

Señor

MAGISTRADOS DEL HONORABLE TRIBUNAL SUPERIOR DE VALLEDUPAR

M.P Hernán Mauricio oliveros Motta.- Magistrado Ponente

E.S.D

| |
|--|
| <p style="text-align: center;">SE SUSTENTA RECURSO DE APELACIÓN</p> |
|--|

Referencia: Verbal de mayor cuantía

Radicado: 20001-31-03-0004-2018-00005-00

Demandante: Olmar Monsalvo Fuentes y otros

Demandado: Clínica del Cesar S.A y otros

En mi condición de apoderada de la parte demandante, estando dentro de la oportunidad legal, respetuosamente me permito sustentar el Recurso de apelación interpuesto en contra de la sentencia de primera instancia proferida dentro del asunto en referencia:

SUSTENTACIÓN

La parte demandante presentó diferentes reparos en contra de la decisión de primera instancia.

- **Encuentro, sin embargo, que varios reparos, guardan relación entre sí, y pueden ser sustentados con los mismos argumentos, tales reparos son los siguientes:** *Reparo sobre la decisión del Despacho de declarar probadas las excepciones propuestas por la parte demandada (excepción de falta de nexo causal) / Reparo contra la decisión de desestimar las pretensiones de la demanda / Reparos en contra de la decisión del despacho de considerar que la unidad básica de baja complejidad de salud total, prestó un servicio al demandante, ajustado a la Lex artis ad hoc / Reparos en contra de la valoración probatoria efectuada a la historia clínica aportada por cada una de las partes / Reparos contra la decisión de declarar probada la sección de inexistencia de nexo causal alegada por el demandante, salud total EPS / Reparos contra la decisión del despacho de considerar que no hubo falla por parte de las demandadas, y declarar que la atención médica fue oportuna y diligente.*

ARGUMENTACIONES:

La ley Estatutaria de salud 1751/2015, en su **artículo 6°**, establece **los Elementos y principios del derecho fundamental a la salud**. Expresa, que el derecho fundamental a la salud, incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, por lo tanto, **me permito transcribir los que interesan al proceso:**

“(…)

a) **Disponibilidad.** El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;

(…)

c) **Accesibilidad.** Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información;

d) **Calidad e idoneidad profesional.** Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:

e) **Oportunidad.** La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones;

k) **Eficiencia.** El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población;

Artículo 8°. La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este

comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad;

b) Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno;

c) A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante;

d) A obtener una información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir tratamiento de salud;

e) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley;

f) A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos;

h) A que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer;

i) A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos;

j) A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad;

l) A recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito;

m) A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos;

n) A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley;

o) A no ser sometido en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento;

p) A que no se trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio;

q) Agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad.

Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad;

b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención;

c) Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas;

d) Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios salud;

e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema;

f) Cumplir las normas del sistema de salud;

g) Actuar de buena fe frente al sistema de salud;

h) Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio;

i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago"

Afirma el Juez en la sentencia de primera instancia, entre otras cosas, lo siguiente: "Así entonces, en este plenario se puede acreditar que, con el estudio de la historia clínica y las declaraciones recibidas por parte de profesionales en medicina, que el paciente se le otorgó la atención médica requerida de manera oportuna y que las complicaciones sobrevinientes a la intervención quirúrgica fueron propias al diagnóstico presentado y no a una situación de imprudencia impericia, una emergencia atribuible a la demandada".

Al analizar los hechos de la litis, el señor Juez confunde, el concepto de ACCESIBILIDAD al servicio de salud, con los otros atributos de calidad del

mismo. Podemos decir, que efectivamente no existieron barreras que impidieran que el señor Monsalvo, fuera atendido en la urgencia de la UBA (Unidad Básica de atención) de SALUD TOTAL, eso se denomina ACCESIBILIDAD; **nuestra crítica radica**, en que, a pesar, de que fue atendido, **NO SE ACTIVARON MECANISMOS DE BÚSQUEDA DE RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA (SU PROBLEMA DE SALUD NO FUE RESUELTO, A PESAR QUE RECONSULTÓ CUATRO VECES), es decir, la prestación del servicio, no fue eficiente, integral, ni oportuna, no se hizo con calidad e idoneidad profesional, no se** agotaron toda las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad, tal como lo ordena la ley Estatutaria de salud 1751/2015, y demás normas concordantes.

Entonces, aunque el Olmar Monsalvo tuvo acceso a los servicios prestados por la CLINICA DEL CESAR S.A Y LA UBA DE SALUD TOTAL, tenemos que diferenciar lo que la doctrina médica ha denominado ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE MANERA POTENCIAL Y REAL, encontrando que el señor Monsalvo, tuvo acceso potencial a los servicios, pero no REAL, porque su problema de salud nunca fue resuelto, porque a pesar de ser un paciente reconsultante, siempre se envió a su casa con receta médica, provocando que, lo que inició como un absceso anal, evolucionara a una sepsis abdominal, haciendo estragos en el organismo del paciente, todo esto ocasionado por la negligencia y culpa de los médicos a cargo de su atención.

