

SEÑORA

JUEZA TREINTA Y TRES (33) ADMINISTRATIVA DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ – SECCIÓN TERCERA

DRA. LIDIA YOLANDA SANTAFE ALFONSO

E.

S.

D.

MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA

DEMANDANTES: JOSÉ HÉCTOR GONZÁLEZ RINCÓN.

CLAUDIA LUCY VALDERRAMA SANTOS (CÓNYUGE).

ANGÉLICA MARÍA, HÉCTOR HUGO Y GUSTAVO GONZÁLEZ

VALDERRAMA (HIJOS)

DEMANDADAS: ECOPETROL S.A.

IPS FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ

IPS CLÍNICA DE MARLY S.A.

RADICACIÓN NO. 11001333603320200023100

ASUNTO: ALEGATOS DE CONCLUSIÓN DE PRIMERA INSTANCIA - FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ.

ANA MARÍA DE BRIGARD PÉREZ, identificada civil y profesionalmente como se indica al pie de mi firma, obrando en calidad de apoderada principal reconocida de la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ** por medio del presente escrito y encontrándome dentro de la oportunidad debida, de manera atenta presento los alegatos de conclusión preparados a nombre de mi mandante, en los siguientes términos:

OPORTUNIDAD PARA LA RADICACIÓN DEL PRESENTE ESCRITO
--

Mediante auto proferido en audiencia celebrada el pasado 17 de octubre de 2023, se declaró precluida la etapa probatoria, se prescindió de la audiencia de alegaciones y juzgamiento y se corrió traslado a las partes para alegar de conclusión por escrito (una vez hubiese vencido el término concedido para aportar los documentos decretados como prueba en audiencia), por el término de 10 días hábiles, que vencerían el **8 de noviembre de 2023**, de manera que al momento de radicar este escrito nos encontramos dentro de la oportunidad procesal correcta.

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN DE PRIMERA INSTANCIA
--

Concluido el debate procesal, podemos afirmar, sin duda alguna, que se encuentra demostrado que la actuación de mi mandante se circunscribe a una fracción de la atención dispensada al paciente JOSÉ HÉCTOR GONZÁLEZ RINCÓN. En consecuencia, centraremos nuestro análisis en esa fracción de tiempo, que a la luz del material probatorio recaudado, nos permite concluir que la atención médica suministrada por mi mandante y su equipo profesional se adecuó de manera estricta a los dictados de la ciencia médica (*lex artis ad hoc*), se ajustó íntegramente a las guías y protocolos acogidos y reconocidos por la comunidad científica nacional e internacional y a los postulados de la calidad que orientan la actividad de las instituciones prestadoras de servicios de salud de la complejidad y naturaleza que ostenta mi mandante (oportunidad, seguridad, racionalidad técnico científica, integralidad y continuidad), de manera que no es posible endilgarle una falla o culpa ni atribuirle las consecuencias dañosas cuya reparación se persigue a su puntual y acertada intervención.

1. Se demostró que el señor JOSÉ HÉCTOR GONZÁLEZ RINCÓN, ingresó al servicio de Urgencias de la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ** a las 00:25:40 horas del 6 de diciembre de 2019, refiriendo como motivo de consulta “*un cuadro de 5*

horas de dolor abdominal en sitio quirúrgico de predominio en hemiabdomen inferior, ayer le realizaron herniorrafia inguinal derecha, dolor en hombro y náuseas”.

Ni el paciente ni sus acompañantes traían la historia clínica previa, ni la epicrisis, ni la descripción quirúrgica del reciente procedimiento quirúrgico realizado en forma extrainstitucional, de manera que solo se contaba con información fragmentaria y poco precisa al respecto.

2. De acuerdo con la escala de clasificación de severidad que se aplica en la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ** para priorizar la atención de los pacientes que consultan a urgencias y correlacionando la exploración de signos vitales en este caso 117/74, frecuencia cardíaca en 94 y umbral del dolor 10/10, le fue asignada una clasificación II de Triage que significa una intervención médica de preferencia antes de 30 minutos como en efecto sucedió.
3. La valoración inicial realizada por el médico JESÚS EDUARDO HURTADO PÉREZ, médico especialista en medicina de emergencias, al paciente en cuestión, tiene hora de registro a las 00:43 a.m., es decir, menos de 25 minutos después de su ingreso, cumpliendo ampliamente con el requerimiento legal y los estándares de calidad vigentes.

En dicha atención médica completa, integral, oportuna y especializada, el galeno especialista decidió dejar al paciente en observación, ordenó la realización de una serie de exámenes paraclínicos e inició la hidratación y aplicación de ciertos medicamentos orientados al control del malestar general del paciente y de la protección gástrica, mientras se avanzaba en el proceso diagnóstico de su condición.

Es importante señalar que en su valoración clínica inicial no se observaban hallazgos sugestivos de una condición que amenazara la vida del paciente o que indicara la pertinencia de una intervención quirúrgica de urgencia.

En criterio del galeno a cargo, no había signos ni síntomas sugestivos de que estuviese cursando con un abdomen agudo o tuviese un cuadro compatible con un choque séptico. En ese sentido consignó el especialista lo siguiente:

Analysis Plan:
MASCULINO DE 76 AÑOS DE EDAD EN POP INMEDIATO DE HERNIORRAFIA INGUINAL POR LAPAROSCOPIA, QUIEN CONSULTA CON DOLOR ABDOMINAL INTENSO EN EL AREA QUIRURGICA QUE SE IRRADIA A REGION ESCAPULAR DERECHA. AL EXAMEN FISICO, SE APRECIA DISTENSION ABDOMINAL QUE PUEDE ESTAR EN RELACION CON NEUMOPERITONEO INHERENTE A LA INTERVENCION. A LA PALPACION NO SE APRECIAN MASAS NI MEGALIAS, Y EL DOLOR ES LEVE CUANDO SE PALPA LA PARED ABDOMINAL. EL PACIENTE NO HA PRESENTADO SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA.

