

REPÚBLICA DE COLOMBIA



TRIBUNAL CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DEL VALLE DEL CAUCA
SALA DE DECISIÓN

Magistrada Ponente: Ana Margoth Chamorro Benavides

SENTENCIA No. 141

Santiago de Cali, ocho (8) de noviembre de dos mil veintitrés (2023)

Radicación	76001-33-33-005-2015-00347-01 El proceso esta digitalizado en Mercurio y algunas piezas pueden consultarse en Samai.
Demandante	Henry Possu Caicedo y Otros Abogadosasociados4@gmail.com conjuremesas@hotmail.com
Demandados	Ministerio de Salud y Protección Social notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co Municipio de Santiago de Cali notificacionesjudiciales@cali.gov.co Hospital Cañaveralejo -Red de Salud Ladera ESE notificacionesjudiciales@saludladera.gov.co notificacionessaludladera@gmail.com Caja de Compensación Familiar -CONFACAUCA asesorsurapopayan@gmail.com Clínica San Fernando SA. clnicasanfernando@hotmail.com abogadomauricio@gmail.com Clínica de Occidente S.A notificaciones.judiciales@clinicadeoccidente.com Jefe.contabilidad@cda-sa.com juridico@clinicasfco.com.co sili60@hotmail.com coordinador.juridico@clinicadeoccidente.com.co juridico.publico@clinicadeoccidente.com
Llamado en garantía	Seguros del Estado S.A. juridico@segurosdelestado.com andres.gonzalezm@segurosdelestado.com Allianz Seguros S.A notificacionesjudiciales@allianz.co Mafre S.A. njudiciales@mapfre.com.co Previsora SA. notificacionesjudiciales@previsora.gov.co Liberty Seguros S.A notificacionesjudiciales@libertycolombia.com co-notificacionesjudiciales@libertycolombia.com
Acción	Reparación Directa
Instancia	Segunda
Tema	Reparación directa por falla médica. Confirma sentencia que niega. Amputación luego de accidente.

OBJETO DE LA DECISIÓN

Se decide el recurso de apelación formulado por la parte demandante contra la sentencia del **19 de diciembre de 2019** proferida por el Juzgado Quinto Administrativo de Cali, que negó las pretensiones de la demanda.

I. ANTECEDENTES.

1. LA DEMANDA.

Los señores Henry Possu Caicedo, Karen Dayana Possu Caicedo, María Camila Possu Caicedo, Yadira Ríos Paz, Nidia Ruth Caicedo, Farys Possu Caicedo, Liliana Lilia Possu Caicedo y Gloria Elena Possu Caicedo, afectados, hijas, compañera permanente, madre, y hermanos, por conducto de apoderado judicial, el **6 de octubre de 2015**, demandaron para que se declare la responsabilidad del Estado por la amputación del miembro inferior izquierdo del señor Henry Possu Caicedo.

Como consecuencia, solicitaron indemnizar perjuicios morales y materiales.

El **fundamento fáctico** relató los siguientes hechos ocurridos en 2013:

1. El **18 de agosto** el señor Henry Possu Caicedo sufrió un accidente de tránsito al colisionar con otra moto y fue trasladado por los bomberos a la IPS Clínica Comfacauca Puerto Tejada a las 8:00 pm, con múltiples traumatismos y fractura del miembro inferior izquierdo, por lo que fue inmovilizado, estabilizado e intervenido quirúrgicamente.
2. El **19 de agosto** fue remitido al Hospital Cañaveralejo de Cali (Red de Salud de Salud Ladera), donde fue hospitalizado.
3. El **20 de agosto** tuvo un incremento en la temperatura, por lo que se remitió a la Clínica San Fernando.
4. El **21 de agosto** se evidenció un llenado lento vascular de arcos del pie izquierdo y ausencia de pulso pedio distal posterior, lo que significa que la sangre no llegaba a sus dedos.
5. El **23 de agosto** fue trasladado a la Clínica de Occidente para manejo vascular.
6. El **25 de agosto** fue intervenido quirúrgicamente en la Clínica San Fernando donde se realizó la amputación del miembro inferior izquierdo.

El apoderado judicial imputó una falla del servicio médico, por falta de atención oportuna, adecuada y diligente, que condujo a la amputación transtibial del miembro inferior izquierdo.

La demanda se admitió respecto de la Nación- Ministerio de Salud y Protección Social, Municipio de Santiago de Cali, Hospital Cañaveralejo -Red de Salud Ladera ESE, Caja de Compensación Familiar, Clínica San Fernando y la Clínica de Occidente.

2. Contestación de la demanda.

El Ministerio de Salud y Protección Social se opuso a las pretensiones. Señaló que dentro de sus funciones no está la de prestar atención médica y quirúrgica. Propuso como excepción la falta de legitimación en la causa por pasiva, inexistencia de daño antijurídico e innominada.

Llamó en Garantía a Seguros del Estado S.A.

La Clínica San Fernando S.A. contestó la demanda. Argumentó que el paciente fue atendido con diligencia, destreza e inmediatez y las decisiones tomadas se acogieron a los protocolos médicos. Propuso como excepciones la inexistencia de la obligación de indemnizar, la causación del daño no es suficiente para que se declare la responsabilidad, inexistencia de responsabilidad en la atención del paciente, ausencia de nexo causal, cobro de lo no debido, carga de la prueba, exceso de pretensiones a título de perjuicios inmateriales e innominada.

Llamó en garantía a Seguros del Estado S.A.

La Caja de Compensación Familiar del Cauca argumentó que no existe nexo causal entre el hecho dañoso y la labor desplegada por la entidad. Dijo que el establecimiento de salud no es de orden público y por ello no se puede declarar administrativamente responsable. Propuso como excepciones las de inexistencia de responsabilidad administrativa, inexistencia de nexo causal, falta de legitimación en la causa, caducidad e innominada.

Llamó en garantía a Allianz Seguros S.A.

El municipio de Santiago de Cali argumentó que los establecimientos médicos demandados gozan de autonomía administrativa, financiera y jurídica. Alegó que no existe un nexo causal entre el daño y el ente territorial. Dijo que la IPS Clínica COMFACAUCA Puerto Tejada y la IPS Trauma Cauca SAS pertenecen a la jurisdicción del Departamento del Valle del Cauca y al Municipio de Puerto Tejada. Argumentó que el Hospital Cañaveralejo pertenece a la Red de Salud Ladera que posee personería jurídica, cuya representación, está en cabeza del Concejo Municipal de Cali. Afirmó que la Clínica San Fernando y la Clínica de Occidente son privadas. Las excepciones propuestas fueron las de inexistencia del nexo causa, falta de legitimación en la causa por pasiva e innominada.

Llamó en garantía a Mafre S.A. y a la Previsora SA.

La Red de Salud Ladera ESE contestó la demanda. Argumentó que el paciente fue recibido, hospitalizado y tratado en el Hospital Básico Cañaveralejo. Dijo que actuó de manera oportuna, eficiente, pertinente y conducente pues el tratamiento brindado fue el recomendado por el especialista en traumatología y ortopedia. Aclaró que el paciente salió del hospital Cañaveralejo por su propia decisión y bajo su responsabilidad y ello se escapa de la órbita de competencia de la ESE que no presta servicio de ambulancia, *“la ESE comenta al paciente en los sistemas de referencia y contrareferencia del Municipio y el Departamento, y son estos sistemas quienes informan cual es la IPS de mayor nivel de complejidad que recibirá al paciente (en el caso que nos ocupa fue remitido a la Clínica San Fernando) y de la misma forma asignan ambulancia para el traslado del paciente”*. Propuso como excepciones la inexistencia de responsabilidad e innominada.

Llamó en garantía a Liberty Seguros S.A.

La Clínica de Occidente se opuso a las pretensiones. Argumentó que se atendió al paciente para salvarle la vida, para ello se realizaron los estudios diagnósticos y procedimientos terapéuticos ordenados por el equipo de salud. Dijo que la clínica se encuentra debidamente habilitada, su cuerpo médico es idóneo y cuenta con el certificado de calidad. Propuso como excepciones “inexistencia de vínculo legal que legitime solidaridad de la Clínica de Occidente S.A con los demandados”, falta de legitimación en la causa por pasiva, inexistencia del nexo causal, ausencia de cargos ciertos, ausencia de responsabilidad, cumplimiento de la obligación de medio, cobro de lo no debido e innominada.

