REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO OCTAVO ADMINISTRATIVO DE POPAYÁN
Carrera 4ª nro. 2-18 mail: j08admpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co

Popayán, treinta (30) de junio de dos mil veinte (2020)

EXPEDIENTE: 19-001-33-33-008-2015-00150-00
DEMANDANTE: CARMEN CILIA LEÓN Y OTROS
DEMANDADO: HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER Y OTROS
M. DE CONTROL: REPARACION DIRECTA

SENTENCIA núm. 098

1.- ANTECEDENTES.

1.1.- La demanda –fl. 1 a 10 C. Ppal.-.

Procede el Despacho a decidir la acción contencioso administrativa- medio de control: reparación directa (artículo 140 CPACA), impetrada por CARMEN CILIA LEÓN ZÚÑIGA Y OTROS, en contra del HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER E.S.E., HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E. y el HOSPITAL UNIVERSITARIO DE POPAYÁN E.S.E., a fin de que se declaren administrativa y patrimonialmente responsables y se les ordene el reconocimiento y pago de la correspondiente indemnización por concepto de perjuicios, por la muerte del señor Manuel Augusto Mera León, ocurrida el 21 de febrero de 2013, hechos que aducen, son atribuibles a las citadas entidades hospitalarias.

En síntesis, como fundamento fáctico de la demanda se dice que la muerte del señor Manuel Augusto Mera León, ocurrida el 21 de febrero de 2013 en el Hospital Universitario San José de Popayán, obedece a una inadecuada y negligente valoración del cuadro clínico que presentaba desde el 13 de febrero del mismo año, fecha en la cual ingresó por primera vez al Hospital Francisco de Paula Santander, así como el diagnóstico emitido el 18 de febrero siguiente en el Hospital Susana López de Valencia, lo que llevó, en consecuencia, a que no se le proporcionaran los servicios médicos necesarios, causándole una pérdida de oportunidad de salvar su vida.

1.2.- Contestación de la demanda.

1.2.1.- Por parte del Hospital Susana López de Valencia -fl. 167 a 181 C. Ppal.-.

La apoderada judicial del HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E., contestó la demanda dentro del término procesal previsto para tal fin, oponiéndose a la prosperidad de sus pretensiones, argumentando, en síntesis, que la atención brindada al paciente, en las instalaciones de su prohijada fue oportuna y diligente, ordenando todos los exámenes y procedimientos requeridos, lo que les llevó a identificar, entre otras cosas, que la condición clínica del señor Manuel Augusto, a pesar de la intervención de los galenos, era cada vez más compleja.

Propuso como excepciones las denominadas “inexistencia de responsabilidad a cargo del hospital”, “fallecimiento por causa de la enfermedad y no de la falla en la atención médica”, “caducidad de la acción”, e “indebida acreditación de parentesco”

1.2.2- Por parte del Hospital Universitario San José de Popayán -fl. 225 a 229 C. Ppal.-.

El apoderado judicial de esta entidad, indicó que, en efecto el señor Manuel Augusto Mera León ingresó al servicio de urgencias del centro hospitalario el 18 de febrero de 2013,

procedente del Hospital Susana López de Valencia, con el indicativo de ser una urgencia vital, con diagnósticos confirmados y presuntivos.

Que con base en los diagnósticos se determinó el manejo a seguir y la atención brindada fue oportuna y multidisciplinaria, resaltando que el cuadro clínico del paciente era de 6 días de evolución, lo que significa que cualquier enfermedad o padecimiento presentado ya se encontraba en estado avanzado.

Señaló que una vez se surtió el trámite de rigor y los exámenes correspondientes, se realizó una intervención quirúrgica al paciente, con algunos hallazgos médicos (muerte del tejido), que obligaron a los galenos a cambiar los objetivos terapéuticos, siendo procedente únicamente las medidas de soporte y confort, en tanto la lesión intestinal hallada se catalogó como incompatible con la vida.