En consecuencia y totalmente alineado con las guías de práctica aplicables, procedió a solicitar algunos exámenes diagnósticos complementarios y a prescribir los siguientes medicamentos:

Ordenes de Servicio :
* HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
* GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)
* CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

Medicamentos :
* ALIZAPRIDE X50MG/2ML SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA, 50 Mg Cada 24 Hrs VÍA: I V (Endovenosa), NÚMERO DE DÍAS: 1
* DICLOFENAC SODICO X75MG/3ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA, 75 Mg Cada 24 Hrs VÍA: I V (Endovenosa), NÚMERO DE DÍAS: 1
* HIDROMORFONA JERINGA 0,2MG/ML X 3ML. SOLUCIÓN INYECTABLE, 1.2 Mg Cada 24 Hrs VÍA: I V (Endovenosa), NÚMERO DE DÍAS: 1

En su testimonio rendido durante la etapa procesal correspondiente, el Dr. HURTADO PÉREZ explicó con suficiencia el ámbito de acción de su especialidad, aclarando que debido a su formación, conocimientos y experiencia tiene la capacidad de resolver la atención que requieren los pacientes críticamente

enfermos, siendo esta atención especializada un estándar superior de cuidado que ofrece la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ** a los pacientes en el servicio de urgencias, que no se presta en todas las instituciones hospitalarias del país.

Concretamente en torno al examen físico por él practicado, explicó que en este caso en particular se centró en los antecedentes y hallazgos que se obtienen en el examen clínico, buscando descartar patologías graves que amenacen la vida de la persona y que en la valoración por él realizada al señor JOSÉ HÉCTOR GONZÁLEZ RINCÓN no había ningún hallazgo de una patología potencialmente mortal o quirúrgica, no había ni signos de shock séptico ni de abdomen agudo, y sus signos vitales eran completamente normales, por lo que era procedente realizar una hidratación y solicitar exámenes paraclínicos atendiendo a su antecedente quirúrgico reciente, para determinar la causa del dolor abdominal que lo aquejaba.

Al respecto el doctor ARTURO VERGARA GÓMEZ, Jefe del Departamento de Cirugía, integrante del Comité de Análisis realizado el 8 de abril de 2021 para estudiar en forma interdisciplinaria el proceso de atención dispensado, explicó en su declaración que la atención que fue brindada por el especialista en medicina de emergencias al señor GONZÁLEZ RINCÓN fue adecuada y se realizaron los exámenes e interconsultas requeridas para su condición.

En ese sentido, el Dr. VERGARA GÓMEZ explicó que el paciente ingresó en las primeras horas de la mañana del 6 de diciembre de 2019, consultando por un cuadro de 5 horas de dolor abdominal, encontrando el profesional un paciente de 76 años, poli mórbido por patologías inherentes a su persona y edad tales como arritmias, hipertensión, antecedente de cáncer de próstata, en postoperatorio de una cirugía de hernia inguinal extrahospitalaria.

En dicha valoración inicial se determinó que no tenía en ese momento signos, síntomas o criterios para considerar una intervención quirúrgica inmediata.

También explicó que en una cirugía laparoscópica se introduce CO₂ y el mismo puede permanecer dentro del abdomen y generar dolor, de manera esperada, por varias horas e incluso días después de la intervención y dado que no se contaba con la historia clínica para verificar el tipo de intervención y si en ella se había presentado alguna complicación y solo se tenía el reporte incompleto del familiar y del paciente, lo indicado era dejar al paciente en observación, hidratarlo y tratarlo a ver como evolucionaba.

Esa conducta expectante es racional, pertinente y adecuada, tal como lo reconocieron todos los especialistas participantes del análisis del caso, debido a que una determinación quirúrgica en un paciente recientemente operado y sin el lleno de los criterios de una urgencia sería una conducta temeraria que podría comprometer la vida del enfermo.

En ese mismo orden de ideas se ordenaron una serie de exámenes de química sanguínea y de gases arteriales, buscando esclarecer el origen del dolor y la presencia o no de un cuadro abdominal de riesgo.

El abdomen agudo, en palabras del Dr. VERGARA GÓMEZ, es una condición clínica que se da por un proceso inflamatorio dentro del abdomen, y su diagnóstico se realiza con base en una variedad de signos y síntomas, resultados paraclínicos y la propia respuesta clínica del organismo, que valora el experto y orientan al galeno sobre qué camino tomar en materia de atención, con el fin de esclarecer

completamente el origen del malestar que aqueja al paciente y no infringirle una lesión adicional sin estar plenamente completado el proceso diagnóstico.

Reconoce, además, que los signos de defensa abdominal y de irritación peritoneal, son difíciles de evaluar en edades extremas, de manera que lo procedente es acudir a ayudas paraclínicas e imágenes diagnósticas, que como su nombre lo indica, son complementarias al juicio clínico del especialista a cargo de la atención.

En el caso concreto del paciente JOSÉ HÉCTOR GONZÁLEZ RINCÓN, también concluyó el profesor VERGARA GÓMEZ, que no había signos clínicos de un abdomen agudo en el momento y que los resultados de los exámenes paraclínicos tampoco resultaron conclusivos.

4. A las 03:02 a.m. se hace una nueva valoración clínica del paciente por parte del Dr. HURTADO PÉREZ, quien no encontró cambios significativos ni relevantes en su condición general.

