; Camilo Andrés Angarita Vera - Ayudante Quirúrgico
1; Juana Milena Pintor Ramírez - Instrumentador; Juan Camilo Jiménez Triana - Anestesiólogo

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

-HALLAZGOS:

ABSCESO DE PARED

ABSCESO PARA CECAL PARCIALMENTE DRENADO POR PIG-TALE

APENDICE CECAL RETROCECAL SUBSEROSA EMPLASTRONADA

ASEPSIA DEL CAMPO QX.

INCISION MEDIANA INFRAUMBILICAL

IDENTIFICACION DE HALLAZGOS

LIBERACION DEL PLASTRON Y DRENAJE DEL ABSCESO

LIBERACION DEL APENDICE CECAL CON LIGADURA Y SECCION DEL MESO APENDICULAR Y DEL APENDICE CECAL EN SU BASE.

EXTRACCION DE LA PIEZA QX.

LAVADO DE CAVIDAD Y REVISION DE HEMOSTASIA

COLOCACION DE DREN DE BLAKE EN ESPACIO PARACECAL ABSCEDADO.

CIERRE DE HDA QX. POR PLANOS

OBSERVACIONES

-APENDICE CECAL PROXIMAL A PESAR DE ANTECEDENTE DE APENDICECTOMIA"

Igualmente, a folio 157 del plenario, reposa el "Reporte de Anatomía Patológica", del Laboratorio de Patología Especializado de Alta Tecnología Centro de Diagnóstico en Cito Patología, con los siguientes resultados o situaciones descritas en relación con el procedimiento de *Apendicetomía con drenaje de peritonitis localizada*, a saber:

"Paciente: OSCAR FERNANDO ZAMBRANO MORA

Empresa: Saludcoop

Dx Clínico: APENDICITIS

Fecha de ingreso: 26/06/2015

Fecha de Salida: 21/08/2015

Sede: Bogotá

Espécimen enviado: APENDICE CECAL

Médico: Camilo Angarita

REPORTE DE ANATOMIA PATOLOGICA

DESCRIPCION MACROSCOPICA

Se recibe apéndice cecal que mide 7x1.3x1.2 cms. Superficie externa lisa opaca. Con meso de hasta 6 cms de espesor. Al corte la luz se encuentra dilatada ocupada por material fecaloide. Se procesa todo en 3 bloques.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:

Los cortes muestran apéndice cecal con un infiltrado inflamatorio agudo transmural, asociado a edema y congestión. No hay parásitos ni tumor. La serosa muestra un infiltrado inflamatorio agudo ligero.

DIAGNOSTICO:

APENDICE CECAL, APENDICECTOMIA:

- APENDICITIS AGUDA FIBRINOPURULENTA

- PERIAPENDICITIS"

Así las cosas, obsérvese que de conformidad con las historias clínicas reseñadas, la atención prestada se llevó en varios momentos a saber:

- El día **27 de mayo de 2015**, el demandante ingresó por el servicio de urgencias al Hospital Regional Valle de Tenza, conforme se señala en la Historia Clínica de Hospitalización y Epicrisis vista a folio 41-42 y 67, con motivo de consulta de dolor de estómago, siendo efectuado un diagnóstico de ingreso de apendicitis aguda.

- El día **28 de mayo de 2015**, se realiza intervención de apendicetomía, describiéndose los hallazgos de: *"Apéndice Fibrinopurulenta retrocecal. Se practica apendicetomía típica. Hacemos la limpieza de la cavidad abdominal y sutura de la pared por planos."*, no señalándose complicaciones y trasladándose al paciente a sala de recuperación.

- El **29 de mayo de 2015**, se da valoración, y se anota *"Lo valora el internista y le ordena salida. Se le controlan SIV estables control por cirugía en 15 días"*, por lo que se da de alta hospitalaria.

- El **04 de junio de 2015**, ingresa el paciente nuevamente al Hospital, con motivo de consulta de Control de Postoperatorio, señalándose *"Actualmente paciente presenta hiperalgia en sitio de herida quirúrgica y zona de induración. Se retiran sutura completa sin complicación. Hiperalgia en sitio herida quirúrgica. DIAGNOSTICOS: Apendicitis aguda, no especificada"*.

- Posteriormente, el día **12 de junio de 2015**, el paciente ingresó nuevamente al servicio del Hospital Regional Valle de Tenza, con motivo de consulta de cuadro clínico de 2 días de epigastralgia, siendo efectuado un diagnóstico de ingreso de absceso de pared y POP Apendicetomía, señalándose lo siguiente: *"Análisis del caso. Paciente quien está en posoperatorio mediante de apendicetomía, quien presenta cuadro clínico de gastritis crónica agudizada y posible absceso de pared para drenaje por CX. Se ingresa para antibioticoterapia y Ho por CX."*

- El día **13 de junio de 2015**, se consigna respecto del paciente que *"Paciente afebril quine refiere dolor abdominal dolor en epigastrio, con leve sensación de náuseas, diuresis A/ Paciente quien ingresa para Ho AMB, ahora hemodinamicamente estable se mantienen igual conducta terapéutica, se solicita valoración por cirugía"*, solicitándose *"S/S Ecografía tejidos blandos de pared abdominal y eco abdominal total"*. Sin embargo, también se deja anotación de que no es posible tomar ecografía en la institución en ese momento, por lo que sale a la ciudad de Bogotá para la toma de la misma.

- El día **14 de junio de 2015**, se consigna en la historia clínica del Hospital Regional Valle de Tenza la anotación de *Paciente quien ayer se da pase de salida para la realización de TAC ecografía abdominal de tejido blando, el paciente no ha regresado a la institución (...) Pte que no regreso al servicio de hospitalización se toma con fuga"*.

- Ahora bien, como se vio en la reseña precedente, ante la situación relacionada con la salida del Hospital Regional Valle de Tenza por imposibilidad de toma de ecografía de tejidos blandos solicitada y requerida, se encuentra que conforme historia clínica vista a folios 92-142, el día **13 de junio de 2015**, el demandante ingresó por el servicio de urgencias a la Clínica Jorge Piñeros Corpas de Saludcoop, donde estuvo hasta el día **05 de julio de 2015**, tiempo en el cual se realizan las siguientes anotaciones y observaciones que se traen a colación como relevantes en relación al punto bajo examen:

- El día **13 de junio de 2015**, se realizan las siguientes observaciones relevantes del ingreso: Motivo Consulta: "ME OPERARON HACE 15 DIAS, ESTOY CON FIEBRE Y MALESTAR GENERAL" REFIERE ANTECEDENTE APENDICECTOMIA +/-2 SEMANAS ATRÁS, EN GUATEQUE (BOYACÁ), (...) ACUDE A ATENCIÓN A HOSPITAL REGIONAL DE GUATEQUE, DONDE ADMINISTRAN RANITIDINA, METOCLOPRAMIDA, AMPICILINA E INDICAN REALIZACION DE ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL Y TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL; SIN EMBARGO, ANTE LIMITANTE ADMINISTRATIVO (NO DISPONIBILIDAD DE ESTUDIO) SOLICITAN SALIDA VOLUNTARIA Y SE DIRIGEN A ÉSTA INSTITUCIÓN. , y se indica que SE REQUIERE AHORA DESCARTAR COLECCIONES INTRAABDOMINALES vs I.S.O: POR LO QUE SE INDICA AHORA REALIZACIÓN DE PARACLÍNICOS DE EXTENSIÓN, SEGÚN REPORTES SE DEFINIRÁN OTRAS CONDUCTAS.

- Posteriormente, y luego de los exámenes y de varios análisis y toma de imágenes diagnósticas, en aras de determinar y descartar colecciones intraabdominales, se tiene que el día **24 de junio de 2015**, se realiza la siguiente observación relevante de reporte: **REPORTE DE TAC DE ABDOMEN CONTRASTADO 24/06/15: COLECCION INTRA Y EXTRAABDOMINAL DE LA FOSA ILIACA DERECHA ADYACENTE A CATETER DE DRENAJE. APENDICE CECAL PARCIALMENTE OPACIFICADA EN SUS DOS TERCIOS PROXIMALES CON CAMBIOS INFLAMATORIOS DE LA PPUNTA LA CUAL SE LOCALIZA ADYACENTE A LA COLECCION DESCRITA. (...)** **Dx: Colección abdominal post apendicetomía** Se realizó TAC que reporta Colección intra y extra abdominal de la Fosa iliaca derecha e imagen que "Llama la atención Visualización de imagen compatible con apéndice cecal que opacifica sus dos tercios proximales", determinándose como análisis que: Paciente con signos de respuesta inflamatoria, ha presentado fiebre, taquicardico, con leucocitosis, con signos de infección local y compromiso de la pared abdominal y hallazgos de TAC por lo que se considera requiere de manejo quirúrgico".

- El día **25 de junio de 2015**, se registra la siguiente nota operatoria: **NOTA OPERATORIA CIRUGÍA GENERAL: DIAGNÓSTICO PREQUIRÚRGICO: COLECCIÓN INTRAABDOMINAL - ANTECEDENTE DE APENDICECTOMÍA EXTRAINSTITUCIONAL - POP DRENAJE PERCUTÁNEO COLECCIÓN INTRAABDOMINAL, DIAGNÓSTICO POSTQUIRÚRGICO: ABSCESO PERIAPENDICULAR - ABSCESO DE PARED ABDOMINAL; PROCEDIMIENTO: LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA + APENDICECTOMÍA + DRENAJE DE ABSCESO PERIAPENDICULAR + DRENAJE DE ABSCESO DE PARED ABDOMINAL + COLOCACIÓN DE DREN DE BLAKE EN LECHO CRUENTO; HALLAZGOS: APÉNDICE CECAL PRESENTE A PESAR DE ANTECEDENTE QUIRÚRGICO - ABSCESO PERIAPENDICULAR PARACECAL PARCIALMENTE DRENADO - ABSCESO DE PARED ABDOMINAL EN REGIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA. Nombre Diagnostico: Apendicitis aguda con absceso peritoneal**

- Lo anterior, en consonancia con la hoja de descripción quirúrgica de dicho procedimiento de 24 de junio de 2015 (Fl. 141), en la que se consigna lo siguiente: **DIAGNOSTICO PREOPERATORIO** Z719 Consulta, no especificada, T814 Infección consecutiva a procedimiento, no clasificada en otra parte, **PROCEDIMIENTO: 17466 APENDICECTOMIA CON DRENAJE DE PERITONITIS LOCALIZADA, OBSERVACIONES -APENDICE CECAL PROXIMAL A PESAR DE ANTECEDENTE DE APENDICECTOMIA**, así como con lo descrito en el "Reporte de Anatomía Patológica" (Fl. 157), del Laboratorio de Patología Especializado de Alta Tecnología Centro de Diagnóstico en Cito Patología, sobre los resultados o situaciones descritas en relación con el procedimiento de *Apendicetomía con drenaje de peritonitis localizada*, a saber: **REPORTE DE ANATOMIA PATOLOGICA DESCRIPCION MACROSCOPICA** Se recibe apéndice cecal que mide 7x1.3x1.2 cms. Superficie externa lisa opaca. Con meso de hasta 6 cms de espesor. Al corte la luz se encuentra dilatada ocupada por material fecaloide. Se procesa todo en 3 bloques. DIAGNOSTICO: APENDICE CECAL, APENDICECTOMIA: - APENDICITIS AGUDA FIBRINOPURULENTO, - PERIAPENDICITIS.

Ahora bien, continuando con el análisis probatorio, se tiene que en el desarrollo del proceso, por una parte, se llevó a cabo la práctica de los interrogatorios de los demandantes Oscar Fernando Zambrano Mora, y Mónica del Rocío Osorio Blanco, en los que se adujo lo siguiente:

“OSCAR FERNANDO ZAMBRANO MORA. Generales de Ley. 44 años. Reside en Tunja, conjunto María Fernanda. Profesión: Abogado. Ocupación: funcionario de la Procuraduría General de la Nación, Provincial Tunja. Estudios: Abogado de la universidad de la Sabana, con énfasis en derecho económico y financiero. Especialista en derecho administrativo de la Universidad Externado de Colombia.
PREGUNTO: *¿Refiérase al juzgado cual fueron los motivos que dieron lugar al presunto retiro voluntario del centro hospitalario Valle de Tenza para el mes de junio del año 2015?.* **CONTESTO:** *Yo a finales de mayo del 2015 y comienzos de Junio, me encontraba en una situación de post cirugía de apéndice, volví al hospital valle de Tenza después de la cirugía por urgencias allí me atendieron y luego de que me atendieron, me dejaron hospitalizado, eso fue para un fin de semana, en esa hospitalización el medico detecto varias situaciones que eran compresibles, entre esas el dolor intenso, de ese dolor intenso no podían determinar su causa y previo a eso el medico determino que necesitaba una ecografía, la que estuvo más atenta de mi situación fue mi esposa , yo estaba digamos que mal por muchas razones, estaba bastante adolorido, tenía fiebre y ya con la situación que no me podían ejecutar o practicar la ecografía ni tenían medios para diagnosticar que era lo que estaba sucediendo después de la cirugía de apéndice, el médico tratante le informa a mi esposa la necesidad de tomar esa ecografía en otro lugar y en vista de la situación y con el apoyo de mi esposa y la familia próxima que eran mis suegros se tomó la determinación de pedir el retiro voluntario y el desplazamiento a la ciudad de Bogotá para generar esa ecografía y todo lo que dependió, de ahí todo lo que comencé realmente una situación verdaderamente calamitosa, que no quiero a veces tocar , muy calamitosa que fue. **PREGUNTO:** *Manifieste a despacho por qué razón tomo la decisión de solicitar el egreso voluntario, usted a referido que por recomendación del médico.; ¿Que médico le hizo esa recomendación y en qué termino?.* **CONTESTO:** *Me estaba tratado, en esa ocasión después de la cirugía, como a los 15 o 20 días, el doctor chillan y él recomienda esa ecografía para determinar qué era lo que estaba pasando por que no era entendible lo que me estaba sucediendo, y de ahí se toma la decisión de irnos para Bogotá. La verdad, no quiero desmeritar lo que pues por mi condición de demandante he estado aquí presente pero, la verdad cuando yo salgo para Bogotá, eso fue un día sábado, yo estaba bastante mal, adolorido, con fiebre, y era inminente, yo estaba preocupado por la situación; por mi trabajo en la procuraduría general de la nación, y obviamente en el Valle de Tenza, en guateque y Garagoa yo trabajaba, tenía conocimiento pleno de lo que estaba ocurriendo en el hospital, y sabía de las condiciones de alguna manera no tan notoriamente buenas, más bien precarias del hospital y tenía miedo de lo que estaba pasando, me angustie mucho, me subieron al carro y yo iba mal, muy mal, incluso según la recomendación del médico tratante necesitábamos ese examen urgente, ósea no era como que espere un mes o dos mes o un día o dos días, era urgente, el médico realmente nos hizo caer en cuneta, a mí en medio de mi dolor yo me daba cuenta de lo que estaba pasando, la verdad yo vi que la vida estaba peligrando, y yo decía esto es una situación que yo ya había la había visto en el hospital valle de Tenza, pero que yo no pensé que se pudiera dar conmigo, más aun cuando yo hacía función preventiva en el hospital Valle de Tenza; cuando nos desplazamos hacia Bogotá se intentó primero parar en el municipio de Chocontá para saber si tenían el ecógrafo y no lo tenían, y fue cuando salimos para Idime, allá no me atendieron, el hospital debió haber reportado a Idime que yo viajaba o me remitía por urgencias a Bogotá; yo llego y no me atendieron porque era un fin de semana era un puesto y la única solución que me dieron es “lléveselo para urgencias” incluso intentamos entrar a la clínica Santa Sofía de la calle 27, y eso es una situación caótica, una cosa es contarlo y otra es vivirlo cuando usted está verdaderamente preocupado y cuando uno ve lo que le está pasando a uno eso solo se ve en televisión; cuando llegamos a la clínica de Saludcoop de la 104 de la autopista, me di cuenta que lo que estaba pasando y tuve que ver lo que estaba ya sucediendo y esa situación de que tenía que devolverme para Guateque no fue posible, era casi imposible, los médicos me reciben y me dan trato de urgencia, pero esa clínica estaba colapsada, eso estaba “tetiada” una cosa impresionante y ya comienzo a toda la situación de no regresar a Guateque porque era mi vida o mi vida y complicado ya estar adentro, complicado que me atiendan pero más complicado es devolverme, y ya ahí caigo prácticamente el depresión, en aburrimiento en una cosa impresionante que tuve que pasar a partir de que no sabían porque tenía esa situación. **PREGUNTO:** *Usted refiere que la procuraduría en su caso en concreto y en otros había hecho algunas actividades tendientes a que prestaran el servicio de manera permanente frente a los servicios ofertados; ¿usted recuerda si su caso fue objeto de preventiva por parte del ente de control disciplinario y cuáles fueron los resultados de eso?.* **CONTESTO:** *Que yo sepa respecto a mi caso la procuraduría de guateque obviamente me acompañó pero no pidió información, eso sí me acuerdo, la procuraduría regional de Boyacá posteriormente para hacerme a la historia clínica, acudí para que en función preventive solicitaran los documentos, pero tengo totalmente claridad que no era mi caso, era el caso de muchas personas que el servicio no era optimo y la procuraduría en cabeza del procurador de la época estaba pendiente de toda la parte de salud, llegaban muchas persona a pedir apoyo a la procuraduría para ese campo* **PREGUNTO:** *Usted para el ingreso que ha hecho referencia, ¿solicitó el servicio de ambulancia? en caso de ser afirmativo indique si ¿fue prestado ese servicio o por qué razón no le fue prestado tal servicio?.* **CONTESTO:** *Yo en ese momento no dimensionaba la situación que me estaba***