Así lo explica, la doctrina:

“En un estudio realizado por Ballesteros M. en seis ciudades de Colombia (Bucaramanga, Cali, Cartagena, Medellín, Montería y Soacha) se valoró el acceso a los servicios de salud en dos dimensiones: potencial y real. El acceso potencial es la posibilidad de obtener atención determinada por la adecuación entre el sistema de prestación de servicios (disponibilidad de recursos, tipo de aseguramiento y estructuras de servicios) y las características de la población (predisposición frente al sistema de servicios, tener carné de aseguramiento y morbilidad percibida). El acceso real se refiere a la “utilización efectiva” de servicios de salud, los cuales, en el caso de la oferta, van desde el tipo de institución y servicios utilizados hasta la capacidad resolutoria. En el ámbito de las características de la población, el acceso real pasa por la satisfacción del usuario, las actitudes y prácticas respecto a la experiencia de utilizar servicios y la percepción de resolución de la necesidad en salud”.¹

A pesar del obrar negligente y contrario a la Lex artis de la demandadas, El A quo, decidió absolverlas, argumentando, en otras palabras, que al

¹ [ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD EN CARTA.pdf \(unicartagena.edu.co\)](#)

paciente no se le negó el servicio, y fue diagnosticado de acuerdo con su sintomatología, dando a entender, que la obligación de los galenos era de medio y no de resultado. Olvida el A quo, que, a pesar, que la obligación en medicina es de medio, los médicos a cargo de la atención del paciente Olmar Monsalvo Fuentes, durante sus cuatro consultas a la UBA DE SALUD TOTAL EPS, estaban obligados a poner a disposición del demandante, sus conocimientos, experiencia, tecnología y exámenes de apoyo, que la ciencia ofrecía para el diagnóstico, cura y tratamiento del dolor anal que lo aquejaba. La obligación de medios, significa precisamente emplear los medios que estén a su alcance, porque sin los medios no habrá resultados.

La obligación de medios en la prestación del servicio médico, implica actuar de manera diligente y prudente. En este caso específico, no existen causales (fuerza mayor, caso fortuito o culpa de la víctima) que justifiquen que los médicos de la UBA DE SALUD TOTAL, los días 15, 17, 18 y 23 de julio del 2011 y el cirujano de la clínica Valledupar que atendió al paciente el día 23 de julio/2011, hayan ignorado la lex artis y/o guías de manejo dispuestas para el diagnóstico y tratamiento del dolor anal.

La Corte Constitucional sobre las obligaciones de medio en el ejercicio de la medicina, ha explicado:

“Si bien las intervenciones médicas son de medio y no de resultado, es necesario advertir que la responsabilidad respecto de actuaciones de medio, implica que se apoyen de toda la diligencia, prudencia y cuidado, so pena de poner en riesgo irresponsablemente derechos constitucionales fundamentales. Aquí indudablemente el derecho a la salud es fundamental en conexidad con el derecho a la vida”.²

El Tribunal Supremo de España, zanjó el tema de las obligaciones de medio en los servicios de salud, así:

“En este sentido, el **Tribunal Supremo** ha señalado reiteradamente que en la actuación médica no cabe regateo de medios ni de esfuerzos, generando responsabilidad tanto contractual como extracontractual dicha omisión (SSTS de 16 de febrero y 22 de mayo de 1995, 19 de enero de 2001 y 27 de mayo de 2003)”³.

Contrario a lo afirmado por el A quo en la sentencia, sí existe culpa de las demandadas en el apareamiento de la sepsis abdominal en el paciente, dado, que la historia clínica sustenta debidamente, que la causa de la consulta iniciales de Olmar Monsalvo, era un dolor anal. Las demandadas

² T-373-01 Corte Constitucional de Colombia

³ www.asociacionabogadosrcs.org/doctrina/Diligencia%20Medica%20y%20R%20

SALUD TOTAL EPS y CLÍNICA DEL CESAR S.A., no han podido demostrar dentro del proceso, el obrar diligente que aducen, pues a pesar, que Olmar Monsalvo, fue un paciente re consultante, con cuadro clínico sugestivo de una patología anal, los médicos se dedicaron a quitar el dolor, a enmascararlo con analgésicos, sin buscar la causa del mismo. Al señor Olmar Monsalvo, no se le brindó atención integral, pues si bien, fue aceptado en el servicio de urgencias (accesibilidad), la atención se concentró (repito) en ordenar analgésicos y medicamentos para el estreñimiento, sin investigar la raíz del problema, o la razón que lo llevó a consultar cuatro veces, en diez días. Los médicos de la UBA DE SALUD TOTAL y el Cirujano general encargado de la atención en la Clínica Del Cesar el día 24 de julio/2011, en una clara falla en la prestación del servicio médico, ignoraron la *lex artis* dispuesta para el manejo del dolor anal, por negligencia, imprudencia e impericia, que debe imputárseles a título de culpa.

