

Santiago de Cali, junio 2 de 2022

Señores Honorables

MAGISTRADOS TRIBUNAL SUPERIOR DE CALI

SALA CIVIL

Magistrado ponente: Dr. CARLOS ALBERTO ROMERO SANCHEZ

sscivcali@cendoj.ramajudicial.gov.co

ysorlartr@cendoj.ramajudicial.gov.co

fjaramil@keralty.com

notificajudiciales@keralty.com

Harold.aristizabal@conava.net

Ham.conava@gmail.com

drestrepo@ltrabogados.com

notificacionesjudiciales.laequidad@laequidadseguros.coop

E.S.D.

REF: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD MÉDICA

Demandante: VILMA BEATRIZ GIRALDO GUZMÁN y DIANA SOFÍA PULECIO GIRALDO

Demandados: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. – EPS SANITAS S.A.S.,
CLINICA COLSANITAS S.A. y JOHN FREDDY VALLEJO.

RADICADO: **760013103-013-2021-00060-01**

ELMY CECILIA GIRALDO GUZMAN, mayor de edad, vecina de Cali, identificada con la cédula de ciudadanía No. 31.271.240 de Cali, abogada con tarjeta profesional No. 26.842 del C.S.J., obrando en representación de la parte demandante dentro del proceso de la referencia, de manera atenta me dirijo a usted a fin de SUSTENTAR LOS REPAROS QUE SE FORMULARON FRENTE A LA SENTENCIA PROFERIDA EN AUDIENCIA PUBLICA DEL 1º DE ABRIL DEL PRESENTE AÑO, POR PARTE DEL JUZGADO 13 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI, en los siguiente términos:

I.- VIOLACION DEL DEBIDO PROCESO Y DERECHO DE DEFENSA

En memorial presentado en fecha 6 de abril pasado, se expusieron las razones por las cuales el despacho de primera instancia, violó el debido proceso, al no fijar el litigio en su oportunidad procesal y al haber omitido la practica de pruebas debidamente decretas, sin oportunidad para pronunciarme frente a esa decisión. Esas violaciones conllevan las siguientes consecuencias directas:

A.- LA CONCLUSIÓN DEL SENTENCIADOR SE GENERÓ A PARTIR DE UN ANÁLISIS PARCIAL DE LAS PRUEBAS, EN ESE SENTIDO, SE DENUNCIA: VIOLACION AL DEBIDO PROCESO POR NO PRACTICAR PRUEBAS QUE ESTABAN DECRETADAS Y FALTA DE APRECIACION EN FORMA INTEGRAL DE LAS PRUEBAS APORTADAS AL PROCESO

En el auto interlocutorio No. 204 del 9 de marzo del presente año, adicionado mediante auto interlocutorio 237 del 18 de marzo, se convocó a una sola audiencia para llevar a cabo las actuaciones previstas en los artículos 372 y 373 del C.G.P., para tal efecto se decretó la práctica de las pruebas solicitadas por todos los sujetos procesales, tanto, documentales como testimoniales.

La violación al debido proceso se concreta en:

1) La parte actora aportó como medios de pruebas, que no se tuvieron en cuenta entre otros:

- ✓ *Copia de la HISTORIA CLÍNICA correspondiente a la atención del señor FELIX MARÍA PULECIO CABRERA objeto de los hechos. (folios 93 al 259)*
- ✓ *Copia de la historia médica obtenida del SISTEMA DE REGISTRO CLINICO SOPHIA, generada el 24 de agosto de 2019, correspondiente a la historia clínica No. 14879113. (folios 259 al 320)*
- ✓ *Dictamen médico pericial rendido por la Universidad CES, a través del doctor Juan Rodrigo Moreno Restrepo, Médico Perito CENDES, en fecha 18 de diciembre de 2019 y documentos que prueban la idoneidad de la institución y del perito. (folios 321 al 333)*
- ✓ *Escrito de aclaración del dictamen, de fecha 30 de enero de 2020. (folios 334 al 336)*
- ✓ *Etc.*

Se solicito el testimonios de los señores:

- JULIO CESAR GONZALEZ SERNA, identificado con la C.C. No. 16.674.029, mayor de edad y vecino de Cali, residenciado en la calle 72 Norte No. 2B 2-10, teléfono 3137082480, correo electrónico juliocesargonzalezserna@hotmail.com
- Alexander Córdoba Valencia, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cedula de ciudadanía No. 16.736.131.

Las historias médicas y clínicas aportadas no merecieron consideración por parte del fallador de instancia, a pesar que sobre ellas se realizaron las aclaraciones en los dictámenes presentados por la parte actora y por el medico demandado, y en las mismas se evidencia la NEGLIGENCIA Y VIOLACION DE NORMAS DE ORDEN LEGAL, por parte del medico especialista demandado y de la clínica Sebastián de Belalcázar. Se

evidenció que las historias contienen falsedades lo que viola claramente normas de orden legal, como se expondrá en capítulo separado.

2) SE DEJARON DE PRACTICAR LAS PRUEBAS DECRETADAS SIN AUTO QUE LO ORDENARA. SE OMITE LA VALORACION INTEGRAL DE LA PRUEBAS.

Mediante auto Interlocutorio No. 204 del 9 de marzo del 2022, adicionado y aclarado mediante auto interlocutorio No. 237 del 18 de marzo del presente año, se decretaron las pruebas solicitadas por las partes, entre ellas, los testimonios de la parte demandante y los testimonios de la demandada CLÍNICA COLSANITAS S.A., de los doctores GUILLERMO FLÓREZ CONTERAS, RAFAEL PÁEZ OSPINA, DIEGO RIVERA, quienes tuvieron conocimiento de las circunstancias acaecidas con el postoperatorio y reingreso de FELIX PULECIO, lo cual podía haber brindado mayor claridad sobre hechos del proceso.

El señor juez de primera instancia, una vez terminó la práctica de los interrogatorios a los peritos, INFORMALMENTE COMUNICO SU DECISION DE ACUDIR AL ARTICULO 212 DEL CGP “porque para él estaba TODO MUY CLARO” razón por la cual DECIDIÓ PRESCINDIR DE LOS DEMAS TESTIMONIOS.

Esta decisión del señor Juez, no FUE OBJETO DE UN AUTO SUSCEPTIBLE DE LOS RECURSOS DE LEY, fue informal, se limitó a una SIMPLE INFORMACION, CON VIOLACION AL DERECHO DE DEFENSA DE LA PARTE ACTORA

El haber practicado todas las pruebas solicitadas y decretadas por el despacho, permitiría realizar una valoración correcta del caudal probatorio facilitando llegar a la conclusión que existió una evidente negligencia del médico Vallejo, tanto en el control cercano del postoperatorio, como la atención y toma de decisiones oportunas al reingreso del paciente en grave estado, a menos de 24 horas de la alta hospitalaria. Y le habría permitido concluir, con mayor contundencia, que los médicos tratantes de la Clínica Sebastián de Belalcázar, al detectar la gravedad del paciente y su correlación con la cirugía practicada el 3 de octubre del 2017, se atuvieron al criterio que **POR TELEFONO**, daba un especialista a quien poco o nada le importo su paciente y que por lo tanto, consideraba que “DEBIA COMPENSARSE UN POCO”, aunque ya llevaba más de 8 horas “COMPENSANDOLO”, sin ninguna mejoría, y al contrario, se estaba agravando con el paso de las horas, llevándolo a la inevitable muerte, como efectivamente ocurrió.

3) EL JUZGADO DE INSTANCIA NO VALORA EN FORMA INTEGRAL EL DICTAMEN PERICIAL APORTADO POR LA DEMANDANTE Y LE RESTA VALOR PROBATORIO, CON ARGUMENTOS VAGOS E INCOHERENTES

Señores Magistrados, el despacho de instancia, no le otorgo el valor probatorio que tiene el dictamen de fecha diciembre 18 de 2019, aportado como prueba de la parte actora, rendido por institución especializada Universidad CES-Centro de Estudios en Derecho y Salud CENDES, a través del profesional especializado, doctor Juan Rodrigo Moreno Restrepo, Médico Especialista en Cirugía General, **Especialista en Cuidado Intensivo** y Perito CENDES, , así como del escrito de aclaración del dictamen, rendido por la misma institución, con fecha 30 de enero de 2020, a pesar de que fue aclarado y complementado ampliamente, con contundencia y coherencia, dentro de la audiencia.

Este dictamen no hacia un estudio ni efectuó su experticia frente a la cirugía que realizo el medico Coloproctólogo Vallejo el día 3 de octubre de 2017, frente a la cual manifestó en forma expresa que no tenia ninguna objeción, ni en la técnica ni en el procedimiento. Entonces, NO ES CIERTO que el perito tenia que ser un colonproctologo, como equivocadamente afirmo el juzgador.

El dictamen se centra en las circunstancias ocurridas en el reingreso del paciente a menos de 24 horas del alta, en GRAVE ESTADO DE SALUD. En el minuto 3:10:40, el experto manifiesta que su anotación se refiere al estado en que estaba el paciente en la re consulta el dia 8 de octubre de 2017, con lo siguientes síntomas: Distensión, Disnea y Dolor. Afirma que *“con esos hallazgos uno considera siempre, que tratándose de una cirugía con esa complejidad..., el hecho a discutir era si necesitaba la ayuda diagnostica. Digamos la RX corroboro la clínica. Desde el inicio estaba claro y se habría podido operar al paciente. El factor tiempo es fundamental. El dictamen es puntal al factor tiempo en la interconsulta.”*

En el minuto 3:15:07, se puede escuchar al experto con la siguiente declaración: “La clínica es lo que debe determinar el procedimiento medico” y explica que la **CLINICA: “HACE REFERENCIA AL EXAMEN FISICO¹”** *“Cuando uno ve a don Felix el dia 8 de octubre, ya el escenario cambia (3:15:58), uno se da cuenta que encuentra a un paciente con un dolor abdominal, con el abdomen entamborado... y con una dificultad para respirar y con dolor, entonces, ya uno en ese escenario puede tomar dos decisiones, si yo tengo una Clínica donde yo hago una tomografía YA y eso no me va a dilatar y no me va a consumir tiempo y lo puedo hacer de una manera expedita, está muy bien, pero si yo lo voy a operar inmediatamente, porque aquí la variable es el factor tiempo. No existe otra variable distinta que el tiempo, es que estamos hablando de una peritonitis fecal de 3.000 CC, de una carga bacteriana que es impresionante, y a su vez, de tal magnitud que el paciente hizo una infección que ya*

¹ Justamente fue lo que NO HIZO EL DOCTOR VALLEJO, sin embargo, a pesar de no haber auscultado, y sin tener presente el grave estado en que se encontraba el paciente, se atrevió a detener una cirugía el día 8 de octubre de 2017, que seguramente habría salvado la vida del paciente.

involucra el torrente sanguíneo ... y eso tiene una gravedad extrema . SE CUESTIONA LA NECESIDAD DE UNA RXM que se hizo al otro día.