ocurriendo respecto a que si me iba en ambulancia o carro particular, mi esposa es la que toma la decisión y ya al final toma la decisión de irnos para Bogotá, sé que si la orden de ambulancia me la hubiera dado el médico tratante muy seguramente y de muy buen agana la hubiese recibido por que estaba maltrecho y golpeado por la situación, no estaba en buen estado físico, yo soy deportista, juego baloncesto y a veces fútbol con mis hijos y de esa óptica no era el mismo óscar Fernando de siempre, sabía que estaba mal, la fiebre no paraba y por uno y otra razón todavía no me explico por qué no se evacuaron esos protocolos de remisión, el doctor dice que estaba bien o mal pero yo sabía lo que estaba pasando, tan mal estaba que envían esas imágenes, esa situación para determinar qué era lo que tenía, porque es muy difícil estar uno en la habitación y que no le digan nada, ya el traslado como tal lo hace mis suegros con mi esposa, pero estoy seguro de que si el hospital me envía en ambulancia hubiera optado por esto. **PREGUNTO:** Señor Zambrano cuando usted refiere un estado físico y emocional presentado en ese momento que decide por el retiro voluntario, usted ¿puede decirle al despacho la sintomatología presentada?. **CONTESTO:** Yo salto de la primera cirugía y yo me voy con la conciencia de que me habían operado perfectamente, pero bajo un paramento bastante particular, y es que le médico tratante, no lo leí en la historia pero si me lo manifestó "usted tiene alto perceptible al dolor usted ha aguantado bastante lo que le venía sucediendo, de todos modos me dio ibuprofeno de 400 o a veces podría ser 800 si tomaba dos pastillas, y si yo tomaba el medicamento constante me pregunto por qué me dolía?, si yo tengo aguante, es alto según los médicos tratantes; los dos primeros días de que me retiro dormí, pero de ahí comienza una situación de no dormir por el dolor, cuando uno está en recuperación no duerme igual, seguí en recuperación pero comencé a no tener sueño y eso me afecto muchísimo, el no dormir fue tal vez lo que más me afectó de esa situación y ya después cuando voy a hospital valle de Tenza al control, algo me asaltó la duda porque el dolor no me pasaba, el dolor era fuerte, y el médico me observa y me dice que todo está bien; pero yo pensaba si soy resistente al dolor y me tomo los medicamentos ¿Por qué no me pasa?, y obviamente en el transcurso en que el doctor me ve y luego voy ya por urgencia el dolor no acababa, y la herida picaba y rascaba mucho y lo más fuerte era el dolor. **PREGUNTO:** Usted en esos días se hizo control frente a la fiebre que presentaba y a la sintomatología referida tanto por usted como coincidente con la que determinó el medico a través de los exámenes de laboratorio. **CONTESTO:** Yo me hice control de la fiebre, obviamente los médicos ya me habían advertido que era posible que algo sucediera con respecto a ese tema de la fiebre y para eso tomara los médicos que ellos me habían formulado, tanto el que me operó como el médico tratante. **PREGUNTO:** ¿Usted recuerda porqué el médico tratante no le medicó o no le dio antibiótico en uno de los controles en que usted concurre?. **CONTESTO:** La verdad lo desconozco, hoy lo escuche que tiene muy buena formación, pero me dieron medicamentos al comienzo de la cirugía, pero ya después cuando me volvieron a ver, después terminé a los pocos días hospitalizado y ya se dieron cuenta de la necesidad de colocarme antibióticos, antes no, hay algo que me asalta y es que se dice " el paciente sabía o conocía" no, uno llega y uno se deja atender porque uno cree en los galenos dependiendo de lo que ellos digan, yo soy muy obediente en los tratamientos y la verdad no sé por qué no me habían dado antibióticos con mas anterioridad, y me imagino que el médico en su saber y entender, se dio cuenta de que algo estaba pasando y que era alguna infección que tenía residual y por eso ordenó aplicarme; otra cosa muy particular que sucede es que cuando me retiro voluntariamente el médico me dice " váyase váyase váyase " pero no aclaran, yo estaba con líquidos puestos, tenía todo de control, porque el médico tratante sabia de la preocupación mía, váyase por que el vio la necesidad de que me fuera, es algo que me pareció muy extraño que el médico no lo mencionara y es hombre váyase por que la situación no pinta nada bueno y en eso si estoy claro de que a pesar de mis dolor y mi rabia y dolencias yo sabía que algo estaba pasando y que algo era muy grave, estaba en peligro, mi vida, mis hijos mi esposa y mama que es una persona mayor, y yo decía esto no es normal y realmente fue por eso que nos fuimos, o me quedo o me muero y eso estoy seguro que donde me quede, con el hospital Valle de Tenza no estaría hablando de ninguna falla médica, estaríamos hablando no de una situación de accidente sino que la reparación directamente iría por la muerte mía, de eso no me cabe la menor duda. **PREGUNTO:** ¿Usted recuerda si el médico tratante en esa oportunidad le otorgo o le solicitó de pronto se hiciera una remisión o se esperara a que se tomara los exámenes para el día que tenía contrato el ecógrafo, le invitó a que esperara, que tuviera paciencia para que hicieran esa remisión, tal como lo disponen los protocolos y procedimientos en materia de salud?. **CONTESTO:** No. No, Ni a su señoría, vuelvo y digo, lo juré. Respeto mucho la profesión y a los abogados y a los presentes, pero la profesión yo la dignificó. Vuelvo y digo, el médico prácticamente me ordenó que me fuera, no era de que quisiera, era que nos teníamos que ir. Y yo sabía la situación, mi esposa lo manejó. Y era una fea, bastante fea. **PREGUNTO:** Indíqueme al despacho, ¿qué hechos desencadenaron la situación acaecida tanto en su vida personal, familiar, social y laboral?. **CONTESTO:** Ocurrieron varias cosas. Lo peor llegar a Bogotá. Encontrarme con una clínica llena de enfermos. Tener que afrontar toda la parre anímica de tener que afrontar los 4 primeros días prácticamente en una silla y tener que mirar que los médicos no sabían que era lo que me estaba pasando, y ya cuando me pasan a camilla y a toda esta parte, los médicos estaban realmente angustiados. No sabían. Eso me deprimió verracamente, Muy duro. Tanto que, si ustedes ven en la historia, yo tenía situaciones laborales de estrés. O ya había tomado paroxetina, varias veces, pero no pensé que cortarla, o que el médico me fuera a dar paroxetina. Yo no me podía quedar quieto, era una angustia y ahí fue cuando me ordenaron tomar paroxetina en Bogotá. Y uno dice, bueno, ¿y por qué?, porque la situación no era nada normal, nada norma. Uno estar rodeado de enfermos y de una situación que según lo que me han dicho era para solucionarla en 2 días y no tener que pasar por todo eso y tener que sufrir. TUVE QUE SIFRIR UNA SITUACION MUY PARTICULAR Y OJALÁ LA TUVIERAN EN CUENTA Y ES QUE ME HICIERON UNA PERCUSIÓN, que es introducirme una aguja o catéter, y no

me pusieron anestesia a donde me remitieron, porque me desplazaron en ambulancia a otra clínica donde me hicieron, a través de un radiólogo una perforación en la parte del abdomen para extraer el producto de la inflamación de la pared abdominal. Y eso fue a sangre viva, a dolor vivo, no hubo forma porque era urgente. Eso lo deje a uno, cuando le dicen a uno por favor estese quieto y me introdujeron un catéter en esa parte, pues uno dice esto está como complicado, y ya siguió todo eso, todo fue desencadenando una cosa tras otra. Después, luego tener que ir a la tomografía o TAC que me hicieron en el abdomen, y ese día si las cosas las vi más preocupantes porque me pusieron en una espera de tratamiento, de tomar agua y unos químicos para hacer el contraste, y el radiólogo estaba ahí y quedó plenamente quieto y llamo urgente, como diciendo este señor está mal, al detectar el apéndice dentro de mí, ipero si lo operaron de apéndice, lo operaron de apéndicei (dijo), no, parece que no. Y después, obviamente si le pudiese mostrar a su señoría y con el respeto que están los asistentes, le podría mostrar el abdomen como me quedo, o si me permite le podría mostrar para que me enfocaran, Quedé como un mapa porque era una sola herida, una sola. Y de ahí me tuvieron que abrir todo. La laparotomía fue exploratoria. Después de que salí de esa laparotomía fue lo otro, me quedaron sondas obviamente en el estómago, pues para sacarme todo lo que tenía, y lo que no habían detectado en Guateque, que lo habrían podido detectar en la primera cirugía. Y ahí pues comienza cristo a padecer porque me ponen un medicamento que se llama piperaciclina o pipetazo como le llaman los médicos, que es un antibiótico de amplio espectro (lo he estudiado mucho), simplemente para matarme la infección y quitarme toda la infección que tenía derivada de la cirugía de apendicitis. Una apendicitis sencilla se convirtió en una situación catastrófica para mí, para mi familia, mi esposa tener que desplazarse conmigo, dejar a los niños en Guateque, con Emilse que era una persona que todavía le agradezco con todo el corazón lo que hizo por mis hijos. El estar mi esposa allá en Bogotá, acompañándome en desayuno, almuerzo y comida. Estar en la puerta de la clínica peleando para que me pudieran entrar, estar pendientes de toda esa situación. El verme que me dieran habitación, tomarla, y comenzar el tratamiento posquirúrgico en Bogotá. Le digo con toda la verdad su señoría, usted no alcanza a percibir lo que yo cuando salí de esa clínica y miré al sol y dije, yo no opto por hacer telenovelas y se lo digo a la defensa del hospital Valle de Tenza, pero cuando uno sale se da cuenta de que la vida para uno vale mucho, por eso tal vez cuando mi esposa y mis suegros me desplazaron a Bogotá, incurrimos en gastos, y de nada sirve ser el mejor jurista y trabajar en la procuraduría, o ser el mejor litigante, o el mejor Juez o Magistrado, si uno lo que necesita es salud. Ahí aprendí que uno lo que lo hace es Dios, y es él el que lo ayuda a uno a salir de todas las dificultades, porque de nada sirve tener dinero si con el dinero no se compra la vida ni la salud. Después hicimos cuentas con Mónica y pues sí, se vieron unos gastos X o Y, no me acuerdo porque mi mamá también ayudó económicamente, Y LOS gastos de Emilse, pues mandarle para los gastos de los niños, y toda esta cosa, y los más duro es, yo soy vanidoso, yo lo reconozco, yo soy de tierra caliente, soy opita y las opitas andamos en pantalonetas y camisetitas, y no es normal que le quede a uno el estómago como me quedó. Yo soy un tipo que, a pesar de ahora estar trabajando en el Ministerio Público, antes de esto hice política, soy de ambiente, canto, bailo, me voy para el río, pesco, yo soy del Tolima grande, esa es mi esencia de vida, y no es lo mismo ni se trata de generar pesar ni utilizar falacias de contingencia para convencer a su señoría. Es que vuelvo y le digo si usted me autoriza vuelvo de le muestro como me quedó el estómago, y la verdad lo del estómago me da duro, pero me da duro también lo que le tocó pasar a los pobres niños, eso no hay derecho. Una cosa que era muy sencilla terminó en algo bochornoso. Uno ha visto ahora los medios de comunicación lo que pasó con el señor periodista y prácticamente me hicieron fue un paseo, lo que pasa es que no me morí. Y Dios estaba era para que yo dé fe de que el hospital tiene que cambiar y reconocer que tiene falencias y que en el caso mío se cometió una falla, y que de alguna manera el hospital tiene que ser consciente, y ojalá hacerlo público su señoría, hacerlo público el señor abogado de la defensa del hospital, porque no fue nada agradable y eso no solo ha pasado conmigo, yo sé que ha pasado con más usuarios, lo que pasa es que no tienen el conocimiento de acudir a las autoridades judiciales para ponerlo. Vuelvo y digo, sufrí, tomé medicamentos para eso, la paroxetina, me dieron antibióticos, y ahí tengo la marca, ahí están las fotos, toda la situación que se puede evidenciar. Para nadie es un secreto que una cirugía no es nada agradable y más aún cuando le hacen punciones, ponen sondas, le abren el estómago de arriba abajo. Eso es su señoría y la señora apoderada mía que me está preguntando.

(...)

MÓNICA DEL ROCÍO OSORIO. Generales de Ley. 51 años. Reside en Tunja, conjunto María Fernanda. Profesión: Psicólogo general. Ocupación: Labora en Cucaita como psicólogo en plan básico de atención en salud primaria. Estudios: Inicialmente laboratorio dental, luego visita médica profesional y luego estudios de psicología. **PREGUNTO:** Indíquele al despacho cuáles fueron los motivos o circunstancias que dieron lugar a la decisión o adopción del retiro voluntario del hospital Valle de Tenza para el mes de junio de 2015, junto a su esposo Oscar Zambrano?. **CONTESTO:** Los motivos fueron varios. Desde que llegamos a la cirugía cuando decidieron que tenían que hacerle la cirugía, esa noche pues bueno el servicio estuvo hasta ahí normal, pero noté algo muy extraño y es que cuando lo fueron a trasladar a la habitación, como no había habitación, estaba un paciente adulto mayor de Sutatenza, hicieron la asepsia rápido y le asignaron una cama que le quedaban los pies colgando, la habitación no recuerdo el número, pero de pronto podía verificar, no se podía ni siquiera cerrar la puerta, y desde ahí empezó mi preocupación. Le dije a la jefe Marelis, ¿jefe usted cree que está en la condición de colocar a un paciente que le han hecho recién una cirugía?, y me dijo que pena no hay más. Entonces pues bueno, sin embargo yo dejé así, y en ese instante pensé, Dios mío que

tristeza, si así es con un profesional que saben que está en la procuraduría y que a mí me ven a diario allá porque saben que yo a veces llevaba a los pacientes de Sutatenza, cómo será con las personas que llegan a allá que van del campo porque a este hospital va gente de sisben y de todo y que no conocen y que no se atreven por vergüenza a decir que les presten un mejor servicio, más sin embargo mi preocupación en esa instante eran otras. Al día siguiente pues él se puso muy molesto, creo que le hicieron observaciones porque estaba muy inquieto, decía me duele, atiéndanme, y a veces gritaba, y la respuesta de las jefes era por favor doctor quédese quieto, tenga paciencia, por eso es paciente y va a mejorar. Mas sin embargo la situación no se mejoraba, pensamos que eso era cuestión (porque eso fue lo que nos hicieron ver) de que iba a doler porque era una cuestión normal de una cirugía, a los 10 días volvimos con el médico que le tocó control porque le tocó con el dr que lo vió y resulta que él nos dice, lo hizo acostar en la camilla y nos dice que eso es cuestión de recuperación, le va a pasar, está inflamado, pero no se preocupe, colóquese caléndula. A mí eso me molesto demasiado porque yo decía, un médico con todo ese estudio y que venga a aquí como yerbatero a decirnos que se ponga caléndula y paños de agua tibia, que le va a pasar. Desde ese momento yo estaba muy preocupada, yo le dije al dr yo sé que eso es para sanar heridas pero haber, algo que le calme el dolor porque yo llegaba la noche y me angustiaba porque él no dormía, se desesperaba, no permitía que los niños se acercaran, especialmente Julián que estaba más pequeño y le decía papi y él le decía no no hijo, déjame porque es que me duele mucho, no te acerques, y los niños ni siquiera se acercaban y yo decía esto no es normal de una cirugía que se supone que es casi ambulatoria. Bueno, posteriormente cuando yo lo vi tan mal y que él estaba con fiebre alta y no cedía el dolor y no podía comer nada porque no aceptaba ni toleraba la dieta líquida que le habían dado, nos devolvimos para urgencias y ahí estaba peor porque yo veían que no hacían nada, o sea literalmente nada. El médico cuando es ese sábado lo vió y me dice hay que hacerle una ecografía y yo me voy a la sala de recepción donde están los médicos y enfermeras y les pregunto por favor díganme cómo hacemos para que le hagan la ecografía?, si hay que ir a Garagoa díganos, entonces pues de pronto en Garagoa, y yo les dije denme el número y yo llamo y averiguo para ver si me lo atienden en Garagoa porque yo noto que no hay mejoría, entonces yo llamé porque ni siquiera ellos tienen servicio de línea telefónica ni externa ni nada, entonces le toca a uno llamar y lo llamé y dijeron no, aquí no viene ecógrafo porque es puente, ese sábado había puente y el fin de semana que seguía también era puente, era el de mitad de año. Entonces yo le dije al médico doctor tenga la amabilidad e infórmeme qué hacemos porque yo creo que de aquí a que me aclararon que el ecógrafo iba jueves y viernes porque ese era su plan de trabajo que tenía en el cuadro de turnos donde estaba así y recolectaban los pacientes que estaban por ecografías pendientes y las hacían en esos 2 días, yo inclusive le sugerí que porque no lo llamábamos y si él tiene que venir y yo tengo que pagarle los pasajes se los pago. Se le marcó en repetidas ocasiones, eso sí no lo hice de mi número porque no me lo quisieron dar, lo hicieron ellos, y el ecógrafo no contestó. Yo les dije pues yo me voy con él para un sitio donde le puedan hacer esa ecografía porque de verdad me siento muy preocupada por esa desidia que ustedes están presentando. Se los dije sí, Entonces fue cuando decidimos sacarlo pero en ningún momento nos dijeron venga hay la posibilidad de que le demos la ambulancia, y ellos también tuvieron la negligencia de no decir oiga mire si usted se va para Idime con el señor venga le ayudamos a tramitar, que ellos son los que conocen esos protocolos, yo no los conocía. No me ayudaron a decir, oiga mire lleve esta orden y espere llamamos o llame usted de su teléfono para que en Idime inmediatamente que lleguen lo atiendan. Bueno, yo con la esperanza de que iban a mejorarse las cosas, afortunadamente mis papas habían ido a ver como estaba de salud, porque ni Oscar Fernando ni yo estábamos en condiciones de manejar, y mi padre tomó el carro de él y nos subimos al carro y nos lo llevamos. Paramos en la ESE de Chocontá, para ver si de casualidad ahí había servicio de ecógrafo y nos dijeron que no porque era puente y volvía hasta la siguiente semana. Bueno, seguimos para Bogotá y llegamos a Idime. Él se quejó todo el camino, iba canalizado. Llegamos a allá, nosotros pensamos que era llegar y pagar y no, tocaba que el hospital hubiera llamado a allá, y haber dicho oiga mire va un paciente, por favor téngalo en cuenta, porque no era el hecho de pagar, era de que lo atendieran. Efectivamente no nos lo atendieron, me dijeron a mí que me recomendaban que no fuéramos y pasáramos por la Clínica Reina Sofía que queda ubicada ahí en la 127, que a ver si ahí me lo atendían o si no que directamente me fuera con él a urgencias a la EPS que nos correspondía que era Saludcoop en esa época. Entonces, pasamos por la clínica y no dijeron que no lo podían recibir porque no traíamos la remisión ni llamaron del hospital, y que siguiéramos para la Juan N Corpas, y así lo hicimos, Llegamos a urgencias y empezó pues la otra parte del calvario. **PREGUNTO:** ¿Usted recuerda que el médico tratante con el cual ordenó la radiografía haya hecho mención sobre el procedimiento establecido para hacer remisión a otro centro hospitalario para toma de exámenes o muestras o atención en un tercer nivel? En caso afirmativo ¿qué recuerda usted que le haya hecho mención el médico tratante?. **CONTESTO:** Como lo refería anteriormente yo le dije a él dr que me sugiere porque si no hay ecógrafo deme una solución, y me dijo no pues, acá no hay nada que hacer porque no hay ecógrafo. No contestó el teléfono y pues si usted se lo lleva lléveselo bajo su responsabilidad porque acá no hay nada que hacer, yo no puedo hacer nada porque no hay ecógrafo. **PREGUNTO:** Cuando a usted le pudieron de presente el consentimiento informado, teniendo en cuenta que usted era el acompañamiento, ¿qué instrucciones le dieron por parte de la persona que le puso de presente el consentimiento informado para su retiro voluntario?. **CONTESTO:** No ellos sólo se preocuparon porque yo firmara ahí y lavarse las manos. Sólo se preocuparon porque yo firmara ese consentimiento informado. En ese instante no tuve como la precaución de poner una nota al pie de página diciendo lo que estaba sucediendo, que me habían garantizado que el ecógrafo llegaba hasta jueves y viernes, estaba tan angustiada por la vida de él porque no hice esa anotación al pie de página, Me dijeron, me acuerdo que dentro de todo el proceso