Sobre el quebrantamiento de la *lex artis*, ha dicho la Honorable Corte Suprema de Justicia, lo siguiente:

*“Así pues, en lo que respecta en concreto al campo médico, se ha propuesto como definición de culpa médica aquella “culpa que el profesional de la medicina comete infringiendo las reglas que regulan el funcionamiento de la misma, de la llamada *lex artis* o *lex artis ad hoc*”¹²⁷. (...)En este orden de ideas, para que pueda existir una responsabilidad del médico se requiere la violación de la *lex artis*, que en definitiva es el parámetro de conducta que debe cumplir un buen profesional. Por lo tanto, en un proceso de esta naturaleza, tendrá siempre que determinarse cuáles son esos cuidados concienzudos y atentos que, en cada caso concreto, el médico haya tenido que dar al paciente conforme a las normas actuales de la ciencia médica, las cuales indican las obligaciones que, dentro del ejercicio profesional, deben seguirse.*

Tal como lo expresó Álvaro Pérez Vives¹³⁷: Es verdad que al médico no se le pueden exigir milagros ni imposibles; pero sí está obligado a conocer concienzudamente todo lo que el arte médico es capaz de enseñarle en el correspondiente medio científico; a no intentar aquello que escapa a sus posibilidades, pero que está dentro de las que tiene otro; a intervenir, poniendo al servicio de su ministerio todos los conocimientos del caso, toda la diligencia, todo el cuidado, toda la prudencia que un médico, en igualdad de circunstancias, habría empleado, de ser ese médico idóneo, prudente y diligente en el ejercicio de su profesión⁴”.

⁴ 134 Pérez, Álvaro. *Teoría General de las obligaciones*. Bogotá: Temis, Tomo III, 1954, p. 200. 135 De Brigard, Ana. *La culpa en responsabilidad médica*. *Rev. Med. Leg.* No. 1 y 2, Vol. XVI (1997); p. 106. Yepes Op. cit., p. 73. 136 Vásquez, Roberto. *Prueba de la culpa*

Entonces, a pesar que el señor Monsalvo consultó a la UBA DE SALUD TOTAL EPS, los días 15, 17, 18 y 23 de julio del 2011, siempre con punzadas en la región anal, los médicos nunca se alertaron sobre la posible presencia de una afección o enfermedad diferente a la de hemorroides externas trombosadas, a pesar que la doctrina médica explica, que el dolor anal puede ser ocasionado por distintas enfermedades; por lo tanto, si se pretendía un diagnóstico a tiempo, era necesario activar los protocolos de manejo del dolor anal, y no se hizo, por lo tanto, nunca le resolvieron el problema.

Entonces, repetimos, a pesar, que el dolor anal es un síntoma común en varias enfermedades, no se encuentra en la historia clínica actos médicos encaminadas a la realización de un adecuado diagnóstico diferencial, que permitiera a los galenos diagnosticar el absceso perianal; de hecho, se comprobó, que durante las consultas llevadas a cabo en la UBA DE SALUD TOTAL, los días 15, 17, 18 y 23 de julio del 2011, el paciente nunca recibió un diagnóstico acertado, al punto que fue remitido el día 23 de julio a la Clínica del Cesar, con un diagnóstico equivocado, y fue dado de alta de la clínica, con un diagnóstico errado, lo que provocó que el proceso infeccioso evolucionara, hasta las graves consecuencias conocidas dentro del proceso.

¿Entonces, cuál es el protocolo de manejo del dolor anal?

Este interrogante (protocolo de manejo del dolor anal) , fue resuelto dentro del proceso mediante el dictamen médico pericial aportado con la demanda y sustentado dentro del proceso, y que consideramos, el A quo no tuvo en cuenta (no valoró), lo que nos motivó a presentar reparos por la falta de valoración probatoria efectuada por el Despacho al dictamen pericial sustentado oportunamente.

➤ Nuestra inconformidad o reparo contra la valoración del dictamen médico pericial, es entre otras, la siguiente:

El perito médico traído por la parte demandante, en la sustentación del dictamen, explicó, que la Guía para Manejo de Urgencias 3a Edición TOMO II Grupo Atención de Emergencias y Desastres Convenio FEDERACIÓN PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES [ESCUELAS] DE MEDICINA FEPAFEM 2009 (1) en su página 251 y siguientes, expone claramente el flujograma de acción para el diagnóstico y tratamiento del absceso anal. En primer lugar especifica, que el principal síntoma del absceso, es el dolor anal, para diagnosticarlo debe realizarse **un tacto rectal bajo anestesia, TAC, o resonancia magnética** nuclear, exámenes que **NO FUERON ORDENADOS EN LA UBA DE SALUD TOTAL**, tampoco se ordenaron antibióticos de uso perentorio en estos casos (solo medicamentos para el dolor y el estreñimiento), provocando que se perdiera tiempo valioso en las etapas o consultas iniciales de la enfermedad, época en que era tratable

médica. Op. cit., p. 90 137 Pérez, Álvaro. Teoría General de las obligaciones, Tomo III. Op. cit., p. 201. 89 PRESUPUESTOS ESENCIALES DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA

incluso con antibióticos y el manejo de sus secuelas era más sencillo, lo que marcó el mal inicio de esta atención, pues las conductas desplegadas por los médicos desde las primeras consultas, no corresponden a las indicadas en las guías para el manejo del dolor y absceso anal, anexadas con el peritazgo.