El perito doctor Juan Rodrigo Moreno Restrepo, Médico en su dictamen escrito y en las aclaraciones dadas en la audiencia, confirma que no se tomaron las precauciones antes de dar de alta al paciente FELIX MARÍA PULECIO CABRERA el día 7 de octubre de 2017, a pesar de las manifestaciones de dolor y distensión abdominal presentadas por el paciente, las cuales se observan en la historia clínica los días 4, 5, 6 y 7 de octubre de 2017 *y a pesar de que al segundo día del POST OPERATORIO SE OBTUVO UNA PCR CON UN VALOR DEMASIADO ELEVADO, significativo de una inflamación que debía haberse evaluado y no restarle toda importancia, como lo hizo el especialista Vallejo .*

El dictamen pericial aportado como prueba, en el escrito de aclaración frente a la respuesta a la pregunta 18 del cuestionario, señala que, frente a la distensión abdominal, se requería *“un seguimiento cercano como lo más apropiado”*, seguimiento que se hacía necesario **incluso desde antes del alta hospitalaria que fue ordenada el 7 de octubre de 2017**. Al punto, el Perito en su aclaración al dictamen, señala que *la ocurrencia de la sepsis antes del alta hospitalaria era probable* y se hacía necesario un *“riguroso seguimiento a la evolución del paciente”* antes del alta, lo que complementa el Perito en su aclaración al dictamen al señalar que pese a que es muy difícil establecer con exactitud en qué momento se originó la sepsis abdominal, *“si seguimos la clínica de forma minuciosa desde antes del alta hospitalaria **había signos clínicos que ameritaban un seguimiento cercano como eran la distensión abdominal, en mi concepto hallazgos como este antes del alta ameritaba dejar el paciente más tiempo hospitalizado y seguirlo de forma cercana y ante la no mejora proceder a la reintervención, a mi juicio con la sola valoración clínica cercana se pueden tomar las decisiones apropiadas, si bien el TAC, los laboratorios y la resonancia afirman los diagnósticos o las sospechas, es la clínica siempre la que guía todo el proceso de atención”***. (subrayas y negrillas fuera del texto original)

En la respuesta 6 del Dictamen, a la pregunta *¿Qué riesgo representaba el signo de distensión abdominal?* (refiriéndonos al síntoma presentado en forma persistente por el señor Félix Pulecio Cabrera luego de la cirugía), el Perito en este asunto señala: *“Indica que hay un ileus, es decir dilatación del intestino en relación con una patología inflamatoria...o incluso gas peritoneal..., es importante señalar, que ante este hallazgo es importante una correlación estrecha con la clínica del paciente, en otras palabras, integrar otros datos como signos vitales, parámetros de laboratorio, etc., para estar seguros de que no corresponde a una infección o filtración”*. (subrayas y negrillas fuera del texto original)

La literatura médica advierte el riesgo previsible de infección o filtración en los casos de intervenciones quirúrgicas que afectan la continuidad e integridad del colon. Por ello y dado que era un riesgo previsible **tras la práctica de una cirugía como la realizada el día 3 de octubre de 2017** al señor Félix María Pulecio, el médico tratante John Freddy Vallejo, como responsable de la cirugía, debió haber realizado exámenes para comprobar el estado del

paciente antes de darle de alta, considerando los síntomas de distensión abdominal, pero se limitó a afirmar que “ ESO ES NORMAL... SON GASES...”, aunque ya habían transcurrido 4 días durante los cuales los gases de la laparoscopia, necesariamente debían haber sido expulsados. El medico se confió imprudentemente en su diagnóstico sin acudir a los procedimientos necesarios para correlacionar la clínica con exámenes médicos, en aras de descartar una peritonitis, previo a dar de alta al paciente.

En la pregunta 37 del dictamen (frente a medidas previas al alta hospitalaria), el Perito responde: “La vigilancia clínica estrecha, es decir *si existía la más mínima duda continuar observando el paciente de forma estrecha, debemos recordar que la clínica es la que guía todo el ejercicio médico*”.

Se puede concluir, según el dictamen que, respecto al postoperatorio, el médico tratante, Dr. John Freddy Vallejo sometió al señor Pulecio a un riesgo injustificado al darle de alta sin verificar su estado mediante una correlación clínica estrecha para averiguar la causa de la distensión abdominal permanente presentada en el postoperatorio, es decir, para estar seguro de que no había ocurrido el riesgo previsible de infección o filtración tras la cirugía practicada el día 3 de octubre de 2017, por lo que actuó con imprudencia al no tomar las precauciones para evitar ese riesgo previsible: que la manifestación de distensión abdominal pudiera ser indicativo de una infección o filtración del contenido intestinal por dehiscencia de la anastomosis.

RESPECTO A LO SUCEDIDO DESPUES DEL REINGRESO POR URGENCIAS EN MENOS DE 24 HORAS DEL ALTA, EL DICTAMEN PERICIAL EXPONE

En la respuesta a la pregunta 30, indica que los síntomas presentados al regresar al servicio de urgencias tras el alta hospitalaria eran “muy sugestivos”, indicando en la respuesta a la pregunta 35, que había una clínica compatible con peritonitis el día 8 de octubre de 2017 y “francos marcadores inflamatorios como leucocitosis y acidicia metabólica”, concluyendo, en su respuesta a la pregunta 36, en la que se indicó “Según protocolos médicos, considerando los síntomas presentados por el paciente, evidenciados el 8 de octubre de 2017 en el servicio de Urgencias, un día después del alta hospitalaria luego de la cirugía de Hemicolecotomía ampliada practicada el 3 de octubre de 2017, ¿debió haberse intervenido quirúrgicamente de manera inmediata o era aceptable esperar más de un día para operarlo ante la peritonitis generalizada?, lo siguiente:

“RESPUESTA: En este punto hubiese considerado la cirugía inmediata, en las guías internacionales de sepsis el punto central en su tratamiento es el control de foco de forma temprana, a mi juicio considero que en este punto había suficientes elementos para justificar una re-intervención”. (negritas fuera del texto)

Al punto y de conformidad con lo evidenciado en la historia clínica y el resultado del dictamen pericial que se aporta como prueba, al considerar la alta sospecha de peritonitis que se tenía a su reingreso a Urgencias el día 8 de octubre de 2017 (un día después del alta hospitalaria

ordenada por el Dr. John Freddy Vallejo), la práctica médica indicaba cirugía inmediata para controlar el foco de la infección², por lo que no se debía retrasar la intervención en espera de imágenes diagnósticas como la Resonancia cuando la clínica del paciente conducía necesariamente a la reintervención. En ese sentido, **la literatura médica señala que la progresión del síndrome de sepsis abdominal tiene una relación directa con el tiempo que se tome en controlar el foco de la afección.**

Al respecto, a las preguntas 42, 43 y 54 del dictamen aportado como prueba, el Perito señala:

*“42 (...) RESPUESTA: **Compensarse hace referencia a medidas como hidratación, iniciar antibióticos, etc. El TAC de abdomen hubiese arrojado hallazgos similares a los reportados por la resonancia en menor tiempo, aunque como mencioné en este punto de la historia del paciente el control de la peritonitis no debe dilatarse esperando imágenes diagnósticas, la literatura mundial más relevante indica que el control de foco infeccioso debe controlarse en el menor tiempo posible, la hidratación y el inicio de antibióticos se hacen en forma simultánea en ningún caso retardan una intervención temprana.***

*43 (...) RESPUESTA: **En mi concepto son hallazgos que indican que el paciente debe llevarse al quirófano de forma urgente, ya si existía falla respiratoria y/o shock con hipotensión, si se puede intubar al paciente, oxigenar, colarle (sic) líquido o medicamentos vas-opresores (sic), pero estas medidas son de minutos, no retardan una intervención urgente, ese es mi concepto frente al término compensar.***

*54 (...) RESPUESTA: **Sepsis abdominal es el término general, que indica que la peritonitis es la causa más bien la progresión del síndrome de sepsis abdominal hasta la muerte si tiene una relación directa con el tiempo que se tome en llevar el paciente al control de su foco”.***

Las conclusiones del perito, quien era el profesional idóneo para rendir esta experticia, por ser un médico intensivista, permitía concluir que los síntomas eran sugestivos de una peritonitis generalizada, **evidenciados al reingreso el día 8 de octubre de 2017, que era algo previsible tras un proceso quirúrgico como el realizado el día 3 de octubre de 2017**, se hacía necesaria cirugía inmediata, según lo describen guías internacionales referentes del manejo de sepsis, pues el punto central en su tratamiento es el control de foco de forma temprana, por lo que el retraso injustificado en la intervención quirúrgica por parte del personal médico de la CLÍNICA SEBASTIÁN DE BELALCAZAR y del médico tratante, doctor JOHN FREDDY VALLEJO, configura negligencia médica y violación de la *lex artis* existente en relación con el tratamiento de la peritonitis, **por lo que el deceso del señor FELIX MARÍA PULECIO CABRERA por cuenta de una peritonitis generalizada que pudo ser detectada y tratada oportunamente,**

² “El tratamiento específico de la sepsis intraabdominal incluye el retiro o control de la fuente de contaminación peritoneal y el drenaje de alguna colección”. Artículo: “SEPSIS ABDOMINAL”, Dr. Juan Pedro Chávez Pérez, Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, Vol. 16, No. 14, julio-agosto de 2002.

resulta atribuible a la conducta negligente del personal médico encargado de la atención en la CLÍNICA SEBASTIÁN DE BELALCÁZAR, así como de su médico tratante, Dr. JOHN FREDDY VALLEJO.

En el artículo “*Dehiscencia de anastomosis gastrointestinal. Qué hacer y qué no hacer*”, publicado en Octubre-Diciembre 2019, Vol. 41, núm. 4, p. 243-255 (disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2019/cg194b.pdf> , consultado el 1 de junio de 2022), se señala:

“INTRODUCCIÓN

*La dehiscencia de anastomosis (DA) en el tracto gastrointestinal es una de las complicaciones más temidas al aumentar significativamente la morbilidad, mortalidad, tiempo de estancia hospitalaria y costos de atención. La DA produce síntomas inespecíficos y el dolor no debe considerarse como síntoma cardinal debido a que es muy difícil hacer diferencia entre el dolor postoperatorio habitual del ocasionado por peritonitis secundaria a fuga anastomótica. **Gran parte de las veces, la sospecha diagnóstica se apoya en la experiencia del cirujano y en la evolución no habitual de su paciente.***

DIAGNÓSTICO

*En la cirugía del tracto gastrointestinal el aspecto medular es **evitar negar la posibilidad de estar ante una DA para iniciar el protocolo diagnóstico** y tratar en forma oportuna al enfermo que lo amerite.(...)*

A) Manifestaciones clínicas

*La semiología ante los casos de DA es poco precisa, la utilidad de los signos vitales en una DA es modesta y simplificar el diagnóstico de DA a un solo elemento del cuadro clínico es inapropiado. La mayoría de los pacientes sometidos a cirugía del tracto gastrointestinal presentará algún grado de alteración en los signos vitales (polipnea, fiebre, taquicardia, hipotensión) especialmente en los primeros días del postoperatorio; sin embargo, **es común que en los pacientes con DA estas alteraciones se acentúen más y no manifiesten tendencia hacia la normalización que presentan los casos no complicados; la persistencia de taquicardia (> 90 latidos por minuto) y polipnea (> 20 respiraciones/minuto) se pueden encontrar aproximadamente hasta en 90-95% de los casos de DA, demostrando así su utilidad clínica.***

(...)

*El dolor abdominal es un síntoma que deberá tomarse en cuenta y habrá que considerar que su localización podrá modificarse de acuerdo al sitio de la anastomosis dentro del abdomen. **La presencia de dolor abdominal persistente asociado con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) puede ser indicación suficiente para reintervenir a un paciente, aunque no se haya confirmado la DA en estudios radiológicos.***

(...)

*A pesar de que los hallazgos que se observan en una radiografía simple de abdomen son poco precisos, **se deberá sospechar de DA al detectar aire libre subdiafragmático después del quinto día de PO, o incluso algunos reportes han señalado que se puede identificar la disrupción de la línea de grapas quirúrgicas.** La TC de abdomen contrastada se considera el mejor estudio diagnóstico para DA, ya que se ha reportado una precisión de 94 a 100%. El diagnóstico de DA se puede confirmar cuando se encuentran colecciones de líquido alrededor de las anastomosis quirúrgicas, salida de aire o fuga del material de contraste*

del interior de la luz intestinal; sin embargo, esta última se puede observar aproximadamente en 10% de los casos.

(...)