Esta apreciación fue corroborada por la propia demandante CLAUDIA LUCY VALDERRAMA, esposa del paciente, quien señaló en su interrogatorio de parte que la respuesta inicial del estado de salud de su esposo fue favorable, gracias al manejo analgésico prescrito en la **FUNDACIÓN SANTA FÉ DE BOGOTÁ**.

Un elemento relevante adicional de la declaración del Dr. HURTADO PÉREZ, ante los cuestionamientos de la parte actora, fue que los medicamentos utilizados para el control del dolor no tienen la posibilidad o efecto de enmascarar la sintomatología propia de un abdomen agudo, pues su mecanismo de acción es en el cerebro (central) y no afectan la respuesta del abdomen, de manera que no entorpecen o retardan el diagnóstico, en caso de que se presentaran signos de alarma, que, reiteramos, no los exhibía el cuadro clínico del paciente hasta ese momento.

5. A las 03:45 a.m. en una nueva valoración médica del paciente, el señor JOSÉ HÉCTOR refirió una reagudización del dolor, por lo que se ordenó un refuerzo de la analgesia, como consta en la historia clínica.
6. A las 05:41 a.m., se realizó una nueva valoración médica, con los resultados de los exámenes paraclínicos previamente ordenados, tomados y procesados, los cuales como explicó el Dr. HURTADO PÉREZ en su declaración, no mostraban una alteración significativa y mucho menos una condición crítica.

Sin embargo, ante la persistencia del dolor, se solicitó una interconsulta con el especialista en cirugía general *“con el fin de descartar complicaciones relacionadas con el procedimiento”*.

En ese sentido, se encuentra consignado en la historia clínica lo siguiente:

EVOLUCION No. 4 - 2019/12/06 - Hora : 05:41

Prestador : HURTADO PEREZ JESUS EDUARDO - REGISTRO PROFESIONAL : 1093905890 - MEDICINA DE EMERGENCIAS

MASCULINO DE 76 AÑOS DE EDAD CON DX:
1. DOLOR ABDOMINAL
2. POP HERNIORRAFIA INGUINAL DERECHA POR LAPAROSCOPIA

HEMOGRAMA CON LEUCOS DE 10000, CON NEUTROFILIA, HB DE 15.4 GRDL, PLAQUETAS: 235000
CREATININA: 1.08 MGD/L
GASES ARTERIALES EQUILIBRIO ACI DO BASE CON HIPERLACATATEMIA DE 3.8, SIN DIFUNCION PULMONAR

EXAMEN FISICO:
ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES
NORMOCEFALO, ISOCORIA NORMOREACTIVA A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS
CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS
T ORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS,
RUIDOS PULMONARES NORMALES
ABDOMEN DISTENDIDO, LEVE DOLOR EN CUADRANTE INFERIOR DERECHO ABDOMEN TIMPANICO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

ANALISIS:
PACIENTE DE 76 AÑOS DE E DAD CON POP INMEDIATO DE HERNIORRAFIA INGUINAL DERECHA POR LAPAROSCOPIA QUIEN CONSULTA CON DOLOR
ADOMINAL INTENSO, SE REALIZA MANEJO CON HIDRATAION Y TTO ANALGESICO CON PARCIAL MEJORIA, SIN EMBARGO PACIENTE PERSISTE CON DOLOR Y
DISTENSION ABDOMINAL, TIEN E UNOS GASES ARTERIALES CON HIPERLACTATEMIA POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION POR CX GRAL CON EL FIN DE
DESCARTAR COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL PROCEDIMIENTO. SE EXPLICA DE MANERA CLARA AL PACIENTE EL PLAN DE MANEJO A SEGUIR, DICE
ENTENDER Y ACEPTAR.

En su testimonio el Dr. HURTADO PÉREZ explicó que los resultados de los exámenes paraclínicos realizados hasta el momento no eran indicativos de una condición de gravedad y que por el antecedente quirúrgico reciente, era oportuno, racional y pertinente pedir la valoración de la especialidad de cirugía general.

También señaló que los resultados de los exámenes que solicitó ante la sospecha de que estuviese cursando con un proceso infeccioso fueron normales de manera que por el momento era una hipótesis descartada.

Por su parte la declaración del doctor SALVADOR EDUARDO MENÉNDEZ, médico Especialista en Medicina de Emergencias, quien participó de la revisión interna de la atención brindada por la institución, concluyó que las características propias del paciente no hacían que su proceso diagnóstico fuese sencillo, por sus patologías y antecedente quirúrgico reciente, de manera que la integración al equipo de otra especialidad era absolutamente lógica y recomendada y que en su concepto, se solicitaron los exámenes adecuados de conformidad con la ciencia médica para tratar de aclarar la etiología del dolor que lo aquejaba.

Adicionalmente, ante la falta de hallazgos en el examen clínico, consideró pertinente la realización de una Tomografía, que requería de la implementación de nefroprotección farmacológica previa a su realización, porque se requería la aplicación de medio de contraste.

También avaló el manejo analgésico utilizado durante la observación hospitalaria del paciente, explicando – como ya se había mencionado – que dicho manejo no tiene el efecto de enmascarar los síntomas propios de una condición abdominal aguda, en cambio dejar que progresara el dolor -sin atención- afecta el bienestar y algunas variables hemodinámicas relevantes del organismo.