Llamó en garantía a Seguros Allianz S.A.

Liberty S.A contestó la demanda. Dijo que el hecho dañoso no es consecuencia de una negligencia de la ESE Red de Salud de Ladera, pues la clínica brindó la infraestructura física y humana calificada para el tratamiento quirúrgico. Debató los perjuicios pedidos. Propuso como excepciones la de inexistencia de relación o vínculo de causalidad, la obligación del servicio médico es de medio y no de resultado, cumplimiento de los protocolos, inexistencia de pruebas que acrediten los perjuicios solicitados.

Seguros del Estado S.A. contestó la demandada. Argumentó que la causa eficiente del daño no la constituyó la Clínica San Fernando S.A., que actuó conforme al protocolo científico y ético, y por ello, no se configuró el nexo causal. No estuvo de acuerdo con la tasación de los perjuicios. Argumentó que cuando el demandante ingresó a la Clínica San Fernando venía remitido de otras entidades de salud. Propuso como excepciones la del hecho de un tercero, ausencia de responsabilidad de la Clínica San Fernando S.A., indebida tasación de perjuicios, genérica e innominada.

Allianz Seguros S.A. argumentó que la atención médica prestada por COMFACAUCA fue oportuna y diligente y se desarrolló con cargo al SOAT a través del sistema SGSSS que funciona por intermedio de EPS e IPS. Argumentó que la entidad prestadora de salud remitió al paciente a una entidad de mayor nivel, Red de Salud de Ladera ESE y luego llegó a la Clínica San Fernando. Dijo que atendió oportunamente al paciente mientras estuvo bajo su control. Propuso como excepciones la de ausencia de culpa en el actuar de COMFACAUCA, ausencia de nexo causal entre las intervenciones de cuidado y control, ausencia de solidaridad, indebida tasación de perjuicios y genérica e innominada.

Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A. argumentó que no existe nexo causal, pues las entidades médicas que atendieron al demandante cuentan con personería jurídica y autonomía financiera. Propuso las excepciones de falta de legitimación en la causa por pasiva, inexistencia de responsabilidad del Municipio de Cali, enriquecimiento sin causa y genérica e innominada.

La **previsora Seguros** dijo que se debió acreditar la producción del daño, pues no se demostró que la Red de Salud de Ladera incurrió en una conducta dañosa y corresponde al demandante demostrar el nexo causal. Propuso como excepciones la de inexistencia de la relación o vínculo de causalidad entre la falla del servicio y el supuesto daño, obligación del servicio médico que es de medio y no de resultado, cumplimiento cabal de los protocolos y la lex artis médica, inexistencia de prueba que acrediten los perjuicios solicitados por el demandante y genérica e innominada.

3. La sentencia de primera instancia

El juzgado negó las pretensiones. Analizó cada una de las historias clínicas y concluyó que el daño no fue generado por falla en la atención médica prodigada.

4. El recurso de apelación

La parte demandante apeló. Alegó que las clínicas demandadas sometieron al demandante al “paseo de la muerte”, y de no contar con los equipos necesarios debieron estabilizarlo para evitar que su situación se agravara. Consideró que el tratamiento fue incompleto, pues la herida quedó expuesta y no se implantó el material de osteosíntesis para la respectiva recuperación, lo que generó una falla en el servicio de omisión en la utilización de los medios tecnológicos o terapéuticos necesarios. Dijo que la cirugía se realizó sin los insumos necesarios, lo que derivó en la amputación del miembro inferior. Alegó una pérdida de oportunidad.

5. Actuaciones de segunda instancia.

El asunto se asignó al Despacho 11 el **23 de julio de 2020**.

El recurso se admitió el **27 de octubre de 2020**, momento en el cual el Tribunal ordenó correr traslado a las partes para que alegaran de conclusión y al Ministerio Público para que rindiera concepto.

6. Alegatos de segunda instancia.

El Ministerio de Salud y Protección Social, la Clínica de Occidente, COMFACAUCA, el Municipio de Santiago de Cali, Seguros del Estado, Mapfre Seguros Generales y Liberty Seguros S.A, reiteraron los argumentos de la contestación de la demanda. Allianz Seguros S.A. solicitó la confirmación de la sentencia de primera instancia. El demandante reiteró los argumentos de la demanda y del recurso de apelación. El **Ministerio Público** no rindió concepto.

II. CONSIDERACIONES.

1. Presupuestos Procesales.

a) Competencia.

El Tribunal es competente para conocer el recurso de apelación contra una sentencia de primera instancia proferida por un juez administrativo de Cali.

Se pronunciará los solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante, sin perjuicio de las decisiones que deba adoptar de oficio, en los casos previstos por la ley, como lo dispone el artículo 328 del C.G.P., aplicable por remisión expresa del artículo 306 del C.P.A.C.A.

b) Caducidad de la acción y conciliación prejudicial.

De conformidad con lo dispuesto en artículo 164 numeral 2, literal i) del C.P.A.C.A, la acción de reparación directa caducará al vencimiento del plazo de dos (2) años, contados a partir del día siguiente del acaecimiento del hecho.

La amputación del miembro inferior izquierdo del demandante ocurrió el **25 de agosto de 2013**, por tanto, la caducidad operaba el **26 de agosto de 2015**. La solicitud de conciliación prejudicial fue radicada el **24 de agosto de 2015** y el acta de no conciliación se elaboró el **5 de octubre de 2015**. La demanda fue presentada el **6 de octubre de 2015**, de manera oportuna.

2. Problema Jurídico.

¿Se probó la falla del servicio médico en la atención prodigada al señor Henry Possu Caicedo a partir del 8 de agosto de 2013 en la Red de Salud Ladera ESE, CONFACAUCA, Clínica San Fernando S.A. y la Clínica de Occidente S.A; y el nexo causal con la amputación de su miembro inferior izquierdo?

3. Tesis de la Sala.

Los medios probatorios aportados no permiten concluir que los demandados incurrieron en una falla en la prestación del servicio médico asistencial, por tanto, se confirmará la sentencia que negó las pretensiones.

4. Régimen de imputación de responsabilidad aplicable.

La jurisprudencia del Consejo de Estado, como órgano de cierre de la jurisdicción contenciosa administrativa, ha declarado que la responsabilidad patrimonial del Estado

por la prestación de los servicios médicos – asistenciales se enmarca en el régimen subjetivo, bajo el título de imputación clásico de falla del servicio¹.

En tal virtud, corresponde al demandante probar la concurrencia de los tres elementos fundamentales que la integran, a saber:

- 1.- El daño antijurídico sufrido.
- 2.- La falla en el servicio propiamente dicha, que consiste en la deficiente o inoportuna prestación del servicio.
- 3.- La relación de causalidad entre el daño y la falla².

Sobre la prueba de la relación causal entre el daño y la falla ha manifestado la alta corporación³:

“Actualmente, la jurisprudencia aplica la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo de causalidad entre ésta y aquel, **sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria:**

Prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño.

Se acoge dicho criterio porque además de ajustarse a la normatividad vigente (art. 90 de la Constitución y 177 del Código de Procedimiento Civil), resulta más equitativa.

... la prueba indiciaria, que en esta materia es sumamente relevante, con la historia clínica y los indicios que pueden construirse de la renuencia de la entidad a aportarla o de sus deficiencias y con los dictámenes que rindan las entidades oficiales que no representan costos para las partes.

...

En materia médica, para que pueda predicarse la existencia de una falla, la Sala ha precisado que es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso⁷. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance⁸.”