Propuso como excepciones las de "falta de legitimación en la causa por pasiva" e "innominada o genérica"

1.2.3- Por parte del Hospital Francisco de paula Santander.

Esta entidad hospitalaria guardó silencio.

1.2.4.- Del llamado en garantía -fl. 42 a 51 del cuaderno de llamamiento en garantía-.

El apoderado judicial de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, dentro de la oportunidad legal prevista contestó el llamamiento en garantía realizado por el HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA, y la demanda, señalando en primera medida que la póliza que se encontraba vigente a la fecha de los hechos no ampara la responsabilidad médica y que en todo caso, de llegarse a condenar por algún concepto al Hospital Susana López de Valencia, y en el caso de extender efecto alguno a su representada, ésta sólo responderá de acuerdo a los topes, cláusulas, deducibles y demás establecidos en las pólizas.

En cuanto a los hechos de la demanda, refirió que los mismos reconocen que el señor Manuel Antonio Mera presentaba patologías que no ofrecían expectativa de vida, tales como: tumor maligno de estómago, falla renal alguna, falla orgánica múltiple, necrosis intestinal.

Propuso como excepciones las de "falta de cobertura", "límite del valor asegurado", "existencia de deducible", "agotamiento de la suma asegurada" y la "genérica o innominada".

1.3.- Relación de etapas surtidas.

La demanda se presentó el 22 de abril de 2015 (fl. 123) y se cumplió con las ritualidades propias del proceso, así: mediante auto interlocutorio núm. 463 de abril de 2015 fue inadmitida, para luego ser corregida y admitida a través de auto interlocutorio de 1° de junio de 2015 -fl. 152-155- y se notificó a las entidades accionadas en debida forma -fl. 160-166. De las excepciones propuestas se corrió traslado a la parte accionante (fl. 303), quien no se pronunció frente a las mismas.

Luego se fijó fecha para audiencia inicial -fl. 304-, la cual se celebró el 31 de octubre de 2017, diligencia en la que se decretaron pruebas. La audiencia de pruebas se llevó a cabo el 15 de mayo de 2018 -fl. 326-327, allí se recaudó material probatorio y se prescindió de la audiencia de alegaciones y juzgamiento, dando la oportunidad a las partes para que por escrito presentaran sus alegatos de conclusión.

1.4.- Los alegatos de conclusión.

1.4.1.- Del llamado en garantía -fl. 328 a 333-.

El apoderado judicial de la PREVISORA S.A. en esta etapa del juicio reiteró los argumentos expuestos en la contestación de la demanda.

1.4.2. Del Hospital Susana López de Valencia -fl. 334 a 337-.

El apoderado judicial de esta entidad, en sus alegaciones finales refirió que del debate probatorio puede concluirse que el deceso del señor Manuel Augusto Mera León obedeció a una isquemia mesentérica con necrosis intestinal desde el ángulo treitz hasta el ciego colon ascendente con múltiples perforaciones a lo largo de todo el área necrótica intestinal.

Indicó también que los galenos que comparecieron al proceso concluyeron que al deceso del paciente contribuyeron varios factores, entre ellos, la de ser fumador habitual y la posibilidad de un cáncer desarrollado, de tal suerte que el desenlace no podía ser otro, pues su diagnóstico era incompatible con la vida de acuerdo a estudios científicos y la praxis a nivel mundial.

1.4.3.- De la parte demandante -fl. 338 a 341-.

En esta oportunidad procesal, el mandatario judicial del grupo demandante, refirió que de acuerdo al caudal probatorio aportado y recolectado, es claro que el personal médico adscrito al Hospital Francisco de Paula Santander no obró con la diligencia y cuidado que exige su profesión, pues fallaron en realizar los actos médicos pertinentes a fin de establecer un diagnóstico certero que explicara la sintomatología del señor Manuel Augusto Mera y por consiguiente, de prestarle un tratamiento acorde y oportuno.

1.4.4.- Del Hospital Universitario San José E.S.E -fl. 342 a 343-.