7. A las 06:14 a.m. ya se había respondido la interconsulta por parte de la especialidad de cirugía general, conforme se encuentra registrado:

Prestador : MAYO PATIÑO DAVID ALEJANDRO - REGISTRO PROFESIONAL : 80819992 - CIRUGIA

CIRUGIA GENERAL
RESPUESTA DE INTERCONSULTA

PACIENTE EN POSTOPERATORIO INMEDIATO DE HERNIORRAFIA INGUINAL LAPAROSCOPICA EXTRAINSTITUCIONAL, SIN DESCRIPCION DEL
PROCEDIMIENTO, QUE ASISTE POR DOLOR SEVERO EN REGION INGUINAL DERECHA DESDE EL PRIMER MOMEN TO DEL POSTOPERATORIO.
EL DOLOR PREDOMINA EN LA REGION INGUINAL DERECHA PERO OCASIONALMENTE SE IRRADIA AL HOMBRO DERECHO Y AL RESTO DEL ABDOMEN.
HEMOGRAMA NORMAL, GASES ARTERIALES CON LACTATO EN 3.8

EXAMEN FISICO
FRECUENCIA CARDIACA 78 POR MINUTO
FRECUENCIA RESPIRATORIA 16 POR MINUTO
MUCOSA ORAL SECA, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS
ABDOMEN BLANDO, DOLOROSO A LA PALPACION EN FOSA ILIACA DERECHA, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
EXTREMIDADES PERFUNDIDAS.

PARACLINICOS
HEMOGRAMA CON LEUCOS DE 10000, CON NEUTROFILIA, HB DE 15.4 GRDL, PLAQUETAS: 235000
CREATININA: 1.08 MGD/L
GASES ARTERIALES EQUILIBRIO ACI
DO BASE CON HIPERLACATATEMIA DE 3.8, SIN DIFUNCION PULMONAR

PACIENTE CON IMPORTANTE DOLOR EN POSTOPERATORIO IN MEDIATO DE HERNIOPLASTIA INGUINAL LAPAROSCOPICA EXTRAINSTITUCIONAL, CON
DISCRETA MEJORIA CON LA ANALGESIA ADMINISTRADA; SE CONSIDERA REALIZACION DE TAC DE ABDOMEN CONTRASTADO.
SE COMENTA CASO CON DR GABRIEL HERRERA.

Como se observa a partir del registro clínico citado, resultaba oportuno, pertinente y racional (racionalidad técnico – científica) la realización de una Tomografía Axial Computarizada de abdomen contrastado, examen idóneo para poder confirmar o descartar posibles complicaciones derivadas del procedimiento quirúrgico realizado de manera extrainstitucional.

8. Se demostró con suficiencia que era necesaria la realización de nefroprotección (protección del riñón) para poder llevar a cabo el examen diagnóstico ordenado, en atención a los niveles de creatinina y a la edad del paciente. En consecuencia, se procedió con la administración de dicha protección farmacológica, en consonancia con la *lex artis ad hoc*.

En relación con la pertinencia de la tomografía y la necesidad de nefroprotección, el doctor JAVIER ANDRÉS ROMERO ENCISO, Jefe del Departamento de Imágenes Diagnósticas, integrante del Comité de Análisis interno realizado en la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ**, explicó que ante la posibilidad de que el paciente GONZÁLEZ RINCÓN estuviese cursando con una complicación del procedimiento quirúrgico realizado de manera extrainstitucional, la mejor forma de aclarar el diagnóstico era a través de este examen.

También señaló que la preparación para dicho examen está dirigida a tener las mejores condiciones para que la imagen pueda revelar la información diagnóstica buscada y eso incluye que el paciente ingiera un medio de contraste líquido, que va a mostrar el tracto digestivo desde la boca hasta los intestinos y que permitiría evidenciar una posible perforación o lesión intestinal, producto del procedimiento quirúrgico realizado, pero para ello hay que dar un tiempo prudencial que es el que toma en resaltarse todo el trayecto del tracto digestivo. Sin ese medio de contraste la calidad del estudio radiológico se puede ver comprometida.

En consecuencia ni la nefroprotección ni el suministro del medio de contraste ni el tiempo estimado para completar dicho tratamiento puede considerarse un defecto en el proceso asistencial o una dilación en una conducta, son pasos seguros y plenamente justificados para avanzar en el proceso diagnóstico de un cuadro como el que aquejaba al señor JOSÉ HÉCTOR GONZÁLEZ RINCÓN y de los que no se puede prescindir por una inconformidad del paciente o su grupo familiar.

Explicó igualmente el doctor ROMERO ENCISO que la Tomografía Axial Computarizada abdominal es un examen altamente sensible, es decir que permite detectar hasta con un 90% de certeza las anormalidades del tracto digestivo, de manera que no había un recurso diagnóstico alternativo disponible para evaluar la condición clínica del paciente y dilucidar si cursaba o no con una complicación quirúrgica.

También concluyó que se tomaron las medidas necesarias y se actuó conforme a los dictados de la ciencia médica y en el tiempo oportuno, pero el hecho de que el paciente decidiera solicitar la salida voluntaria y continuar su atención en otra institución (aquella en que reposaba su historia clínica y ejercía su médico tratante) impidió culminar el proceso asistencial en curso.

9. A las 8:22 a.m., el señor JOSÉ HÉCTOR GONZÁLEZ RINCÓN fue nuevamente valorado por la especialidad de Cirugía General, como lo explicó en detalle la doctora NATALIA CORTÉS MURGUEITIO en la declaración rendida dentro del proceso.