En cuanto al error en el diagnóstico precisó el Consejo de Estado⁴:

“Uno de los momentos de mayor relevancia en la prestación del servicio médico lo constituye el diagnóstico. Sobre la importancia de este acto médico, ha señalado la doctrina: Puede afirmarse que el diagnóstico es uno de los principales momentos de la actividad médica, pues a partir de sus resultados se elabora toda la actividad posterior conocida como tratamiento propiamente dicho. De allí que el diagnóstico se termina convirtiendo en un elemento determinante del acto médico, ya que del mismo depende el correcto tratamiento o terapéutica. “Cronológicamente el diagnóstico es el primer acto

1 Al respecto, se puede consultar, entre otras, las sentencias de 31 de agosto 31 de 2006, expediente 15772, C.P. Ruth Stella Correa; sentencia de 3 de octubre de 2007, expediente 16402, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; sentencia de 28 de febrero de 2011, expediente 18515, C.P. Stella Conto Díaz del Castillo; y la sentencia de 28 de abril de 2011, expediente 20027, C.P. Danilo Rojas Betancourt.

2 Consejo de Estado, Sección Tercera, Sub-sección B. Sentencia de 30 de octubre de 2013. Expediente con radicación 66000-23-31-000-1998-00181-01 (24985). C.P. Dr. Danilo Rojas Betancourt.

3 Consejo de Estado, Sección Tercera, Sub-sección B. Sentencia de 30 de octubre de 2013. Expediente con radicación 66000-23-31-000-1998-00181-01 (24985). C.P. Dr. Danilo Rojas Betancourt.

4 Consejo de Estado, Sección Tercera, Consejera ponente: RUTH STELLA CORREA PALACIO Bogotá, D.C., nueve (9) de junio de dos mil diez (2010) Radicación número: 05001-23-26-000-1992-01147-01(19276)

que debe realizar el profesional, para con posterioridad emprender el tratamiento adecuado”.

Las fallas en el diagnóstico de las enfermedades y el consecuente error en el tratamiento están asociadas, regularmente, a la indebida interpretación de los síntomas que presenta el paciente o a la omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto. Por lo tanto, cuando el diagnóstico no es conclusivo, porque los síntomas pueden indicar varias afecciones, se incurre en falla del servicio cuando no se agotan los recursos científicos y técnicos al alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente”.

En esa misma línea argumentativa fijó el criterio de valoración que debe aplicar el juez para establecer la imputación de responsabilidad, así⁵:

“Puede sostenerse que en los casos en los que se discute la responsabilidad de la administración por daños derivados de un error de valoración, la parte actora tiene la carga de demostrar que el servicio médico no se prestó adecuadamente porque, por ejemplo, el profesional de la salud omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban; no sometió al enfermo a una valoración física completa y seria; **omitó utilizar oportunamente todos los recursos técnicos a su alcance para confirmar o descartar un determinado diagnóstico**; dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente, **incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad**.

Por su parte, el juez deberá hacer un análisis riguroso y completo de los medios a su alcance para establecer si hubo o no falla. En especial, deberá examinar la información consignada en la historia clínica con el fin de establecer qué acciones se llevaron a cabo para orientar el diagnóstico de la enfermedad. También deberá apelar, en la medida de lo posible, al concepto de peritos o expertos para aclarar aspectos de carácter científico que escapen a su conocimiento. No obstante, dada la complejidad de los factores que inciden en la exactitud del juicio, **el juez tendrá que ser en extremo cuidadoso al momento de valorar esta prueba pues resulta relativamente fácil juzgar la conducta médica ex post. Por ello, la doctrina ha señalado que “el juez y los peritos deben ubicarse en la situación en que se encontraba el médico al momento de realizar dicho diagnóstico”** (se subrayó).

Conforme a lo anterior, para declarar la responsabilidad patrimonial del Estado por error en el diagnóstico, la parte actora debe acreditar que:

1. Se incurrió en un error inexcusable por haber ignorado o interpretado equivocadamente la sintomatología que presentaba el paciente en cada una de las oportunidades en las que fue valorado.
2. Se dejaron de practicar los procedimientos recomendados por la ciencia médica para obtener un diagnóstico acertado de la patología que lo aquejaba.
3. El fallador debe valorar la atribución de responsabilidad ubicándose en la situación en que se encontraba el médico al momento del diagnóstico del paciente.

5. Material probatorio recaudado.

Obra en el proceso las siguientes pruebas:

⁵ CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA SUBSECCION B Consejero ponente: DANILO ROJAS BETANCOURTH Bogotá D. C., treinta y uno (31) de mayo de dos mil trece (2013) Radicación número: 54001-2331-000-1997-12658-01(31724)

1. Historia Clínica **CONFACAUCA Puerto Tejada.**

Fecha: 18 de agosto de 2013	
Hora: 8:23 PM	
Cierre de consulta 10:53:30 pm	
Prioridad (i) Emergencia inmediata Rojo,	
Anamnesis	
Motivo de Consulta	Accidente de tránsito Hace una hora sufre accidente de tránsito al movilizarse en una moto causándose múltiples traumatismos: fractura de miembro inferior izquierdo con herida que compromete piel y tejido celular subcutáneo. Fractura expuesta de tobillo izquierdo con sangrado moderado de heridas. Se inmoviliza, estabiliza y se canaliza con solución salina. Fue trasladado a la unidad de traumatología. Se percibe aliento alcohólico leve. 21:40 Paciente trasladado al área de traumatología en buenas condiciones clínicas y hemodinámicas, coherente, alerta.
Diagnóstico	Presuntivo: Fractura del Maleolo Interno PPAL: Fractura de la pierna, parte no especificada. Diagnóstico: Traumatismo superficial del tronco, nivel no especificado.
Datos de Egreso del paciente	Motivo del Egreso: Vivo Destino Alta Urgencias Diagnóstico de egreso: Fractura de la pierna, parte no especificada.
HISTORIA CLÍNICA	
18/08/2013	
Hora 8:23 pm	
Ingresa paciente al servicio consciente orientado en TLYP traído por los bomberos voluntarios en compañía de su familiar, pte manifiesta haber presentado caída desde su moto por colisión con otra moto en accidente de tránsito, PTE se observa con FX expuesta en mii (sic) con abundante sangrado, es valorado por el Dr. Cogollo quien ordena canalizar vena PTO que se realiza limpieza de herida la cual se deja cubierta con vendaje compresivo por abundante sangrado, procedimiento que se realizan sin ninguna complicación, posteriormente el PCTE es comentado con el grupo de trauma y es aceptado por el Dr. Bacal, grupo que hace cargo del PCTE es entregado a la aux de turno “(...)”, PTE es dejado en el servicio en camilla para vigilar evolución y definir conducta SV estables.	
19/08/2013	Procedimiento de cirugía ortopédica
Servicio de egreso	

Obra la nota quirúrgica de la intervención realizada al demandante por el cirujano Dr. Bacal y el diagnóstico fractura de tibia. Se describió el procedimiento y hallazgos quirúrgicos en el pie izquierdo, empero, es ilegible. En otra nota suscrita por el mismo profesional, igualmente ilegible, se puede extraer que se realizó un lavado y desbridamiento.

La Sala deja evidencias de los documentos relacionados:

A. IDENTIFICACIÓN			Hoja No. <i>Demanda</i>	
1er Apellido	2do Apellido	Nombres	No. Historia C	
<i>Rosero</i>	<i>Carvedo</i>	<i>Henry</i>	<i>760443</i>	
Servicio		Sala o cuarto	Cam.	
<i>Traumatología</i>		<i>ortopedía</i>	<i>8</i>	
DIAGNOSTICO			OPERACIÓN	
<i>Fr. tibia poral</i>				
PRE OPERATORIO			PROYECTADA:	
<i>Linea fractura exp. red. fr.</i>				
POST-OPERATORIO			ELECTIVA:	EMERGENCIA:
<i>Redu.</i>			PELEATIVA	
EQUIPO OPERATORIO				
CIRUJANO:			INSTRUMENTADORA:	
<i>Bacal</i>				
PRIMER AYUDANTE:			CIRCULANTE:	
<i>Swag</i>				
ANESTESIOLOGO:				
<i>Jesus Basso</i>				
FECHA DE OPERACIÓN(DD/MM/AA)			<i>8-16-13</i>	
HORA DE INICIO:			HORA DE TERMINACIÓN:	
DIERESIS:				