Entonces, la historia clínica y el peritazgo, comprueban de manera fehaciente, que los días 15, 17, 18 y 23 de julio del 2011, no se realizaron EXAMENES CLINICOS INDISPENSABLES para el diagnóstico del dolor anal, como son, el TACTO RECTAL, endosonografía anal, LA RESONANCIA MAGNÉTICA de piso pélvico. La Guía para Manejo de Urgencias 3a Edición TOMO II Grupo Atención de Emergencias y Desastres Convenio FEDERACIÓN PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES [ESCUELAS] DE MEDICINA FEPAFEM 2009 (1) en su página 252, explica, que el diagnóstico del ABCESO ANAL se establece por los síntomas, y especialmente, mediante el TACTO RECTAL, quedando claramente demostrado que esto no se llevó a cabo, por falta de diligencia y cuidado de los médicos tratantes, lo que derivó en un diagnóstico tardío. La guía recomienda (repetimos), realizar paraclínicos para el diagnóstico (cuando no hay claridad), solicitar imágenes de resonancia magnética (RM) del piso pélvico y/o endosonografía anal, que no fueron solicitados durante las cuatro consultas consecutivas por la misma causa, los médicos asumieron que se trataba de unas HEMORROIDES, sin darle la oportunidad al señor MONSALVO de un tratamiento oportuno que evitara las múltiples complicaciones de salud a las que se vio abocado como consecuencia de la atención tardía de su absceso anorectal, y que motivo la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos, las múltiples intervenciones quirúrgicas y riesgos a los que estuvo sometido.

Quedó claramente demostrado que ni los médicos de la UBA DE SALUD TOTAL, ni el cirujano que de la Clínica del Cesar que valoró el paciente el día 24 de julio de 2011, pusieron en práctica lo dictado en la Guía de manejo antes nombrada y en otras guías publicadas y de fácil consulta, se conformaron con encasillar el dolor en unas "hemorroides externas", negándose negligentemente a realizar un adecuado diagnóstico diferencial, teniendo en cuenta, que la guía antes mencionada y otros escritos consultados, explican que el dolor anal es multifactorial, es decir, no solo lo causan las hemorroides, sino, que es causado por varias enfermedades, entre ellas, el Absceso anal, Prolapso hemorroidal agudo, Trombosis hemorroidal, Fisura anal, Procidencia con sufrimiento intestinal, Cuerpo extraño en ano, Trauma, y demás.

El perito médico explicó, que en las consultas de los días 15, 17, 18 y 23 de julio del 2011 reiterativamente se hace el diagnóstico de hemorroides NO complicadas, sin tener en cuenta, por ejemplo, que el dolor agudo que el paciente presentaba era persistente y que según la literatura anexada, unas hemorroides no complicadas no presentan un cuadro clínico de dolor tan intenso, tampoco se evidencia la participación del cirujano general en estas consultas iniciales quien es el profesional idóneo para determinar si el paciente debe ser visto por COLOPROCTOLOGIA o seguir bajo la tutela de CIRUGIA GENERAL.

Lo anterior quedó soportado dentro del proceso, en la guía nacional que es el documento que deben seguir los profesionales de la salud en Colombia, la cual refiere claramente "El dolor anal agudo es un entidad clínica muy frecuente, que constituye un porcentaje alto (>30%) de las consultas de COLOPROCTOLOGÍA en el servicio de urgencias (Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, información no publicada, 2003) y en los consultorios privados de atención primaria y de la especialidad. Teniendo en cuenta la morbilidad que puede derivarse de una evaluación incorrecta, es necesario conocer las diferentes patologías para establecer un diagnóstico y un tratamiento precoz". Los médicos se encontraban frente a una patología que requería pronta atención, diligencia y cuidado; cuidado que no observamos en la historia clínica, al omitir todas las conductas mencionadas anteriormente.

En cuanto a la responsabilidad de LA CLINICA DEL CESAR, explicó el perito médico, que los profesionales pertenecientes a esa IPS, tuvieron la oportunidad de brindar al señor MONSALVO un diagnóstico precoz, que no derivara en la CATASTROFE de su área genital, en razón, a que el señor MONSALVO fue valorado en esa clínica dos (2) días, 23 y 24 de julio del 2011, evidenciándose, que no se abordó el caso conforme lo indica la Guía colombiana de urgencias, cuando refiere que el dolor ANAL se debe abordar de manera amplia, para descartar patologías diferentes a la de hemorroides trombosadas, NO se realizó un TACTO RECTAL BAJO ANESTESIA O RESONANCIA MAGNETICA, elementos estos que pueden ser ordenados hospitalariamente por cualquier facultativo, reflejando una clara omisión para descartar un absceso perianal (FALTA DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL).

La historia clínica del paciente demuestra, que éste se fue deteriorando día tras día, a pesar de que día tras día, acudió oportunamente al servicio de urgencias de Salud Total y de la Clínica del Cesar, sin que las demandadas EPS SALUD TOTAL o la clínica del CESAR, realizaran ninguna gestión para el diagnóstico de su enfermedad. Como lo afirmó el señor perito en su declaración, no se trataba de un diagnóstico que planteara dificultad, dado que lo mandatorio era un tacto rectal, que no requiere mayor preparación, ni infraestructura, solo guantes, camilla y anestesia local. Es claro que se ignoraron las Guías Colombianas para el manejo de la patología del señor Monsalve, que lo llevaron al borde de la muerte, obligándolo a someterse a múltiples tratamientos para recuperar parcialmente su salud, dejándole secuelas definitivas.