Se consignó en ese momento en la historia clínica lo siguiente por parte de la especialista:

EVOLUCION No. 7 - 2019/12/06 - Hora : 08:22

Prestador : CORTES MURGUEITIO NATALIA - REGISTRO PROFESIONAL : 1010181682 - CIRUGIA

CIRUGÍA GENERAL
EVOLUCIÓN

PACIENTE DE 76 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICOS DE:
1. POSOPERATORIO 05/12/2019 HERNIPLASTIA INGUINAL DERECHA POR LAPAROSCOPIA (EXTRAINSTITUCIONAL)
1.1 DOLOR POSOPERATORIO
2. HIPERTENSION ARTERIAL
3. HIPOTIROIDISMO

PACIENTE EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR, REFIERE SENTIRSE BIEN. SE ENCUENTRA TOMANDO MEDIO DE CONTRASTE ORAL PARA TOMOGRAFÍA DE ABDOMEN, SIN NAUSEAS NI EMSIS. EL DOLOR ESTA CONTROLADO EN EL MOMENTO. DIURESIS ESPONTANEA SIN SINTOMATOLOGIA, ORINA CLARA.

OBJETIVO: P ACIENTE ESTABLE, ALERTA, ORIENTADO. FRECUENCIA CARDIACA 76, FRECUENCIA RESPIRATORIA 18, SATURACION 92% A AIRE AMBIENTE. MUCOSA ORAL HUMEDA, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS. CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES. ABDOMEN: DISTENDIDO, BLANDO, CON HERIDAS QUIRURGICAS CU BIERTAS CON STREISTRIPS Y LA UMBILICAL CON TORUNDA Y TEGADERM, SIN SANGRADO ACTIVO, CON ESCASOS ESTIOGMAS DE SANGRADO AANTIGUO. NO HAY HEMATOMAS EN LA PARED, NI EQUIMOSIS. CICATRIZ DE LAPAROTOMIA MEDIANA Y CICATRIZ TRASNVESA EN REGION INGUINAL DERECHA. ES BLANDO A LA PALPACIÓN, SIN DOLOR EN EL MOMENTO. EN REGION INGUINAL DERECHA NO HAY EVIDENCIA DE MASAS. TESTICULO EN POSICION. EXTREMIDADES SIN EDEMA.

ANÁLISIS: PACIENTE DE 76 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA EN POSOPERATORIO MEDIATO DE HERMIOPLASTIA INGU INAL PDERECHA POR LAPAROSCOPIA

EXTRAINSTITUCIONAL, REALIZADA EL DIA DE AYER. DURANTE LA OBSERVACIÓN EN RECUPRACIÓN PERMANECIÓ ESTABLE PERO UNA VEZ EN SU CASA PRESENTÓ DOS EPISODIOS DE DOLOR INTENSO DE PREDOMIMIO EN REGIÓN INGUINAL DERECHA Y HOMBRO DERECHO POR LO QUE DECIDIÓ CONSULTAR POR URGENICAS. AL EXAMEN FÍSICO ESTABLE, SIN HIPOTENSIÓN NI TAQUICARDIA Y SIN MASAS ABDOMINALES. LAS HERIDAS ESTAN EN BUEN ESTADO Y NO HAY HEMATOMAS. PARACLÍNICOS CON HEMOGRAMA NORMAL CON ÁCIDO LÁCTICO ELEVADO. SE DECIDIÓ REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍA DE ABDOMEN QUE SE ENCUENTRA PENDIENTE. YA INICIO EL MEDIO DE CONTRASTE ORAL Y SE FORMULÓ NEFROPROTECCIÓN. EL DOLOR ESTA CONTROLADO POR LO QUE CONTINUA IGUAL MANEJO EN ESPERA DE IMAGEN. SE EXPLICA, ENTIENDE Y ACEPTA.

NCORTÉS

A pesar de que el manejo farmacológico de preparación estaba en curso, a las 08:40 a.m. el paciente y sus familiares tomaron la decisión de solicitar el alta voluntaria (salida en contra de la recomendación profesional) del servicio de urgencias, con el fin de acudir a la Institución en la cual se realizó el procedimiento quirúrgico de hernioplastia, reposaba su historia clínica y atendía su médico de confianza, en ejercicio del derecho que les confiere a los pacientes la ley colombiana.

En ese sentido, la doctora CORTÉS MURGUEITIO consignó en la historia clínica lo siguiente:

EVOLUCION No. 8 - 2019/12/06 - Hora : 08:40

Prestador : CORTES MURGUEITIO NATALIA - REGISTRO PROFESIONAL : 1010181682 - CIRUGIA

CIRUGÍA GENERAL
EVOLUCIÓN

PACIENTE DE 76 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICOS DE:
1. POSOPERATORIO 05/12/2019 HERNIPLASTIA INGUINAL DERECHA POR LAPAROSCOPIA (EXTRAINSTITUCIONAL)
1.1 DOLOR POSOPERATORIO
2. HIPERTENSION ARTERIAL
3. HIPOTIROIDISMO

PACIENTE DE 76 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA EN POSOPERATORIO MEDIATO DE HERMIOPLASTIA INGUINAL DERECHA POR LAPAROSCOPIA EXTRAINSTITUCIONAL, REALIZADA EL DIA DE AYER. DURANTE LA OBSERVACIÓN EN RECUPERACIÓN PERMANECIÓ ESTABLE PERO UNA VEZ EN SU CASA PRESENTÓ DOS EPISODIOS DE DOLOR INTENSO DE PREDOMIMIO EN REGIÓN INGUINAL DERECHA Y HOMBRO DERECHO POR LO QUE DECIDIÓ CONSULTAR POR URGENICAS. AL EXAMEN FÍSICO ESTABLE, SIN HIPOTENSIÓN NI TAQUICARDIA Y SIN MASAS ABDOMINALES, SIN DOLOR ABDOMINAL EN EL MOMENTO. LAS HERIDAS ESTAN EN BUEN ESTADO Y NO HAY HEMATOMAS.