- B) **Laboratorio.** Los estudios de laboratorio se deberán analizar con reserva, ya que las alteraciones bioquímicas son de esperarse a causa de la respuesta inflamatoria fisiológica desencadenada por el procedimiento quirúrgico. Los parámetros séricos que han demostrado su utilidad clínica al estudiar a los pacientes con dehiscencia de anastomosis (DA) son: la evolución en la cuenta leucocitaria, niveles séricos de procalcitonina y proteína C reactiva. Un estudio por Singh y colaboradores informó que el uso de la proteína C reactiva sérica que sugiera valores por **encima de 172 mg/dl al tercer día del postoperatorio (PO), 124 mg/dl al cuarto día de PO y 144 mg/dl al quinto día de PO deberán hacer sospechar de una** dehiscencia de anastomosis (DA) con un valor predictivo negativo de 97%; otros informes sugieren **que un valor máximo de proteína C reactiva en 135 mg/dl al día tres de PO puede ser suficiente para dar de alta al paciente con tranquilidad** (sensibilidad 73%, especificidad 73%, valor predictivo positivo 95.4%)¹³ cuando se siguen las recomendaciones para su egreso temprano.

(...)

CLASIFICACIÓN DE LA FUGA

En 2010 el Grupo Internacional de Estudio de Cáncer Rectal propuso un sistema para clasificar las fugas de anastomosis posterior a la resección anterior de recto en: grado A en fugas detectadas con estudios radiológicos con alteraciones clínicas discretas o ausentes que no requieren intervención terapéutica activa; sin embargo, al detectarse pueden retrasar el cierre del estoma de protección, grado B en fugas que requieren una intervención terapéutica (ej. manejo médico, tratamiento antibiótico o drenaje percutáneo), pero que son manejables sin intervención quirúrgica y **grado C en fugas anastomóticas asociadas con peritonitis y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) que requieren intervención quirúrgica** y comúnmente involucran procedimientos derivativos del tránsito fecal. A pesar de que este sistema fue descrito para la cirugía rectal, puede ser aplicable para otras vísceras.

(...)

TRATAMIENTO

La presentación clínica de una DA puede manifestarse en diferentes formas y el tratamiento deberá ser acorde a las necesidades del paciente. Como se mencionó con anterioridad los casos de DA del grupo B podrán manejarse médicamente, **mientras los del grupo C, aunque no se confirme de forma radiológica la disrupción anastomótica, deberán ser manejados con cirugía urgente, debido a que la progresión de peritonitis a choque séptico es rápida y catastrófica, por lo que se requiere manejo en la unidad de cuidados intensivos con apoyo hemodinámico; en todos estos pacientes con peritonitis generalizada grave, cualquier intento de tratamiento médico es insuficiente mientras no se haya controlado el foco séptico.**" (negritas y subrayas fuera del texto original)

Esta literatura médica se encuentra disponible y es verificable por el Despacho.

La Corte Suprema de Justicia se ha pronunciado en relación con la facultad del Juez de contrastar las pruebas obtenidas en el plenario, con las consultas científicas disponibles o,

en otras palabras, con los dictados del conocimiento científico, como parte de las reglas de la sana crítica. Así lo ha señalado la Sala de Casación Civil, en Sentencia SC042-2022 del 7 de febrero de 2022, M.P. Álvaro Fernando García Restrepo:

“Ahora bien, en casos donde se evalúan actividades profesionales o técnicas, la apreciación probatoria exige del juez, en la mayoría de las veces, confrontar el contenido de los elementos de juicio con el conocimiento científico relacionado con el arte u oficio sobre el que versa el proceso, en procura de comprender su genuino sentido, toda vez que “el conocimiento científico afianzado, como parte de la reglas de la sana crítica, tiene la misma implicación que consultar una enciclopedia, un libro de texto especializado, o un diccionario con el fin de desentrañar el significado de los conceptos generales que permiten comprender y valorar la información suministrada por los medios de prueba”, puesto que “si la técnica probatoria permite y exige valorar las pruebas de acuerdo con las máximas de la experiencia común, **con mucha más razón es posible analizar las probanzas según los dictados del conocimiento científico afianzado, sin el cual muchas veces no será posible saber si el órgano de prueba brinda o no una información que corresponde a la realidad**” (CSJ, ib.; se subraya).

De ahí que, como se expresó en la analizada providencia, “[l]a suficiencia o plenitud de la prueba es siempre relativa al tema probandum, por un lado, y al contexto de referencia, por el otro, pues no existe una prueba completa en sí misma (a menos que la ley lo disponga expresamente), sino unos medios que proveen conocimiento con la aptitud o eficacia para explicar las circunstancias en que se basa la controversia, a la luz de un análisis contextual de la realidad social, profesional o técnica en que se dan los hechos que se investigan” (se subraya).

Existe entonces literatura médica que explica la dehiscencia de la anastomosis y la importancia de tratarla oportunamente ante la evolución no habitual del paciente y el riesgo previsible de ocurrencia de peritonitis generalizada, que degenera rápidamente en un choque séptico al no controlar el foco infeccioso, en donde las alteraciones tales como el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) y la detección de aire libre subdiafragmático después del quinto día de post operatorio **conducen a una alta sospecha de dehiscencia de la anastomosis, que hacen necesaria una intervención quirúrgica urgente.**

Como se encuentra probado en el plenario, el paciente FÉLIX MARÍA PULECIO reingresó el 8 de octubre de 2017, evidenciándose en su historia clínica un estado de **SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA (SRIS) y detección de aire en su cavidad abdominal.**

Así se puede observar en la historia clínica No. 14879113³, obtenida del “SISTEMA DE REGISTRO CLINICO SOPHIA”, generada con fecha 24 de agosto de 2019. En dicho documento se registró el ingreso a las 14:42 del 8 de octubre de 2017 bajo admisión U2017 24532 y los tratamientos que le iniciaron **desde la hora 15:26**, indicando que estaba con DISNEA, DISTENSION ABODOMINAL DOLOR y **“SOSPECHA DE DEHISENCIA DE ANASTOMOSIS COLORECTAL”**, (ver nota de las 19:28).

³ Folios 259 y siguientes del expediente

En la Nota de Evolución visible a folio 013 de la Historia Clínica⁴, en fecha **8 de octubre de 2017**, a las **20:24 horas**, se indica:

“PACIENTE EN POP 4 DÍAS DE QX DE COLON, PRESENTA DOLOR ABDOMINAL + DISTENSIÓN + DISNEA

RX DE ABDOMEN SUGIERE NEUMOPERITONEO IMPORTANTE, SERIE DE ABDOMEN CON SOSPECHA DE LIQUIDO ABDOMINAL Y NIVELES??

(...)

EF: LUCE EN REGULAR ESTADO GENERAL, PALIDO, MUCOSAS SECAS

TA=130/85 FC=100X

RSCRS NO SOPLOS, TAQUICARDICO

MV DISMINUIDO A SCSPS

ABD= GLOBOSO, DOLOR A LA PALPACIÓN, BLOMBERG DUDOSO

SNC= ALERTA, MOTOR Y S ENSITIVO OK

ANALISIS: **ALTAMENTE PROBABLE PROCESO INTRAABDOMINAL (NEUMOPERITONEO + DISTENSION LIQUIDA/NIVELES EN RX SIMPLES DE TORAX Y ABDOMEN), SOSPECHA INCLUSO DE PERITONITIS INCIPIENTE QUE ESTA ENMASCARADO POR EL USO DE ANTIBIOTICOS. TIENE ALCALOSIS RESPIRATORIA (PUEDE SER EL UNICO HALLAZGO EN SEPSIS INCIPIENTE) ESTA EN SIRS (TAQUIPNEA + TAQUICARDIA).**

CONSIDERO QUE DEBE CONSIDERARSE LA OPCION QUIRÚRGICA ANTE LOS HALLAZGOS CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS. SE DISCUTE CON COLOPROCTÓLOGO TRATANTE (DR VALLEJO) QUIEN CONSIDERA QUE DEBE COMPENSARSE UN POCO Y CON TAC DE ABDOMEN DEFINIR ESA CONDUCTA

(...)

PROFESIONAL: OJEDA ROSERO HECTOR LUIS

(...)

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA” (negritas y subrayas fuera del texto original)

Sin embargo, pese a la sospecha de la dehiscencia de la anastomosis y la necesidad de reintervenir quirúrgicamente para controlar la infección, el especialista, doctor John Freddy Vallejo, prefirió imprudentemente compensar “un poco” al paciente, retrasando la atención quirúrgica, conociendo de antemano la directa relación entre el control del foco infeccioso y el riesgo de choque séptico en el que puede degenerar una peritonitis, en un contexto en el que el riesgo de dehiscencia de la anastomosis era un riesgo previsible.

Si el señor Juez hubiese valorado en forma integral esta prueba, con la historia clínica, y la declaración rendida por el medico Vallejo, en el interrogatorio de parte, la sentencia habría sido distinta. Pero lo que efectuó fue el análisis parcial de algunas respuestas del perito,

⁴ Folio 13, CARPETA 7, CUADERNO PRINCIPAL

frente a temas específicos y de ellos se aferró para una sentencia desestimatoria de las pretensiones.

El dictamen aportado por la parte actora, fue rendido con base a la historia clínica que nos fue entregada por la clínica Sebastián de Belalcázar, en su oportunidad, misma que se anexó como prueba del proceso.

El perito es experto, como demostró por ser un especialista en cirugía general, en cuidados intensivos, en bioética, profesor universitario y perito con amplia trayectoria tal como lo indico, en su documento. Informó además que ha efectuado 44 experticias.

Es el profesional idóneo para rendir la experticia, toda vez que los hechos que se debaten son los ocurridos después de la cirugía del 3 de octubre y el reingreso del paciente el 8 de mismo mes del año 2017. Aquí no se estaba debatiendo lo que paso en la cirugía del 3 de octubre porque frente a ella no está el debate, sino de la atención del posoperatorio y consecuencias finales.

El perito fue totalmente imparcial. No lo conoció la parte demandante antes de la audiencia, por lo tanto, solo podía referirse a aspectos de la historia clínica.

Es un dictamen que cumple con todos los requisitos de ser serio, claro, preciso e idóneo y merece ser tenido en cuenta tanto en su exposición escrita con las aclaraciones efectuadas en la audiencia.

Acudiendo a la facultada otorgada por el artículo 228 del C.G.P., la parte actora interrogo al perito Dr. Juan Rodrigo Moreno Restrepo, quien aclaro varias de las respuestas dadas en su experticia, dejando claro que la misma tuvo como fundamento lo anotado en la historia clínica, pero la realidad denoto circunstancias diferentes.

El perito fue enfático y contundente en afirmar que el tiempo transcurrido fue decisivo en el desenlace final donde perdió la vida el paciente.

El perito afirmo con suficiente fundamento que el alta dada el día 7 de octubre fue prematura dadas las complicaciones que había tenido la cirugía del 3 de octubre y por cuanto el paciente estaba distendido y se sentida indispuerto.

Este Peritazgo confirma sin lugar a dudas que existió negligencia, imprudencia por parte de los demandados. Sin embargo, el señor juez le resto todo el valor probatorio, porque había que preferir el del Coloproctólogo.

No existió fundamento en la decisión del juzgado para decidir desechar un Peritazgo y aceptar otro.

4) SE DIO VALOR PROBATORIO PLENO A UN DICTAMEN PERICIAL, CARENTE DE LOS REQUISITOS PARA QUE SE TORNE COMO EXPERTICIA

El Peritazgo presentado por el el doctor FABIAN HURTADO, no ofrece serios motivos de convicción, por cuanto se puede observar que:

- a) Sus respuestas no están sustentadas. Muchas de ellas tienen respuestas si o no, sin ninguna explicación científica. En otras respuestas no se indica de donde sale la información, Muchas son generalidades.
- b) Quedo claramente expuesto que los estudios que según sus respuestas sirvieron de base para su experticia ni los menciono, ni supo cuáles eran, y no los tenía a su disposición, como claramente lo afirmo a una de mis preguntas.
- c) SE evidencio que se trata de un perito sin ninguna experticia, ya que manifestó que no ha realizado ninguna experticia en los últimos 4 años.
- d) En el contrainterrogatorio que le practique, contestaba asuntos que no se le habían preguntado, dando la sensación de no estar concentrado.
- e) Su documento escrito y parte de su exposición se confunde con un documento de recomendación del doctor Vallejo, demostrando que no hay imparcialidad en su informe, ya que demuestra gran admiración, llegando a efectuar juicios de valor que solo son competencia del juzgado.
- f) se evidencio que el mismo carece de los requisitos esenciales para ser un medio de prueba idóneo para resolver el presente proceso.