EXPOSICIÓN: BARRERA física cuerpo y antena del cuerpo expuesto
se presenta lado cefálico delidando el cuerpo
*Muebles para de refugio, entran en y afuera de
señales blancas; la parte redondeada que con ped
fuerza de asfalto, sin fricción de gte; ni fudica
terrores blancos con aumento, fudica leon de sobre
EXPLORACIÓN Y HALLAZGOS QUIRÚRGICOS: fudica entera
Muebles cefálicos: secciona adha de fudica
se iden fudica - y se afuera fudica blanc
cuello del U cuerpo.
En 2º tipo - secciona de colgado
Shilgucia de fudica.
COMPLICACIÓN DEL ACTO OPERATORIO: 00000001
Primeros - Reunido
Alto. Muebles de fudica del do A. Bacal
ORTODONCIA TRAUMATOLOGIA
C.C. 16600451
R.M. 16306-84

1er Apellido	2do Apellido	Nombres	No. Historia Clínica
Passo	Caceres	Henry	76044354
Servicio	Sala e cuarto	Cama	
Traumatología			

DIAGNOSTICO: fudica
PRE OPERATORIO: fudica fudica, fudica
POST-OPERATORIO: fudica
OPERACIÓN: PROYECTADA: ELECTIVA: EMERGENCIA: PELEATIVA:
EQUIPO OPERATORIO
CIRUJANO: BARRERA INSTRUMENTADORA:
PRIMER AYUDANTE: fudica CIRCULANTE:
ANESTESIOLOGO: fudica
FECHA DE OPERACIÓN(DD/MM/AA) 8-16-13
HORA DE INICIO: HORA DE TERMINACIÓN:
DIERESIS:
EXPOSICIÓN: BARRERA física cuerpo del cuerpo expuesto
lado cefálico delidando fudica fudica
fudica fudica de 2-5 fudica, fudica fudica fudica
En 2º tipo se secciona colgado
fudica fudica y se fudica
EXPLORACIÓN Y HALLAZGOS QUIRÚRGICOS: fudica fudica
COMPLICACIÓN DEL ACTO OPERATORIO: No - Puede haber
fudica fudica
000000024

En la nota de evolución médica del 19 de agosto de 2013 de la IPS Trauma, el doctor Bacal consignó que habló con la familia del paciente y explicó la posibilidad y riesgo de pérdida del pie por el compromiso de tejidos blandos.

También obra una fórmula sin fecha suscrita por el galeno, donde prescribe lo siguiente:
i) placas tibias proximal medial en T lateral, ii) alambre 1.8, iii) nota ilegible y iv) grapas.

El **19 de agosto de 2013** el ortopedista Jimmy Bacal del Grupo Traumas SAS informó al Hospital Cañaveralejo que el señor Henry Possu Caicedo fue intervenido quirúrgicamente en la IPS GRUPO TRAUMA. Anotó que *“El material de osteosíntesis ya se solicitó, pendiente por recibir el día de mañana por parte de la casa médica Osteo Ltda., con la instrumentadora quirúrgica Nataly Vinasco”*.

2. Historia Clínica **Red de Salud de Ladera- Clínica Cañaveralejo.**

Fecha de apertura	19 de agosto de 2013 a las 7:29 pm
Enfermedad actual	Paciente víctima de accidente de tránsito moto vs moto en el día de ayer a las 7 pm en Puerto Tejada donde fue valorado por ortopedia y posterior desbridamiento de herida al parecer por gravedad de la misma, el paciente es comentado al Dr. Bacal y aceptado en urgencias por el Dr. Miguel Prado.
Examen físico	Observa paciente con inmovilizador de yeso desde “(…)” hasta el pie, con sangrado escaso.
Conducta a seguir	Hospitalizar Hartman CC para 12 horas Dieta blanda hasta las 12 pm ayuno desde esa hora. Cefalotina ampolla 1 GR EV cada 8 horas Gentamicina 160 MG EV al día. Hemoclasifiación TP, PTT, y Reserva 2 U Tramadol 100 MG cada 8 horas Programar para cirugía mañana
Evolución del 20 de agosto de 2013 Hora: 2:00 pm	Evolución: 36 años, masculina herida de accidente de tránsito el día 18 -08-2013 se estrelló contra otra moto presentando fractura en la tibia y el peroné de la pierna izquierda, en Puerto Tejada le realizaron lavado + desbridamiento por parte del doctor Jimi Bacal y lo remite a Cali para ser hospitalizado en este centro, al ingreso tiene HB 8, niega anemia de células falciformes o enfermedad renal de base...”
Nota de enfermería Fecha: 20/08/2013 Hora: 3:50 pm	Recibo paciente de 36 años en el servicio de urgencias en camilla despierto normotermínco, 02 al medio ambiente con vena periférica en MSD recibiendo LEV permeable, sonda vesical a drenaje por lo cual se observa salida de orina hematúrica, con TX en pierna izquierda cubierta con férula y vendaje cubierto levemente de sangre. Se toman signos vitales temperatura 39. Nota: Administra Dipirona x 2.5GR, diluido en Buretrol a goteo lento, se drena 700CC de orina hematúrica, se comenta Clínica San Fernando por orden del Dr. Posada pendiente traslado.
Nota de enfermería Fecha: 20/08/2013 Hora: 6:12 pm	Temperatura 38.0 C Nota: 6 PM paciente quien valorado por el doctor Prado, familiar refiere llevárselo por sus propios medios en taxi, ya que lleva tiempo de espera de ambulancia, pero familiar insiste en llevarse el paciente, egresa del servicio en compañía de familiar, consciente, orientado, al momento afebril.

3. Historia clínica de **la Clínica San Fernando.**

Fecha de ingreso: 20/08/2013 Hora: 18:19:55 Departamento: Urgencia.	
Motivo de consulta y enfermedad actual	
2013-08-20 Horas 22:54	Motivo de consulta: Remitido del Hospital Cañaveral por la complejidad del trauma fractura expuesta de extremidad inferior izquierdo.
Diagnóstico	Presuntivo: Fractura del Maleolo Interno PPAL: Fractura de la pierna, parte no especificada. Diagnóstico: Traumatismo superficial del tronco, nivel no especificado.
	Enfermedad actual: Presenta traumatismo complejo del miembro inferior izquierdo con fractura múltiple. Expuesta lesión de estructuras osteoligamentosas en rodilla, pie y tobillo izquierdo CC de aproximadamente 48 horas de evolución. El día 19/08/2013 se le realizó lavado y desbridamiento.
Examen físico	Extremidades: Anormal: Deformidad en miembro inferior izquierdo, avulsión de tejidos, extensa fractura de tibia y peroné, rodilla y tobillo. Piel y faneras: Anormal: palidez generalizada
Hora 23:10	Especialidad: Médico de Urgencias Paciente con descendencia afrocolombiana quien se observa palidez generalizada en piel y tegumentos, luce sudoroso, palidez generalizada. Se debe cruzar y transfundir 3 URI GR Extremidad inferior izquierda vendaje con Férula posterior al muslo y pie Se ordena manejo con el Dr. Bacal.
Hora 1:47	RX de pierna izquierda se evidencia fractura de la diáfisis de la tibia Rodilla inestable, además en tobillo tibia y peroné fractura expuesta. Se inicia terapia antimicrobiana adecuada y se ordena trasladar a piso a cargo del Dr. Bacal
Hora: 02:05	Médico urgencias. Paciente con politraumatismo víctima de accidente de tránsito quien presenta traumatismos complejos de extremidad izquierda, rodilla, pierna, tobillo, además, sx anémico secundario a pérdida sanguínea por área de trauma. Recibos paraclínicos los cuales están alterados, hemograma leucocitos neutrofilia hemoglobina 7,2 GR/DL se orden cruzar y transfundir e UI GR Hemoclasificación A positivo extendido periférico alterado anisocitosis hipocromía microcitosis. Trasladar a hospitalización para manejo integral.
Hora: 8:50	Especialidad: médico general Fractura de diáfisis de tibia izquierda expuesta Rodilla inestable Fractura del peroné expuesta Fractura de tobillo expuesta SD anémico secundario. T 36.6 C EXT feruma en pierna izquierda. Pulsos disminuidos, con hematoma pequeño estable frialdad distal. A/P paciente con signos blandos de lesión de lesión vascular. Por lo cual considero solicitar Angiotac de miembro inferior izquierdo para descartar lesión vascular.
11:20	Paciente de 36 años quien presenta accidente de tránsito con trauma en miembro inferior izquierdo hace 72 horas en Puerto Tejada. Presenta fractura metafisiaria proximal de tibia. Herida en cara anterolateral de pie con exposición de tendones y alto grado de contaminación. Se realiza lavado y desbridamiento de herida en pie en Puerto Tejada donde no se evidencia lesión vascular a ningún nivel de la extremidad. Se decide traslado a la ciudad de Cali para manejo de la fractura y de su lesión de tejidos blandos en pie. En el examen