DADO QUE NO SE CUENTA CON DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO SE DECIDIÓ REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍA DE ABDOMEN QUE ESTA PENDIENTE. EL PACIENTE Y SU FAMILIAR COMUNICAN QUE DESEAN SOLICITAR ALTA VOLUNTARIA PARA SER VALORADO POR CIRUJANO TRATANTE. DADO LA ESTABILIDAD ACTUAL SIN CONSIDERAR QUE CORRA RIESGO ASISTIR A OTRA INSTITUCIÓN SE DA LA SALIDA VOUNTARIA. SE EXPLICA AMPLIAMENTE AL PACIENTE LOS RIEGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES. ENTIENDE Y ACEPTA.

FIRMA FORMATO DE RETIRO VOLUNTARIO QUE QUEDA EN CUSTODIA DE LA INSTITUCIÓN.

NCORTÉS

En efecto, en el formato correspondiente suscrito por el paciente y su acompañante, se observa la información que les fue brindada y el conocimiento de los riesgos y de las potenciales consecuencias de su decisión.

Consta en ese sentido, que al momento del egreso, el señor JOSÉ HÉCTOR GONZÁLEZ RINCÓN refirió sentirse mejor y junto con su familia decidieron retirarse del servicio (interrumpiendo la preparación en curso para el TAC y la continuidad de la atención) por considerar que se beneficiaría de irse a la CLÍNICA DE MARLY, donde reposaba su historia clínica completa y atiende su médico de confianza.

La doctora NATALIA CORTES MURGUEITIO, especialista en Cirugía General, resaltó en su declaración, que durante su valoración el paciente permaneció estable, en buen estado general desde el punto de vista clínico y hemodinámico, sin hallazgos de abdomen agudo, ni irritación peritoneal. También explicó la importancia de la Tomografía solicitada, para descartar una posible lesión o

complicación y la explicación que brindó al paciente y su acompañante al respecto, a pesar de lo cual, optaron por retirarse del servicio.

También debemos señalar que la demandante CLAUDIA LUCY VALDERRAMA SANTOS confesó en su interrogatorio que efectivamente dicha información le fue brindada, que les fue explicada la importancia de la nefroprotección y el tiempo que requería la preparación del examen en cuestión, y que la decisión de retirarse del servicio en ningún momento obedeció a una presunta demora o inconformidad con la atención o a una presión indebida de la especialista, como de manera infundada se afirmó en la demanda, sino que su decisión se fundó en las instrucciones impartidas telefónicamente por el doctor CAMILO PACHÓN, cirujano tratante adscrito a la CLÍNICA DE MARLY.

Con posterioridad al egreso del paciente su atención médica estuvo a cargo de otra institución sanitaria de la ciudad y de un equipo clínico autónomo e independiente a mi mandante, de manera que sobre sus conductas, decisiones y actuaciones la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ**, no tuvo injerencia, control o participación.

Corroboró lo dicho la declaración del profesor ARTURO VERGARA GÓMEZ quien al respecto explico que el paciente GONZÁLEZ RINCÓN persistió con dolor parcialmente controlado y que el servicio de Cirugía General ordenó la realización de una TAC para hacer diagnóstico de precisión y verificar si hubo algún tipo de evento que explicara el dolor. Debido a que hay que hacer una preparación adicional al paciente para minimizar el riesgo de lesión renal, el paciente le manifestó a la Cirujana su intención de irse a otra institución a pesar de que se le explicó que era mejor culminar la atención en curso y proceder con la realización del examen. A pesar de ello, el paciente, adulto y consiente y presumiblemente orientados por su médico de confianza, deciden interrumpir el proceso en curso y firmar la salida en contra de la recomendación profesional.

Del análisis realizado a la historia clínica concluyó el Doctor VERGARA GÓMEZ, que durante el transcurso de la atención encontraron que hubo oportunidad de las respuestas a las interconsultas y que la promesa de valor que ofrece la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ** se cumplió, por lo que aseveró que la atención médica fue oportuna y adecuada, ajustada a los dictados de la ciencia médica aplicables y a los atributos de la calidad exigidos por la norma.

Esta conclusión general respecto de la atención adecuada y oportuna dispensada en la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ** fue avalada incluso por el perito de la parte actora JUAN GABRIEL BUENO SÁNCHEZ, quien en la audiencia de contradicción del dictamen pericial indicó que: *“la atención de la Fundación Santa Fe hasta el momento de la salida del paciente no tiene ningún inconveniente”*.

En el mismo sentido, en su dictamen pericial escrito, lo único que señaló el experto respecto de mi mandante fue lo siguiente:

CUARTO. El día 6 de diciembre de 2019 a las 00:25 AM, el paciente ingresa a la IPS Fundación Santa Fé de Bogotá con cuadro clínico de dolor abdominal intenso localizado en el área quirúrgica de la herniorrafia, que se irradia a región de hombro derecho, también refiere náuseas y vómitos. Se ordena hemograma, gases arteriales y creatinina en suero. Se prescribe diclofenaco e hidromorfona. Al examen físico se evidencia abdomen distendido, leve dolor en cuadrante inferior derecho, abdomen timpánico. Los gases arteriales reportan hiperlactatemia, por lo que se solicita valoración por cirugía general, el hemograma reporta leucocitosis y neutrofilia. Se

ordena Tomografía Axial Computarizada de abdomen, pero el paciente y los acompañantes deciden continuar tratamiento en el centro donde se efectuó la cirugía, así que solicitan alta voluntaria y el paciente es trasladado a las 8:53 AM del día 6 de diciembre.