traté de guardar toda la coherencia, saqué mi parte profesional a estar ahí presente, porque en esos casos así uno no lo quiera pierde el control y está muy estresado y en todo momento tuve eso presente. Y ellos me dijeron tranquila, váyase, los vamos a monitorear, lo vamos a estar llamando, para saber qué pasó, cómo le fue, qué resultado salió en la ecografía. A la fecha de hoy estoy esperando la llamada, no he cambiado el número celular, tengo el mismo que dejé y nunca jamás recibí una llamada. Mas si me puse muy triste y mis hijos también cuando nos dijeron que éramos unos evadidos, y yo decía cómo es posible que nos usen esa palabra de evasión, como si hubiésemos cometido un grave error o le debiéramos algo a la justicia. Eso nos hizo sentir muy mal. **PREGUNTO:** Le recuerdo, lo que obra en la historia clínica es "fuga de paciente", ¿qué afectación considera que originó ese tipo de anotación en la vida personal y familiar de ustedes? [OBJECCIÓN PARTE DEMANDADA: Dice que esa anotación se tomó como una parte técnica, y hasta hoy se supo su señoría. DESPACHO: No hay lugar a la objeción, por favor conteste la interrogada.]. **CONTESTO:** Cuando se crían unos hijos con valores, fundamentados en el respeto, con una familia unida de 4, y se lleva 25 años juntos, y se diga que presenta estos comportamientos de fuga, haber eso no es lógico. O sea, nosotros decimos como nos van a decir que nos fugamos si nosotros nos salimos voluntariamente fue porque no había que nos prestaran la atención adecuada, eso nos afectó muchísimo. Nosotros viviendo en un pueblo pequeño, 2 profesionales con unos niños formando y que nos digan que "presentaron fuga en el servicio", y eso se coló por todo el Valle de Tenza, o sea fue muy muy maluco para nosotros. **PREGUNTO:** Indíqueme al despacho cuales fueron las secuelas generadas por la nueva intervención quirúrgica practicada a su esposo e indique si esas secuelas todavía persisten. **CONTESTO:** Las secuelas han sido bastantes. Él venía de un tratamiento psiquiátrico por estrés medicado, con medicamentos psiquiátricos. Al estar allá se complicó la situación porque estuvimos todo el tiempo en una silla, no dejaban entrar ni almohada ni cobija, entonces esa ansiedad de estar allá hizo que él se pusiera más depresivo, que aumentaran la dosis del medicamento, esperar todo el tiempo cuando le dieron la hospitalización de check en casa reventó la válvula y nos tocó en la casa donde nos estábamos quedando cambiarla, era un olor putrefacto, yo creo que al llegar al servicio de salud y ver a una persona que está con un olor putrefacto pues inmediatamente nos abrieron las puertas y nos atendieron, toda la gente que estaba en el servicio nos miraba y nos olía y se tapaba la nariz porque el olor era impresionante, y eso afectó pues muchísimo. Posteriormente a eso nos tocó genera todos los gastos de cambio de colchón, sábanas, toco comprar todo lo que necesitábamos para eso y después de la segunda cirugía se afectó demasiado psicológicamente porque sintió de peso porque no pudo seguir con su rutina diaria de ejercicios, no pudo volver a piscina porque se siente muy mal cuando se mira al espejo, la vida íntima de pareja cambio completamente, duramos mucho tiempo sin tener cercanía porque pues él duro mucho tiempo hospitalizado y la recuperación fue lenta, con los hijos también, como una familia unida y pues afectados psicológicamente todos por esto que pensamos que no se iba a salvar, después de ver que le habían hecho una cirugía supuestamente bien y a quién le cabía en la cabeza que le habían dejado todo el apéndice, supuestamente por una cirugía mal practicada y que tuvimos que pasar todo ese proceso y verle el cuerpo como lo tiene en este momento, como tiene esas heridas, es muy lamentable. **PREGUNTO:** Usted ha hecho referencia sobre unas erogaciones económicas que conllevaron a la recuperación de la salud de su esposo. ¿Puede cuantificarlas? **CONTESTO:** Pues a ver, más que la parte de número es como les decía toda esa parte que saque plata para acá y para allá. Que transportes, pagarle a Emilse la señora que los cuidó, la parte de su salario más la parte de aumentar para los hijos. Más o menos como unos 4 o 5 millones gastamos en entre todo ese tiempo en la parte económica, que no los tenemos en el bolsillo y que nos tocó acudir a mi suegra y a las personas que nos colaboraron porque pues uno no tiene presupuestado que van a suceder todas esas cosas. **PREGUNTO:** Dígame al despacho ¿qué cambios en las actividades que desarrollaba su esposo fueron modificadas a partir de esa segunda cirugía a la fecha? **CONTESTO:** La cultura de la que él viene que es opita, es un señor muy alegre, chicharachero, salir todos los fines de semana con sus hijos, hacer deporte, y después pasar a cero deportes, que tocaba hacerle absolutamente todo, hasta colocarle las medias y zapatos porque no se podía agachar. Llegar a vacaciones y no querer salir a piscina. Teníamos para ese año programado irnos con nuestra hija de viaje de 15 años irnos en un crucero por las Bahamas y tocó mandarla sola porque no se pudo, ella lo realizó. Tenemos evidencias que lo hizo, pero le tocó sola porque ya el papá no pudo ir ni tampoco quería ir porque siguió con los medicamentos de control, retomó el proceso psiquiátrico que llevaba, se devolvió en su proceso porque ya estaba en la etapa de dejarlo, pero cuando esto sucedió tocó doblarle la dosis y volver a retomar el tratamiento psiquiátrico, pagar médico psiquiatra particular porque en la EPS las citas no son seguidas, y mejorar la calidad de vida, o sea la parte afectiva, emocional y conyugal se vio muy afectada. **PREGUNTO:** ¿Cuánto tiempo ha conllevado la recuperación tanto en el aspecto anímico como en la parte estética? **CONTESTO:** La recuperación ha sido lenta, es un proceso lento que la parte cuando es afectada anímicamente y cuando es de salud mental, físicamente se tiene dolor de cabeza y se toma acetaminofén y se mejora, o si no se dobla la dosis, pero él tuvo que tomar medicamentos de amplio espectro, el antibiótico que le afectó y siguió afectando la parte del intestino, la parte psiquiátrica sigue en tratamiento, no es un proceso que se termine, como les mencioné anteriormente el destete no se pudo hacer del medicamento, por consiguiente hasta ahora está volviendo a empezar nuevamente a retomar el destete y esperamos que se cumpla satisfactoriamente ahorita. Pero que yo pueda decir que en este momento está 100% recuperado pues no porque su parte estética no la hemos podido lograr. No hemos tenido plata para decir hágase una cirugía estética y va a cambiar su calidad de vida, no. Está tapándose a toda hora y yo le digo que no se tape, tiene que asumir que nos toca esperar a tener el dinero para poder hacer una cirugía estética porque él sufre mucho con esta parte. De hecho, el aumento de peso por no realizar el deporte y no poder, y el aislamiento que a veces cuando esta

depresivo le da, hace que se sienta mal, cuando viaja al Huila y se ve con los amigos y la familia y empiezan uy hermano, pero como está de gordo, pero venga vamos a rio o a piscina y él dice no no es que me voy a estar en la casa, entonces no, esa recuperación se está dando lentamente

PREGUNTO: ¿A qué atribuye usted esos cambios o sintomatología que aún persiste en su esposo?

CONTESTO: A todo este episodio que tuvo que vivir. Uno piensa que eso sucede en otro lado y lo ve en noticias, pero el tener que estar en esa condición en la que estuvo, estar tirado en una silla esperando atención de aquí para allá, esperando que se diera el diagnóstico, que gracias a Dios yo me pude mover e iba para allá o para acá peleando, en la supersalud volvía y bajaba, buscaba un médico u otro, gracias a toda esa gestión que yo hice pudimos sacarlo avante porque o sino no estaríamos acá, estaría muerto y estaríamos en otras condiciones. Entonces toda esa situación y el volver a retomar su tratamiento psiquiátrico ha hecho que su condición de vida no haya mejorado y sin querer o no están las marcas físicas en su piel, que le recuerdan todos los días todo lo que pasó.

PREGUNTO: ¿Que dificultades se presentaron en el centro hospitalario, en la Corpas, para prestarla la segunda intervención? ¿Ustedes llevaban la historia clínica, o qué dificultades tuvieron para hacerle un diagnóstico por el personal médico?

CONTESTO: Pues como se supone que era que le habían hecho la cirugía, entonces ellos tomaban desde ese punto de vista la condición en la que él llegó. Iniciaron por el check en casa después de los días de hospitalización: de ahí, de que era como es el protocolo, mirar a ver si el absceso invasivo iba a mejorar, porque eso era lo primero que tenían que ver, entonces le colocaron la válvula diprofusora, el medicamento de amplio espectro, pero pues cuando reventó esta válvula pues ya decidieron hospitalizarlo nuevamente, hacerle el TAC, la ecografía, pero pues como lamentablemente la condición de salud estaba tan mal pues allá también tuvimos que llegar a luchar pero pues al menos teníamos el respaldo y teníamos los médicos que estaban pendientes de él y teníamos el servicio; pero fue lamentable estar allá todos esos días esperando que nos atendieran, ver cómo la gente estaba allá esperando, madrugar a las 5y30 am para bañarlo porque habían 17 personas más esperando que desocuparan el baño, usar las cosas y botarlas porque no había manera de decir yo le traigo algo por la tarde porque no dejaban entrar una cobija, almohada, nada. Él desesperado, después afortunadamente logramos que le dieran una camilla que eso es como un VIP allá, cuando logramos la camilla lo dejaron ahí, él es un señor corpulento entonces no se podía ni siquiera mover, estuvimos debajo de una escalera. Después ya cuando yo logré que ese médico le hiciera el último examen y ya dijeron que tenían que intervenirlo, me fui y me paré allá a esperar que médico estaba de turno y afortunadamente nos prestaron la ayuda, y pues dimos con ese ángel que fue ese médico que lo operó; él ingreso a las 6 de la tarde y eran las 6 de la mañana y a mí nadie me daba razón de si se había muerto en la cirugía o estaba vivo. Ya como a las 7 salieron y me dijeron que afortunadamente estaba bien, y fue cuando lo dejaron en la sala de recuperación. Cuando recayó le tuvieron que aumentar su dosis entonces ya todo el mundo lo encasillaba como el paciente loco porque la gente no comprende la parte psiquiátrica, entonces tengamos cuidado. Nos dijeron que no lo podía abandonar en ningún momento porque era un paciente psiquiátrico, entonces cuando lograba yo irme a bañar, alguien de mi casa, mis padres o mi hermana sacaban un tiempito, yo iba me bañaba, me cambiaba y me devolvía porque no se podía dejar sólo, tocaba estar todo el tiempo acompañándolo, le asignaron una habitación que se la adaptaron ahí, no tenía ni ventanas ni nada pero a nosotros nada de eso nos importaba, nos importaba que él se mejorara. Entonces, contarles a ustedes en pocos minutos toda esa hazaña que vivimos es poca, para todo lo que vivimos, llamar a mis hijos todas las noches y ponerles la cara amable y decirles que su papa se estaba recuperando y que iba a salir adelante, cuando sabía que cada día estaba peor, y que podía perder a una persona, a mi esposo, y que mis hijos muy seguramente iban a quedar solos y que me tocaba a mí luchar sola, eso no es fácil. O sea de pronto los médicos lo ven sencillo porque su condición de médicos hacen que la par humana se pierda mucho por todo ese problema de salud, pero para nosotros fue muy terrible y para mí fue muy desgastante escuchar a mi suegra, una señora mayor que todos los días me llamaba y me decía cómo sigue, y yo no, ya está mejor, ya me dicen que va recuperando, cuando yo sabía que me la pasaba todas las noches allá en un pasillo esperando que él recuperara, y entrar al día siguiente y verlo, ya cuando me toco estar todo el tiempo de lleno con él, para mí la situación no fue nada fácil.

PREGUNTO: Cuántos días duró su esposo con el abdomen abierto tratando de sacar toda la materia, ésta mañana el médico refería sobre la situación que genera ese tipo de abscesos y cuando se perfora un apéndice o cuando se presenta una peritonitis, esa infección que generó lo que usted relataba frente al daño de unos colchones, ¿usted puede referir esa situación calamitosa y no agradable para contarle al despacho?.

CONTESTO: Si señora. Resulta que cuando ya le colocaron el antibiótico me llamaron a mí y me dijeron que había un sistema que se llamaba check en casa u hospitalización en casa y que iban a estarlo visitando para aplicarle el antibiótico y mirándole la bomba diprofusora que le colocaron para drenar, yo acepté eso porque dije bueno va a mejorar y pues listo, nos fuimos para casa. Le colocaron la bomba y efectivamente iban a monitorearle y colocarle el antibiótico, en un servicio médico que tenían por el colapso de pacientes, entonces toma la clínica esas medidas cuando se puede hacer. Pero resulta que ese domingo, estábamos esperando a las 6 de la tarde que llegaba el turno para ponerle el medicamento y mirarle la bomba diprofusora cuando eso explotó y empezó el olor putrefacto y yo hasta le dije fercho tu qué te hiciste, que tocaste, y me dijo que nada, yo no toqué nada, eso sólo se reventó, entonces yo inmediatamente llámé porque me habían dado indicaciones, no alcanzaron a llegar los paramédicos entonces me dijeron que me fuera inmediatamente para urgencias para que lo atendieran, entonces fue cuando entramos al turno de la noche de 6y45 a 7 porque en urgencias estuvimos esperando, fue lamentable porque el olor era putrefacto, y fue cuando nos empezamos a preocupar aún más porque decíamos que como era posible que una cirugía mínima se convirtiera en eso. Y sí, donde nos estábamos quedando me toco reponer el colchón, cobijas,

comprarle pijamas, ropa interior, todo, porque nosotros nos fuimos pensando que esto iba a ser más sencillo.

Obsérvese que los referidos testimonios son ilustrativos de la situación fáctica general expuesta en la demanda, así como de las situaciones reseñadas en precedencia al momento del análisis de lo descrito en las historias clínicas, pues se acompañan con las anotaciones relevantes destacadas en precedencia.