- **Reparo contra la decisión del A quo de declarar que la actuación médica desplegada por la CLÍNICA DEL CESAR, se ajustó a la Lex artis.**

Argumentación:

Aunque en línea anteriores hemos explicado la responsabilidad de la CLINICA DEL CESAR S.A, en el agravamiento del cuadro clínico del paciente, nos permitimos explicar más concretamente nuestra inconformidad o

reparo contra la decisión del Despacho de declarar que la actuación médica desplegada por la CLÍNICA DEL CESAR, se ajustó a la Lex artis.

Debemos decir, que en cuanto a la responsabilidad a título de culpa de LA CLÍNICA DEL CESAR S.A, podemos afirmar, que el día el día 23 de julio, el señor Monsalvo fue remitido desde la urgencia de Salud Total, porque presentaba: “*dolor exquisito a la palpación de paquete hemorroidal a las 7 horas del reloj, con edema y signos de trombosis, se decide, aplicar analgésico parenteral y remitir a nivel superior para valoración y manejo por cirugía general*”.

El mismo 23 de julio/2011, el paciente ingresó a la CLINICA DEL CESAR S.A, a donde llegó a las 3:01PM, fue atendido por la médica General Leidy Fragozo García, quien a su ingreso anotó:

Remitido de Salud Total, con diagnóstico de hemorroides externas, refiere el paciente cuadro clínico de dos días de evolución, con dolor ano rectal intenso asociado a constipación, malestar general, ha consultado varias ocasiones, ha sido medicado con anestésicos – analgésicos proctológicos (...) regular estado general, consiente, orientado, álgido, quejumbroso, tiene palidez, mucosa oral semiseca, tórax simétrico, buen patrón cardiopulmonar (...) ano presente hemorroides externas con leve edema, no sangrado, diuresis, extrem: sin edemas, llenado capilar 25 segundo, IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA HEMORROIDES EXTERNAS COMPLICADAS”.

El Día siguiente 24 de julio a las 11:30 AM, fue valorado por el Cirujano General Edgardo Oñate Correa, quien conceptuó:

Al examen de región anal no se evidencia hemorroides trombosadas. Plan: alta con analgésicos y laxantes, cita por consulta externa de EPS, para realizar rectosigmoidoscopia. Cita (...) urgencias”.

Debemos decir, que era esperable que el cirujano de la Clínica del Cesar, no encontrara hemorroides externas trombosadas, porque el paciente presentaba un absceso perianal (**NO** hemorroides).

Por otra parte, en la historia de la Clínica del Cesar, encontramos, que el cirujano general de esa institución, afirma haber examinado la **REGIÓN ANAL** del paciente. Así las cosas, es necesario aclarar, que dicho examen no se trata de un **TACTO RECTAL**, por lo que resulta necesario advertir al

Honorable Tribunal, la diferencia entre recto y ano, “ **El ano** es el orificio que existe al final del tubo digestivo, por donde los materiales de desecho salen del organismo. **El recto** es el segmento del tubo digestivo por encima del ano, donde las heces son retenidas antes de salir del organismo a través del ano”⁵.

Como lo dijimos anteriormente, el tacto rectal es un examen de valiosa importancia, completo, de bajo costo y de gran utilidad en el diagnóstico de enfermedades del recto y ano, que solo requiere camilla, guantes y un poco de lubricante anestésico. De acuerdo con la doctrina médica, el tacto rectal sirve para Identificar lesiones en el recto y el ano (en ambos), como úlceras, nódulos o tumores, examinar una fisura anal, evaluar hemorroides, buscar causas de sangre en las heces, Determinar causas de dolor abdominal o pélvico, cáncer de próstata, etc.

Entonces en relación con la historia clínica de los días 23 y 24 de julio de 2011, en la Clínica del Cesar, podemos decir, que durante los dos días que estuvo allí, al señor Olmar Monsalvo, únicamente se le revisó el ano, cuando lo mandatario y ajustado a la lex artis, era explorar el recto (hacer tacto rectal), como lo ordenan las guías de diagnóstico y tratamiento del absceso anal.

Sobre la manera como se hace el tacto rectal, la literatura médica ha explicado⁶:

*“**Aplicarte un lubricante tibio en el dedo índice.** Como una forma de cortesía y de evitar que el paciente sienta demasiada sorpresa e incomodidad, asegúrate de que el lubricante esté un poco tibio antes de aplicarte un poco en el dedo índice. Incluso un gel a temperatura ambiente puede sentirse frío y hacer que el canal anal se contraiga, lo que hará que el examen digital sea más difícil. El objetivo es hacer que el tejido anal esté lo más relajado posible, por lo que introducir un dedo no generará incomodidad ni dolor.*

- *En ocasiones, se realiza el examen rectal usando un anestésico local con el fin de entumecer el área anal y reducir la incomodidad. Esto se hace en particular si la persona a cargo del examen tiene dedos grandes y el paciente tiene un esfínter anal muy ajustado.*[\[5\]](#)

- *Los calentadores de gel eléctricos son baratos y pueden conseguirse en las tiendas de suministros médicos. Por otro lado, la*

⁵Tomado de: [Introducción al ano y el recto - Trastornos gastrointestinales - Manual MSD versión para público general \(medmanuals.com\)](#)

⁶ [Cómo realizar un examen rectal: 10 Pasos \(con imágenes\) \(wikihow.com\)](#)

mayoría de los geles y lubricantes pueden calentarse en un microondas por 20 a 30 segundos.