Culminada la exposición de la atención médica a cargo de mi mandante, procederemos a analizar la demanda, como fundamento del medio de control incoado, así como las excepciones formuladas en representación de sus intereses, para concluir que, en este asunto, no existe responsabilidad alguna en cabeza suya que la haga acreedora a un reproche o imputación culposa.

1. INEXISTENCIA DE FUNDAMENTO FÁCTICO Y JURÍDICO PARA LA PRESUNTA RESPONSABILIDAD ATRIBUIDA A MI MANDANTE – INEXISTENCIA DE PRUEBA RESPECTO DE LAS IMPUTACIONES REALIZADAS EN LA DEMANDA.

Debemos empezar el punto aclarando el tipo de responsabilidad pretendida por la parte, actora al ejercer el medio de control que nos ocupa, en el cual se realizaron una serie de imputaciones que no fueron demostradas con ningún medio de prueba y que, por el contrario, se desvirtuaron por completo con las pruebas previamente reseñadas.

En ese sentido, la demanda afirmaba que el señor JOSÉ HÉCTOR GONZÁLEZ RINCÓN presentaba un cuadro de abdomen agudo quirúrgico desde su ingreso a la institución, y que supuestamente el paciente decidió retirarse de la institución por la *“falta de realización oportuna”* de la tomografía abdominal requerida para su diagnóstico.

Con base en las pruebas recaudadas, a las cuales hicimos referencia en extenso en el acápite anterior, podemos afirmar sin hesitación que el paciente GONZÁLEZ RINCÓN nunca tuvo, durante su estancia en la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ** signos clínicos o paraclínicos que sugirieran un abdomen agudo quirúrgico, ni mucho menos presentaba alteración de sus variables vitales que comprometieran su vida.

Fueron afirmaciones tendenciosas lanzadas al aire en la demanda pero que fueron desvirtuadas, porque faltan a la verdad y carecen de fundamento, tal como se deduce de los registros clínicos, de las declaraciones de testigos, del perito y de la propia esposa del afectado.

Adicionalmente se probó con la confesión de los demandantes, que la decisión de interrumpir la atención en la sede de la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ** y continuarla en la CLÍNICA DE MARLY no obedeció a una supuesta presión indebida del equipo ni a una tardanza o inconformidad con el servicio brindado, sino que fue una iniciativa propia, orientada por su especialista de confianza, con la que se buscaba – como en efecto se corrobora con lo consignado en las historias clínicas y los testimonios rendidos dentro del proceso – que hubiese una continuidad en una institución donde reposaban sus antecedentes clínicos y quirúrgicos relevantes, se conocía el tipo y características de la intervención realizada, y estaría al cuidado de su cirujano de confianza.

Esta decisión autónoma y legítima fue la única causa de la interrupción de la atención en curso y las consecuencias que de ella deriven son estricta responsabilidad de quien así obró y decidió.

No hay, en consecuencia, ni una sola prueba en el acervo que demuestre la veracidad de las imputaciones que fueron realizadas en la demanda a mi mandante, ni mucho menos que sustenten la solicitud de declaratoria de responsabilidad pretendida en su contra.

Reitero con la dispensa de repetir lo enunciado en este escrito, que todas las pruebas recaudadas, sin excepción, demuestran que la actuación desplegada por el equipo médico de la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ** estuvo ajustada a la *lex artis ad hoc*, a las recomendaciones científicas aceptadas por la comunidad científica nacional e internacional y a los atributos de calidad exigibles en casos como el que nos ocupa, de manera que desaparece la *causa petendi* en lo que atañe a mi mandante.

Respecto de la *causa petendi* la Corte Constitucional ha expresado lo siguiente:

“Conforme a la jurisprudencia y la doctrina nacionales, el objeto de un proceso se encuentra definido tanto por las declaraciones que, en concreto, se solicitan de la administración de justicia (petitum), como por el pronunciamiento específico del órgano judicial en la parte resolutive de la respectiva sentencia con respecto al petitum. En relación con la causa petendi o causa de pedir, las mismas fuentes señalan que ésta hace referencia a las razones que sustentan las peticiones del demandante ante el juez. Es así como la causa petendi contiene, por una parte, un componente fáctico constituido por una serie de hechos concretos y, de otro lado, un componente jurídico, constituido no sólo por las normas jurídicas a las cuales se deben adecuar los hechos planteados sino, también, por el específico proceso argumentativo que sustenta la anotada adecuación. En suma, es posible afirmar que la causa petendi es aquel grupo de hechos jurídicamente calificados de los cuales se busca extraer una concreta consecuencia jurídica.” (Subrayado nuestro)

En efecto, la importancia de la determinación de la *causa petendi* radica en que sobre la misma va a versar el debate procesal y será frente a ella que se deberá pronunciar la sentencia. Con base en lo anterior, al no existir prueba alguna que sustente lo afirmado en la demanda, no resultaría factible una condena por los daños alegados.

Estrictamente hablando ese debería ser argumento suficiente para denegar las pretensiones en contra de mi mandante, pero a fin de no dejar temas sin analizar, procederemos a reflexionar (así sea solo brevemente) sobre algunas de las excepciones planteadas en representación de la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ** para concluir que en el presente asunto no se reúnen los elementos *sine qua non* para atribuirle responsabilidad.

2. INEXISTENCIA DE LOS PRESUPUESTOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL (FALLA DEL SERVICIO) EN CABEZA DE LA FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ.

Tal como lo hemos expuesto en este documento, como fue planteado desde el momento mismo de la contestación a esta demanda y como ha quedado probado a lo largo del presente litigio, la conclusión incuestionable a la que se arriba es que en el presente caso no se configuran los presupuestos legales mínimos para declarar una falla en el servicio asistencial (ni por analogía una culpa institucional o profesional) en cabeza de mi mandante, toda vez que su actuar y el de su equipo de profesionales estuvo ajustado a las directrices reconocidas por la comunidad científica y ajustada a las condiciones de tiempo, modo y lugar en que se sucedieron las cosas.