De otro lado, se tiene que en relación a la atención prestada al demandante, y a las anotaciones y situaciones descritas en las historias clínicas, fue llevado a cabo la práctica de los siguientes testimonios especializados, en los que se adujo sobre dicho particular las siguientes circunstancias que son de relevancia para el análisis que se viene esbozando:

- Testimonio del Dr. **Michell Georges Jabbour Sefair**, quien fue el profesional que practicó la primera intervención, esto es, la relacionada con la apendicetomía realizada al demandante el 28 de mayo de 2015 con ocasión del diagnóstico de "Apendicitis Aguda":

PREGUNTADO: Generales de Ley. **CONTESTÓ:** (i) Que tiene 72 años y como domicilio la ciudad de Bogotá, (ii) Que es Médico cirujano general, (iii) Que en relación con los estudios realizados, son de medicina general y cirugía general como especialidad, (iv) Que en relación a su ocupación actual lleva dos años sin trabajo, actualmente no está haciendo nada, (v) Que no tiene ninguna relación con ninguna de las parte demandante y actualmente no tiene vínculo con el hospital. **PREGUNTADO:** Sírvase informar al Despacho lo que conozca y le conste respecto del objeto de la prueba informado. **CONTESTÓ:** (i) yo si opere al paciente óscar Zambrano, eso fue el 28 de mayo de 2015. Yo me acuerdo que primero ingreso a urgencias por dolor abdominal, yo lo evalué como a las siete y pico de la noche, en ese momento no me pareció que estaba muy adolorido y no tenía todos los signos más o menos de cuadro clínico de una apendicitis, estaba con el dolor pero en ese momento no me pareció que tenía irritación peritoneal por lo que o deje en observación unas horas. A las 3 madrugada pero no me acuerdo bien qué hora lo volví a valorar y ya estaba con más dolor y ya estaba siempre ya más clara la clínica de una apendicitis, entonces le comenté y le dije que entonces si quería lo pasaba a cirugía y el consintió que sí, y entonces lo llevamos a cirugía, y yo entre con la anesthesióloga y otra médica que me ayudo a la cirugía y había una circulante de enfermería también presente. (ii) el proceso en realidad no tuvo dificultades, lo único es que el en ese momento era un poco obseso, y pues cuando la persona es obsesa la pared abdominal es mucho más gruesa y a veces se dificulta un poco más la cirugía, pero nuestro caso no fue, yo recuerdo perfectamente que localicé el ciego, localicé la apéndice, que estaba retrocecal, o sea por detrás del ciego, y ... la diseque, la típica, la pincé, la seccioné y extraje la apéndice, y la apéndice a pasamos al frasco para enviarla a patología, hasta ahí pues ya hice un cierre normal, la apéndice pues si estaba en un estado Fibrinopurulento o sea que sí era una apendicitis aguda. (iii) después de la cirugía el paciente pasó a cama en cuarto y aparentemente pues la verdad yo hasta el día siguiente lo vi porque yo ya al día siguiente salí de guateque, y creo que ya el 31 me fui a Bogotá, porque yo trabajaba del 15 al 31, hasta ahí yo vi al paciente, no lo volví a ver. (iv) la patología entiendo que la enfermera se la entregó a la encargada de la EPS pero nunca hicieron el informe, nunca se llevó a cabo, la patología que yo le practiqué, o sea la apéndice que yo extraje, porque después según lo que usted me dijo señora juez, ellos dicen en el otro informe que había restos de apéndice, cosa que me extraña mucho, puede ser que si haya habido un absceso peritoneal, eso no lo niego, que haya tenido un absceso de pared que es la primera complicación de un procedimiento de esos, pero que tenga restos de apéndice como tal eso si me queda mucha duda porque creo que yo si estoy casi seguro que extraje toda la apéndice. Eso es más o menos porque yo al paciente en realidad no lo vi sino dos días creo, porque yo si fue el 29 el 31 yo terminaba ya mi turno y ya lo terminaba en la realidad porque la contratación nuestra era atender los dos hospitales. **PREGUNTADO:** De acuerdo con la anterior respuesta, manifiéstele al despacho cual fue concretamente el procedimiento medico ordenado y practicado al paciente Oscar Zambrano en la E.S.E. Hospital Regional Valle de Tenza. **CONTESTÓ:** (v) el tratamiento fue una apendicetomía, por tener una apendicitis aguda, esa fue la urgencia y eso fue lo que se llevó a hacerle y eso fue lo que se le practicó, no hubo más nada. El resto de las complicaciones que vinieron después, pues son inherentes a la cirugía y eso puede pasar muchas veces en las apendicitis agudas, y precisamente el absceso de pared es la primera complicación y después puede seguir el absceso apendicular. **PREGUNTADO:** precise en qué consiste el procedimiento medico ordenado y practicado al paciente Oscar Zambrano en la E.S.E. Hospital

Regional Valle de Tenza. **CONTESTÓ: (vi)** el procedimiento quirúrgico comprende abrir el abdomen, localizar el ciego, localizar el apéndice que se encuentra generalmente en el ciego, y se toma el ciego tiene un mesenterio que es unas grasitas digamos que sostiene el apéndice, ese se cruza y se secciona y después se secciona la base apendicular y se reseca. Ahora eso obviamente que se aguda con seda y después si hay necesidad pues se hace limpieza o lavado peritoneal, en este caso creo que le hice limpieza abdominal. **PREGUNTADO:** sírvase manifestar al despacho si durante la intervención quirúrgica por usted practicada de apendicitis aguda al paciente Oscar Zambrano se presentó algún tipo de complicación, sí o no y porque razón. **CONTESTÓ: (vii)** no, no se presentó ninguna complicación, ahí si yo lo recuerdo muy bien, que fue una cirugía prácticamente normal y en el tiempo más o menos pues se practica una cirugía de esas, o sea pues no tuvimos, si yo hubiera tenido una complicación sería el primero, porque en 37 años que llevo de cirugía no voy a dejar una apéndice en un paciente y no describir un acto, o si hubiera tenido un sangrado o una perforación intestinal, cualquier complicación que hubiera tenido lo primero que hubiera hecho es describirlo y estar atento y seguirle el tratamiento, pero en este caso hasta donde yo pude observar al paciente no tuvo ninguna complicación. **PREGUNTADO:** sírvase manifestar al despacho si tiene conocimiento o le consta si con posterioridad a la intervención quirúrgica por usted practicada al paciente Oscar Zambrano se presentó algún tipo de complicación derivada de la misma, sí o no y porque razón. **CONTESTÓ: (viii)** yo pues ya revisé la historia posterior, sé que tuvo un absceso de pared, le drenaron un absceso intraabdominal, pericecal, y después lo re-intervinieron y dice que le extrajeron una parte de apéndice y le drenaron el absceso que tenía. Yo entiendo y comprendo lo del absceso y lo del absceso de pared hasta la peritonitis pues es probable. Yo lo que si no estoy de acuerdo ni creo mucho es que hay habido restos apendiculares ahí. Además hay otra cosa, yo la patología del hospital de valle de Tenza no se practicó, entiendo que en esta tampoco, porque estuve revisando y no aparece ninguna patología, donde sería que nos describieran qué es lo que extrajeron. **PREGUNTADO:** sírvase decir al despacho y precisar qué técnica utilizó usted en la intervención quirúrgica con el paciente. **CONTESTO: (i)** yo utilicé la técnica de Macburney, que es una técnica que es una incisión oblicua que se toma a una distancia del ombligo a la iliaca alterna interna y más o menos un centímetro por encima, esa técnica es para hacer digamos la abertura de la piel y llegar al abdomen, después hice una resección típica de la apendicetomía que consiste en localizar la apéndice, seccionar el grueso apendicular que so depende del peritoneo, y después pinzar la apéndice y seccionarla y después ayudar los muñones, y eso por lo general se hace a una distancia más o menos entre 5 milímetros a un centímetro sin que haya problema cuando no es una apéndice complicada, que era el caso este, no había perforación, no había gangrena, nada adicional como para tener en cuenta. **PREGUNTADO:** sírvase decir al despacho si en este caso usted observó que el apéndice cecal se encontraba por detrás del colon o no. **CONTESTO: (v)** sí, ahí está, incluso quedo en el informe quirúrgico, estaba Fibrinopurulenta y estaba retrocecal, o sea que estaba por detrás del ciego. **PREGUNTADO:** el hecho de que sea retrocecal tiene algún tipo de complicación adicional y a qué se puede deber que se presente este tipo de fisiología. **CONTESTO: (vi)** la retrocecal para empezar es más difícil de diagnosticar que cuando esta interocecal porque la retrocecal se está escondiendo debajo del ciego, y por eso muchas veces se demoran ms el cirujano para hacer un diagnóstico primero. Segundo, la resección pues es un poco más dispndiosa, porque hay que llevar un poco el ciego para poderla levantar y poder operar y reseca la apéndice. **PREGUNTADO: a folio 109 encuentra un documento que se le ha puesto en consideración dado su conocimiento y experiencia y haber sido el cirujano y médico tratante del demandante. Se le pregunta, usted puede indicar al despacho en qué consisten las conclusiones de esas ayudas diagnósticas. CONTESTO: (i)** sí, esta conclusión acá de la segunda cirugía entiendo, pues sí, si eso pudo haberle sucedido, lo del absceso en fosa iliaca derecha, la apéndice, pero lo que yo no comprendo y pues habría que mirar que reporte de patología hay, que hay "dos tercios proximales con cambios inflamatorios de la punta" "apéndice cecal" dice acá, pues a mí no me parece que fuera así como lo describen porque acá según eso pues yo no habría sacado sino una tercera parte de la apéndice, además con qué parámetros van a medir qué tanto era la apéndice de larga o qué dimensiones tenía, porque aquí aparece dos tercios, no sé cómo o en qué se basaron para esa conclusión. Lo demás sí, pudo haber tenido lo que está descrito acá, inclusive aquí hablan de "una extensa enfermedad diverticular no complicada del hemicolon izquierdo", pues si la tiene me imagino que debe estar en tratamiento. Lo demás sí, estoy de acuerdo, si pudo tener eso. **PREGUNTADO:** qué certeza arroja un diagnóstico en ese sentido, hay probabilidad de que exista un error por parte del radiólogo o se necesitaría otro tipo de experticio o examen para poder llegar a esa conclusión. **CONTESTO: (ii)** pues entiendo que hubo varias ecografías, tres tac previos a la última cirugía, y en los anteriores no describieron la apéndice, en el último es que se describe que hay una opacidad y que se ven restos de apéndice y dos tercer parte, entonces si pues como en todo, nos podemos equivocar, el radiólogo, patólogo, cirujano, pues todos tenemos un porcentaje de equivocación también, porque, es decir, yo estoy seguro porque ni siquiera lo pongo en duda que específicamente a este paciente, yo estuve pendiente por unas circunstancias, que no es el momento para comentar acá, y cuando entró a cirugía yo estuve pero pendiente de que todo iba a salir bien, entonces por eso más me acuerdo que yo extirpe toda la apéndice, si yo no lo hubiera extirpado, hubiera sido el primero en describirlo en el informe quirúrgico, por dificultades técnicas no se pudo extirpar, hay que dejarlo abierto hay que volverlo a intervenir hay que volverlo a hacer tal y tal o porque estaba complicado o porque la anestesia no dio, cualquier cosa que hubiera sucedido yo la hubiera descrito porque en eso si yo soy muy precavido para hacer mis cosas. Estoy seguro que yo extirpé la apéndice, tan es así que a él a los dos

días se le dio salida, volvió a los cuatro o cinco días otra vez por el dolor y le empezó seguramente el absceso de pared, que es el tiempo que empieza a aparecer. **PREGUNTADO: se le pone de presente (Fl. 157) el resultado de la patología a efectos de complementar pues la manifestación que hace sobre la probabilidad de que el ecógrafo o la ayuda diagnóstica se haya equivocado, a efectos de que nos explique cuál fue la conclusión que determina la patología del diagnóstico del paciente. CONTESTO: (iv) según aquí la patología pues sí, aquí dice que tiene restos de apéndice de 7x1.3x1.2. cms con una superficie externa lisa, entonces en ese caso yo digo porqué entonces lo dilataron tanto tiempo al mes para hacerle de nuevo una laparotomía con resección de restos que estaba ahí, eso no entiendo.**

- Testimonio del Dr. **Edgar Fernando Aguirre Bello**, quien fue el profesional que practicó la segunda intervención, esto es, la relacionada con la "Apendicetomía con Drenaje de Peritonitis Localizada" realizada el 24 de junio de 2015 en la Clínica Jorge Piñeros Corpas de Saludcoop, con ocasión del hallazgo de *COLECCION INTRA Y EXTRAABDOMINAL DE LA FOSA ILIACA DERECHA ADYACENTE A CATETER DE DRENAJE. APENDICE CECAL PARCIALMENTE OPACIFICADA EN SUS DOS TERCIOS PROXIMALES CON CAMBIOS INFLAMATORIOS DE LA PPUNTA LA CUAL SE LOCALIZA ADYACENTE A LA COLECCION DESCRITA*":

PREGUNTADO: Generales: de Ley. **CONTESTO:** (i) Que tiene como domicilio la ciudad de Chía Cundinamarca, (ii) Que es Médico especialista en Cirugía General, (iii) Que tiene como ocupación actual la de desempeñarse como cirujano general en dos instituciones del estado en Bogotá, el Hospital Simón Bolívar y Mario Gaitán, y adicionalmente trabaja con Compensar. (iv) Que en relación con los estudios realizados, se graduó como médico general y luego como especialista en Cirugía General en enero de 1993 en la Universidad el Bosque, y desde ese momento se desempeña como médico especialista en cirugía general hace 25 años (v) Que no tiene ninguna relación con ninguna de las partes del proceso. **PREGUNTADO:** Sírvase informar al Despacho lo que conozca y le conste respecto del objeto de la prueba informado. **CONTESTO:** (i) Lo que conozco al respecto es lo que está escrito en la historia clínica de su ingreso a la sede de Saludcoop en Bogotá, no recuerdo ni conocía los antecedentes específicos de su primera intervención ni sus tiempos, y me gustaría tener acceso a la historia clínica de Saludcoop para poder precisar los tiempos y los hechos, dado que en esta profesión se atiende diariamente a un sin número de pacientes. Hay algunas siglas que de pronto vale la pena precisarle. (ii) Luego de revisar la historia clínica que reposa en el expediente, voy a dar mis apreciaciones haciendo unas pequeñas aclaraciones de término, donde dice IDX: significa impresión diagnóstica, para efectos de claridad conceptual, y hay otro término ahí que implica atención domiciliaria para curaciones que es Chec. (iii) Revisando la historia clínica encontramos que efectivamente el señor Oscar Fernando Zambrano Mora ingresa el 13 de junio de 2015 a la clínica Jorge Piñeros Corpas de Saludcoop en Bogotá, en ese instante yo trabajaba en esa clínica, la atención que prestamos allá no es individualizada, se presta a través de un equipo que permite una atención de los pacientes 24 horas a través de un sistema de turnos, por lo cual somos muchos los cirujanos que lo vemos y algunos médicos generales que lo ven en este seguimiento, (iv) cuando ingresa, ingresa con un cuadro de una aparente complicación de un procedimiento previo de una apendicetomía realizada según la historia: 15 días antes de su ingreso, lo ve medicina general y pide una valoración por cirugía, quien lo hospitaliza, y ante la sospecha de un absceso residual intraabdominal, que es una complicación relativamente frecuente en los procesos de apendicetomía, le inician antibióticos, le solicitan una ecografía abdominal que inicialmente está informada como normal, hay que tener en cuenta que la sensibilidad en la ecografía para diagnóstico de esto no es del 100%, es cerquita del 75% u 80%, entonces el hecho de que sea normal no descarta completamente un proceso intraabdominal, (v) ante la persistencia de su sintomatología y con la sospecha de un absceso intraabdominal se solicita un TAC abdominal y continua con manejo antibiótico, este TAC abdominal inicialmente evidencia una colección en el sitio donde anteriormente estuvo la apéndice, por lo cual se indica un drenaje, guiado por imágenes. (vi) Estas colecciones se pueden manejar de dos formas, o con drenajes percutáneos guiados por imágenes que significa introducir un catéter al sitio de la colección y drenarla, o por cirugía; hoy por hoy la opción de los drenajes percutáneos es la primera línea de manejo de estas colecciones. (vii) evidentemente según se evidencia acá el 18 de junio se realiza el drenaje de la colección intraabdominal por un catéter. Inicialmente su evolución parece favorable, y no me queda muy claro acá en la historia pero pareciera ser que con ese drenaje le dieron salida para cuidados ambulatorios en casa por Chec, que es un sistema de atención domiciliaria con el que contaba la clínica. (viii) el 22 de junio, hay una nota en la historia, donde el paciente reingresa a la institución, por deterioro de su condición clínica y secreción purulenta por el sitio del drenaje, por lo que se hospitaliza nuevamente, se le cambian sus antibióticos a un antibiótico de mejor cubrimiento y una generación posterior se solicita un nuevo TAC, para evaluar qué pasa con esa colección con un diagnóstico de un drenaje disfuncional (ix) se realiza el nuevo TAC con contraste el 24 de junio donde informan "apéndice cecal parcialmente opacificado en sus dos tercios proximales con cambios inflamatorios de la punta la cual se localiza adyacente a la colección", eso indica que tiene una persistencia de la colección y un hallazgo de un remanente de la apéndice cecal que supuestamente

había sido extraída en su primera hospitalización en Guateque, **(x)** Ante esos hallazgos, se da indicación de cirugía y es trasladado a salas de cirugía donde evidentemente según la nota de la descripción quirúrgica lo opero yo el mismo 24 de junio. En la historia clínica aparece dentro de los hallazgos que uno siempre describe "Un absceso de pared" es decir una infección localizada en los tejidos blandos del sitio de la cirugía, un "absceso paracecal", paracecal es alrededor de la parte del colon donde normalmente está ubicada la apéndice, una "apéndice cecal retrocecal subserosa emplastrada", me voy a detener un poquito en ese punto, el apéndice tiene muchas formas de ubicarse en el colon, una poco habitual es que se ubique por detrás del colon en un sitio poco habitual, eso tiene unas implicaciones clínicas importantes porque eso dificulta algunas veces el diagnóstico, por su ubicación poco habitual, que era el caso de esta apéndice, y obviamente procedí a hacer lo que hay que hacer en ese caso y es reseca completamente la apéndice que quedaba, tenía toda su apéndice proximal aparentemente según la descripción y el TAC sólo habían extraído la punta de la apéndice, y tenía los dos tercios proximales de su apéndice ahí en el sitio, obviamente inflamada, obviamente la inflamación genera el plastrón son adherencias de los tejidos vecinos al sitio de la inflamación. Se completa la extracción del apéndice, se drena el material infeccioso de alrededor, se coloca un dren por la posibilidad de residuos de la colección y ya, no se hace nada más. Afortunadamente la evolución posoperatoria según la historia fue favorable con una rápida tendencia a la mejoría y su hospitalización duro un poco más de lo habitual con la idea de llegar a completar el manejo antibiótico endovenoso que requería ya que en la historia refiere que el paciente no podía recibir ese manejo ambulatoriamente en el programa de hospitalización domiciliar que tenía la Eps por vivir por fuera de la ciudad de Bogotá básicamente dice la historia clínica, y pues afortunadamente el resultado final fue satisfactorio. **(xi)** esa es mi apreciación de la historia y con gusto resolver cualquier pregunta que tengan a bien. **PREGUNTADO:** De acuerdo con la respuesta anterior, manifiéstele al despacho concretamente cual fue el procedimiento médico ordenado y practicado al paciente Oscar Fernando Zambrano en la Clínica Jorge Piñeros Corpas. **CONTESTÓ: (xii)** el procedimiento médico se divide en dos, en su ingreso inicial se pensó que como traía un antecedente de una resección de la apéndice la complicación se trataba únicamente de una infección intraabdominal que se llama un absceso residual y se manejó con antibióticos y con el drenaje percutáneo guiado por TAC. **(xiii)** Ante la mala respuesta de este procedimiento, se ampliaron estudios y fue cuando se evidenció que persistía una parte del apéndice que no había sido reseca, que era la causante de perpetuar el proceso infeccioso, y en la segunda parte del tratamiento fue la intervención quirúrgica con la extracción del apéndice y el drenaje del absceso. **PREGUNTADO:** De acuerdo con su profesión, con su experiencia como Médico Cirujano, y a partir de la historia clínica del señor Oscar Fernando Zambrano, precísele a este estrado judicial si considera que el procedimiento adelantado en la E.S.E. Hospital Regional Valle de Tenza fue el adecuado de acuerdo a la patología que presentaba el paciente, sí o no y por qué razón: **CONTESTÓ: (xiv)** pues con las evidencias de la historia clínica el diagnóstico inicial fue el adecuado, el **procedimiento fue incompleto**, razón por la cual su evolución fue la que sucedió después. **(xv)** Disculpe, pues no revisé la historia del primer sitio, y no sé, debe existir un informe de patología, del primer sitio que no lo conozco. **PREGUNTADO:** De acuerdo con los hechos puestos de presente, precísele al despacho si de acuerdo con su experiencia como Médico Cirujano, es normal que dentro de la práctica médica se presenten casos como el ocurrido con el paciente Oscar Fernando Zambrano, sí o no y por qué razón: **CONTESTÓ: (xvi)** el concepto de normalidad es complejo de definir en medicina. Pero digamos que es algo que puede suceder, de hecho sucedió, pero no es habitual que suceda. No sé si es suficiente respuesta su señoría. **PREGUNTADO:** Teniendo en cuenta el diagnóstico definitivo que usted ha hecho referencia en esta audiencia, el mismo es concordante con el diagnóstico encontrado en el Hospital de Valle de Tenza. **CONTESTO: (i)** si por supuesto, el diagnóstico de la referencia, porque no revise la historia de valle de Tenza, el diagnóstico de la referencia es posoperatoria de apendicectomía, en la nota de ingreso dice que es un paciente que se le diagnosticó apendicitis y que se operó apendicitis. **El diagnóstico con el que yo lo opero, pues es una apendicitis aguda, y una patología incompletamente resuelta**, con las consecuentes consecuencias de algo no solucionado completamente, pero el diagnóstico como tal es el mismo. **PREGUNTADO:** Usted puede indicarle al despacho qué se tiene establecido en el procedimiento y protocolo frente a esta sintomatología o diagnóstico. Resulta concebible a un ciudadano o paciente acudir a un centro hospitalario y que termine con este tipo de evento adverso, se puede llamar así. (...) Hemos hecho referencia a que se encontró parte del apéndice en el momento del procedimiento que usted realiza. Ahora bien, qué dice el protocolo y los procedimientos establecidos para casos de cirugías de apendicitis, esto ocurre con mucha frecuencia?. **CONTESTO: (ii)** es claro que las guías de manejo más que protocolo, porque es que todos los pacientes son diferentes, y todos los actos médicos. La medicina es un arte basada en la ciencia, por eso todos tenemos resultados diferentes haciendo lo mismo. Pero **evidentemente cuando uno tiene un diagnóstico de apendicitis, el deber ser es extraerle la causa del problema, y es extraerle el apéndice cecal completo. La ubicación que refiere tener el paciente en este caso, da dificultades diagnósticas, pero no terapéuticas, es decir, puede dificultar de una manera importante su diagnóstico inicial pero después de hecho el diagnóstico de la apéndice debe sacarse completamente. (iii) Puede suceder que no se logre o que no sea fácil, pero eso debe estar claramente descrito, si yo encuentro una catástrofe abdominal por un tiempo de evolución prolongada, y no tengo claridad en lo que saqué o encontré, lo evidencio, entonces describo eso, que no tengo claro que quite que no sé qué encontré y que hice x o y procedimiento. Si yo describo que pues que encontré una apéndice que la saqué, yo presumo que encontró una apéndice y la sacó, es decir, considero que, no conozco la descripción**