A pesar de todas las falencias de este Peritazgo, el señor juez el dió todo el valor probatorio, desdeñando mi demanda y sus pretensiones, solamente teniendo en consideración la afirmación de la parte demandada, que por el hecho de ser Coloproctólogo era el profesional idóneo para rendir el dictamen, lo cual es una gran equivocación por lo siguiente:

- 1) En los hechos de la demanda no se ha denunciado ninguna falla en la cirugía de colon practicada el día 3 de octubre de 2017.
- 2) En ningún momento se ha cuestionado el dictamen ni la decisión de realizar la cirugía a FELIX MARIA PULECIO CABRERA en esa fecha.
- 3) En sentir de la parte demandante es que las acciones y omisiones que dieron lugar al proceso se generaron en dos momentos precisos:
 - ✓ En el alta temprana realizada el día 7 de octubre de 2017, cuando el paciente se encontraba muy indispuerto, con asfixia, distendido. Y a pesar que la familia le informo

al dr Vallejo de esa circunstancia, él le resto importancia a la clínica del paciente y les dijo que “ERAN GASES Y SALDRIAN CAMINANDO”.

- ✓ En el reingreso a urgencias a menos de 24 horas de haber salido de la clínica, cuando regresa con un primer registro a las 14:42, *con los miembros inferiores hinchados, edema, taquicardia, dificultad para respirar, mucosas semi secas, orofaringe congestiva, campos pulmonares con hipoventilación, peritaitismo aumentado, dolor a palpación en marco cólico, palidez generalizada (ver folio 115 carpeta 9 cuaderno principal y folio 2 carpeta 7 cuaderno principal), documento firmado por el doctor Boris Fernando Mina*

Si, como era su deber, el doctor Vallejo hubiera acudido a ver a su paciente que le había dado de alta el día anterior, y lo revisa en debida forma, se habría dado cuenta de su grave estado y seguramente el resultado de hoy sería distinto para FELIX MARIA PULECIO. Pero, NO FUE... mejor pidió que le “anotaran en la historia que si había ido...pero con información falsa”.

El análisis de los hechos ocurridos en esos dos momentos, no debe realizarlo exclusivamente un Coloproctólogo porque ese no es su especialidad, ésta es, para un médico internista, cirujano general, medico intensivista, por ejemplo.

Por lo tanto, no hay razón para que el juez solamente le de valor probatorio a este Peritazgo, en una forma tan sesgada, donde solo se beneficia el demandado en forma parcializada. A ello se suma la evidente falta de experiencia del Perito FABIAN HURTADO ROJAS y la vaguedad de sus conceptos, tanto en el documento de peritaje, como en su exposición durante la audiencia.

5) NO SE VALORO EN FORMA INTEGRAL LO DECLARADO POR EL DOCTOR FREDDY VALLEJO E SU INTERROGATORIO DE PARTE, QUE CONSTITUYEN CONFESION.

El médico tratante, Dr. John Freddy Vallejo, **desde la distancia (pues no acudió a valorar a su paciente), a pesar de la gravedad que le indicaron tenía el señor Pulecio**, prefirió ordenar una Resonancia Magnética, que demoró su intervención y sin atender el acertado y prudente criterio médico sobre las manifestaciones clínicas presentadas por el paciente y las recomendaciones que había hecho los médicos que lo estaban tratando en urgencias, **QUIENES DESDE EL PRINCIPIO ACERTARON EN EL DIAGNOSTICO.**

El personal médico debe saber que el **tiempo en el tratamiento de la peritonitis**, en aras de evitar un choque séptico, es fundamental para preservar la vida del paciente pues ante lo previsible de la salida del contenido intestinal debido a la reciente cirugía, era TAMBIEN previsible la contaminación, infección y la sépsis abdominal.

Debían saber que era urgente atacar el foco de la infección en aras de evitar la proliferación bacteriana. Para el médico tratante, era previsible el pronóstico del paciente frente a la peritonitis y su causa, asociada a la cirugía complicada y el postoperatorio, ante una clara manifestación de dolor abdominal y estado en SIRS (Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica) **advertido por el personal médico el día 8 de octubre de 2017.**

Se destaca que la historia clínica señala, a folio 013,⁵ en nota de evolución del 8 de octubre de 2017, a las 20:24, que el profesional de Medicina Interna Hector Luis Ojeda Rosero señaló:

“CONSIDERO QUE DEBE CONSIDERARSE LA OPCIÓN QUIRÚRGICA ANTE LOS HALLAZGOS CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS. SE DISCUTE CON COLOPROCTÓLOGO TRATANTE (DR VALLEJO) QUIEN CONSIDERA QUE DEBE COMPENSARSE UN POCO Y CON TAC DE ABDOMEN DEFINIR ESA CONDUCTA”

Si los médicos de la Clínica que estaban atendiendo al paciente, no hubiesen consultado con el doctor Vallejo, seguramente hoy estaría la familia disfrutando de un gran padre y esposo, a quien se le quito la oportunidad de vivir por esperar un examen, según lo ORDENADO POR SU MEDICO TRATANTE, ESPECIALISTA.

Está claro que el personal de la Clínica Sebastián de Belalcázar que le atendió el día 8 de octubre de 2017 a su reingreso advertían la urgencia de realizar la intervención quirúrgica ante los hallazgos clínicos y paraclínicos, es decir, **habían serias sospechas fundadas en evidencia clínica, que guiaban la conducta conforme a la *lex artis* de proceder a cirugía para atacar tempranamente el foco de la infección y drenar cualquier colección.** NUNCA SE PRESENTO EL ERROR DE DIAGNOSTICO, como equivocadamente lo interpreto el juez en su sentencia.

No obstante ello, por **indicación remota del médico tratante** -pues, se insiste, **no fue el Dr. Vallejo quien acudió a hacerse cargo de la situación considerando que era una situación derivada de la cirugía por él practicada-** SE RETRASÓ LA ATENCIÓN PARA ORDENAR UN TAC de abdomen, cuyos resultados no hicieron más que postergar lo que desde el 8 de octubre de 2017 se advirtió, ante los síntomas de SIRS ya encontrados para esa fecha, taquipnea, taquicardia, alcalosis respiratoria, abdomen globoso, dolor a la palpación, blomborg dudoso.

Según el dictamen pericial, en respuesta a la pregunta 44 del dictamen, se señala: *“...a mi juicio había suficientes elementos para justificar una re-intervención sin TAC ni resonancia”*.

Sin embargo, la intervención quirúrgica se postergó INJUSTIFICADAMENTE hasta el día 9 de octubre de 2017 a las 13:00, cuando YA ERA MUY TARDE, pues el paciente estaba con falla multisistémica y **una carga bacteriana muy grave, de tal magnitud fue la infección del paciente que involucro el torrente sanguíneo, y eso tiene una gravedad extrema**

⁵ Folio 95 del expediente

II.- LA HISTORIA CLINICA NO CONTIENE LA VERDAD DE LO QUE ACONTECIO, VIOLANDO NORMAS LEGALES, LO QUE CONSTITUYE NEGLIGENCIA DEL MEDICO ESPECIALISTA Y LA CLINICA QUE SE PRESTO PARA ELLO

Este aparte merece especial atención señores Magistrados, porque, según lo indica el fallador de primera instancia, a partir del minuto 13:45, su fallo se estructura tomando como base la HISTORIA MEDICA, que según sus palabras “presta certeza de su contenido porque no fue tachada de falsa.” Sin embargo, fue en la audiencia donde se evidenciaron circunstancias que si el señor Juez las hubiera valorado como era su deber, otro era el resultado de la sentencia, ya que se evidenció que la HISTORIA CLINICA NO CONTIENE LA VERDAD DE LO SUCEDIDO CON FELIX MARIA PULECIO NI EN EL POST OPERATORIO NI EN EL REINGRESO A LA CLINICA YA GRAVE. Veamos:

A FOLIO 5 CARPETA 9 DEL CUADERNO PRINCIPAL,⁶ aparece que el día, 8 de octubre de 2017, fecha en la cual reingreso a urgencias FELIX MARIA PULECIO, en GRAVE ESTADO DE SALUD, CON FUERTE *DOLOR ABDOMINAL + DISTENSION+ DISNEA, PIES HINCHADOS, desde el medio* lo comenzaron a COMPENSAR CON LIQUIDOS, procediendo a tomar exámenes de laboratorios y RX.

Con el paso de las horas, no se presentó NINGUNA MEJORIA, al contrario, la historia cuenta que iba empeorando cada vez más, razón por la cual es muy extraña la anotación del doctor Vallejo cuando afirma que “NO TIENE ACIDOSIS NI IRRITACION PERITONEAL”, ENTRE OTRAS FALSEDADES.

A las : 19:20, se cuenta con los siguientes paraclínicos:

RX DE TORAX DERRAME PLEURAL DERECHO
RX ABDOMEN SIMPLE COM GAS DISTAL
SERIE DE ABDOMEN, HAY NEUROPERITONEO.

A esa hora: 19:20 ya se contaba con exámenes de diagnóstico que hacían presumir la sepsis probable origen intraabdominal. Es decir, que el **DIAGNOSTICO NO ESTABA ERRADO**, era correcto, como se comprobó al día siguiente en la cirugía y además fue lo que le produjo la muerte.

En la historia clínica aparece una evolución FALSA, porque aparentemente la realizo el doctor Vallejo, quien confeso en el interrogatorio de parte **QUE NUNCA VISITO AL PACIENTE AL REINGRESO A LA CLINICA**. Podemos ver ese folio 5 de la carpeta 9 cuaderno principal, con las anotaciones falsas, permitidas por la clínica y a nombre del doctor Vallejo, lo que se evidencia con la realidad del paciente según las anotaciones de la evolución de las horas anteriores y posteriores.

⁶ Un folio que también contiene estas anotaciones, pero resumidas es el 14 de la carpeta 7 cuaderno principal

CLINICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR

Generado: 24 ago. 2019 12:19

SISTEMA DE REGISTRO CLINICO SOPHIA

Historia Clínica No. 14879113

DATOS PACIENTE

FECHA: 8 oct. 2017 HORA: 20 : 21 ADMISIÓN: H 2017 3947 ENTIDAD: EPS SANITAS S.A.

PACIENTE: CC 14879113 NOMBRES Y APELLIDOS: FELIX MARIA PULECIO CABRERA

EDAD: 62 AÑOS SEXO: MASCULINO GRUPO SANGUINEO: FACTOR RH:

EVOLUCIONES:

I. PARACLÍNICOS: RX DE TORAX DERRAME PLEURAL DERECHO,
RX DE ABDOMEN SIMPLE CON GAS DISTAL
GASES ARTERIALES CON PH 7,46 PCO 27 PO 78 HCO3 19
CREAT 0,9 NU 25 POTASIO 2,9 SODIO 137
HB 11 NEUTRO 6,44 NEUTRO 87 LINFOS 8,10 PLT 233

OBJETIVO:

PLAN DE MANEJO: SE COMENTA CON DR OJEDA X POTASIO BAJO Y DERRAME PLEURAL, AHORA LO VALORA
SE COMENTA CON DR VALLEJO QUIEN ORDENA SONDA NASOGASTRICA, UNASYN E,V CADA 8H
TAC DE ABDOMEN CONTRASTADO ORAL Y E,V AHORA LO VALORA.

PROFESIONAL: CAICEDO SANTACRUZ ALEXANDER

REGISTRO MÉDICO: 16743780

FECHA DE EVOLUCIÓN: 8 oct. 2017 HORA: 19 MINUTO: 20

DIAGNÓSTICO ACTUAL: SEPSIS PROBABLE ORIGEN INTRAABDOMINAL.