	físico de hoy se evidencia lento llenado vascular en 1er 2do 3er artejos pie izquierdo. Ausencia de pulso pedio y distal posterior. Se decide realización de estudio imagenológico Angiotac como parte del estudio vascular y definir pronóstico y manejo. Se solicita material de osteosíntesis placa para tibi proximal medial y lateral. Se solicita valoración por cirugía vascular. Se hospitaliza. FX de tibia izquierdo Herida pie izquierdo lesión vascular? Plan Nada vía oral Cedazolina Gentamicina Tramadol Dipirona SS Angiotac Valoración por cirugía vascular Se solicita turno para cirugía CSV AC Hemograma
12:16	Paciente valorado por el ayudante de Bacal quien solicita hospitalizar Dr retira vendaje el cual ya tenía mal olor se realiza curación con 500 de SSN en herida de pie izquierdo en región dorsal y lesiones en rodilla y pierna se deja cubierto con gaza y furacin se adiciona antibiótico. Dr. Refiere que el paciente lo llevaran hoy a CX a las 19 HS se deja sin nada vía oral, además solicita valoración por CX vascular y toma de Angitac de MII el cual está en trámite en CL Rey David P Turno.
21-08-2013 Descripción quirúrgica	La redacción es ilegible, pero se desprende que no hay presencia de pus y el pie tiene olor fétido. El procedimiento fue realizado por el Dr. Bacal.
EVOLUCIÓN	
22/08/2013 Hora: 11:30	Se anota que el paciente fue remitido a la Clínica de Occidente
22/08/2013	Ortopedia. IDX: 1) FX de tibia expuesta grado II 2) lesión vascular pendiente microvascular. 3) Defecto cobertura pie A/P paciente estable termodinámicamente, ayer se realiza nuevo lavado y desbridamiento de pie, con hallazgos relevantes tejido desvitalizado, olor fétido, no secreciones “(...)” se toma cultivo de herida y se reduce luxación de hueso de “(...)” y se fija con osteosíntesis. Se decide no reducción y osteo de tibia por riesgo alto de infección, se inmoviliza con férula. Estamos a la espera de cultivo y de traslado a la C. Occidente para continuar

4. Historia clínica de **la Clínica de Occidente**

Fecha de ingreso: 23 de agosto de 2013 Fecha de egreso: 5 de septiembre de 2013	
	Remitido de San Fernando para manejo vascular. Paciente con accidente de tránsito el día domingo en la noche al cual se le dio DX de fractura expuesta donde le han realizado 2 lavados y debridación el día miércoles llevado a CX para “corción QX de la fractura, ss valoración por CX vascular por la distribución de la herida y por cambios en la sensibilidad y movilidad del paciente es valorado por el Dr. Dueña en periferia quien refiere remitir a esta institución para manejo y valoración. En el momento paciente ingresa en camilla con dolor en el pite fétido y ALT de la movilidad PAT niega alérgicos niega MCTOS Vancomicina QX lavados y desbridamientos y corrección con clavos en el sitio de la fractura.
10:12	“(...)” hace 6 días manejo medicamento con desbridamiento y estabilización por fractura expuesta tibia izquierdo y la luxación con herida abierta en región de pie izquierdo remitido a esta institución, no tiene estudio angiográfico. Presenta herida expuesta de cara dorsal de cuello de pie con algunas suturas, antepie hipotérmico sin sensibilidad y movilidad no cianótico, plan recomendado- antibioticoterapia, ex de laboratorio para valorar estado séptico general, si hay condiciones, angiografía y valoración por ortopedia, se explica a familiar y paciente “(...)”.

13:48	Traumatólogo – ortopedista Paciente tuvo fracturas expuestas en pie y patillo tibiales izquierdos, asociándose a lesiones de tejidos blandos en pierna, tobillo, pie IPSLATERALES. Atendido en Puerto Tejada donde se realizó manejo inicial y se lavaron las heridas. Luego valorada en Clínica San Fernando donde se realizó nuevo lavado, desbridamiento y Osteosíntesis en pie izquierdo. Se observa deformidad en rodilla izquierda asociado a herida infrapatelares. En tobillo y dorso de pie izquierdo presenta pérdida de tejido blandos y fetidez. Se observan clavos de kirschener percutáneos. Los pulsos distales están muy difíciles de palpar y hay frialdad desde tercio medio de pierna y pie izquierdo. Rx Muestra fractura de platillos tibiales izquierdos y osteosíntesis en medio pie. Paciente con severa lesión en “MII” con atrición de tejidos blandos y posible lesión vascular. Tiene pronóstico reservado y se le explica al PTE que existe riesgo de perder la extremidad afectada.
16:19	Se explica procedimiento a paciente y familiar, se realiza curación en miembro inferior izquierdo en pierna y dorso de pie izquierdo, se observan múltiples laceraciones sin signos de infección, no salida de material purulento ni sanguinolenta. Se observa herida en dorso de pie izquierdo con exposición de tendones musculo y hueso, con olor fétido sin salida de material purulento, se irriga con suficiente solución salina y gasas impregnadas con clorhexidina, “(…)” y se realiza vendaje compresivo “(…)”
16:34	Se ingresa al paciente al quirófano para desbridamiento, reducción abierta de fractura platillos tibiales y colocación de tutores externos.
24/08/13 09:20	Paciente con isquemia crítica de pierna izquierda postraumática, fue llevado a cirugía ortopédica antepie hipotérmico que se ha conservado así en 6 días de evolución. Se inicia tratamiento médico con prostaglandinas como alternativa médica paliativa de salvamento de pierna.
25 de agosto de 2013	Se habla con familia y el paciente, son conscientes del estado de su extremidad. No es viable, frialdad total de pierna y pie izquierdo, mal olor, se pasa a turno para cirugía de amputación. Paciente con evolución clínica estable, pero con isquemia crítica del miembro inferior izquierdo por lo cual ortopedia definió que la extremidad no es viable y decidieron amputación al nivel del miembro inferior izquierdo. Riesgo de mayor infección.
14:30	Descripción técnica quirúrgica. Bajo raquídea más sedación. Asepsia miembro inferior izquierdo, se observa severa necrosis licuefacción de tejidos y fetidez del pie y pierna izquierda, se efectúa amputación por debajo de la rodilla buscando el límite más distal del músculo sano para darle un buen muñón. Se hace la amputación por debajo de la rodilla conservando colgajo miocutáneo posterior “(…)” cierre parcial del muñón, vendaje bultoso, toleró el procedimiento.
Diagnóstico de egreso	Infección local de la piel y del tejido subcutáneo, no especificada. Amputación de miembros.
13/09/13	El 18 de agosto 13 ACC moto Trauma severo de pierna izquierda. Fractura EXP GII lesión vascular. Gangrena pierna izquierda. Amputación por debajo de la rodilla. Hoy en control sin dolor sin fiebre herida de muñón que se dejó parcialmente abierta para cierre por segunda atención con buen tejido de granulación. Buena movilidad del muñón. Se da de alta por ortopedia continua con fisioterapia para proceso de adaptación de prótesis izquierdo. Continúa con su curación diaria.