quirúrgica del primer cirujano, pero aparentemente no está descrito una situación al respecto de que haya habido una dificultad especial en la que tenga dudas de que haya quedado algo no resuelto. (iv) entonces en principio pues las guías de manejo de una apendicitis dicen que hay que sacar el apéndice y en principio se logra en un altísimo porcentaje de las veces. **PREGUNTADO:** qué importancia tiene para un médico general especializado, tomar este TAC abdominal que era necesario y que se ordenó en primera instancia por el hospital valle de Tenza, para poder descartar... trabajo sobre un presupuesto y es que se ordenó un Tac y no hubo los servicios del ecógrafo. Qué importancia tiene este examen frente a la sintomatología y diagnóstico presentado por el señor Zambrano Mora. **CONTESTO: (v)** lo primero es aclarar que son dos cosas diferentes. La ecografía es un examen y el TAC es otro. En el resumen que nos hizo la honorable juez inicialmente entendí que le habían solicitado una ecografía inicialmente. El diagnóstico de apendicitis es clínico básicamente, solo se usan ayudas paraclínicas cuando hay dificultades para el diagnóstico, que no es lo habitual. La solicitud de ecografía se hizo para evaluar una complicación, de una evolución inadecuada de un posoperatorio de apendicitis, en ese caso pues es muy importante las ayudas de imágenes diagnósticas como ecografía o como tac para evaluar qué está pasando, porque uno tiene el presupuesto de que ya no tiene apéndice, porque supuestamente ya se la sacaron, y no está evolucionando bien, y como lo expresé inicialmente, con alguna frecuencia por encima del 10% de las veces casi, el apéndice en estadios avanzados puede haber complicaciones infecciosas, entonces la ecografía es útil para determinar las complicaciones infecciosas o el tac o la mezcla de los dos. **Entonces me parece que en ese momento para evaluar su complicación si era procedente la realización de imágenes diagnósticas, ecografía o tac o las dos. PREGUNTADO:** en términos de oportunidad frente a la prestación del servicio médico cuánto tiempo puede demorar la toma de esas ayudas diagnósticas ecografía o tac abdominal de acuerdo al diagnóstico que presentaba el señor Zambrano. **CONTESTO: (vi)** pues si una institución tiene ofertado imágenes diagnósticas 24 horas, pues la oportunidad en la ecografía es en horas, no es más que eso. Nuestro sistema de salud adolece a veces de oportunidades en la contratación que tienen, no sé qué oferta tenga el hospital de guateque al respecto, si el hospital de guateque tiene ofertado ecografía los lunes a las 3 de la tarde y le piden el examen el martes a las 4 pues no va a tener la oportunidad de hacersele. Si el hospital tiene ofertado un servicio 24 horas la oportunidad para hacer un examen que es no invasivo y que no requiera mayor preparación es de horas. **PREGUNTADO:** podría informar al despacho en efecto cuál es esa importancia que tiene frente al caso en concreto, cuando se necesitaba la ecografía de tejidos blandos abdominal, teniendo en cuenta que ya presentaba taquicardias, diaforesis, era posible esperar un término de 2 o 3 días para tomar esa ecografía o sencillamente tendrían que adoptarse otras medidas administrativas como sería una remisión en el evento de prestarle el servicio. **CONTESTO: (vii)** definitivamente con el cuadro que mostraba el paciente con una evolución inadecuada de su posoperatorio, con signos indirectos de infección severa como era el cuadro emético con leucocitosis, pues no, no puede uno esperar ni 1 ni 2 ni 3 días. Además como le dije, el segundo examen fácilmente admisible hoy en día, disponible en casi cualquier pueblo de Colombia, y vital para el manejo posterior del paciente, la necesidad del examen es prácticamente inmediata. **PREGUNTADO:** Que pueda desencadenar si un paciente con esa sintomatología no puede tener esa ayuda frente a una empresa de segundo nivel como es valle de Tenza. Qué hecho puede generar frente a una situación de un paciente. **CONTESTO: (viii)** retardo en la solución de un problema médico. Obviamente entre más retardo haya en un manejo de un cuadro infeccioso pues más oportunidades de complicaciones severas hay, incluso la muerte de un paciente. **PREGUNTADO:** dada su experiencia y frente a 25 años en estar como médico general qué otros daños pueden presentarse ya sea en efecto estéticos frente a un paciente que tiene que ser intervenido para hacerle aquella cirugía que usted practicó. **CONTESTO: (ix)** no soy médico general, fui, soy especialista en cirugía general, yo sé que los términos generan confusión porque entre otras cosas el diploma de médico general dice médico cirujano, pero es cuestión de terminología. Básicamente las complicaciones infecciosas tienen una progresión rápida que pueden terminar en serios deterioros de la salud, y como le dije antes pueden conllevar hasta estados de shock y muerte, el retardo en la solución de enfermedades infecciosas del abdomen es muy grave. **PREGUNTADO:** cuando usted dice que puede ser muy grave puede dejar secuelas hacia futuro en la parte emocional, en la parte psíquica, como un trauma postraumático después de tener esa situación o vivir esa situación por parte de un paciente. **CONTESTO: (x)** no soy el profesional idóneo para contestar esa pregunta. **PREGUNTADO:** podría indicar al despacho cual es la diferencia entre apendicitis aguda y una peritonitis generalizada, que fueron los dos conceptos o dos diagnósticos encontrados en la historia clínica. **CONTESTO: (xi)** yo sé que en estos espacios la terminología es difícil, pero ahí hay un error conceptual, apendicitis no es un diagnóstico, es un procedimiento, los diagnósticos son apendicitis aguda y apendicitis con peritonitis. La diferencia es la evolución de la apendicitis. La apendicitis tiene varios estadios, entonces inicialmente se obstruye y se inflama, eso es una apendicitis, ese es su estadio inicial. Si hay demora en la resolución de ese problema, por lo que sea, ya sea porque el paciente consulto tardíamente, porque su diagnóstico fue difícil, o por cualquier otra situación, esa inflamación per se genera que el apéndice se perfora. El apéndice está ubicado en el colon, y por el colon va material contaminado, va materia fecal, que tiene alto grado de contaminación de bacterias. Al perforarse y salir esas bacterias a la cavidad abdominal que es estéril, se generan un proceso infeccioso e inflamatorio que se denomina peritonitis. Entonces obviamente la peritonitis, sencillamente es la progresión de la apendicitis que genera una perforación y un cuadro inflamatorio infeccioso. Esa es básicamente la diferencia. Entonces la peritonitis además se puede catalogar de diferentes causas, si está en todo el abdomen se denomina una peritonitis generalizada, o si está en una parte del abdomen se llama una peritonitis localizada, el organismo en su intento de

defensa, que es natural, puede lograr localizarla, o generalizada. **PREGUNTADO:** como es la recuperación de un paciente frente a un evento y otro. **CONTESTO:** (x) completamente diferente. **Una apendicitis aguda, normal operada en las primeras 24 horas es un proceso casi que ambulatorio, es un paciente que debiera irse del hospital casi que en 2 días, y que no debería tener mayores complicaciones, sus porcentajes de infección de la guía quirúrgica aunque existen son bajitos, alrededor del 5%, sus problemas de infecciones intraabdominales son mínimos, menos del 1%, su cicatriz es diferente porque solamente es un pequeña cicatriz localizada en la parte baja derecha del abdomen, y en general no debería tener mayor complicación.** (xi) la evolución de una peritonitis pues es completamente diferente, requiere un manejo antibiótico más agresivo, requiere algunas veces unidades de cuidado intensivo para manejo de la infección porque la infección se hace sistémica que quiere decir que las bacterias van a la sangre e impactan todos los otros órganos etc, para la solución de su enfermedad necesita un abordaje diferente de la cirugía que generalmente implica una apertura mayor del examen del abdomen que se da en la laparotomía, el chance de complicaciones infecciosa de la herida quirúrgica es bien importante definir también eso que las infecciones de la herida son distintas de las infecciones intraabdominales siendo mucho más frecuentes las de la herida pero de muchísima menos gravedad, y las intraabdominales pues implica una mayor gravedad, entonces la peritonitis tiene mayor complicación de infecciones de la herida y complicaciones de abscesos e infecciones residuales dentro del abdomen que pueden requerir manejos con más tecnología, más tiempo y más antibióticos obviamente, son dos evoluciones completamente diferentes. El ideal es ante un diagnóstico de apendicitis una rápida intervención y operarlo lo antes posible. **PREGUNTADO:** precísele al despacho qué nivel de complejidad tiene la clínica Piñeros corpas en ese entonces. **CONTESTO:** (i) no conozco por documentación de la IPS que nivel de complejidad tenía pero por el tipo de pacientes que se manejaba presumo que tenía un tercer nivel de complejidad. **PREGUNTADO:** en estos entes de tercer nivel de complejidad que puede ser la clínica corpas, existe el tac y la posibilidad de hacer ecografía. **CONTESTO:** (ii) por supuesto que sí, el tac implica un nivel de complejidad más o menos alto pero es que la ecografía requiere unas condiciones técnicas mínimas. **PREGUNTADO:** sírvase decir si de acuerdo con su experiencia y lo que conozca si un hospital de segundo nivel de atención como el regional de valle de Tenza normalmente tiene tac. **CONTESTO:** (iii) no me corresponde contestar ese tipo de preguntas, porque cada institución en su parte administrativa puede tener tac o no, hay hospitales de segundo nivel que si las tienen y hay otros que no. Más importante que eso me parece es qué ofrece la institución, porque es clarísimo que las instituciones deban responder ante sus usuarios con lo que ofrecen, por eso en mi experiencia una importantísima razón de remisión es servicio no ofertado, y eso le exime a uno como médico de moras, retrasos en atención, porque eso si lo sabe uno cuando está en una institución, qué tiene para ofertar y que no tiene para ofertar. **PREGUNTADO:** sírvase decir si de acuerdo con su experiencia y lo que conozca normalmente como se hace las remisiones y si la EPS debe autorizarlas. **CONTESTO:** (iv) las remisiones se hacen muy sencillo se coge un formato de referencia que elabora el médico que considera que debe referirla, se tramita a través de una oficina de referencia y contrareferencia dentro de la red del contratante del servicio, y se remite a donde esta red lo autorice. **PREGUNTADO:** el paciente hizo un retiro voluntario de la institución inicial que es el hospital valle de Tenza. Ese lapso entre la atención inicial y la evolución que tuvo en valle de Tenza y la atención cuando fue tratado en la clínica corpas pudo tener alguna incidencia porque hubo un retiro voluntario del hospital. **CONTESTO:** no comprendo la pregunta. **PREGUNTADO:** Si hay interrupción en el tratamiento de un médico que lo viene tratando, puede incidir en la evolución de la atención. **CONTESTO:** en mi opinión una interrupción en la atención entre una institución y la otra de horas, no cambia la evolución de su tratamiento. **PREGUNTADO:** sírvase decir al despacho de acuerdo con su experiencia medica el motivo por el cual, usted habla en respuestas anteriores que la clínica se puede hacer el drenaje del absceso que tenía el paciente, por qué no se hizo inicialmente la cirugía que es los dos tratamientos que usted refiere que se puede hacer, el drenaje y la cirugía. **CONTESTO:** (v) porque antes de hacer cualquier cosa hay que hacer un diagnóstico, porque quien no sabe lo que busca no entiende lo que encuentra. El paciente llegó en un estado séptico, según la revisión de la historia clínica, pero no sabíamos cuál era la causa inicial, se inició un manejo antibiótico y se hicieron estudios para precisar cuál era la causa, cuando se evidencia que hay un absceso, **que fue lo primero que se evidencio en los paraclínicos, y uno presupone por la nota de ingreso que hay, es que tiene un procedimiento previo completo, entonces la mejor opción de manejo de un absceso es el drenaje percutáneo,** que es lo que se intenta. Más del 90% de los pacientes que tienen como complicación un absceso intraabdominal mejoran con antibióticos un drenaje percutáneo, por lo tanto la opción de la cirugía que implica muchísimos mayores riesgos para el paciente de otra serie de complicaciones, pues difiere al fallo terapéutico del drenaje. (vi) **se indicó la cirugía, cuando hay un tac del 20 de junio creo, donde informa que hay un remanente de apéndice. Si ese tac no hubiera informado un remanente de apéndice, es probable que incluso se hubiera recolocado un catéter he intentado seguir insistiendo en el drenaje percutáneo, porque es el Gold estándar del manejo de esa situación. La razón de una cirugía inmediata después del tac fue el informe de un remanente de dos tercios del apéndice.** **PREGUNTADO:** de acuerdo con la valoración y su experiencia medica qué secuelas exactas puede tener el paciente después de la cirugía practicada que se realizó allá en la clínica y la evolución que aparece en la historia clínica. **CONTESTO:** (vi) medicina legal Dr. **PREGUNTADO:** afirma en respuestas anteriores, que existía una complicación anatómica de que el apéndice se encontraba en una posición distinta a la que normalmente se tiene. Si bien es cierto usted afirmo que se hizo la resección de la apéndice, esto puede incidir en que a veces no se pueda sacar la

totalidad del órgano. **CON ESTO: (vii)** ratifico lo que ya había dicho, **esa situación poco habitual de la apéndice genera dificultades más diagnósticas que terapéuticas. Después de estar hecho el diagnóstico no debiera haber ningún problema terapéutico, no genera pues nada especial para sacarla. También dije ante que existen situaciones especiales donde puede existir una gran dificultad no solo por ... sino por muchas causas más de variaciones anatómicas, estados inflamatorios, cirugías previas, dificultades del acto operatorio como tal, obviamente pueden existir, pero es debe quedar claramente reflejado en la descripción quirúrgica inicial, porque eso le permite a quienes intervengan después de eso, una idea clara de la situación a la que se están enfrentando. Si yo encuentro una remisión que dice que encontraron dificultades en la extracción del apéndice y que dejaron un drenaje que no es seguro que lo hayan sacado completo pues sé a qué me estoy enfrentando y qué estoy buscando. Si encuentro una obstrucción quirúrgica y dice una apendicitomía sin complicaciones presumo que es eso, entonces otra vez vuelve la parte documental es vital, no sé qué dice la primera descripción quirúrgica, no sé si encontraron alguna dificultad, no sé si hay alguna justificación técnica de lo que pasó, pero eso debe estar soportado en el peritaje del primer acto operatorio con base en la descripción quirúrgica.**

- Testimonio del Dr. **Ricardo Pineda Chillán**, en el que frente a la atención y lo señalado en las historias clínicas y el expediente, adujo:

GENERALES DE LEY. Domicilio Bogotá. 68 años. Médico especialista en cirugía general. Posgrado en gastroenterología. Actualmente cirujano del hospital Valle de Tenza, sede Guateque y Garagoa. Estudios de medicina, Javeriana, año rural, 4 años cirugía general en San Ignacio, 2 años de estudios en cirugía gastrointestinal en Georgia, EEUU, estudio de endoscopia de vías digestivas altas y bajas en el centro de control de cáncer gastrointestinal dirigido por Japonense en Táchira, Venezuela. Es profesor adjunto ad honorem extramural de cirugía general de la Javeriana en las sedes de los hospitales de Boyacá y profesor de la Universidad Juan N Corpas. **PREGUNTO:** ¿Tiene alguna relación con las partes en este proceso? **CONTESTO:** La única relación con el Dr. Zambrano es como paciente que yo atendí en la consulta externa del hospital en la sede Guateque, y una valoración que me solicitaron durante una hospitalización y no tengo ninguna otra relación. **PREGUNTO:** Se hace una aproximación de los hechos al testigo dentro del presente proceso. Conforme a lo anterior sírvase informar al despacho sobre lo que conozca y le conste respecto del objeto de la prueba anteriormente informado. **CONTESTO:** De lo que tengo conocimiento, el Dr. Zambrano pidió un control en la consulta externa de cirugía el día 10 de junio de 2015, yo era el cirujano que estaba haciendo la consulta externa ese día. El motivo de la consulta fue un control post-operatorio, donde 12 días antes le habían realizado una apendicetomía por una apendicitis aguda, Él refirió en esos momentos que tenía un dolor en la fosa iliaca derecha, o sea en el sitio donde corresponde y tiene la cicatriz de la cirugía. Un dolor tolerable, le habían formulado sus medicamentos y venía a dicho control como siempre se hace con todos los pacientes que se operan donde se les cita a los 7 días, 10, 15 o 20 según el criterio del cas. Y yo lo examiné, encontré una leve induración en la herida quirúrgica, que eso es normal siempre que se opera a un paciente, presentan en cualquier parte del organismo induración, o sea algo duro, la cicatriz quirúrgica, y leve dolor en la palpación a la fosa iliaca derecha, eso es normal en los post-operatorios de cualquier tipo de cirugía, Le recomendé medidas locales, como es aplicarse paños de agua tibia con sulfato, etc. Yo en ese momento le dije que lo hiciera con unas hierbas especiales que hay para eso y le formulé ibuprofeno que es un analgésico y antiinflamatorio. El abdomen de él en esa época era blando, depresible, toleraba la dieta, sin vómitos, sin fiebre, sin diarrea, lo cual lo consideré como un control post-operatorio normal. 3 días después cuando inicié mi turno en la sede Guateque, tenía una solicitud de los médicos hospitalarios de valoración por cirugía, me entró otra vez en la historia clínica que decía que el paciente en mención acudió al servicio de urgencias de la sede Guateque por dolor más intenso en la herida quirúrgica, dolor en la fosa iliaca derecha, fiebre, tembladera, no reportaba vomito ni diarrea. Examinó al paciente y le encuentro que tiene un dolor en la fosa iliaca derecha más acentuado y la misma induración en la herida quirúrgica. **Ante este diagnóstico post-operatorio solicito para confirmar qué es lo que está pasando una ecografía de tejidos blandos de la pared abdominal, y otra ecografía que se llama ecografía abdominal total, porque son con diferentes instrumentos, cada tipo de esta ecografía, por eso solicité las dos. En el momento no tenemos ecografista para que tomara este examen porque es un hospital de segundo nivel y no hay ecografista permanentemente, sino que van cada 8 o cada 15 días a la institución a tomar las ecografías que haya de urgencia o que estén programados. En vista de las circunstancias el Dr. Zambrano solicita que él se puede tomar la ecografía en la ciudad de Bogotá y que pide permiso para ir a Idime a tomarse las ecografías y regresaría con los exámenes. En la historia clínica está escrito que se fue y firmo una autorización de salida para irse a tomar las ecografías y que volvería a la institución, lo cual nos quedamos esperando y no volvió. Más adelante hay una nota del médico hospitalario del día 14, o sea al día siguiente, donde dice "paciente se fugó", hasta ahí son los conocimientos míos sobre este caso. **PREGUNTO:** tenga la bondad de precisar a este estrado judicial de lo que tenga conocimiento y le conste ¿cuál fue el procedimiento ordenado y practicado al señor Oscar Zambrano en la ESE Hospital Valle de Tenza?. **CONTESTO:** El cirujano que lo atendió en primera instancia dijo que era dolor abdominal e iba a esperar unas horas de evolución para saber con ayuda del cuadro hemático y el parcial de orina si tenía o no apendicitis. Nosotros**

diagnosticamos la apendicitis con el examen físico que la hacemos al paciente en un 80% y nos ayudamos con el examen de sangre y en otras veces es necesario ecografía, allí no tenemos ecografía, pero a veces se requiere remitir al paciente a otra ciudad a un hospital de tercer nivel para que le hagan la ecografía, y a veces un TAC o una resonancia si es muy complejo la patología o los síntomas y signos que tiene el paciente. Cuando tenemos conocimiento claro y concreto y con el examen físico podemos diagnosticar que sí tiene apendicitis entonces el cirujano de turno lo lleva a cirugía y le practica la laparotomía que es abrir el abdomen y como dije antes encontró un apéndice fibrinopurulenta, o sea un estado dos. **Ahí también menciona que el apéndice está en posición retrocecal, usualmente el apéndice está libre en la cavidad, pero a veces tiene otras localizaciones; retrocecal significa que está detrás del colon, o sea no libre en la cavidad abdominal, sino que está detrás, entonces hay que levantar el colon y liberar el apéndice para poderlo extraer. Eso dice ese informe quirúrgico. Lo cerró en la forma usual y le dieron la salida correspondiente, no recuerdo si 1 o 2 días después a su casa, con antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios, que es lo que se usa normalmente según los protocolos del hospital ESE Valle de Tenza. PREGUNTO: Sería tan amable de indicarnos, poniéndole de presente el folio 109 que es el resultado de la escanografía de abdomen con contraste tomado por la clínica Corpas Piñeros, lo anterior para efectos de que usted explique o indique al despacho ¿en qué consiste ese diagnóstico y si corresponde a lo que usted manifestó de que la cirugía de apendicetomía tratada por la ESE Valle de Tenza era normal?. CONTESTO: La cirugía es del manejo usual que se da. En el informe que yo leí no había señalado de que el Dr. hubiese tenido algún problema de complicación durante la intervención quirúrgica, por eso me atrevo a decir que es normal. Como le dije es la cirugía que más se hace, la hacemos todos los días, 3 o 4 pacientes de apendicetomía y eso se informa porque hay una parte en el informe quirúrgico que dice si hubo o no complicaciones y no estaba mencionado que hubo complicaciones. Aquí hay una escanografía de abdomen o TAC contrastado que le hicieron el 24 de junio, eso fue un mes después, casi un mes después de la cirugía y dice "conclusiones: colección intra y extra abdominal en la fosa iliaca derecha adyacente a catéter de drenaje", o sea ya le habían drenado el absceso, y al hacer esto dice que "hay colección todavía", en la fosa iliaca derecha. Cuando hay colecciones éstas pueden ser libres, como tener digamos en un vaso agua. Si permanece la colección es que a veces es porque se tabica, porque el organismo se defiende y hace tabiques entonces con un catéter no es suficiente drenarla porque está tabicada, está como habitaciones ahí encerradas con paredes, entonces eso no va a mejorar con el solo drenaje. ¿Cómo se sabe?, pues con un TAC o con cualquier otro examen parecido, y por eso dice que "hay un catéter de drenaje". Aquí me atrevo a decir que ya lo habían drenado y que "todavía hay colección intra y extra abdominal", o sea intra es en la cavidad peritoneal, y extra abdominal sería en la piel. Segundo, dice: "apéndice cecal parcialmente opacificado en sus dos tercios proximales", o sea el apéndice se ve en sus dos tercios proximales, o sea según eso está el apéndice casi completo en la cavidad abdominal; casi completo, dos tercios; "con cambios inflamatorios de la punta, la cual se localiza adyacente a la colección descrita", según esto el Dr. le sacaría la puntica no más del apéndice, le sacó la puntica y que le quedaron los dos tercios adentro. PREGUNTO: Aprovechando que tiene el expediente, ¿sería tan amable de observar el folio 113 a efectos de que nos indique cuál fue el diagnóstico o el resultado adoptado por patología?. CONTESTO: El 113 es nota operatoria de cirugía general, de Saludcoop, es como una evolución, dice "diagnóstico pre quirúrgico, colección intra abdominal, antecedente de apendicetomía extra institucional por post-operatorio de drenaje percutáneo, de colección intra abdominal. Diagnóstico post-quirúrgico absceso peri apendicular", o sea aquí está el apéndice y tenía un absceso, también "un absceso de la pared abdominal", como dije antes depende del grado de apéndice los pacientes pueden hacer un porcentaje de absceso en la pared abdominal, eso está muy bien estudiado en todos los libros y todos los trabajos publicados, siempre hay un porcentaje de absceso en la pared abdominal ya sea en cualquiera de los grados que mencioné. Aquí dice que le hicieron una laparotomía exploratoria y apendicetomía, que le sacaron el apéndice, y le drenaron el absceso apendicular. O sea, no se pudo drenar con la punción, con la sonda que le dejaron, porque ahí sigue. También le drenaron un absceso de la pared abdominal. "Hallazgo apéndice cecal, a pesar de antecedente quirúrgico", "absceso parcialmente drenado, absceso de pared abdominal en región de herida quirúrgica", ésta es una evolución por un médico, pero no es el médico patólogo. todos los productos que se sacan de la cavidad abdominal se mandan a patología y viene un informe de patología. Ésta es una evolución que hacen un recuento de la evolución del día 25 de junio, aquí está el cirujano Dr. Aguirre, ayudante Camilo Angarita, Anestesiólogo, la técnica de anestesia y la instrumentadora. Aquí como dice "complicaciones: ninguna", cuando hay complicaciones uno describe cuales complicaciones y cuando las hay pues es otro tipo para analizar. "Sangrado mínimo, patología del apéndice cecal" o sea lo mandaron a patología, entonces tenemos que saber ese reporte de la patología. "Recuento de gases y compresas", bien, y ahí está el plan del manejo del paciente, "traslado recuperación, manejo analgésico, antibiótico, y las demás ordenes de cirugía general, no comer en 3 días y del dren que le dejaron".**

- Testimonio del Dr. **Marcelo Mariño Martínez**, en el que frente a la atención y lo señalado en las historias clínicas y el expediente, adujo:

PREGUNTADO: Generales de Ley. **CONTESTÓ:** (i) que tiene como domicilio guateque Boyacá, (ii) que es médico de la universidad nacional, (iii) que actualmente es subgerente de prestación de servicios del hospital regional valle de Tenza, (iv) que en relación con los estudios realizados, tiene universitarios y de posgrado, médico cirujano de la universidad nacional, y un posgrado en gerencia hospitalaria de la Unad, (v) Que no tiene ninguna relación con ninguna de las parte demandante, solo con el hospital pues porque es funcionario. **PREGUNTADO:** Sírvase informar al Despacho lo que conozca y le conste respecto del objeto de la prueba informado. **CONTESTÓ:** (i) debo aclarar que para la época de los hechos yo no era funcionario aun del hospital regional valle de Tenza, sino posteriormente desde noviembre de 2016 nombrado como subgerente de prestación de servicios. En el ejercicio de mi cargo se me pide enviar documentos como historia clínica y cosas como estas, y en ese entendido es que he sido solicitado el día de hoy, entonces pues lo que yo conozco de la historia de la lectura que se le dio a la misma, si corresponde todo lo que se menciona inicialmente de que el paciente llega con un cuadro paliativo de apendicitis se hacen los estudios pertinentes, se hacen los paraclínicos y son congruentes con eso así que se procede a pasar a salas de cirugía, se hace la apendicetomía, efectuada por un cirujano de alta experiencia y mucha trayectoria que ha efectuado ese procedimiento en múltiples oportunidades y posiblemente el paciente es dado de alta porque tiene una evolución posoperatoria en general satisfactoria. (ii) el paciente regresa el día 13 con un cuadro de dolor abdominal y dolor y algunos síntomas a nivel locales de la herida, entonces se empieza a sospechar que pueda tener un absceso de pared o un absceso intraabdominal por lo cual el cirujano ordena la realización de una ecografía. (iii) lamentablemente valle de Tenza es un hospital incipiente de segundo nivel y el proceso ecográfico no se da en forma continua sino en forma intermitente a través de visitas de radiólogos que asisten a la institución, y entonces para la época en que se solicitó la radiografía no se tenía el servicio en el momento, entonces menciona la historia que el paciente solicitó permiso de la institución para salir a tomarse en Bogotá para retornar nuevamente, así quedo consignado en la historia, lamentablemente después de su salida de ahí el paciente no retorna a la institución y es cuando pues sigue su proceso de atención fuera de la misma, entonces hasta ahí queda digamos troncada la atención que se le brindo al paciente, no se conoció digamos directamente un retorno del examen ecográfico que se practicó. (iv) Posteriormente por historia clínica conocimos que ese examen de ecografía había salido normal, que el paciente hacía asistido a un control posoperatorio en su EPS al parecer el cuatro si no estoy mal, no tengo a precisión exacta del día, y que pues no habían encontrado ninguna alteración. Posteriormente cuando él retorna a la clínica en Bogotá a la Piñeros corpas, pues allá inician el proceso y también tienen dudas del diagnóstico en el sentido de que pues no es claro el cuadro que se presenta y tienen que hacer básicamente tres tac para finalmente determinar cuál puede ser la patología que el paciente presenta en ese momento. **PREGUNTADO:** De acuerdo con la anterior respuesta, manifiéstele al despacho de acuerdo con lo que tenga conocimiento y le conste concretamente cual fue el procedimiento medico ordenado y practicado al paciente Oscar Zambrano en la E.S.E. Hospital Regional Valle de Tenza. **CONTESTÓ:** (ix) en la descripción quirúrgica mencionan una apendicetomía convencional, al que regularmente se hace para una apéndice, hay varias técnicas ahí, ya el Dr. Explicará cuál de las técnicas efectuó, pero básicamente lo que se hace es una resección de toda la apéndice y se deja una partecita para ligamiento que es relativamente muy corta, o se hace una jareta que es una especie de bolsita como los sacos de café y puede hacerse el cierre así extirpando toda la apéndice. Como lo digo quien practicó la cirugía es una persona de mucha experiencia de varios años haciendo lo mismo y sería como incongruente pensar que la técnica se le olvidó. **PREGUNTADO:** sírvase manifestar al despacho si tiene conocimiento y le consta de conformidad con la historia clínica si hay alguna observación o demás si durante la intervención quirúrgica por usted practicada de apendicitis aguda al paciente Oscar Zambrano se presentó algún tipo de complicación, sí o no y porque razón. **CONTESTÓ:** (x) no se menciona dentro de la estancia de la institución digamos en el posoperatorio inmediato ninguna complicación. Lo que se tiene conocimiento es después cuando el paciente regresa alrededor del día trece con el cuadro del dolor abdominal particularmente en el sitio de la herida quirúrgica, básicamente es eso, y pues como le digo para clarificar el cuadro se solicitaron tanto la ecografía abdominal total como la ecografía de tejidos blandos para clarificar que era lo que pudiera estar pasando. **PREGUNTADO:** se pone de presente al testigo el resultado de la patología luego de la intervención en la clínica Piñeros corpas (Fl. 157). Indíqueme al despacho de acuerdo al documento que se le ha exhibido, cuál fue la conclusión que arrojó el examen de patología. **CONTESTO:** (x) en este momento no sé a qué patología corresponde, si a la primera patología o a la segunda, no lo tengo claro. Dice que "se recibe apéndice cecal de 7 cms x 1.3. x 1.2 cms. Superficie externa lisa opaca. Con meso de hasta cms de espesor. Al corte a la luz se encuentra dilatada ocupada por material fecaloide, se procesa todo en 3 bloques. DESCRIPCION MICORSCOPICA. Los cortes muestran apéndice cecal con un infiltrado agudo trasnmural, asociado a edema y congestión. No hay parásitos ni tumor. La serosa muestra un infiltrado inflamatorio agudo ligero. DIAGNOSTICO: apéndice cecal, apendicetomía: - apendicitis aguda Fibrinopurulenta. - peripaendicitis.". **PREGUNTADO:** usted puede explicarle al despacho qué significa ese diagnóstico. **CONTESTO:** (xi) esto es una patología normal de una apendicetomía, o sea aquí veo dice aquí que es una apéndice que mide 7 cms x 1.3 y que tiene el meso que es una parte del tejido digamos conexo por donde llegan las arterias y los vasos, y dice que hay material fecaloide en su interior, se procede a procesar todo en 3 bloques que es lo que menciona ahí. **PREGUNTADO:** la pregunta iba dirigida a que usted dice que conoce la historia clínica y que tiene conocimiento frente

a los exámenes y procedimientos aplicados, entonces quiere decir que usted conoce de manera parcial la documentación en ese sentido. **CONTESTO: (xii)** yo conozco la historia clínica del hospital regional valle de Tenza donde soy el subgerente, no tengo todas las... nosotros habíamos solicitado eso, de que se presentara la anatomía patológica de las dos, o sea, quisiera ver esta (fl. 157) que es una correcta, y la otra patología sí, porque en la otra debió entregarse algo similar, algo debió salir acá. Entonces quisiéramos ver la otra porque acá (fl. 157) se menciona en la historia según lo que dicen acá, que quedan remanentes las dos terceras partes de la apéndice, significaría que este apéndice, se reseca las dos terceras y media entonces aproximadamente 10 cms, según eso, entonces pues es un poco incongruente con un cirujano de mucha experiencia, en una apéndice de 10 cms, quitarle 3 cms y dejarle 7 cms, pues es incongruente, o sea no hallaría a uno la respuesta franca".

Obsérvese que de los testimonios especializados traídos a colación, encuentra relevancia plena el del Dr. Edgar Fernando Aguirre Bello, que guarda relación igualmente con los otros elementos que reposan en el plenario y que fueron allegados al mismo descritos en anterioridad, como lo son la hoja de descripción quirúrgica del procedimiento de apendicetomía con drenaje de peritonitis localizada (Fl. 141), así como con lo descrito en el "Reporte de Anatomía Patológica" (Fl. 157), del Laboratorio de Patología Especializado de Alta Tecnología Centro de Diagnóstico en Cito Patología, sobre los resultados o situaciones descritas en relación con el procedimiento de Apendicetomía con drenaje de peritonitis localizada.