Detecta toda anomalía. Una vez que tu dedo esté dentro del recto, úsalo para detectar toda anomalía, como protuberancias inusuales, puntos duros, áreas blandas o fisuras.^[9] Gira el dedo en sentido horario y luego antihorario para sentir toda la circunferencia interna del recto. También puedes palpar la glándula prostática (en los hombres) mediante la pared del recto. Toca hacia el frente para encontrar la próstata, la cual tiene dos lóbulos y una hendidura entre ellos.

- Una glándula prostática saludable es lisa al tacto y no experimenta dolor al palparla.^[10]
- Si el paciente siente dolor al presionar la glándula prostática, este podría ser un signo de un crecimiento benigno, una infección o cáncer.
- Es normal sentir ganas de miccionar al presionar o palpar la próstata desde el canal anal”.

Entonces, teniendo en cuenta lo narrado en la historia clínica, el paciente fue remitido desde Salud Total EPS, a la Clínica del Cesar S.A, con diagnóstico de HEMORROIDES TROMBOSADAS. Se evidencia nuevamente y para la mala suerte del señor Monsalvo, que el médico tratante de la Clínica del Cesar, vuelve a ESTABLECER DE MANERA TEORICA EL DIAGNÓSTICO DE: “NO SE EVIDENCIAN HEMORROIDES TROMBOSADAS” SIN REALIZAR UN EXAMEN RECTAL (TACTO RECTAL), diagnóstico que lo que hizo realmente, fue demorar el tratamiento del absceso anal que se estaba formando en la anatomía del señor MONSALVO y que derivó en una lesión amplia y peligrosa, sumamente dolorosa como se evidencia en la historia clínica, poniendo en peligro su vida.

Si bien es cierto que en la Clínica del Cesar el día 24 de julio, ordenan un examen de rectosigmoideoscopia como alternativa diagnóstica; en una clara falta de experticia, diligencia y cuidado, dicho examen se ordenó de manera ambulatoria, es decir, el paciente es nuevamente enviado para su casa, para que iniciara los trámites del examen ante la EPS (la misma EPS que hasta ese momento no había resuelto su afección de salud), lo que implicaba más demora en la resolución de su absceso. Entonces, le dan de alta, sin tener en cuenta la multiplicidad de veces que había consultado a la urgencias de Salud Total, sumándole ahora, los dos días que estuvo en la Clínica del Cesar, cuando pudieron optar por acudir a otras alternativas diagnósticas que podían realizarse hospitalariamente, tales como, tacto rectal, TAC, resonancia magnética; todo esto, consecuencia de un trato deshumanizado, que ignoró la importancia de un pronto diagnóstico, en un paciente reconsultante.

Encontramos que el paciente es remitido el día 23 de julio de 2011, a la CLINICA DEL CESAR, en busca de un diagnóstico y tratamiento definitivo, sin embargo, a pesar que permaneció dos días en esa clínica (23 y 24 de julio), eso no ocurrió, es decir, no hubo diagnóstico.

Se demuestra con la historia de la Clínica del Cesar, que al paciente se le dio manejo ambulatorio (para la casa), a pesar, que la GUIA NACIONAL DE DOLOR ANAL AGUDO, obliga a hacer el diagnóstico diferencial, sobre todo, si se trata de un dolor anal, sin diagnóstico claro, como en este caso, ya que fue remitido por HEMORROIDES TROMBOSADAS, sin embargo, al ingreso a la Clínica se Dx: "HEMORROIDES COMPLICADAS", luego el cirujano afirmó, que no encontró HEMORROIDES TROMBOSADAS, ante tal dilema, tenían obligación de realizar los exámenes clínicos y paraclínicos necesarios para obtener un diagnóstico cierto, esto es, TACTO RECTAL BAJO ANESTESIA o EXAMENES IMAGENOLOGICOS, es claro, a la luz de las guías y la literatura, que estos exámenes diagnósticos debieron hacerse de manera hospitalaria y no ambulatoria lo que derivó en más demora en el diagnóstico y el empeoramiento del paciente.