5. En el legajo obran los siguientes testimonios:

-**Jorge Eliecer Diaz** (testimonio solicitado por Confacauca). Médico coordinador de Confacauca. Para la fecha de los hechos estaba en el área de urgencias de la Clínica, y conoce del caso porque el antiguo director se lo comentó, pero no atendió directamente

al paciente. Relató que el demandante ingresó a la institución por accidente de tránsito que le ocasionó una fractura expuesta en la tibia el pie izquierdo, por lo que fue catalogado como emergencia de nivel 1. Se llevó a cabo el protocolo de atención descartando lesiones concomitantes a la tibia, se estabilizó hemodinámicamente y con el apoyo de enfermería se hizo manejo de la herida, pero por su complejidad se remitió al Grupo Trauma SA que tenía un convenio con la clínica. En la institución de destino fue recibido por el Dr. Bacal, ortopedista. **Explicó que la fractura expuesta es una lesión en la que se pierde la continuidad del hueso y se comunica al exterior a través de una herida que compromete los tejidos blandos, ya sean que los fragmentos fracturados del hueso puedan ser visibles o no.** Explicó que la clínica CONFACAUCA es de primer nivel y la atención la hacen médicos generales, si el paciente requiere una atención especializada se remite al nivel correspondiente. El demandante ingresó a las 7:54 pm y se le brindó la primera atención, se le limpió la herida y se realizó hemostasia con un vendaje oclusivo para evitar el sangrado, posteriormente aparece la nota de remisión porque debía ser visto por un ortopedista, el egreso se dio a las 10:56 pm, es decir, estuvo en la institución por tres horas. Dijo que el paciente fue remitido, por su cercanía, al Grupo Trauma S.A.S. con el que, además, tenía una relación contractual como concesionario del espacio físico para atender a los pacientes de traumatología y ortopedia y porque era la única entidad en el municipio que prestaba los servicios de ortopedia. Dijo que el Dr. Bacal hacía parte del grupo médico de TRAUMA S.A., y no estaba vinculado con CONFACAUCA. Explicó que, cuando una extremidad se pone necrótica, con olor fétido y signos de licuefacción de tejidos, la parte comprometida debe ser amputada y así se evita que la infección se extienda y comprometa la vida del paciente, pues la infección puede ocasionar una sepsis, infección de todos los sitios orgánicos, una falla multisistémica y la muerte del paciente. Informó que las fracturas expuestas se clasifican en varias categorías según el grado de exposición, según el tamaño de la herida que ponga en contacto el hueso con el exterior y según la exposición de los nervios, tejidos blandos y de la parte vascular. Dependiendo del tamaño de la herida puede contaminarse el hueso, por lo que una de las complicaciones de las heridas expuestas es que se infecten. Explicó que en ocasiones es necesario explorar la herida a través de una cirugía, para determinar el grado de la lesión padecida y teniendo en cuenta los hallazgos exploratorios evidenciados, podría culminarse posteriormente. Declaró que cuando los fragmentos del hueso no están desplazados, pueden ser alineados y estabilizarse la fractura con una medida de inmovilización a través de un yeso, pero si la fractura esta desplazada y los fragmentos del hueso están desalineados, se utiliza el material de osteosíntesis que son elementos metálicos como clavos, tornillos o placas con los cuales se busca poner en contacto los fragmentos óseos para devolver la integridad ósea y generar la estabilidad necesaria para que el hueso se consoliden. Explicó que el desbridamiento es retirar el tejido muerto que puede predisponer a la parte infecciosa. Expuso que Grupo Trauma SAS presta servicios de segundo nivel en el área de ortopedia y reumatología. *“Explicó que generalmente sí ocurre una infección por proliferación bacteriana, la colonización de las bacterias puede suceder en 6 horas”.*

-Jair Coll Valencia. Médico de la Clínica de Occidente con especialidad en cirugía y traumatología que atendió al paciente el 23 de agosto de 2013. Dijo que el afectado ingresó a la clínica en malas condiciones generales, con un miembro necrosado o gangrenado y con anemia, por lo que se decidió realizar la amputación de la pierna izquierda. Explicó que la herida que tenía era grado tres expuesta con un posible compromiso vascular, no solo por la ruptura de los huesos sino el compromiso de los tejidos blandos que en últimas define el pronóstico de la extremidad. Informó que el 25 de agosto se realizó nuevamente otra cirugía de lavado y desbridamiento, necesaria para erradicar los residuos de tejido necrótico, y al ser un procedimiento doloroso para el paciente se realizó bajo anestesia. Afirmó que este es el procedimiento idóneo para limpiar las heridas, hasta que se genere un tejido de granulación. Recuerda que el paciente egresó de la Clínica de Occidente aproximadamente el 9 de septiembre y posteriormente lo vio en silla de ruedas con la herida limpia. Reiteró que cuando el paciente ingresó a la clínica, la herida de la pierna izquierda estaba fétida, que es un indicativo de necrosis o muerte de los tejidos y su presencia genera un riesgo de sepsis que pone en peligro la vida de la persona. Una vez se realizó la cirugía el paciente mejoró. Dijo que los tejidos blandos es el músculo, la piel, vasos, las venas, las arterias **y el**

paciente tenía un compromiso muy serio. Expuso que es más importante el compromiso de los tejidos blandos que de los huesos. **Dijo que estos pacientes “de alta energía y con gran contaminación tienen un alto riesgo de padecer infecciones; y fuera de eso la complicación más severa que es la gangrena y la amputación, como es el caso de Possu, entonces hay una causa y efecto muy clara”.** Explicó que la infección se adquiere secundariamente al trauma, **“hay un daño en los tejidos blandos, el hueso y todas estas cuestiones y la contaminación que existe en el medio rural, todo eso contribuye, todo esos son factores que contribuyen a que se empeore el pronóstico del paciente”.** Explicó que los médicos lo que hacen es tratar de salvar la extremidad y la última opción es la amputación previa junta médica interdisciplinaria. Explicó que en el nivel I de atención están los centros de salud que manejan casos que requieran manejo ambulatorio, exámenes básicos, pero si se requiere de una hospitalización se tendría que remitir a un nivel 3 o 4. Dijo que el Nivel 2 son hospitales con más recursos médicos pero con limitación de diagnósticos. En este estado de la diligencia el apoderado de Confacauca afirmó que esa entidad es nivel uno y en ese entendido, indagó al galeno sobre la atención que se debió brindar en esta institución, al respecto, el doctor dijo que los médicos de este nivel están capacitados para brindar primeros auxilios y atender pequeñas emergencias, lavado de heridas, inmovilización de fracturas, colocar líquidos, iniciar antibióticos y remitir al paciente. El médico expuso que con el señor Possu debió ser atendido en un hospital nivel 3 o 4 como lo es la clínica San Fernando o la Clínica de Occidente entre otras. Para evitar el desenlace de la amputación, el galeno dijo **“que es muy complejo decir evitar, pues lo que se hace es lavar al paciente, desbridarlo, llevarlo a cirugía, lavarle lo que más se pueda, a veces estas heridas son de alta energía, y con gran compromiso de tejidos blandos y el daño que es irremediable y esos pacientes a pesar que se haga todo desafortunadamente pueden evolucionar hacia una gangrena o hacia una infección, eso realmente es casi inevitable”** y pese a que el médico realiza los protocolos que estén a su alcance como lavar y realizar el desbridamiento, **“...entrar a pronosticar el estado de la extremidad y su evolución es muy difícil y hay que esperar que el paciente evolucione que las defensas evolucionen, que los antibióticos hagan sus trabajos”.** Afirmó que la evolución del paciente llevó a la amputación del miembro. Dijo que el diagnóstico era una fractura expuesta grado 3 A, que significa que tiene gran exposición, con un gran daño tisular y un compromiso vascular. Sobre el material de osteosíntesis dijo que es utilizado por los médicos para estabilizar la fractura abierta, para que los demás especialistas como los vasculares o plásticos puedan realizar la labor que les corresponde.