En efecto, sobre la primera intervención practicada al accionante de apendicetomía con ocasión del diagnóstico de apendicitis aguda el 28 de mayo de 2015, el profesional es claro en señalar que las guías de manejo y protocolos médicos señalan que en este tipo de casos, cuando se tiene un diagnóstico de apendicitis, el deber ser es extraer la causa del problema, y es extraer el apéndice cecal completo. Lo anterior, sin perjuicio de la ubicación de la misma, la cual puede dar dificultades diagnósticas, pero en todo caso, no da dificultades terapéuticas, lo que quiere decir que puede dificultar de una manera importante su diagnóstico inicial pero después de hecho el diagnóstico del apéndice como tal, la misma debe sacarse completamente. Frente a ello, señala igualmente que si no se logra o se dificulta tal cuestión, la misma debe estar claramente descrita en los informes quirúrgicos, a efectos de que no quede duda de que no haya quedado algo por resolver en este tipo de procedimientos.

En relación a este punto, y tal como se describió en precedencia, se tiene que respecto de la primera intervención, esto es, la relacionada con la apendicetomía realizada al demandante el 28 de mayo de 2015 con ocasión del diagnóstico de "Apendicitis Aguda", ni en el informe quirúrgico, ni en la historia clínica, se deja anotado alguna complicación sobre el particular, al punto que tal cuestión la señala igualmente el propio profesional que llevo a cabo dicha intervención, Dr. Michel Georges Jabbour, en su testimonio reseñado en precedencia.

En ese orden de ideas, encuentra relevancia el hecho de que en el reporte de Tac de Abdomen contrastado de fecha 24 de junio de 2015, se haya descrito como resultado de análisis el de **COLECCION INTRA Y EXTRAABDOMINAL DE LA FOSA ILIACA DERECHA ADYACENTE A CATETER DE DRENAJE. APENDICE CECAL PARCIALMENTE OPACIFICADA EN SUS DOS TERCIOS PROXIMALES CON CAMBIOS INFLAMATORIOS DE LA PPUNTA LA CUAL SE LOCALIZA**

ADYACENTE A LA COLECIÓN DESCRITA. (...) Dx: Colección abdominal post apendicetomía, por lo que debió darse curso a nueva intervención quirúrgica de apendicetomía con drenaje de peritonitis localizada en esa misma fecha, en cuya descripción quirúrgica se consignó lo siguiente: "**DIAGNOSTICO PREOPERATORIO** Z719 Consulta, no especificada, T814 Infección consecutiva a procedimiento, no clasificada en otra parte, **PROCEDIMIENTO: 17466 APENDICECTOMIA CON DRENAJE DE PERITONITIS LOCALIZADA, OBSERVACIONES -APENDICE CECAL PROXIMAL A PESAR DE ANTECEDENTE DE APENDICECTOMIA**"; y en cuya nota operatoria de cirugía general se dejó registrado como hallazgos: "**DIAGNÓSTICO PREQUIRÚRGICO: COLECCIÓN INTRAABDOMINAL - ANTECEDENTE DE APENDICECTOMÍA EXTRAINSTITUCIONAL - POP DRENAJE PERCUTÁNEO COLECCIÓN INTRAABDOMINAL, DIAGNÓSTICO POSTQUIRÚRGICO: ABSCESO PERIAPENDICULAR - ABSCESO DE PARED ABDOMINAL; PROCEDIMIENTO: LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA + APENDICECTOMÍA + DRENAJE DE ABSCESO PERIAPENDICULAR + DRENAJE DE ABSCESO DE PARED ABDOMINAL + COLOCACIÓN DE DREN DE BLAKE EN LECHO CRUENTO; HALLAZGOS: APÉNDICE CECAL PRESENTE A PESAR DE ANTECEDENTE QUIRÚRGICO - ABSCESO PERIAPENDICULAR PARACECAL PARCIALMENTE DRENADO - ABSCESO DE PARED ABDOMINAL EN REGIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA. Nombre Diagnóstico: Apendicitis aguda con absceso peritoneal; describiéndose como hallazgo relevante el de Apéndice cecal presente a pesar de antecedente quirúrgico.**

En tal sentido, y en consonancia con lo anterior, resulta pertinente traer a colación lo anotado en el "Reporte de Anatomía Patológica" (Fl. 157), del Laboratorio de Patología Especializado de Alta Tecnología Centro de Diagnóstico en Cito Patología, sobre los resultados o situaciones descritas en relación con el procedimiento de *Apendicetomía con drenaje de peritonitis localizada*, en el que se mencionan los siguientes resultados: "**REPORTE DE ANATOMIA PATOLOGICA DESCRIPCION MACROSCOPICA** Se recibe apéndice cecal que mide 7x1.3x1.2 cms. Superficie externa lisa opaca. Con meso de hasta 6 cms de espesor. Al corte la luz se encuentra dilatada ocupada por material fecaloide. Se procesa todo en 3 bloques. **DIAGNOSTICO: APENDICE CECAL, APENDICECTOMIA: - APENDICITIS AGUDA FIBRINOPURULENTO, - PERIAPENDICITIS.**"

Frente a tal particular, resulta explicativo lo señalado por los médicos Ricardo Pineda Chillan y Marcelo Mariño Martínez, quienes en términos generales, señalan que tal resultado de patología lo que traduce es que el apéndice extraído en la segunda intervención, estaba casi completo, por lo que habían remanentes del mismo producto de la primera intervención practicada, es decir, que no se extrajo en forma completa en dicha primera intervención quirúrgica.

En consecuencia, de conformidad con el análisis en conjunto de los elementos probatorios allegados al plenario, el despacho encuentra que, más allá de los inconvenientes médicos y administrativos que pudieron presentarse, se encuentra acreditada la falla del servicio dentro del asunto de la referencia, traducida en la falla en la intervención quirúrgica de apendicetomía llevada a cabo el 28 de mayo de 2015 en la E.S.E. Hospital Regional Valle de Tenza al demandante Oscar Fernando Zambrano Mora con ocasión del diagnóstico de apendicitis aguda, en la que no le fue extraída en su totalidad la apéndice,

generando una nueva intervención al demandante ante el diagnóstico de *“Colección intra y extraabdominal de la fosa iliaca derecha adyacente a catéter de drenaje, Apéndice cecal parcialmente opacificada en sus dos tercios proximales con cambios inflamatorios de la punta la cual se localiza adyacente a la colección descrita”*, que fue llevada a cabo el 24 de junio de 2015 en la Clínica Jorge Piñeros Corpas de Saludcoop, a través del procedimiento de *“Apendicetomía con drenaje de peritonitis localizada”*, reportándose los hallazgos de *“Absceso de pared, absceso para cecal parcialmente drenado por pig-tale, apéndice cecal retrocecal subserosa emplastronada”*, y las observaciones de *“apéndice cecal proximal a pesar de antecedente de apendicetomía”*.

Desde esa perspectiva, el despacho considera procedente declarar la responsabilidad de la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL VALLE DE TENZA SEDE GUATEQUE, bajo la óptica del régimen de falla del servicio, en concordancia con lo expuesto al determinar marco jurídico aplicable, sin que se evidencia la existencia de una causa de exoneración, razón por la cual, las excepciones propuestas por la entidad no se encuentran llamadas a prosperar.

Precisado lo anterior, se procede a examinar los perjuicios a reconocer por parte de la entidad responsable, esto es, por parte de la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL VALLE DE TENZA SEDE GUATEQUE.

5.2.6.3 Perjuicios:

En la demanda se solicitó el reconocimiento de perjuicios materiales y morales por lo que en esta oportunidad se examinará su procedencia, en los siguientes términos:

5.2.6.3.1. Perjuicios Materiales:

En la demanda se solicita se condene a la parte demandada a pagar al demandante por concepto de perjuicios materiales, el valor estimado en \$7.500.000, por daños económicos causados, correspondientes a (i) 5.000.000 por concepto de diferencia entre lo devengado por concepto de salario y prestaciones sociales que usualmente percibía y lo cancelado por concepto de incapacidades; y (ii) 2.500.000 por concepto de pago de los servicios solicitados a la señora Emilse Mora Fula, a fin de que la misma cuidara y viera por el bienestar de los menores Julián Fernando y Laura Juliana Zambrano Osorio, atendiendo a que la señora Mónica del Rocío Osorio –cónyuge del señor Oscar Fernando Zambrano Mora- se encontraba en la ciudad de Bogotá en condición de acompañante de su esposo en la Clínica Jorge Piñeros Corpas.

En el caso concreto, se encuentra que al plenario fueron allegados los siguientes elementos para efectos de la acreditación de los referidos perjuicios materiales, a saber:

(i) De un lado, en relación al perjuicio material por concepto de diferencia entre lo devengado por concepto de salario y prestaciones sociales que usualmente percibía y lo cancelado por concepto de incapacidades, reposan desprendibles en los que se consignan los siguientes valores como ítem *Dif. Lic. Enfermedad*: \$1.456.110 (Fl. 152), \$2.800.211 (Fl. 155), \$784.059 (Fl. 156), lo cual arroja una suma por dicho perjuicio pretendido correspondiente a \$5.040.380, valor que se reconocerá como perjuicio material.

(ii) De otro lado, en relación al perjuicio material por concepto de pago de los servicios solicitados a la señora Emilse Mora Fula, a fin de que la misma cuidara y viera por el bienestar de los menores Julián Fernando y Laura Juliana Zambrano Osorio, atendiendo a que la señora Mónica del Rocío Osorio –cónyuge del señor Oscar Fernando Zambrano Mora- se encontraba en la ciudad de Bogotá en condición de acompañante de su esposo en la Clínica Jorge Piñeros Corpas; encuentra el despacho que no reposa contrato alguno sobre el particular, o recibo de pago al respecto.

No obstante, para efectos de su acreditación, fue solicitado y decretado como prueba el testimonio de la señora Emilse Mora Fula, en el que se señaló lo siguiente:

PREGUNTO: *Tenga la bondad de informar a este juzgado sobre lo conozca y le conste respecto de la prueba anteriormente informada.* **CONTESTO:** *Pues yo distingo al doctor óscar Fernando hace 4 años, para el 2015 trabajaba como empleada doméstica en la vivienda de ellos cuidaba a los niños (...) me tocaba quedarme en la noches cuidando a los niños ya que ella se hacía cargo mientras el doctor estaba en el hospital. (...)* **PREGUNTO:** *¿Que remuneración recibió usted por los servicios prestados a la familia Zambrano Osorio por el tiempo que laboro?* **CONTESTO:** *Pues ellos me pagaban el mínimo y después me reconocieron algo más por haberme quedado en la noche.* **PREGUNTO:** *¿Recuerda la suma recibida por ese periodo de mayo a agosto?* **CONTESTO:** *Pues el valor como tal no, pero si al hacer cuenta me pagaban el mínimo, lo único que no podían pagar, porque fue así de palabra lo del sueldo mío, fue lo de salud ni pensión sino que yo tenía mi seguridad con el estado bien.*

Del anterior testimonio, el cual valga señalar, no fue tachado de falso, se desprende que en efecto, la señora Emilse Mora Fula, fue contratada a fin de que la misma cuidara y viera por el bienestar de los menores Julián Fernando y Laura Juliana Zambrano Osorio, atendiendo a que la señora Mónica del Rocío Osorio –cónyuge del señor Oscar Fernando Zambrano Mora- se encontraba en la ciudad de Bogotá en condición de acompañante de su esposo en la Clínica Jorge Piñeros Corpas.

Ahora bien, en relación al valor cancelado por tal concepto, encuentra el despacho que conforme lo señalado en el referido testimonio, fue de un salario mínimo legal mensual por los meses de mayo, junio y julio de 2015, que fueron en los que se desarrolló como tal la situación fáctica expuesta en el asunto de la referencia. En tal sentido, ha de señalarse que el valor correspondiente al salario mínimo legal mensual vigente para el año 2015, era de \$644.350,00²¹, lo cual multiplicado por el período de tres meses indicado en antelación, da como resultado la suma de \$1.933.050, valor que se reconocerá como perjuicio material.

²¹ <https://www.salariominimocolombia.net/2015>

En suma, el perjuicio material a reconocer dentro del asunto de la referencia con ocasión de lo expuesto en precedencia, será de la suma de \$6.973.430.

5.2.6.3.1. Perjuicios Inmateriales:

En la demanda se solicita se condene a la parte demandada a pagar a los demandantes por concepto de perjuicios inmateriales, lo siguiente:

- Perjuicios morales: Se solicita se condene a la parte demandada a pagar a los demandantes²² por concepto de perjuicios inmateriales en la modalidad de perjuicios morales, la suma de 100 SMLMV para cada uno.
- Daño a la salud: Se solicita se condene a la parte demandada a pagar al demandante señor Oscar Fernando Zambrano Mora y grupo familiar demandante, el valor de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes, en razón a al grado de afección físico – psíquica que padeció y que presenta, y las cicatrices como consecuencia del daño.
- Daño a la vida en relación: Se solicita se condene a la parte demandada a pagar a los demandantes Oscar Fernando Zambrano Mora (afectado directo), Mónica del Rocío Osorio Blanco (esposa), y Mercedes Mora de Zambrano (madre), el valor de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes, al primero por el dolor físico que generó el desarrollo de su padecimiento y cicatrices en su cuerpo de manera permanente, como para todos por la angustia y depresiones sufridas por el hecho lesivo generador del daño.
- Daño por bienes constitucionalmente protegidos: Se solicita se condene a la parte demandada a pagar al demandante señor Oscar Fernando Zambrano Mora en su calidad de afectado directo, el valor de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes, por concepto de daño ante la pérdida de oportunidad en la pronta recuperación de su salud, causándole secuelas en su cuerpo de carácter permanente.

Así, las cosas, el despacho procederá a efectuar las consideraciones pertinentes, de la siguiente manera:

5.2.6.3.1.1 Daños morales:

En la demanda se reclama una suma equivalente a cien salarios mínimos legales mensuales vigentes (100 SMLMV), por concepto de perjuicios morales, para cada uno de los demandantes, frente a lo cual, debe tenerse en cuenta el siguiente análisis:

En relación con los perjuicios morales causados por lesiones, el Máximo Órgano de la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, también unificó su

²² Oscar Fernando Zambrano Osorio, en su calidad de afectado directo. Mónica del rocío Osorio Blanco, en su calidad de esposa del afectado directo. Laura Julliana Zambrano Osorio, en su calidad de hija afectado directo. Julián Fernando Zambrano Osorio, en su calidad de hijo afectado directo. Mercedes Mora de Zambrano, en su calidad de madre del afectado directo.

jurisprudencia, mediante sentencia del 28 de agosto de 2014, proferida con ponencia de la Doctora Olga Melida Valle de la Hoz, la Sección Tercera, fijando las siguientes directrices que han de tenerse en cuenta para establecer el monto máximo de este tipo de perjuicios, tomando como referente la gravedad de las lesiones y la cercanía de los reclamantes con la víctima, así²³:

2.8.2. Perjuicios morales por lesiones:

Procede la Sala Plena de la Sección Tercera a unificar su jurisprudencia en torno a los perjuicios morales a reconocer a la víctima directa y sus familiares en caso de lesiones personales.

La reparación del daño moral en caso de lesiones tiene su fundamento en el dolor o padecimiento que se causa a la víctima directa, familiares y demás personas allegadas.

Para el efecto se fija como referente en la liquidación del perjuicio moral, en los eventos de lesiones, la valoración de la gravedad o levedad de la lesión reportada por la víctima. Su manejo se ha dividido en seis (6) rangos:

Deberá verificarse la gravedad o levedad de la lesión causada a la víctima directa, la que determinará el monto indemnizatorio en salarios mínimos. Para las víctimas indirectas se asignará un porcentaje de acuerdo con el nivel de relación en que éstas se hallen respecto del lesionado, conforme al cuadro.

La gravedad o levedad de la lesión y los correspondientes niveles se determinarán y motivarán de conformidad con lo probado en el proceso.

Nivel No. 1. Comprende la relación afectiva, propia de las relaciones conyugales y paterno-filiales o, en general, de los miembros de un mismo núcleo familiar (1er. Grado de consanguinidad, cónyuges o compañeros permanentes). Tendrán derecho al reconocimiento de 100 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 80 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 60 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 40 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 20 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 10 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior a 1% e inferior al 10%.

Nivel No. 2. Donde se ubica la relación afectiva, propia del segundo grado de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos). obtendrán el 50% del valor adjudicado al lesionado o víctima directa, de acuerdo con el porcentaje de gravedad de la lesión, como se describe: tendrán derecho al reconocimiento de 50 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 40 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 30 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 20 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 10 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 5 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior a 1% e inferior al 10%.

Nivel No. 3. Está comprendido por la relación afectiva propia del tercer grado de consanguinidad o civil. Adquirirán el 35% de lo correspondiente a la víctima, de acuerdo con el porcentaje de gravedad de la lesión, como se indica: tendrán derecho al reconocimiento de 35 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 28 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 21 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 14 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 7 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 3,5 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior a 1% e inferior al 10%.

Nivel No. 4. Aquí se ubica la relación afectiva propia del cuarto grado de consanguinidad o civil. Se reconocerá el 25% de la indemnización tasada para el lesionado, de acuerdo con el

²³ 4. Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, sentencia de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, Exp. 31172, M.P. Olga Mérida Valle de De la Hoz.

porcentaje de gravedad de la lesión, como se señala: tendrán derecho al reconocimiento de 25 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 20 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 15 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 10 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 5 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 2,5 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior a 1% e inferior al 10%.

Nivel No. 5. Comprende las relaciones afectivas no familiares (terceros damnificados). Se concederá el 15% del valor adjudicado al lesionado, de acuerdo con el porcentaje de gravedad de la lesión, como se presenta: tendrán derecho al reconocimiento de 15 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 12 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 9 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 6 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 3 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 1,5 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 1% e inferior al 10%”

El alto Tribunal sintetizó los referentes antedichos de la siguiente manera:

GRAFICO No. 2					
REPARACION DEL DAÑO MORAL EN CASO DE LESIONES					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
GRAVEDAD DE LA LESIÓN	Víctima directa y relaciones afectivas conyugales y paterno-filiales	relación afectiva del 2º de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3º de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4º de consanguinidad o civil.	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
	SMLMV	SMLMV	SMLMV	SMLMV	SMLMV
Igual o superior al 50%	100	50	35	25	15
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80	40	28	20	12
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60	30	21	15	9
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40	20	14	10	6
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20	10	7	5	3
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10	5	3,5	2,5	1,5

En virtud de lo anterior, con el objeto de cuantificar el daño moral, el Despacho considera procedente dar aplicación a las reglas de la experiencia, según las cuales se infiere que la lesión, etc., afecta a la víctima, afectación que se expresa en un profundo dolor, angustia y aflicción.