SUBJETIVO: QUINTO DIA POSTOPERATORIO DE HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA POR DIVERTICULITIS COMPLICADA

I. PARACLÍNICOS: SERIE DE ABDOMEN . HAY NEUMOPERITONEO, QUE PODRIA CORRESPONDER A FILTRACION DE ANASTOMOSIS . VS
NEUMO RESIDUAL.

OBJETIVO: DISTENSIÓN ABDOMINAL. NO DOLOR NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, TIENE DISNEA,

PLAN DE MANEJO: DADO QUE NO TIENE ACIDOSIS, NI IRRITACION PERITONEAL A PESAR DE RECIBIR ANTIBIOTICOS Y A QUE TIENE
PROBABILIDAD DE TENER COMPLICACION INTRAABDOMINAL. CONSIDERO ADECUADO, HACER REANIMACION , DE
HIDRATACION CORRECCION ELECTROLITICA,
SOLICITAR RESONANCIA DE ABDOMEN,
VALORACION ESTRECHA,

PROFESIONAL: VALLEJO JHON FREDDY

REGISTRO MÉDICO: 10255761

En la audiencia celebrada el día 31 de marzo pasado, en el interrogatorio de parte rendido por el doctor Vallejo y que se puede corroborar en el minuto 13:15, CONFIESA EXPRESAMENTE :“NO LO VISITE”.

En su declaración confirma que sus recomendaciones las hizo por teléfono.

Esa confesión del demandado, doctor Vallejo, donde deja claro que hubo manipulación de la historia clínica, lo cual es MUY GRAVE, e inexplicamente esta situación evidenciada por el despacho fue pasada por alto por parte del fallador.

Y más grave aún, es el contenido de la ANOTACION FALSA, porque en ella se lee: “NO DOLOR NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL”.

Esa afirmación es tan falsa, como se puede comprobar con lo que indica el folio 13 de la carpeta 7 cuaderno principal, que contiene la evolución realizada por el médico internista de urgencias, doctor OJEDA ROSERO HECTOR LUIS, a las 20:24, tan solo 60 minutos después, de la anotación del doctor Vallejo. En esta evolución se indica:

“paciente en POP 4 días de QX de colon, PRESENTA DOLOR ABDOMINAL + DISTENSION+ DISNEA RX DE ABDOMEN SUGIERE NEUMOPERITONEO IMPORTANTE SERIE DE ABDOMEN CON SOSPECHA DE LIQUIDO ABDOMINAL Y NIVELES??.

Indica además esta evolución, realizada tan solo 1 hora después de la supuesta evolución del doctor Vallejo, que **HAY SOSPECHA INCLUSO DE PERITONITIS INCIPIENTE.**

- *La peritonitis es la inflamación del **peritoneo**, una membrana suave que recubre las paredes abdominales internas y los órganos dentro **del abdomen**.*

ENTONCES, SI A LAS 20:24 del 8 de octubre de 2017 que HABIA SOSPECHA DE PERITONITIS Y DOLOR ABODOMINAL, NO PUEDE SER QUE SE INDIQUE UNA HORA ANTES QUE EL PACIENTE NO TENIA NI DOLOR NI IRRITACION PERITONEAL, EN UNA EVOLUCION FALSA DEL ESTADO DEL PACIENTE REALIZADA EN FORMA IRRESPONSABLE.

Señores Magistrados, esto NO ES ERROR DE DIAGNOSTICO... ES NEGLIGENCIA NETA Y PURA DEL DOCTOR VALLEJO Y DE LA CLINICA QUE PERMITIO QUE ELLO SUCEDIERA, CON EVIDENTE VIOLACION DE NORMAS LEGALES

Tampoco hay error de diagnóstico porque el doctor OJEDA ROSERO HECTOR LUIS, a las 20:24 consigna en la historia un diagnóstico ACERTADO “**HAY SOSPECHA DE PERITONITIS**” COMO EN REALIDAD SUCEDIÓ Y DE LO CUAL FALLECIO FELIX MARIA PULECIO POR EL NEGLIGENCIA EN SU ATENCION.

Sobre la falsedad de ese folio de la historia se tuvo conocimiento en la audiencia del 31 de marzo, por confesión realizada por el médico tratante, doctor Vallejo, situación de una gravedad extrema que paso por alto el señor juez en su sentencia.

III.- NO HUBO ERROR DE DIAGNOSTICO, (como equivocadamente lo determino el juez en la sentencia)

La violación al debido proceso, al no fijarse el litigio la oportunidad fijada por el Código General del Proceso, antes de iniciar la práctica de pruebas, dejándolo para la etapa de fallo, y anunciándolo en la misma sentencia se reflejó en la decisión, CON LA MANIFESTACION DEL JUEZ CUANDO AFIRMÓ QUE: **“LA FIJACION DEL LITIGIO SE CONTRAE A DEMOSTRAR EL ERROR EN EL DIAGNOSTICO”**; lo cual, a mi juicio, no se ajustó a los hechos y pruebas de la demanda, en tanto que el proceso de responsabilidad medica debía girar en torno a los hechos planteados, los cuales están íntimamente relacionados con lo que refleja la historia clínica y frente a éstos se planteó en forma clara y debidamente sustentada en el

acápite 3, denominado: “RAZONES QUE FUNDAMENTAN LA IMPUTACION DE RESPONSABILIDAD”, los siguientes⁷:

- 1) *“De la imprudencia en la conducta del médico tratante Dr. Jhon Freddy Vallejo”, se desarrolla este punto con fundamento en la historia clínica y el Peritazgo rendido por la Universidad Cendes a través del dr.Juan Rodrigo Moreno Restrepo*
- 2) *“De la negligencia en la conducta del médico tratante Dr. Jhon Freddy Vallejo y del personal de la Clínica Sebastián de Belalcázar en la ciudad de Cali, en la atención brindada tras el reingreso por urgencias el 8 de octubre de 2017.” Se sustenta suficientemente con la historia clínica y el Peritazgo rendido por la Universidad Cendes a través del dr.Juan Rodrigo Moreno Restrepo.*
- 3) *“Violación de normas éticas por parte del médico tratante Dr. Jhon Freddy Vallejo” El sustento es la Ley y la historia clínica del paciente.*

En NINGUNA PARTE DE LA DEMANDA SE EXPUSO y NI SIQUIERA SE INSINUO UN POSIBLE “ERROR DE DIAGNOSTICO”, tal como lo determino el fallador de instancia, en forma equivocada, como consecuencia de PRETERMITIR LA FIJACION DEL LITIGIO EN SU OPORTUNIDAD PROCESAL, con clara violación de normas constitucionales, como ha quedado expuesto.

DEMOSTRACION QUE NUNCA EXISTIO “ERROR DE DIAGNOSTICO” PRUEBA REINA

A folio 13 de la carpeta 7 del cuaderno principal obra la prueba reina que demuestra QUE NUNCA EXISTIO ERROR DE DIAGNOSTICO. Desde el mismo 8 de octubre de 2017, los médicos de la Clínica Sebastián de Belalcázar, al revisarla clínica del paciente y los primeros exámenes practicados, ya vislumbraban la realidad del paciente.

Nótese en las afirmaciones:

“Análisis: ALTAMENTE PROBABLE PROCESO INTRAABDOMINAL (NEUROPERITONEO + DISTENSION LIQUIDO/NIVELES EN RX SIMPLE DE TORAX Y ABDOMEN) SOSPECHA INCLUSO DE PERITONITIS INCIPIENTE QUE ESTE ENMASCARADO POR EL USO DE ANTIBIOTICOS. TIENE ALCALOSIS RESPIRATORIA (PUEDE SER EL UNICO HALLAZGO EN SEPSIS INCIPIENTE) ESTA EN SIRS (TAQUINEA + TAQUICARDIA). “

La peritonitis era incipiente. La sepsis era incipiente

Es decir, que a esa hora, estaba ALTAMENTE DIAGNOSTICADO el problema y ya había un criterio del medico Dr.Ojeda, que consideraba la necesidad de someterlo a cirugía. PERO SU ERROR FUE ATENDER LA RECOMENDACIÓN DEL DR,VALLEJO quien, a pesar de lo claro del diagnóstico, y sin HABER VISITADO AL PACIENTE NI REVISAR SU CLINICA, DETUVO LA CIRUGIA, impidiendo que FELIX MARIA PULECIO PUDIERA CONTINUAR VIVIENDO.

⁷ Ver folios 8 al 13 de la carpeta 2 del cuaderno principal

ESTE ES EL FOLIO QUE CONTIENE LA PRUEBA REINA QUE MUESTRA LA AUSENCIA DE ERROR DE DIAGNOSTICO Y LO EQUIVOCADO DE LA SENTENCIA (folio 13, carpeta 7 cuaderno principal

CLINICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR

HISTORIA CLÍNICA NÚMERO 14879113

FECHA : 08/10/2017 HORA : 14:42 ADMISIÓN : U 2017 24532
ENTIDAD : E.P.S. SANITAS
PACIENTE : CC 14879113 NOMBRE : PULECIO CABRERA FELIX MARIA
EDAD : 62 AÑOS SEXO : MASCULINO GRUPO SANGUÍNEO: FACTOR RH:

EVOLUCIÓN

FECHA DE EVOLUCIÓN : 08/octubre/2017 HORA : 20 MINUTO : 24

DIAGNÓSTICO ACTUAL :

SUBJETIVO :

OBJETIVO : MEDICINA INTERNA

PACIENTE EN POP 4 DIAS DE QX DE COLON, PRESENTA DOLOR ABDOMINAL + DISTENSION + DISNEA RX DE ABDOMEN SUGIERE NEUMOPERITONEO IMPORTANTE, SERIE DE ABDOMEN CON SOSPECHA DE LIQUIDO ABDOMINAL Y NIVELES??
ESTA RECIBIENDO DESDE LA CIRUGIA SULBACTAM/AMPICILINA
CR= 0.9 BUN= 25 K= 2.92 NA= 137 HEMOGRAMA CON LEUC= 6440 N= 87% PLT=233 MIL
GASES: PH= 7.46 PCO2= 27 HCO3=19 PAO2/FIO2= 279

AP
HIPOTIROIDISMO

EF= LUCE EN REGULAR ESTADO GENERAL, PALIDO, MUCOSAS SECAS
TA=130/85 FC=100X
RSCRS NO SOPLOS, TAQUICARDICO
MV DISMINUIDO A SCSPS
ABD= GLOBOSO, DOLOR A LA PALPACION, BLOMBERG DUDOSO
SNC= ALERTA, MOTOR Y SENSITIVO OK

ANALISIS: ALTAMENTE PROBABLE PROCESO INTRAABDOMINAL (NEUMOPERITONEO + DISTENSION LIQUIDA/NIVELES EN RX SIMPLES DE TORAX Y ABDOMEN), SOSPECHA INCLUSO DE PERITONITIS INCIPIENTE QUE ESTE ENMASCARADO POR EL USO DE ANTIBIOTICOS. TIENE ALCALOSIS RESPIRATORIA (PUEDE SER EL UNICO HALLAZGO EN SEPSIS INCIPIENTE), ESTA EN SIRS (TAQUIPNEA+TAQUICARDIA).
CONSIDERO QUE DEBE CONSIDERARSE LA OPCION QUIRURGICA ANTE LOS HALLAZGOS CLINICOS Y PARACLINICOS. SE DISCUTE CON COLOPROCTOLOGO TRATANTE (DR VALLEJO) QUIEN CONSIDERA QUE DEBE COMPENSARSE UN POCO Y CON TAC DE ABDOMEN DEFINIR ESA CONDUCTA

POR NUESTRA PARTE ESTAREMOS A LA EXPECTATIVA DE CORRECCION DE POTASIO E HIDRATACION.
SE DECIDE RIESGO VS BENEFICIO SE HEMOCULTIVARA E INICIARA MEROPENEM 2 GR EV CADA 8 HORAS

I. PARACLINICOS :

PLAN DE MANEJO :

PROFESIONAL : OJEDA ROSERO HECTOR LUIS

REGISTRO MÉDICO : 10131134

ESPECIALIDAD : MEDICINA INTERNA

8.10.17
20:50

La sentencia no hace un análisis del cual se pueda entender las razones por las cuáles determinó que la demanda giraba alrededor del ERROR DE DIAGNOSTICO. Lo que realmente se expuso, fue todo lo contrario, QUE TENIENDO UN DIAGNOSTICO CIERTO DESDE EL DIA 8 DE OCTUBRE, SE PERMITIERA QUE TRANSCURRIERAN CASI 24 HORAS, PARA

IV.- NO SE VALORÓ LA FALTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DEL 3 DE OCTUBRE DE 2017.