Es evidente el nexo causal entre las consultas descritas anteriormente y la sepsis abdominal que finalmente presentó el paciente, ya que, en la historia clínica encontramos, que 06 días después, esto es, el día 30 de julio de 2011, a las 8:25Pm, la víctima ingresó nuevamente a la Clínica del Cesar (re consultó por quinta vez), (...) anotándose a su ingreso lo siguiente: **"Cuadro clínico de 6 horas de evolución, caracterizado por presentar dolor, edema a nivel perianal, con presencia de hemorroides grado III, fue valorado por el cirujano general, que le diagnosticó fistula perianal, mas absceso perianal, que evolucionó a sepsis de tejidos blandos."**

El día 31 de julio de 2011, fue intervenido quirúrgicamente de urgencia, practicándosele: **"colostomía en asa protectora, más drenaje de absceso perianal, con desbridamiento de tejidos profundos y lavados, se pasó a UCI por sepsis abdominal, así mismo se ordenó monitoreo continuo con terapia antibiótica"**

La historia clínica refleja, la existencia de NEXO CAUSAL entre sus primeras consultas médicas por dolor anal no complicado, y el absceso perianal complicado, que le ocasionó una sepsis abdominal y múltiples inconvenientes de salud. Hechos que son atribuibles, a título de falla en la prestación del servicio médico, por impericia, imprudencia, falta de diligencia y cuidado, al ignorar recomendaciones dadas por las guías de manejo del caso, la ausencia total de exámenes clínicos previsto para esta sintomatología, ocasionando la falta de diagnóstico oportuno. La literatura refiere y así lo explicó el perito, que los abscesos pueden evolucionar de manera contundente a complicaciones como la presentada por el señor MONSALVO, si no son tratados tempranamente.

Otra falla atribuible a las demandadas, es que la atención médica por parte COLOPROCTOLOGIA se dio al final de su patología, cuando el paciente presentaba múltiples complicaciones. Refiere la GUIA DE ATENCION DE URGENCIAS DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL DE COLOMBIA, al referirse sobre el dolor anal agudo (Pág 251) **" Que el dolor anal agudo es**

un entidad clínica muy frecuente, que constituye un porcentaje alto (>30%) de las consultas de COLOPROCTOLOGÍA en el servicio de urgencias (Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, información no publicada, 2003. Teniendo en cuenta la morbilidad que puede derivarse de una evaluación incorrecta, es necesario conocer las diferentes patologías para establecer un diagnóstico y un tratamiento precoz. En la historia clínica encontramos que el paciente fue valorado los días 09/29/2011 y 21/12/2011, así: **“Paciente con patología anorectal compleja en el cual se hacia evidente la participación de esta especialidad en la etapa temprana de la enfermedad”** .

Finalmente, la complicación del señor Monsalvo, requirió que fuera sometido a la realización de una COLOSTOMIA, procedimiento anti fisiológico y degradante, que le exigía defecar por una incisión en el abdomen, lo cual, pudo evitarse, si las conductas negligentes y el diagnóstico tardío no se hubiesen dado.

A lo mencionado anteriormente, debemos agregar que, lo que inició con un dolor anal, terminó llevando al paciente a la UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, con el peligro de perder su vida (pronóstico reservado), todo, por un dolor anal negligentemente diagnosticado y negligentemente tratado, negándole al paciente oportunidad diagnóstica y terapéutica, a pesar, de tener a la mano apoyo diagnóstico, tales como, el tacto rectal e imagenología, los tratantes se limitaron a diagnosticar y tratar hemorroides, sin hacer un diagnóstico diferencial, con patologías más graves como el absceso perianal, reproche que no es caprichoso, sino que está perfectamente establecido en la guías avaladas por el ministerio de protección social.

Entonces, la historia clínica demuestra multiplicidad de consultas, sin que se establezca un diagnóstico claro, debido, a la ausencia de exámenes y de imágenes diagnosticas recomendadas por las guías. Los exámenes y estudios se realizaron cuando el paciente ya presentaba la complicación de absceso perianal y gangrena, claramente de forma tardía requiriendo la hospitalización en la UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO, para preservar su vida.

- **Se presentó reparo por falta de valoración probatoria del testimonio de la médica coloproctóloga MEYRA CARRILLO, quien explicó ampliamente el abordaje clínico que debe dársele al absceso perianal, y cuya explicación se aleja mucho de los actos médicos realizados por los galenos de la UBA DE SALUD TOTAL EPS Y LA CLINICA DEL CESAR los días 23 y 24 de julio/2011, así:**

El A quo, restó valor probatorio al testimonio de médica coloproctóloga Meyra Carrillo, quien detalló, cual es el procedimiento que debe seguirse ante un paciente con absceso perianal; dijo, que hay que hospitalizarlos, iniciarles tratamiento antibiótico, los va valorando poco a poco, hasta que encuentre un área de fluctuación, es decir, que el área del absceso se vuelva suave, para proceder a drenar el pus. Insistió, en que primero se

intenta la mejoría con antibióticos, pero si el paciente no responde favorablemente al antibiótico, debe intervenir quirúrgicamente.

Esta explicación cobra importancia, pues encontramos, que lo acontecido en la consultas iniciales del paciente a la UBA DE SALUD TOTAL y CLINICA DEL CESAR los días 23 y 24 de julio, se alejan mucho de lo indicado por la Doctora Carrillo, dado, que al paciente, nunca se le realizó exploración física (tacto rectal), no se ordenó hospitalizar, tampoco se le ordenó antibiótico, sino, analgésicos, corticoides y medicamentos para el estreñimiento, tales como, desametasona, diclofenaco, ibuprofeno, mesalazina, tramadol, metoclopramida, acetaminofén, betametasona, ketoconazol, bisacodilo, tinidazol y corticoide. Siempre fue dado de alta con recetas médica para la casa, repetimos, jamás se le ordenó hospitalizar; en otras palabras, se ignoró el protocolo de manejo de esta enfermedad.