En ese sentido y dado que el régimen de responsabilidad relacionado con la prestación de servicios médicos es el de la culpa probada, el primer elemento que debe demostrar la parte actora para pretender declarar la responsabilidad pretendida es precisamente la existencia de la “*falla del servicio*” (o culpa civil cuando se trata de instituciones privadas), que debe consistir en la prueba del mal funcionamiento del servicio, bien sea porque éste no funcionó como debió hacerlo o porque funcionó tardía y/o equivocadamente.

En el régimen de responsabilidad civil médica, la culpa se define como el error de conducta en que no habría incurrido un profesional de igual experiencia y formación ante las mismas circunstancias externas y analógicamente en el que no habría incurrido una institución de salud ante las mismas condiciones.

En el presente asunto se demostró con suficiencia que:

- La atención médica suministrada al señor JOSÉ HÉCTOR GONZÁLEZ RINCÓN desde su ingreso a la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ**, fue oportuna, diligente, interdisciplinaria, racional, pertinente, segura e integral ajustándose a los tiempos esperados para su condición clínica.
- Las valoraciones realizadas en el servicio de urgencias fueron brindadas por un grupo de especialistas de diversas áreas, acorde con su motivo de consulta y antecedentes patológicos y quirúrgicos.
- Los hallazgos a la valoración clínica no permitían realizar un diagnóstico preciso de las causas de su dolor abdominal, siendo necesaria la realización de exámenes paraclínicos e imagenológicos complementarios, en total consonancia con la *lex artis ad hoc* y las recomendaciones de la comunidad científica.
- El riesgo de nefrotoxicidad del examen de TAC abdominal con medio de contraste – necesario para su diagnóstico – hacía mandatorio la adopción de medidas farmacológicas de nefroprotección, como se realizó por parte del equipo en salud.
- La necesidad de esperar un tiempo prudencial entre la culminación del tratamiento de nefroprotección y la ingesta del medio de contraste y sus efectos, es inherente al tipo de procedimiento y no depende de la intención o voluntad del prestador o de su equipo.
- La decisión autónoma, informada y consciente del paciente y su familia de retirarse del servicio de urgencias de la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ** para acudir a la CLÍNICA DE MARLY, interrumpió el proceso diagnóstico y de atención en curso, sin que dicha determinación o las consecuencias que de ella derivaran pueda ser imputada a la institución que represento.

Con la demostración de tales eventos se desvirtúa, tanto el elemento subjetivo de la responsabilidad – pues al haberse ajustado la atención a la *lex artis ad hoc* es imposible hablar de una falla en la prestación del servicio – como el nexo causal, entre los daños alegados por la parte actora y la atención brindada por la institución que represento, eliminando la posibilidad de estructurar la falla en el servicio que se alega.

3. INEXISTENCIA DE UN PRESUNTO ERROR, OMISIÓN O RETARDO DIAGNÓSTICO O EN LA EJECUCIÓN DE UN EXAMEN O TRATAMIENTO.

Del recuento procesal y probatorio realizado también podemos concluir, sin lugar a duda, que no existió un error u omisión diagnóstica, ni un error u omisión en la terapéutica indicada para atender el caso. Por el contrario, la atención del señor GONZÁLEZ RINCÓN fue óptima, desde el punto de vista de la racionalidad técnico-científica, de la oportunidad, de la seguridad del paciente, de los principios de cautela y cuidado, sin que en ella se adviertan errores, omisiones o retardos, que pudiesen llevar a cuestionar su comportamiento y constituirse en causa eficiente del daño deprecado.

La indicación de un examen diagnóstico como lo es la Tomografía Axial Computada (TAC) abdominal con medio de contraste, era clara a la luz de los consensos médicos y de la situación clínica del paciente y que para que su realización sea segura se deba esperar un tiempo prudencial (nada exagerado) destinado a preparar al paciente con fármacos nefroprotectores y permitir la acción del medio de contraste oral, lejos de ser algo cuestionable, es lo esperado de una institución de salud de alto nivel y prestigio y de sus agentes, para casos como el que nos ocupa.

Ante la ausencia de hallazgos clínicos o paraclínicos que permitieran determinar la etiología del dolor abdominal postoperatorio que exhibía el señor JOSÉ HÉCTOR GONZÁLEZ RINCÓN, era necesario escalar a exámenes imagenológicos especializados como la TAC de abdomen con medio de contraste, pues en ese momento, su cuadro clínico no permitía una aproximación diagnóstica precisa.

En relación con las restantes excepciones de mérito propuestas, sería reiterativo e innecesario analizarlas en forma individual, en la medida en que son, de una u otra manera, desarrollo de las anteriores, que encontrándose debidamente probadas, hacen que caiga por su propia base el juicio de responsabilidad que se promueve.

CONCLUSIÓN

De lo expuesto anteriormente, cuya demostración reposa en el expediente, se desprende la conclusión incuestionable de que en el presente caso no existen los elementos propios para configurar una responsabilidad en contra de la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ**, por lo que ruego a usted dictar sentencia favorable a los intereses de mi representada, declarar probadas las excepciones de mérito propuestas a su nombre y condenar en costas y agencias en derecho a la parte demandante.

De la Señora Juez, con todo respeto,



ANA MARÍA DE BRIGARD PÉREZ
 C.C. No. 51.699.955 de Bogotá
 T.P. No. 44.980 del C. S. de la J.
presidencia@amdebrigard.com