Se omito por parte del médico tratante la obligación del consentimiento informado para la práctica de la intervención quirúrgica inicialmente practicada, como quiera que el tradicional formato para tales fines, solo fue firmado por el paciente y un testigo, sin haberle identificado el enfermo y menos aún señalarle EL PROCEDIMIENTO QUE SE IBA A REALIZAR, CON TODAS SUS COMPLICACIONES, CONSECUENCIAS, Y BENEFICIOS. PERO LO MAS IMPORTANTE PRESENTARLE AL PACIENTE LOS RIESGOS DE LA INTERVENCION. EL MAYOR RIESGO, COMO SE EXPUSO EN PERITACION ERA LA dehiscencia de anastomosis.

El formato que obra a folio 1 y 2 de la carpeta 29 del cuaderno principal, se limita a indicar que los riesgos son: SANGRADO, INFECCION Y RECURRENCIA. Nada dice sobre el mayor riesgo que era dehiscencia de anastomosis y que entre sus complicaciones estaba incluso la muerte.

Esta carencia constituye “negligencia médica derivada de la ausencia del consentimiento informado”.

La carpeta 29 del cuaderno principal contiene el consentimiento informado que firmaron tanto el paciente como su esposa:

“Se encuentra gran plastrón formado por epiplón, colon izquierdo y pared abdominal”, “hay absceso entre colon y pared a nivel sigmoide y se extiende hasta colon izquierdo”, “el divertículo complicado está en el colon descendente en la unión del tercio próxima con el medio..” Bajo estas circunstancias se calificó la **diverticulitis como complicada**.

LAS ACCIONES Y OMISIONES QUE DAN LUGAR A LA RESPOSABILIDAD SE HUBICAN EN DOS MOMENTOS PRECISOS:

La primera: CORRESPONDE A LA ALTA DEL PACIENTE EN FORMA PREMATURA, SIN EL DEBIDO CONTROL Y CUIDADO QUE DEBIA TENERSE FRENTE A LOS RIESGOS PREVISIBLES DE LA CIRUGIA PRACTICADA, CATALOGADA COMO “COMPLICADA”

Durante los días posteriores a la cirugía y mientras estuvo internado FELIX MARIA PULECIO en la Clínica Sebastián de Belalcázar, esto es, los días 4, 5, 6 y 7 de octubre de 2017, el presentó en forma permanente señales de abdomen blando, depresible, leve distensión abdominal y nauseas, así consta en la Historia Clínica según reporte del médico Jhon Freddy Vallejo, SIN QUE ÉL ORDENARA NINGUN TIPO DE examen, ni de laboratorio ni de imagenología que permitiera confirmar el éxito de la cirugía, aun a pesar de que el paciente refería molestia, el Dr. Vallejo le restó importancia a esas manifestaciones, diciendo siempre que eran GASES. Es decir, se confió imprudentemente en el resultado de una cirugía que tenía probabilidades de DESHICENCIA DE ANASTOMOSIS.

Solamente el día 5 de octubre del mismo año, en la revisión al paciente realizado por el doctor Guillermo Flórez, que obra a folio 118 del cuaderno principal carpeta 7: se consignó con certeza lo que informaba el paciente: **“Refiere sentirse un poco molesto con distensión y dolor en área umbilical”**, razón por la cual el profesional determina como plan de manejo: **“solicito laboratorio con marcadores de inflamación”**. **LA INFLAMACION SE COMPROBO CON EL resultado final ocurrido con su muerte.**

El resultado de ese examen de laboratorio no fue anotado en las evoluciones de la historia clínica, aunque si está adjunta en los anexos de la historia entregada por la Clínica, y obra a folio 65 del cuaderno principal, carpeta 8. En los resultados arrojo un valor de la **PROTEINA C REACTIVA**, de 308,50, cuando lo normal es 5, lo cual es indicativo de un proceso inflamatorio, que ameritaba hacerle seguimiento y **vigilancia estrecha**, para descartar la dehiscencia e infección como riesgos previsibles.

El médico tratante, doctor Vallejo, fue a la revisión del paciente los días 6 y 7, no reviso ni valoro el resultado de los exámenes de laboratorio, que confrontado con la distención y nauseas que presenta, obligaba al menos, a tener precaución a fin de prevenir una posible complicación de una cirugía tan difícil. Estudios científicos indican que esta resultado era un sugestivo de una Deshicenica y ameritaba la vigilancia cercana con los exámenes que confirmaran el estado de la cirugía.

Ese único examen practicado, lo ordeno el medico Guillermo Florez, no como cualquier examen rutinario, sino debido a que el paciente le refirió sentirse mal. Sin embargo, no fue tenido en cuenta sus resultados, pues según indico en la audiencia el doctor Vallejo, “eso era normal por haber salido de una cirugía”, otra vez se confio imprudentemente, pudiendo haber realizado otro examen al dia siguiente o dos días después para VERIFICAR SI iban bajando los niveles o por el contrario estaban subiendo y genera una alerta sobre una posible complicación. SI ESO LO HUBIERA HECHO, SEGURAMENTE, FELIX MARIA ESTARIA HOY CON SU FAMILIA.

El perito del doctor Vallejo, Coloproctólogo FABIAN HURTADO ROJAS, afirmó en su dictamen que “Las mayores complicaciones de las fugas anastigmáticas son la sepsis y los abscesos intraperitoneales (50%), la peritonitis fecaloidea generalizada (25%), los abscesos de pared abdominal y la infección de la herida quirúrgica., igualmente informo que el riesgo de que se presente *“La dehiscencia o fuga de anastomosis en cirugía Colorrectal se estima de un 2 al 5%, acrecentándose en caso de diverticulitis complicada (abscesos, plastrón inflamatorio, peritonitis localizada) más comorbilidades del paciente, siendo esta la complicación más frecuente.”* Y que en la declaración rendida en audiencia, nos informa que en casos como el del señor Pulecio, donde según la historia clínica, obrante en el cuaderno principal, anexo 40, folio 11, se calificó como **diverticulitis como complicada, el riesgo se aumenta en dos o tres veces.**

Dado esta situacion, el Coloproctólogo, doctor Jhon Freddy Vallejo **debió tener una vigilancia más estrecha por el riesgo tan alto de que se presentara una *dehiscencia o fuga de anastomosis*, SIN EMBARGO, SE CONFIO IMPRUDENTEMENTE EN EL RESULTADO Y PASO DE LARGO LAS MANIFESTACIONES REALIZADAS POR EL PACIENTE Y POR SUS FAMILIARES, DE NO SENTIRSE BIEN, CONSIDERANDO QUE SE RESOLVERIA CON LA EXPULSION DE GASES, sin ni siquiera merecerle algún tipo de interés revisar el examen de laboratorio que se le había practicado al tercer día de la cirugía y hacerle seguimiento.**

Una prueba contundente la constituye además, la propia afirmación de la historia clínica, contenida en el folio 115 de la carpeta 9 del cuaderno principal donde queda registrado: *“tiene dificultad para respirar, hinchados los pies, desde hace 4 días disnea progresiva, edema de miembros inferiores, no tolera de cubito, ayer con esos síntomas dan de alta... hoy consultan por continuar con edema y dolor en hipocondrio derecho”*.

Es decir, que contundentemente se demuestra que no existió un seguimiento cercano del paciente por parte de su médico tratante, quien ni siquiera consigno en su historia las manifestaciones del paciente de que no se sentía bien los días anteriores a alta de la clínica, y, al contrario, escribía en la historia que el paciente estaba bien, constituyendo ello en una falta a la ética como médico y a su obligación de consignar en la historia la verdad de la evolución del paciente y no lo que a él le parece que debía escribir. Esto es muy delicado y queda comprobado en el presente caso.

Según lo dispuesto por el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia de ética médica, *“la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente”*. A su turno, el artículo 36 reza que *“en todos los casos la Historia clínica deberá diligenciarse con claridad”*. Omisión legal en la que incurrió el doctor Vallejo al no registrar con claridad el verdadero estado de salud de FELIX PULECIO ni efectuar el control diario de los parámetros que le permitieran afirmar como lo hacía sobre que se encontraba hemodinamicamente bien, sin nada que lo soporte.

En Las declaraciones rendidas en la audiencia por parte del perito doctor Rodrigo Moreno, es contundente al afirmar que existieron omisiones en el control dentro de la valoración estrecha que debió haber efectuado el médico tratante, quien debía haber efectuado control diario de los niveles de laboratorio (PCR), y con ello darse cuenta si el resultado va bajando lo que confirmaría la mejoría, pero si por el contrario seguía subiendo debían tomarse medidas para prevenir complicaciones.

De acuerdo al Peritazgo el alta fue prematura, con mayor razón con las condiciones de una cirugía tan delicada como quedo expuesto en la historia clínica.

Quedo planteado que dada la complejidad de la cirugía que realizaron el 3 de octubre, era aconsejable supervisarlos en la UCI o en cuidados especiales para prevenir cualquier complicación.

Se indicó con precisión que con los resultados del día 9 de octubre del 2017, cuando se encontró 3 libras de materia fecal en la cavidad abdominal, se puede pensar que la dehiscencia en anastomosis, hubiere comenzado antes del alta efectuado el día 7 de octubre, ratificando que debía haberse vigilado mayor tiempo.

Ello es así, por cuanto se repite, no existió una vigilancia cercana del cirujano con el paciente que le permitiera prevenir el riesgo y asegurar el buen estado de salud antes del alta del paciente, Por el contrario, existiendo al menos un examen de laboratorio con cifras elevadas que podrían ser sugestivas de que se estaba ante una dehiscencia de anastomosis (DA), se dio salida, sin atender el verdadero estado en que se encontraba el paciente y que fue informado por sus familiares, lo cual fue ampliamente expuesto por el perito doctor Moreno, quien concluyo en forma contundente que de acuerdo a su criterio EL ALTA FUE PREMATURA LA DESENCADENANTE DE LOS HECHOS Y DEBIO EL MEDICO TRATANTE, DADA LA COMPLEJIDAD DE LA CIRUGIA Y CARACTERISTICAS DEL PACIENTE HABER SIDO MAS PRUDENTE.

Existen estudios científicos que demuestran la importancia del seguimiento de los exámenes de laboratorio, con mucha relevancia de la Proteína C Reactiva, como orientadora de diagnóstico, (la misma que no le merece ninguna consideración al doctor Vallejo, a pesar de su experticia como coloproctólogo):

“... La segunda herramienta es muy relevante y se refiere al papel de la Proteína C Reactiva como orientadora diagnóstica. En 2 trabajos publicados con cuatro años de diferencia, Welsch y cols. (Int J Colorectal Dis 2007; 22(12): 1499-1507) y MacKay y cols. (Colorectal Dis 2011; 13: 583-587), demuestran como el hallazgo de valores de PCR mayores de 140-145 mg/L a partir de los días **4º-5º tiene una alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de las complicaciones infecciosas** (y la dehiscencia de sutura es la más grave) en cirugía colorrectal. La medición en sangre de PCR **es barata y está disponible de forma casi universal**, produciéndose como respuesta a la inflamación/infección por medio de la Interleukina-6 y el Factor de Necrosis Tumoral alfa. **Medir niveles de PCR en sangre a diario durante la primera semana de una cirugía colorrectal puede ser, por tanto, de mucha utilidad.**

“... Finalmente, sabemos que existen factores predisponentes a la dehiscencia de sutura en cirugía colorrectal, y han sido establecidos en estudios retrospectivos (Dekker y cols.; “Predicting the risk of anastomotic leakage in left-sided colorectal surgery using a colon leakage score” J Surg Res 2011; 166: e27-e34). **Si somos capaces de identificar pacientes de riesgo y poner en marcha las herramientas de diagnóstico precoz de las que disponemos, habremos dado un paso adelante.”**

[Ver más información en archivo PDF 2](#) 

[Ver más información en archivo PDF 3](#) 

Como lo afirma el estudio, la valoración de la PCR a diario es barata y es disponible universalmente, por lo tanto, no hay excusa para no hacer este seguimiento.