-Gustavo Adolfo Bettin Diago médico de la Clínica de Occidente como traumatólogo ortopedista. Relató que en el año 2013 el señor Possu ingresó a la clínica con fractura expuesta en pie y platillos tibiales de rodilla, se procedió a inmovilizar la extremidad y recurrir al lavado desbridamiento y al tratamiento antibiótico. Explicó que en la anterior institución le había realizado lavado de desbridamiento e inmovilización parcial del pie con lavado y en la Clínica se continuó con el tratamiento de inmovilización y desbridamiento y se colocó **“un tutor externo en la pierna, posteriormente a los dos días debido al compromiso de alta energía entre dos motos y alto nivel de contaminación del área rural, la evolución de la herida no es tan satisfactoria y eso viene marcado por el alto riesgo que presentan este tipo de fracturas expuestas tipo 3 A, este tipo de fractura llevó a un alto nivel de necrosis, necrosis quiere decir tejido muerto y por consiguiente infección, entonces se recurre a la amputación”.**

Explicó que en ocasiones se realiza la amputación abierta que significa que **“se amputa al paciente, pero hay que seguir revisando la herida, muchas veces se dejan puntos de afrontamientos separados con el objetivo de revisar la herida y revisar como sigue la evolución de la infección y de los tejidos necróticos, entonces se realiza un lavado y desbridamiento de esa amputación y posteriormente se cierra la herida y se hace control por consulta externa para adecuar una prótesis”.**

Explicó que cuando los accidentes suceden en área rural con contaminación de tierra, se producen un tipo de bacteria anaerobios que muchas veces tienen esporas que sobreviven a los ambientes anaerobios, ante el medio ambiente oxigenado, **“entonces**

ellas penetran en la herida y cuando llegan a las clínicas pues se hacen los lavados y desbridamiento, todo lo que se hizo y esas bacterias anaerobias que traen tierra de la zona rural y de la calle después aparecen muchas veces anaerobias o aerobias y son difíciles de identificar por cultivos, la evolución se manifiesta generalmente con la clínica "(...)" se coloca un tutor en la extremidad y vemos que la herida continúa necrosando e infectado, entonces el hecho de ser rural es como una pista en la mayoría de las historias clínicas como un riesgo contaminante, por el hecho de ser tierra de la calle y tiempo de evolución también".

Dijo que, en la mayoría de las heridas expuestas, los cultivos son poco sensitivos o específicos y en ocasiones el manejo de los tejidos necrótico no garantiza la salvación de la extremidad. Explicó que la infección es una consecuencia secundaria de la herida expuesta, "que depende del tamaño de la herida o tiempo de evolución, los grados son 3 y el tercer grado se divide en A, B, C, el tamaño de la herida y el grado de exposición y contaminación tiene que ver mucho con el pronóstico y en la mayoría de los altos grados aumenta el riesgo de infección y amputación". Aclaró que, si no se realiza la amputación, el paciente podría fallecer.

Consideró que la remisión que hizo CONFACACUA fue adecuada, porque la herida debía ser atendida en una institución de mayor complejidad. Indicó que al tener el paciente una fractura en el pie y en la rodilla (fractura de platillos tibiales), que estaba expuestas, se deben inmovilizar con unos clavos internos y externos, estos se llaman tutores externos, y el objetivo de la estabilización es evitar un daño vascular. Dijo que cualquier herida puede terminar en una amputación, incluyendo las heridas puntiformes y para el caso del demandante, tenía una herida en la rodilla, fractura en el platillo tibial y además una fractura en el pie y al padecer múltiples fracturas en un accidente de alta energía, se aumentó el riesgo de amputación y el pronóstico suele ser reservado. Explicó que los tiempos de remisión de los pacientes pueden ser subjetivo, pues pueden existir heridas pequeñas que aparentemente no son lesivas y terminar en una amputación, como pueden presentarse heridas grandes que resultan de fácil manejo. Explicó que una necrosis se puede presentar por falta de irrigación, por edema de tejidos blandos, por la fractura de un hueso, por la infección y para el caso del demandante, la necrosis se presentó por la contaminación de la herida, la fractura en la rodilla y en el pie y el edema en los tejidos blandos.

-Juan Rodrigo Villa Barragán. Médico traumatólogo y ortopedista de la Clínica de Occidente. Trató al demandante cuando llegó a la Clínica de Occidente y realizó el procedimiento de instalación de tutor en la pierna comprometida. Encontró una herida muy deteriorada y se calificó como una fractura expuesta grado 3 Tipo A (severa), que según la literatura médica tiene el 80% de posibilidad de infección y terminar en amputación del miembro. Evidenció que los pulsos de la pierna estaban disminuidos. Explicó que el pronóstico era reservado, porque la pierna y los tejidos estaban desvitalizados, necróticos y en licuefacción. Expuso que en un nivel 1 de atención debieron lavar la herida, suministrar antibiótico y remitirlo inmediatamente. Frente a la remisión que hizo la Clínica San Fernando a la Clínica de Occidente consideró que era necesaria porque debía ser valorado por un médico vascular que realizara una angiografía que finalmente no se realizó por la infección. Dijo que los cirujanos vasculares se encuentran en los niveles 3 y 4 de atención. **Reiteró que la fractura presentada por el demandante "tienen un altísimo porcentaje de mala evolución" y así hubiera sido atendido en un nivel 3 y 4, "hubiera podido evolucionar muy parecidos", también dijo, que la posibilidad de recuperación de los pacientes con este tipo de heridas es muy baja, por el compromiso de la circulación que irriga sangre al miembro y sin esto el pronóstico es malo.**

-Interrogatorio de parte de Yadira Ríos Paz, demandante y compañera permanente del afectado.

-Interrogatorio del señor Henry Possu, demandante y paciente. Narró que ingresó a la Clínica CONFACAUCA a las 7:30 pm y posteriormente lo remitieron al Grupo Traumatólogos que estaba ubicado en la misma clínica.

6. Caso concreto.

El parte demandante pretende la reparación de los perjuicios sufridos como consecuencia de la amputación de su pierna izquierda en un procedimiento quirúrgico. Atribuyó el daño a una falla en el servicio por negligencia en el diagnóstico, la atención y en la remisión a otro nivel de complejidad.

Con el material probatorio recaudado resulta acreditada la amputación en la Clínica de Occidente el **25 de agosto de 2013**.

Corresponde entonces analizar si, como lo indica la parte demandante, es un daño imputable a las entidades demandadas a título de **falla del servicio médico asistencial**.

Al respecto la Sala encuentra probado que el señor Henry Possu Caicedo, de 36 años de edad, el **18 de agosto de 2013 a las 8:23 pm**, ingresó al servicio de la **IPS COMFACAUCA** Puerto Tejada luego de un accidente de tránsito que ocasionó múltiples traumatismos, con fractura expuesta del tobillo izquierdo, con compromiso de piel y tejido. Se realizó limpieza de la herida, se cubrió con vendaje compresivo, y se remitió al área de traumatología. A las 9: 40 del mismo día fue trasladado al área de traumatología a cargo de la IPS Grupo Trauma.

En la **IPS Grupo Trauma SAS- Puerto Tejada**, que según los testigos estaba ubicada en las instalaciones de COMFACAUCA, se llevó a cabo el lavado y desbridamiento⁶ de la tibia del pie izquierdo y se informó a los familiares del paciente la posible pérdida del pie por el compromiso de los tejidos blandos. La nota quirúrgica no tiene fecha ni hora, empero, el **19 de agosto de 2013** el médico ortopedista que lo atendió informó al Hospital Cañaveralejo que el señor Possu fue intervenido y sería remitido a la institución Quirotrauma para continuar con el procedimiento, y para ello, solicitó el material de osteosíntesis.

El **19 de agosto de 2013 a las 7:29 pm**, el señor Possu ingresó al área de urgencias de la **Red de Salud de Ladera- Hospital Cañaveralejo** para ser hospitalizado y terminar procedimiento. Se prescribieron los antibióticos entre otros medicamentos. El día **20 de agosto de 2013** se deja la anotación de remisión a la Clínica San Fernando y a las 6:12 pm egresó del hospital por sus propios medios y bajo su responsabilidad.