Sin embargo, el Despacho encuentra que en el presente caso no es posible tasar el quantum indemnizatorio, pues en el plenario no obra prueba del porcentaje de la gravedad de la lesión sufrida por el demandante señor Óscar Fernando Zambrano Mora.

En ese sentido, la condena se fijará en abstracto en atención a lo dispuesto por el artículo 193 del C.P.A.C.A.²⁴. La respectiva liquidación deberá hacerse mediante el trámite incidental que prevé el artículo 129 del Código General del Proceso, con base en un dictamen técnico de medicina legal, que, a partir de la información consignada en la historia clínica de Óscar Fernando Zambrano Mora y de una valoración médica de su condición actual, certifique cuáles son las consecuencias, gravedad y porcentaje de la afectación tanto física como psicológica con ocasión de las secuelas originadas por las intervenciones quirúrgicas a que tuvo que ser sometido, así como las consecuencias que actualmente produce sobre su salud. Para promover este incidente, se otorga a la parte interesada un término de 60 días contados a partir de la ejecutoria de la sentencia.

5.2.6.3.1.1 Daño a la salud y perjuicios estéticos:

En la demanda se solicita se condene a la parte demandada a pagar al demandante señor Oscar Fernando Zambrano Mora y grupo familiar demandante, el valor de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes, en razón a al grado de afección físico – psíquica que padeció y que presenta, y las cicatrices como consecuencia del daño.

Pues bien, lo primero que ha de señalarse es que actualmente el daño a la salud se encuentra concebido como una tipología de perjuicio inmaterial autónomo que desplaza por completo a las demás categorías de daño inmaterial derivadas de lesiones, como es el caso del daño estético.

En efecto, mediante sentencia de fecha 14 de septiembre de 2011, la Sala Plena de la Sección Tercera del Consejo de Estado, con ponencia del Doctor Enrique Gil Botero, dentro del proceso radicado con el No. 05001-23-31-000-2007-00139-01(38222)²⁵, señaló textualmente lo siguiente:

"En otros términos, un daño a la salud desplaza por completo a las demás categorías de daño inmaterial como lo son la alteración grave a las condiciones de existencia -antes denominado daño a la vida de relación- precisamente porque cuando la lesión antijurídica tiene su génesis en una afectación negativa del estado de salud, los únicos perjuicios inmateriales que hay lugar a reconocer son el daño moral y el daño a la salud.

(...) En otros términos, se insiste, en Colombia el sistema indemnizatorio está limitado y no puede dar lugar a que se abra una multiplicidad de categorías resarcitorias que afecten la estructura del derecho de daños y la estabilidad presupuestal que soporta un efectivo sistema de responsabilidad patrimonial del Estado, motivo por el que, se reitera, cuando el daño se origine en una lesión psíquica o física de la persona el único perjuicio inmaterial, diferente al moral que será viable reconocer por parte del operador judicial será el denominado "daño a

²⁴ "Las condenas al pago de frutos, intereses, mejoras, perjuicios y otros semejantes, impuestas en auto o sentencia, cuando su cuantía no hubiere sido establecida en el proceso, se hará en forma genérica, señalando las bases con arreglo a las cuales se hará la liquidación incidental, en los términos previstos en este Código y en el Código de Procedimiento Civil. Cuando la condena se haga en abstracto se liquidará por incidente que deberá promover el interesado, mediante escrito que contenga la liquidación motivada y especificada de su cuantía, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la ejecutoria de la sentencia o al de la fecha de la notificación del auto de obediencia al superior, según fuere el caso (...)"

²⁵ Reiterada en la sentencia de unificación C.E.3. 28 de agosto de 2014, C.P. Enrique Gil Botero, R: 05001-23-31-000-1997-01172-01(31170).

la salud o fisiológico”, sin que sea posible admitir otras categorías de perjuicios en este tipo de supuestos y, mucho menos, la alteración a las condiciones de existencia, categoría que bajo la égida del daño a la salud pierde relevancia, concreción y pertinencia para indemnizar este tipo de afectaciones.

En ese orden de ideas, el concepto de salud comprende diversas esferas de la persona, razón por la que no sólo está circunscrito a la interna, sino que comprende aspectos físicos y psíquicos, por lo que su evaluación será mucho más sencilla puesto que ante lesiones iguales corresponderá una indemnización idéntica. Por lo tanto, no es posible desagregar o subdividir el daño a la salud o perjuicio fisiológico en diversas expresiones corporales o relacionales (v.gr. daño estético, daño sexual, daño relacional familiar, daño relacional social), pues este tipo o clase de perjuicio es posible tasarlo o evaluarlo, de forma más o menos objetiva, con base en el porcentaje de invalidez decretado por el médico legista.

De allí que no sea procedente indemnizar de forma individual cada afectación corporal o social que se deriva del daño a la salud, como lo hizo el tribunal de primera instancia, sino que el daño a la salud se repara con base en dos componentes: i) uno objetivo determinado con base en el porcentaje de invalidez decretado y ii) uno subjetivo, que permitirá incrementar en una determinada proporción el primer valor, de conformidad con las consecuencias particulares y específicas de cada persona lesionada.

(...) En consecuencia, se adopta el concepto de daño a la salud, como perjuicio inmaterial diferente al moral que puede ser solicitado y decretado en los casos en que el daño provenga de una lesión corporal, puesto que el mismo no está encaminado al restablecimiento de la pérdida patrimonial, ni a la compensación por la aflicción o el padecimiento que se genera con aquél, sino que está dirigido a resarcir económicamente –como quiera que empíricamente es imposible– una lesión o alteración a la unidad corporal de la persona, esto es, la afectación del derecho a la salud del individuo. (...)”

Como puede verse, según los parámetros jurisprudenciales expuestos, la tipología del perjuicio inmaterial derivada de lesiones, se puede sistematizar de la siguiente manera: (i) perjuicio moral; (ii) daño a la salud (perjuicio fisiológico o biológico, incluyendo categorías como el denominado daño estético) y; (iii) cualquier otro bien, derecho o interés legítimo constitucional, jurídicamente tutelado que no esté comprendido dentro del concepto de “daño corporal o afectación a la integridad psicofísica” y que merezca una valoración e indemnización a través de las tipologías tradicionales como el daño a la vida de relación o la alteración grave a las condiciones de existencia o mediante el reconocimiento individual o autónomo del daño (v.gr. el derecho al buen nombre, al honor o a la honra; el derecho a tener una familia, entre otros), siempre que esté acreditada en el proceso su concreción y sea preciso su resarcimiento.

Bajo este contexto, para el despacho es claro que en el presente caso es procedente el reconocimiento del daño a la salud, en el cual se entiende incorporado el concepto del denominado daño estético, sin que sea posible una indemnización diferente en cuanto a uno u otro aspecto por tratarse de una misma esfera inmaterial.

Ahora bien, mediante sentencia proferida el 28 de agosto de 2014, el Honorable Consejo de Estado, determinó los criterios que han de tenerse en

cuenta para determinar el monto a reconocer por este concepto, que únicamente tiene lugar con respecto a la víctima propiamente dicha²⁶, unificó los criterios que han de tenerse en cuenta para determinar el monto a reconocer por este concepto, que únicamente tiene lugar en relación con la víctima propiamente dicha²⁷, indicando lo siguiente:

"La indemnización, en los términos del fallo referido está sujeta a lo probado en el proceso, única y exclusivamente para la víctima directa, en cuantía que no podrá exceder de 100 S.M.L.M.V, de acuerdo con la gravedad de la lesión, debidamente motivada y razonada, conforme a la siguiente tabla:

...(...)

Bajo este propósito, el juez debe determinar el porcentaje de la gravedad o levedad de la afectación corporal o psicofísica, debidamente probada dentro del proceso, relativa a los aspectos o componentes funcionales, biológicos y psíquicos del ser humano.

Para lo anterior el juez deberá considerar las consecuencias de la enfermedad o accidente que reflejen alteraciones al nivel del comportamiento y desempeño de la persona dentro de su entorno social y cultural que agraven la condición de la víctima. Para estos efectos, de acuerdo con el caso, se podrán considerar las siguientes variables:

- La pérdida o anormalidad de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica (temporal o permanente)*
- La anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura corporal o mental.*
- La exteriorización de un estado patológico que refleje perturbaciones al nivel de un órgano.*
- La reversibilidad o irreversibilidad de la patología.*
- La restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad normal o rutinaria.*
- Excesos en el desempeño y comportamiento dentro de una actividad normal o rutinaria.*
- Las limitaciones o impedimentos para el desempeño de un rol determinado.*
- Los factores sociales, culturales u ocupacionales.*
- La edad.*
- El sexo.*
- Las que tengan relación con la afectación de bienes placenteros, lúdicos y agradables de la víctima.*
- Las demás que se acrediten dentro del proceso.*

En casos excepcionales, esto es, cuando existan circunstancias debidamente probadas de una mayor intensidad y gravedad del daño a la salud podrá otorgarse una indemnización mayor a la señalada en la tabla anterior, sin que en tales casos el monto total de la indemnización por este concepto pueda superar la cuantía equivalente a 400 S.M.L.M.V. Este quantum deberá motivarse por el juez y ser

²⁶ Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, sentencia de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, Exp. 28804, M.P. Stella Conto Díaz del Castillo, Los límites señalados en esta providencia fueron acogidos igualmente en sentencia de unificación del 28 de agosto de 2014, proferida por el Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, Exp. 31170, M.P. Enrique Gil Botero.

²⁷ Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, sentencia de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, Exp. 28804, M.P. Stella Conto Díaz del Castillo, Los límites señalados en esta providencia fueron acogidos igualmente en sentencia de unificación del 28 de agosto de 2014, proferida por el Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, Exp. 31170, M.P. Enrique Gil Botero.

proporcional a la intensidad del daño, con aplicación de las mismas variables referidas.

...(...)

Con relación a los parámetros anteriores, se aclara que ellos son excluyentes y no acumulativos, de manera que la indemnización reconocida no podrá superar el límite de 400 S.M.L.M.V.

Ahora bien, es menester aclarar que los porcentajes antedichos son indicativos de gravedad, por lo que pueden traducir a categorías cualitativas. De ahí que los porcentajes iguales o superiores se pueden entender como daños cualitativamente graves e intensos, mientras que los de menor porcentaje se entenderán de mayor gravedad. Esto permite atenerse a los criterios porcentuales antedichos, aun cuando se carezca de un valor certificado."

A partir de estos planteamientos, la Corporación estructuró las siguientes tablas de indemnización:

GRAFICO REPARACION DEL DAÑO A LA SALUD	
REGLA GENERAL	
GRAVEDAD DE LA LESIÓN	Víctima directa
	SMLMV
Igual o superior al 50%	100
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10

GRAFICO REPARACION DEL DAÑO A LA SALUD	
CONCEPTO	Cuantía Maxima
REGLA GENERAL	100 S.M.L.M.V.
REGLA DE EXCEPCIÓN	400 S.M.L.M.V.

En el presente caso, el Despacho encuentra que no es posible tasar el quantum indemnizatorio, pues en el plenario no obra prueba del porcentaje de la gravedad de la lesión sufrida por el demandante señor Óscar Fernando Zambrano Mora.

n ese sentido, la condena se fijará en abstracto en atención a lo dispuesto por el artículo 193 del C.P.A.C.A.²⁸. La respectiva liquidación deberá hacerse mediante el trámite incidental que prevé el artículo 129 del Código General del Proceso, con base en un dictamen técnico de medicina legal, que, a partir de la

²⁸ "Las condenas al pago de frutos, intereses, mejoras, perjuicios y otros semejantes, impuestas en auto o sentencia, cuando su cuantía no hubiere sido establecida en el proceso, se hará en forma genérica, señalando las bases con arreglo a las cuales se hará la liquidación incidental, en los términos previstos en este Código y en el Código de Procedimiento Civil. Cuando la condena se haga en abstracto se liquidará por incidente que deberá promover el interesado, mediante escrito que contenga la liquidación motivada y especificada de su cuantía, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la ejecutoria de la sentencia o al de la fecha de la notificación del auto de obediencia al superior, según fuere el caso (...)"

información consignada en la historia clínica de Óscar Fernando Zambrano Mora y de una valoración médica de su condición actual, certifique cuáles son las consecuencias, gravedad y porcentaje de la afectación tanto física como psicológica con ocasión de las secuelas originadas por las intervenciones quirúrgicas a que tuvo que ser sometido, así como las consecuencias que actualmente produce sobre su salud. Para promover este incidente, se otorga a la parte interesada un término de 60 días contados a partir de la ejecutoria de la sentencia.

Finalmente, teniendo en cuenta lo señalado en precedencia, el despacho considera que en el presente caso no se encuentran acreditadas las circunstancias que impliquen el reconocimiento del denominado daño a la vida de relación, y daño por bienes constitucionalmente protegidos, por lo que se procederá a la denegatoria de dichos perjuicios inmatrimoniales solicitados.

6. Costas.

El artículo 188 del C.P.A.C.A. dispone que:

"Salvo en los procesos en que se ventile un interés público, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código de Procedimiento Civil".

Conforme a lo anterior y de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 365 del Código General del Proceso, en la liquidación de costas habrá de tenerse en cuenta que, solo habrá lugar a ellas, cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación.

Ahora bien, al valorar en el presente caso la condena en costas, encuentra el Despacho que si se causaron tanto gastos procesales como agencias en derecho. En ese entendido y de conformidad con lo dispuesto en el numeral 2º del artículo 365 del C.G.P. y lo dispuesto en los artículos 2, 4 y 5 del Acuerdo PSAA16 - 10554 de 2016, expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, se condena a la parte demandada al pago de costas y se señala como agencias en derecho a ser incluidas en la respectiva liquidación, el cinco por ciento (5%) del valor de las pretensiones dado que se trata de un proceso de mínima cuantía asimilable por analogía a los procesos de única instancia para efectos de las tarifas establecidas en dicha normativa.

VI DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Séptimo Administrativo del Circuito Judicial de Tunja, administrando justicia, en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

FALLA:

PRIMERO.- DECLARAR administrativamente responsable a la **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL VALLE DE TENZA SEDE GUATEQUE**, por el daño

antijurídico causado al señor **OSCAR FERNANDO ZAMBRANO MORA**, como consecuencia de la falla en la intervención quirúrgica de apendicetomía realizada el 28 de mayo de 2015, tal como se explicó en las consideraciones efectuadas precedentemente.

SEGUNDO.- Como consecuencia de la anterior declaración, **CONDENAR** a la **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL VALLE DE TENZA SEDE GUATEQUE**, a pagar al demandante **OSCAR FERNANDO ZAMBRANO MORA**, la suma de \$6.973.430., por concepto de **PERJUICIOS MATERIALES**, conforme lo expuesto en precedencia.

TERCERO.- CONDENAR EN ABSTRACTO a la **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL VALLE DE TENZA SEDE GUATEQUE**, a pagar a favor de los demandantes **OSCAR FERNANDO ZAMBRANO OSORIO**, en su calidad de afectado directo, **MÓNICA DEL ROCÍO OSORIO BLANCO**, en su calidad de esposa del afectado directo, **LAURA JULIANA ZAMBRANO OSORIO**, en su calidad de hija afectado directo, **JULIÁN FERNANDO ZAMBRANO OSORIO**, en su calidad de hijo afectado directo, y **MERCEDES MORA DE ZAMBRANO**, en su calidad de madre del afectado directo; los **PERJUICIOS MORALES**; valores que deberán fijarse a través de trámite incidental de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 193 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 129 del Código General del Proceso, de conformidad con los criterios señalados en la presente providencia.

En tal sentido se recuerda que la parte actora, so pena de que se extinga el derecho, deberá tramitar el incidente respectivo dentro de los sesenta (60) días siguientes a la ejecutoria de esta providencia, en orden a que se determine la cuantía de la indemnización.

CUARTO.- CONDENAR EN ABSTRACTO a la **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL VALLE DE TENZA SEDE GUATEQUE**, a pagar a favor del demandante **OSCAR FERNANDO ZAMBRANO OSORIO**, los perjuicios por concepto de **DAÑO A LA SALUD**, valor que deberán fijarse a través de trámite incidental de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 193 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 129 del Código General del Proceso, de conformidad con los criterios señalados en la presente providencia.

En tal sentido se recuerda que la parte actora, so pena de que se extinga el derecho, deberá tramitar el incidente respectivo dentro de los sesenta (60) días siguientes a la ejecutoria de esta providencia, en orden a que se determine la cuantía de la indemnización.

QUINTO.- NEGAR LAS DEMÁS PRETENSIONES DE LA DEMANDA, conforme a lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

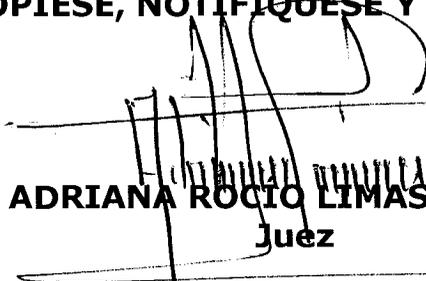
SEXTO.- CONDENAR en costas a la **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL VALLE DE TENZA SEDE GUATEQUE**, las cuales serán tasadas por Secretaría conforme las previsiones del artículo 361 y 362 del C.G.P. Como agencias en

derecho, se fija el 5% del valor de las pretensiones, de acuerdo con lo expuesto en la parte motiva de este proveído. **Por Secretaría LIQUÍDENSE.**

SÉPTIMO.- La **NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA – EJÉRCITO NACIONAL**, dará cumplimiento y reconocerá intereses a esta sentencia en los términos previstos en el artículo 192, 194 y 195 del C.P.A.C.A.

OCTAVO.- En firme esta providencia, por Secretaría adelántense las gestiones pertinentes para el archivo del proceso, dejando las constancias y anotaciones de rigor. Si al liquidarse los gastos ordinarios del proceso quedaren remanentes a favor del consignante, desde ahora se ordena la devolución correspondiente y se autorizan las copias que soliciten las partes, para lo cual el interesado deberá proceder al pago de las expensas correspondientes.

CÓPIESE, NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE.


ADRIANA ROCIO LIMAS SUÁREZ
Juez

ARLS/Mr