SEGUNDO. - Un segundo momento donde se presentan las acciones y omisiones que constituyen la culpa y negligencia tanto del cirujano doctor Vallejo, como de la Institución Clínica Sebastián de Belalcázar, al reingreso del paciente el día 8 de octubre a las 14.42. NO ANALIZADAS POR EL JUEZ

Esta ilustrado suficientemente en la historia clínica las condiciones delicadas con que reingreso FELIX MARIA PULECIO a la clínica Sebastián de Belalcázar el día 8 de octubre de 2017, con un primer registro a las 14:42, *con los miembros inferiores hinchados, edema, taquicardia, dificultad para respirar, mucosas semi secas, orofaringe congestiva, campos pulmonares con hipoventilación, peritaltismo aumentado, dolor a palpación en marco cólico, palidez generalizada (ver folio 115 carpeta 9 cuaderno principal y folio 2 carpeta 7 cuaderno prinipal), documento firmado por el doctor Boris Fernando Mina.*

Esas condiciones clínicas debieron ser comprobados personalmente por el doctor cuando le informaron que su paciente, estaba en urgencias, donde debió asistir, para que, con su experiencia como especialista Coloproctólogo, que conocía al paciente y su delicada condición, porque había practicado la cirugía 5 días antes, y conocedor que existía un diagnóstico de SEPSIS, CON PROBABLE ORIGEN INTRAABDOMINAL, debería haber decidido

la intervención inmediata. **LO MALO ES QUE NO FUE. NO LE INTERESO LA VIDA DE SU PACIENTE.**

De la anotación falsa en el folio 14 de la carpeta 7 del cuaderno principal, ya se explicó con anterioridad, lo cual es constitutivo, sin lugar a dudas de una negligencia médica, por falta a las normas legales y de ética.

Quedo claramente expuesto por el perito Dr. Juan Rodrigo Moreno, que el el paso del tiempo fue definitivo en el resultado final.

*El doctor Moreno, explico ampliamente el concepto de SIRS, que se define como: “El **síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS)** o es un conjunto complejo de fenómenos patológicos que producen alteraciones clínicas en cuatro elementos: temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y recuento de leucocitos. Este síndrome se puede manifestar en diversas condiciones clínicas graves: infección (en cuyo caso se habla de sepsis), estando demostrado en la historia clínica en las notas de reingreso y evolución del día 8 de octubre, obrantes a folios 13 y 14 de la carpeta 7, cuaderno principal, donde se indica con claridad que el paciente se encuentra en SIRS.*

En esas condiciones y conforme lo dispone la lex artis, era OBLIGATORIO EN FORMA INMEDIATA INTERVENIR AL PACIENTE a fin de atacar el foco de infección, lo cual se difirió en el tiempo por orden específica de su médico tratante, doctor JHON FREDDY VALLEJO, quien obró con negligencia, imprudencia e impericia, trayendo como consecuencia, sin lugar a dudas la muerte de señor Felix Maria Pulecio, pero además, como se expuso en la audiencia, en dicha responsabilidad está incluida la misma Clínica Sebastián de Belalcázar por cuando ella cuenta con su equipo de urgencias entre los cuales debe haber un cirujano y es quien, independiente del criterio del médico tratante, **que nunca vio al paciente**, podría, si sus conocimientos se lo indican, tomar la decisión de la intervención quirúrgica como mecanismo de atacar el foco de la infección y otorgar una oportunidad de vida al paciente.

Aquí, tal riesgo inherente no fue atendido ni solucionado o enervado con prontitud, diligencia

Esta conducta constituye una verdadera omisión, que trajo como consecuencia que el paciente que ya se encontraba en estado delicado se agravara con el paso de las horas, con las consecuencias de perder su vida.

La esperada RNN ordenada por el doctor Vallejo, EL DIA 8 DE OCTUBRE PASADAS LA 8 Y MEDIA DE LA NOCHE, solo fue practicada el día 9 de octubre, presumimos que sobre las 11 de la mañana, ya que en la historia no indica la hora pero, solamente se encuentra información en la evolución realizada a las 11:43, por parte del doctor Rafael Paez Ospina,

Médico Cirujano General, quien informa, según el folio 11 anexo 7 del cuaderno principal

EVOLUCIÓN

FECHA DE EVOLUCIÓN : 09/octubre/2017 HORA : 11 MINUTO : 43 00050011

DIAGNÓSTICO ACTUAL : POSTQX HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA, EVOLUCION INADECUADA

SUBJETIVO : DIA 6 PQX HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA POR LAPAROSCOPIA, GRAN PLASTRON COLON IZQUIERDO, EPIPLON Y ABSCESOS MULTIPLES . SE LE DIO SALIDA HACE 2 DIAS Y REGRESO ANOCHE POR DISTENSION, DOLOR ABDOMINAL Y DISNEA. SE HOSPITALIZO POR M INTERNA Y CX COLORRECTAL, SE ORDENO ESTUDIO DE IMAGENES, RESONANCIA ABDOMINAL. EL DIA DE HOY SE ME SOLICITA POR PARTE DE CX COLORRECTAL, DR VALLEJO, LA VALORACION Y DEFINICION DE MANEJO DE ESTE PACIENTE. SE ME INFORMA QE TIENE RESERVA DE CAMA EN UCI, DR KONDO CONOCE EL CASO.

OBJETIVO : PACIENTE CON POLIPNEA, TAQUICARDIA DE 110, HIDRATADO LIMITE, DISTENSION ABDOMINAL MARCADA, NO HAY IRRITACION PERITONEAL EVIDENTE.
HERIDAS CUBIERTAS, SIN SECRECION APARENTE.
LA RNM ABDOMINAL INFORMA LIQIDO PERITONEAL ABUNDANTE Y NEUMOPERITONEO, ADEMAS DE ATELECTASIAS BASALES Y DERRAMES PLEURALES.
HB Y TOTAL DE LEUCOCITOS ESTABLES. DESCENSO DE NEUTROFILOS PERO ELEVACION DE CAYADOS, HOY EN 12%, POTASIO EN 2.98.

I. PARACLINICOS : PACIENTE CON EVOLUCION POSTQX TORPIDA, DISTENSION, DOLOR ABDOMINAL, TAQUICARDIA, POLIPNEA, YA CON COBERTURA DE ABS, LIQIDO LIBRE Y GAS EN CAVIDAD, EN QUIEN SE DEBE HACER EXPLORACION DE CAVIDAD. SE PLANTEA INICIALMENTE LA OPCION DE LAPAROSCOPIA Y DE ACUERDO A HALLAZGOS SE DEFINIRA CONDUCTA.
SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR.
SE PIDE TURNO QX

PLAN DE MANEJO : LAPAROSCOPIA Y DEFINICION DE ACUERDO A HALLAZGOS: LAPAROTPMIA? COLOSTOMIA? VAC?
LAPAROSTOMIA?

PROFESIONAL : PAEZ OSPINA RAFAEL

REGISTRO MÉDICO : 16704901

ESPECIALIDAD : CIRUGIA GENERAL

Solo a esa hora, casi al medio día, se tomó la decisión de intervenir quirúrgicamente al paciente, a pesar que no había sido COMPENSADO, sino al contrario, estaba mas grave que el dia anterior. Adicionalmente a ello, no es el doctor Vallejo, quien a pesar que llevaba más de 22 horas retrasando la cirugía era quien toma la decisión, pero tampoco lo hace, se limita a pedirle al doctor Paez, quien no es Coloproctólogo sino cirujano general, **que valore y decida el caso.**

Al menos, esa misma decisión la hubiese tomado el dia anterior, seguramente no estaríamos hoy aquí en este proceso.

Téngase en cuenta que, como lo dijo el doctor Moreno, la RNN era un examen importante para asegurar el diagnostico, pero, siempre y cuando se hubiese hecho rápido.

El perito afirmo que la compensación del paciente se puede hacer paralelamente con la cirugía y que, eventualmente, una compensación debe ser muy rápida, no puede durar más de 2 horas.

El paciente estaba siendo atendido en urgencias desde el medio día y a las 14:40, se indica en la historia que ya lo estaban COMPENSANDO y ya llevaba en ese primer proceso 4 horas cuando el doctor Ojeda informa que **DEBE CONSIDERARSE LA OPCION QUIRURGICA ANTES LOS HALLAZGOS CLINICOS Y PARACLINICOS, PERO, DEBIDO AL CRITERIO QUE TELEFONICAMENTE LE EXPUSO EL COLOPROTOLOGO, DE ESPERAR HASTA QUE SE HICIERA UN EXAMEN QUE SOLO SE REALIZO 15 HORAS DSPUES DE ESE MOMENO, PERDIENDO IMPORTANTE TIEMPO PARA SALVARLA VIDA DEL PACIENTE.**

RESPECTO AL NEXO CAUSAL

Entendiendo éste como la relación existente entre una acción o una **omisión ilícita** y el daño que ésta provoca, haciendo que surja la responsabilidad y, como consecuencia, la obligación de indemnizar, es me permito manifestar que en los documentos que obran en el expediente, las pruebas practicadas, demuestran sin lugar a dudas que las acciones y omisiones que fueron analizadas en precedencias, demuestran sin lugar a equívocos, que el fallecimiento del señor PULECIO, fue producto de la negligencia, imprudencia, que me permito resaltar así:

En estudio científico denominado SUTURAS y ANASTOMOSIS DIGESTIVAS elaborado por la Dra. Marianna Carbón Asist. Dpto. Básico de Cirugía Prof. Dr. Gonzalo Fernández, se indica:

“En el postoperatorio inmediato es fundamental la vigilancia sistémica: aspecto general del paciente, confusión mental, taquicardia, hipotensión, dolor abdominal, presencia de ileo postoperatorio, etc dado que denuncian la presencia de complicaciones tempranas. El uso de paraclinica humoral (hemograma, VES, y el resto de las rutinas), así como estudios de imagen: radiología o tomografía contrastada colaboran en la toma de decisiones, siendo imperativa la reintervención precoz cuando existen signos de gravedad. La re-instalación de la vía oral depende del paciente, y de la sutura realizada, pero habitualmente es progresiva para líquidos, semilíquidos y sólidos.”

Si el doctor Vallejo en su calidad de médico tratante, quien practicó la cirugía de HILECOLECTOMIA IZQUIERDA, hubiese cumplido con su obligación de tener una vigilancia estrecha al paciente, prestando atención a la clínica del mismo, indagando con exámenes de laboratorio la evolución de los marcadores de infección e inflamación, comparándolos con los que debían haberse tomado antes del procedimiento y el avance que se presentara cada día posterior al P0, muy seguramente hoy día FELIX MARIA PULECIO ESTARIA CON SU FAMILIA.

De la misma manera, si al reingreso del paciente a la Clínica el domingo 8 de octubre con evidentes signos de sepsis, se hubiere intervenido quirúrgicamente, muy seguramente el resultado habría sido diferente y habría podido salvarse la vida. Pero, fue la decisión del doctor Vallejo, quien definitivamente abandono a su paciente, pero, sin embargo, impidió que a las 20:24, del 8 de octubre, se le interviniera tal como lo había considerado el médico internista, doctor Ojeda.