Así declaró la Dra. Carrillo:

Ante la pregunta *¿Puede complicarse un absceso perianal tratado inicialmente?*, La coloproctóloga reconoce que el señor Olmar Monsalvo tuvo un acceso perianal complicado, y dice: "en un absceso perianal lo primero que uno va a encontrar es un eritema en el ano y en la región perianal, de entrada yo hospitalizo el paciente, les inicio antibiótico, y lo voy valorando, voy viendo el paciente, le voy haciendo su valoración, cuando yo encuentro en esa valoración que existe o encuentro un área que se llama de fluctuación, es que uno toca, toca un lugar que está más suave, ve que se está formando pus, yo le digo, hay que drenarlos, siempre le dejo claro a un paciente que voy a hospitalizar, le digo, esto puede coger dos caminos, el primer camino es que esto involucone (...), con el manejo con antibiótico este absceso que se está formando se desaparezca, como digo yo, va echando para atrás, involucone, o el otro camino, es que a pesar del manejo con antibiótico, el paciente refiere dolor y encuentra una área fluctuación, yo digo voy a llevarlo a cirugía (...) el manejo inicial puede ser médico, pero si yo encuentro de entrada que el paciente me llega con un absceso que tiene una área de fluctuación una área que está más suave, inclusive, yo cojo con una jeringa y punciono, si me viene pus, yo digo lo voy a drenar, pero si encuentro un paciente con esa área muy dura, es mejor no drenarlo en ese momento, es mejor mandarle sus antibiótico, y pañitos de agua tibia para que eso mejore, es mejor no iniciarle sus antibióticos, y en caso tal que uno encuentre en sus valoraciones el área de fluctuación uno lo drena, pero también los pacientes con antibiótico, me dice me siento mejor y uno ve que el paciente ha evolucionado no hay necesidad de drenarlo. PREGUNTADO: *¿y ese tratamiento, tratando de un Paciente con antecedente de hemorroides en que cambia, (...) las hemorroides es otra patología del ano, diferente a lo abscesos, ahora si un paciente tiene hemorroides, una de las complicaciones que puede hacer, es una trombosis hemorroidaria, que es un edema o una necrosis de esas hemorroides y esa puede ser una causa de los abscesos en los pacientes que tienen hemorroides y se les haya complicado*".

¿Pero que es el diagnóstico diferencial? "En medicina, un diagnóstico diferencial es un diagnóstico que examina todas las posibles causas de un conjunto de síntomas para llegar a un diagnóstico. Por ejemplo, si un paciente presenta secreción nasal, los médicos pueden considerar causas

como la fiebre del heno y los resfriados en el diagnóstico diferencial en un intento de llegar al diagnóstico correcto”⁷.

La Dra. Carrillo, en otra parte de su declaración, destaca la importancia del tacto rectal, antes de tomar la decisión de cerrar la colostomía. Afirmó: “Pues voy a hacerle un examen proctológico completo, el cual se lo hice haciéndole una inspección, su tacto rectal, no encontré que hubiera secuelas con la cirugía que él había tenido un año atrás y por eso consideré que él se le se le podría cerrar la colostomía”, **con la declaración de la Dra. Carrillo, queremos confirmar, el inmenso valor diagnóstico que tiene el tacto rectal, y que hemos venido resaltando a lo largo de este escrito.**

De otro lado, ante la negación del diagnóstico de gangrena de fournier, por parte de las demandadas, cabe decir, que dicho diagnóstico se extrae de la propia historia clínica elaborada a manuscrito en la Clínica del Cesar, para la época de los hechos, no existen notas aclaratorias, ni que modifiquen dicha anotación, ni el diagnóstico, y la historia clínica no ha sido tachada de falso.

En cuanto a los demás reparos presentados, se destaca del fallo de primera instancia, la ausencia de análisis probatorio del testimonio del médico César Daza Díaz, y los demás testigos escuchados dentro del proceso.

Así las cosas, respetuosamente solicito, conceder las pretensiones de la demanda, y negar las excepciones propuestas.

Para tal efecto anexo en archivo adjunto, documento denominado: Guías para Manejo de Urgencias 3a Edición TOMO II Grupo Atención de Emergencias y Desastres Convenio FEDERACIÓN PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES [ESCUELAS] DE MEDICINA FEPAFEM 2009. Este documento ya fue aportado por el perito médico, se puede consultar a partir de la página 251 en adelante.

- ***Este memorial será enviado simultáneamente a la dirección electrónica de la contraparte, con lo que se surtirá el traslado del mismo.***

Cordialmente,

LESLY NACARITH VENCE HERNÁNDEZ
C.C No 49.692.887 de Agustín Codazzi
T.P No 100.221 del C. S de la J
Correo electrónico para notificaciones: nacarithvence@hotmail.com

⁷ [¿Qué es el diagnóstico diferencial? - Spiegato](#)