A las **7:19 pm** ingresó a la **Clínica San Fernando** con el diagnóstico de traumatismo complejo de miembro inferior izquierdo con fractura múltiple expuesta con alto grado de contaminación. En la institución médica se inicia terapia antimicrobiana, se toman paraclínicos y se hospitaliza. En la historia clínica se documentó que presentaba un lento llenado vascular y ausencia de pulso pedio distal posterior, por lo que se solicitó Angiotac, material de osteosíntesis para tibial proximal y lateral y cita por cirugía vascular. También se realizó transfusión de sangre.

El **21 de agosto** a las 12:16 pm se realiza la limpieza de la herida del paciente y se deja la anotación de que la extremidad presenta mal olor. **Es así como se realizó un nuevo lavado y desbridamiento del pie y se encontró el tejido desvitalizado y olor fétido, se tomó cultivo de la herida y se redujo la luxación del hueso y se fijó con osteosíntesis.** Se ordena remisión a la Clínica de Occidente para la valoración con el médico vascular.

El **23 de agosto de 2013** a las 9:43 ingresó a la **Clínica de Occidente**. Fue revisado por el traumatólogo ortopedista que evidenció que los pulsos distales eran muy difíciles de palpar y había frialdad desde el tercio medio de la pierna, por lo que informó a los familiares la posible pérdida del miembro. Ese mismo día se **practicó un**

⁶<https://www.centroulcerascronicas.com/noticias/desbridamiento/#:~:text=El%20desbridamiento%20consiste%20en%20la,el%20dolor%2C%20olor%20y%20complicaciones>.

Según la literatura médica, el desbridamiento de las heridas es utilizado para eliminar el tejido necrótico y la carga bacteriana del lecho de la herida con el fin de disminuir la infección, el dolor, olor y complicaciones.

desbridamiento, fijación externa y colocación de tutores externos. Los hallazgos de la cirugía fueron la fractura expuesta de platillos tibiales, lesiones multiformes de tejidos blandos con necrosis de tejidos y fetidez. El paciente no evolucionó satisfactoriamente al procedimiento, pues continuó con frialdad total de la pierna y del pie izquierdo y mal olor, por lo que el **25 de agosto de 2013** se amputó la extremidad afectada.

En el expediente obran los testimonios médicos de los galenos de la Clínica CONFACAUCA y Clínica de Occidente que coinciden en afirmar que se trató de una fractura expuesta con compromiso de tejidos blandos, de gran complejidad, difícil manejo y evolución, y con alto riesgo de infección por el tipo de accidente, el contacto con campo, la exposición del hueso y los tejidos blandos.

Todos expusieron que, en la mayoría de los casos, las fracturas expuestas grado 3ª, al tener gran compromiso de tejido blando, causan un daño irremediable y pueden evolucionar hacia una gangrena y amputación.

También coincidieron en indicar que el procedimiento idóneo para dar manejo al tejido infectado es el lavado y desbridamiento de la herida, cuantas veces sea necesario, sin que ello sea suficiente para garantizar la salvación de la extremidad, pues la infección es una consecuencia secundaria de este tipo de lesiones.

Teniendo en cuenta lo expuesto, no se demostró que las entidades demandadas hubieran incurrido en una omisión o mala praxis que hubiera generado la amputación del miembro inferior izquierdo del demandante.

La atención inicial que recibió en la Clínica CONFACACUA, cuyo grado asistencial es de primer nivel, fue el de limpiar la herida y cubrirla con vendaje compresivo, posteriormente, en menos de dos horas, fue remitido al área de traumatología manejada por el Grupo Trauma SAS que estaba ubicado en la misma institución médica, donde tuvo el primer procedimiento de lavado y desbridamiento de la zona afectada.

El procedimiento registrado fue el idóneo para este tipo de heridas⁷, el demandante no demostró lo contrario.

Ahora bien, frente al material de osteosíntesis, solicitado con posterioridad al proceso de limpieza y desbridamiento, no se demostró que la implantación de dicho material hubiera prevenido la infección y la consecuente amputación, pues como dijeron los galenos, su finalidad era estabilizar la herida.

Cabe advertir que el Grupo Trauma SAS no fue demandado en el presente asunto.

No demostró que en la Clínica Cañaveralejo de la Red de Salud de Ladera se hubiera realizado un indebido procedimiento, pues el demandante llegó al lugar para ser hospitalizado una vez el Grupo Trauma realizó el procedimiento. Se le suministraron antibióticos, empero la temperatura registrada fue de 39 grados y al día siguiente fue remitido a la Clínica San Fernando. El demandante no esperó a que la ambulancia lo trasladara, sino que por sus propios medios decidió llegar a la institución médica de destino.

Tampoco se encuentra probado que la Clínica de San Fernando hubiera efectuado una mala praxis, pues se suministraron antibióticos y se realizó nuevamente un lavado y desbridamiento de la pierna comprometida y se instaló material de osteosíntesis, posteriormente se remitió a la Clínica de Occidente para continuar el tratamiento con médicos vascular.

Finalmente, en la Clínica de Occidente el demandante fue atendido y se le realizó un nuevo desbridamiento, reducción abierta de fractura platillos tibiales y colocación de tutores, empero, pese al procedimiento, la pierna empeoró y tuvo que ser amputada para salvar su

⁷ <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc134d.pdf> . Fracturas Expuestas: El manejo inicial debe constar del debridamiento de la herida local que sea adecuado para limpiar y del debridamiento de todo tejido necrosado

vida. No se demostró que la atención prestada en la institución fuera demorada y negligente.

Por tanto, no se encuentra probado un daño antijurídico consecuencia de un error en el diagnóstico, la intervención o la remisión entre las instituciones médicas demandadas. El demandante no allegó un dictamen pericial o un testimonio técnico que así lo indicara.

En vista de lo anterior, la Sala de Decisión concluye que no se probó que la evolución de la enfermedad que padecía el señor Henry Possu Caicedo fue producto de una demora en el diagnóstico o una mala praxis o el llamado paseo de la muerte, pues fue atendido en todas las entidades médicas demandadas, por lo tanto, tampoco hay ninguna evidencia de pérdida de oportunidad de recuperación.

En materia de responsabilidad por falla médica, para que condenar al Estado es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica⁸, es decir, que no se empleó todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos requeridos⁹.

Pero en el caso que ocupa la atención de la Sala, la parte actora no probó dicha falla, por lo cual se impone confirmar la sentencia de primera instancia.

7. Condena en costas

El artículo 188 del CPACA consagra que salvo los procesos en que se ventile un interés público, la sentencia dispondrá la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por el Código General del Proceso, estatuto que en el artículo 365 numeral 3 establece que en la providencia del superior que confirme en todas sus partes la de primera instancia se condenará al recurrente en las costas de la segunda; las cuales serán liquidadas por el juzgado de primera instancia, según lo previsto en el artículo 366 del citado código.

Ya que la demanda se radicó el **6 de octubre de 2015** no se aplicará el Acuerdo PSAA16-10554 del 5 de agosto del 2016, sino el Acuerdo 1887 de 2003.

Teniendo en cuenta las particularidades del proceso y que el demandante resulta vencido en la apelación, se lo condenará en costas de esta instancia. Las agencias en derecho se fijan en un (1) smlmv.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia de **19 de diciembre de 2019** proferida por el Juzgado Quinto Administrativo de Cali, que negó las pretensiones de la demanda de la referencia.

SEGUNDO: CONDENAR en costas en segunda instancia a la parte demandante. Las agencias en derecho se fijan en un (1) SMLMV.

TERCERO: Notificar la presente sentencia en la forma dispuesta en la ley.

CUARTO: DEVOLVER el expediente digital al juzgado de origen, previa anotación en SAMAI.

⁸ Sección Tercera, sentencia de 25 de febrero de 2009, expediente 17149, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

⁹ Sección Tercera, sentencia de 11 de febrero de 2009, expediente 14726, C.P. Ramiro Saavedra Becerra

Esta decisión fue discutida y aprobada en Sala Virtual de la fecha y suscrita electrónicamente en la plataforma <http://samairj.consejodeestado.gov.co/> en donde se puede corroborar su autenticidad.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE



ZORANNY CASTILLO OTALORA
Magistrada



VICTOR ADOLFO HERNANDEZ DIAZ
Magistrado



ANA MARGOTH CHAMORRO BENAVIDES
Magistrada