La institución de salud, también contribuyo al resultado dañino, cuando retraso por más de 19 horas la toma de la RNN que absurdamente le pedía el médico tratante y por cuanto a pesar de conocer el grave estado de salud y la necesidad de una cirugía no actuó con prontitud, excusándose en la decisión del médico tratante que ni siquiera fue a ver a su paciente.

Solamente, cuando a las 11 de la mañana del 9 de octubre al practicarle la RNN es que el doctor Vallejo le pide al doctor Rafael Ospina Paez, que defina el procedimiento, solo para confirmar lo que YA SE SABIA DESDE EL DIA ANTERIOR.

El fallecimiento de FELIX MARIA PULECIO, ocurrió como consecuencia de la demora en practicar la reintervención quirúrgica, como ha quedado expuesto. La demora entre el reingreso y la cirugía, permitió que el liquido fecal abundante (3.000 C.C.), encontrado en la cavidad abdominal, TAL COMO LO AFIRMA EL PERITO EN EXPERTICIA:

“Cuando uno ve a don Felix el día 8 de octubre, ya el escenario cambia (3:15:58), uno se da cuenta que encuentra a un paciente con un dolor abdominal, con el abdomen entamborado... y con una dificultad para respirar y con dolor, entonces, ya uno en ese escenario puede tomar dos decisiones, si yo tengo una Clínica donde yo hago una tomografía YA y eso no me va a dilatar y no me va a consumir tiempo y lo puedo hacer de una manera expedita, está muy bien, pero si yo lo voy a operar inmediatamente, porque aquí la variable es el factor tiempo. No existe otra variable distinta que el tiempo ..., es que estamos hablando de una peritonitis fecal de 3.000 CC, de una carga bacteriana que es impresionante, y a su vez, de tal magnitud que el paciente hizo una infección que ya involucra el torrente sanguíneo ... y eso tiene una gravedad extrema . SE CUESTIONA LA NECESIDAD DE UNA RXM que se hizo al otro día.

El paso de las horas no COMPENSO AL PACIENTE, como lo pretendió negligentemente doctor Vallejo, sino que, contribuyo a que creciera la carga bacteriana, llegara al torrente sanguíneo y causara FALLA MULTIORGANICA, produciendo su muerte.

En el siguiente folio se encuentra el registro de lo que arrojó la cirugía practicada extemporáneamente, el día 9 de octubre de 2017, razón por la cual, al día siguiente falleció.

HOJA QUIRÚRGICA

EQUIPO MÉDICO

ANESTESIOLOGO ORLANDO GALARZA SANCHEZ
AYUDANTE GUSTAVO ADOLFO SANCHEZ HERRERA
CIRUJANO RAFAEL PAEZ OSPINA
INSTRUMENTADOR MARINA BENAVIDEZ LOPEZ

DIAGNÓSTICOS

TIPO	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO
PREOPERATORIO	D64.9	ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO
PREOPERATORIO	R06.0	DISNEA
PREOPERATORIO	R10.4	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
PREOPERATORIO	Z98.8	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
POSTOPERATORIO	K63.2	FÍSTULA DEL INTESTINO
POSTOPERATORIO	K65.0	PERITONITIS AGUDA

NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN

(1003209) DRENAJE PERITONITIS GENERALIZADA
(457000) COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA Y CIERRE DE SEG
(544101) OMENTECTOMIA PARCIAL

00000000

INICIO DE CIRUGÍA 2017/10/09 13:0 FIN DE CIRUGÍA 2017/10/09 15:2 TIEMPO QUIRÚRGICO : 2 Horas 2 Minutos

TIPO DE CIRUGÍA : SUCIA SANGRADO : 0 CC CONTEO : Completo

TEJIDOS ENVIADOS A PATOLOGÍA

1. PRODUCTO COLECTOMIA IZQUIERDA
2. PERITONITIS FECAL DE 4 CUADRANTES, 3 LITROS

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS

PERITONITIS FECAL 3000 CC. DEHISCENCIA CARA POSTERIOR DE LA ANASTOMOSIS COLORECTAL DE 15% DE LA LINEA DE SUTURA. MITAD IZQUIERDA DEL TRANSVERSO HASTA EL DESCENDENTE CON CAMBIOS DE COLORACION, POSIBLE ISQEMIA. OMENTO DEPENDIENTE DEL COLON IZQUIERDO CON GRAN CONTAMINACION FECAL

PROCEDIMIENTO

APERTURA DE PIEL Y APONEUROSIS EN INCISION PERIUMBILICAL, CON SALIDA DE ABUNDANTE GAS A TENSION Y LIQUIDO FECOHEMATICO FETIDO, MALOLIENTE. SE ABORTA LAPAROSCOPIA EN ESE MOMENTO Y SE PROCEDE A PRACTICAR INCISION MEDIANA SUPRA E INFRAUMBILICAL AMPLIA. SE DRENAN APROX 3 LITROS DE LIQUIDO PERITONEAL OSCURO, MALOLIENTE. SE REvisa ANASTOMOSIS Y SE IDENTIFICA SALIDA DE CONTENIDO FECAL A TRAVES DE LA CARA POSTERIOR DE LA ANASTOMOSIS COLORECTAL PARCIALMENTE DEHISCENTE. ADEMAS SE IDENTIFICA LA HIPOPERFUSION Y CAMBIOS EN LA COLORACION DEL COLON DESCENDENTE Y HASTA LA MITAD IZQUIERDA DEL TRANSVERSO. MULTIPLES MEMBRANAS, LIQUIDO INTESTINAL Y HEMATICO OSCURO EN AMBOS SUBFRENICOS, COLECCIONES INTERASAS, INFILTRACION VERDOSA DEL PERITONEO PARIETAL POSTERIOR. DECIDO PRACTICAR SECCION DE COLON TRANSVERSO CON SUTURA LINEAL CORTANTE NTLIC DE 75 MMS Y CON AYUDA DEL ENSEAL PRACTICAR LA SECCION DEL MESO COLON POR DEBAJO Y DE EPIPLON Y ADHERENCIAS DE COLON TRANSVERSO DISTAL, ANGULO ESPLENICO. ENCUENTRO COLON DESCENDENTE YA LIBERADO POR LA CX RECIENTE. SE PRACTICA SECCION DISTAL, MAS ABAJO DE LA LINEA DE SUTURA COLORECTAL, SECCION QE SE HACE CON LINEAL CORTANTE Y SE REFUERZA CON DOBLE LINEA DE SUTURA CON PDS 3-0, A MANERA DE COLOSTOMIA TIPO HARTMAN. SE RESECA TODO EL EPIPLON CONTAMINADO E ISQEMICO INVOLUCRADO EN EL PLASTRON Y DEPENDIENTE DEL TRANSVERSO DISTAL. SE LAVA CON SIETE LITROS DE SSN HASTA RETORNO CLARO. SE DISECA EL TRANSVERSO Y SE EXTERIORIZA POR INCISION EN CUADRANTE SUPERIOR DERECHO. SE VERIFICA HEMOSTASIA EN CAVIDAD. SE MADURA LA OSTOMIA CON PDS 3-0. SE DEJA SISTEMA DE VACUUM GENADYNE. SE AFRONTA APONEUROSIS ARRIBA Y ABAJO Y SE CONECTA A SUCCION DE 100 MM HG. PACIENTE SE TRASLADA A UCI PARA CONTINUAR MANEJO PQX

COMPLICACIONES

NO

El nexo causal esta demostrado, pues fue la demora en la reintervención quirúrgica lo que le quito a FELIX MARIA PULECIO la oportunidad de seguir viviendo, a pesar de que tanto el

medico Vallejo como el equipo de la Clínica YA SABIAN CON ANTICIPACION DE CASI 24 HORAS CUAL ERA EL DIAGNOSTICO.

Así se puede observar en la historia clínica No. 14879113⁸, obtenida del “SISTEMA DE REGISTRO CLINICO SOPHIA”, generada con fecha 24 de agosto de 2019. En dicho documento se registró el ingreso a las 14:42 del 8 de octubre de 2017 bajo admisión U2017 24532 y los tratamientos que le iniciaron **desde la hora 15:26**, indicando que estaba con DISNEA, DISTENSION ABODOMINAL DOLOR y **“SOSPECHA DE DEHISENCIA DE ANASTOMOSIS COLORECTAL”**, (ver nota de las 19:28).

En la Nota de Evolución visible a folio 013 de la Historia Clínica⁹, en fecha **8 de octubre de 2017**, a las **20:24 horas**, se indica:

“PACIENTE EN POP 4 DÍAS DE QX DE COLON, PRESENTA DOLOR ABDOMINAL + DISTENSIÓN + DISNEA

RX DE ABDOMEN SUGIERE NEUMOPERITONEO IMPORTANTE, SERIE DE ABDOMEN CON SOSPECHA DE LIQUIDO ABDOMINAL Y NIVELES??

(...)

EF: LUCE EN REGULAR ESTADO GENERAL, PALIDO, MUCOSAS SECAS

TA=130/85 FC=100X

RSCSRS NO SOPLOS, TAQUICARDICO

MV DISMINUIDO A SCSPS

ABD= GLOBOSO, DOLOR A LA PALPACIÓN, BLOMBERG DUDOSO

SNC= ALERTA, MOTOR Y S ENSITIVO OK

ANALISIS: **ALTAMENTE PROBABLE PROCESO INTRAABDOMINAL (NEUMOPERITONEO + DISTENSION LIQUIDA/NIVELES EN RX SIMPLES DE TORAX Y ABDOMEN), SOSPECHA INCLUSO DE PERITONITIS INCIPIENTE QUE ESTA ENMASCARADO POR EL USO DE ANTIBIOTICOS. TIENE ALCALOSIS RESPIRATORIA (PUEDE SER EL UNICO HALLAZGO EN SEPSIS INCIPIENTE) ESTA EN SIRS (TAQUIPNEA + TAQUICARDIA).**

CONSIDERO QUE DEBE CONSIDERARSE LA OPCION QUIRÚRGICA ANTE LOS HALLAZGOS CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS. SE DISCUTE CON COLOPROCTÓLOGO TRATANTE (DR VALLEJO) QUIEN CONSIDERA QUE DEBE COMPENSARSE UN POCO Y CON TAC DE ABDOMEN DEFINIR ESA CONDUCTA

(...)

PROFESIONAL: OJEDA ROSERO HECTOR LUIS

(...)

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA” (negrillas y subrayas fuera del texto original)

⁸ Folios 259 y siguientes del expediente

⁹ Folio 13, CARPETA 7, CUADERNO PRINCIPAL

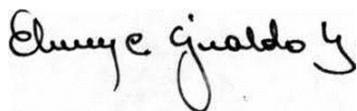
Sin embargo, pese a la sospecha de la dehiscencia de la anastomosis y la necesidad de reintervenir quirúrgicamente para controlar la infección, el especialista, doctor John Freddy Vallejo, prefirió imprudentemente compensar “un poco” al paciente, retrasando la atención quirúrgica, conociendo de antemano la directa relación entre el control del foco infeccioso y el riesgo de choque séptico en el que puede degenerar una peritonitis, en un contexto en el que el riesgo de dehiscencia de la anastomosis era un riesgo previsible. No hay duda del NEXO CAUSAL.

RESPECTO AL DAÑO

Frente a este punto no tengo que desplegar mayores argumentos, ya que está demostrado y aceptado por todas las partes, que el señor FELIX MARIA PULECIO CABRERA falleció en la Clínica Sebastián de Belalcázar, a las 13:15 del día 10 de octubre del 2017, apenas 7 días después de la cirugía de por una HILECOLECTOMIA IZQUIERDA, con EVOLUCION INADECUADA y tan solo 35 horas de su reingreso a la institución. EL DAÑO ESTA DEMOSTRADO

En los anteriores términos dejo sustentado ante el honorable Tribunal los reparos presentados oportunamente a la sentencia indicada al inicio de este memorial.

De ustedes, con respeto,



ELMY CECILIA GIRALDO GUZMAN

C.C. 31.271.240

T.P. 26.842 DEL C.S.J.