El apoderado judicial de esta entidad a esta instancia del proceso, refirió, en síntesis, que de acuerdo a las probanzas obrantes en el expediente, específicamente de los conceptos y testimonios rendidos por los profesionales de la salud, puede concluirse que el señor Manuel Augusto presentaba un cuadro clínico de varios días de evolución, previo al ingreso al Hospital Universitario San José, y que por la gravedad y evolución del mismo, las probabilidades de vida eran sumamente bajas, casi que nulas.

Por tanto y en este orden de ideas reiteró la ausencia de responsabilidad de su representada, por cuanto en su concepto los galenos de la misma desplegaron la realización la única opción posible, esto es las medidas de soporte y confort del paciente.

2. CONSIDERACIONES.

2.1.- Competencia y caducidad del medio de control.

Por la naturaleza del medio de control y el lugar de los hechos, este juzgado es competente para conocer del asunto en primera instancia, conforme a lo previsto en los artículos 140 y 155 # 6 de la Ley 1437 de 2011.

Como se indicó en otro acápite de esta sentencia, la demanda se presentó el 22 de abril de 2015 -folio 123 C. Ppal.- y los hechos fundamento del litigio acaecieron el 21 de febrero de 2013 por lo que en principio se tenía hasta el 22 de febrero de 2015 para poner en marcha el medio de control; no obstante, se observa que el 13 de febrero de 2015 se radicó la solicitud de conciliación extrajudicial, lo que a la postre significa que el término de caducidad quedó suspendido hasta el 22 de abril de la misma anualidad (fecha en la cual se expidió la constancia de conciliación), por lo tanto se evidencia que la demanda fue presentada en tiempo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 164 numeral 2 literal j) del CPACA.

2.2. Problemas Jurídicos.

2.2.1. Problema jurídico principal.

En audiencia inicial se acordó que el problema jurídico se centraría en determinar si las entidades demandadas son responsables patrimonial y administrativamente por los perjuicios ocasionados en razón a una aparente falla en la prestación del servicio médico, consistente en una inadecuada evaluación en el estado de salud que derivó en el deceso del señor MANUEL AUGUSTO MERA LEÓN el 21 de febrero de 2013.

2.2.2. Problemas jurídicos asociados.

¿Cuál es el título de imputación bajo el cual debe resolverse la responsabilidad del Estado en el presente caso?

¿En el caso sub examine se logró probar la existencia de una falla en la prestación del servicio de salud al señor Manuel Augusto Mera?

¿Se configuró una pérdida de oportunidad en la atención brindada al señor Manuel Augusto Mera León?

2.3. Tesis.

Para el Despacho, las entidades demandadas no son administrativa ni patrimonialmente responsables por los perjuicios reclamados por el grupo demandante, por cuando no logró acreditarse un nexo causal entre el hecho dañino alegado y el actuar de las instituciones prestadoras del servicio de salud; igualmente, por cuanto no se acreditaron los requisitos exigidos jurisprudencialmente, para la aplicación de la teoría de la pérdida de oportunidad por éstos invocada.

Se sustentará la tesis en los siguientes tópicos: (i) Lo probado en el proceso, (ii) El daño antijurídico y (iii) Título de imputación aplicable en asuntos de Responsabilidad médica estatal y teoría de la pérdida de oportunidad.

3.- Razones de la decisión.

PRIMERA.- Lo probado en el proceso.

- El parentesco.

- Wilson Herney Mera León es hijo de Manuel Augusto Mera León y de Carmen Cilia León Zúñiga según copia del registro civil de nacimiento nro. 8280750 que obra a folio 17 del cuaderno principal del expediente.

- El menor de edad Jhonyer Fabián Mera Escobar es hijo de Wilson Herney Mera León según copia del registro civil de nacimiento indicativo serial 37860174 que obra a folio 18 del cuaderno principal del expediente, por tanto, es nieto de Manuel Augusto Mera León.

- La menor de edad Karen Dayanna Mera Tunubala es hija de Wilson Herney Mera León según copia del registro civil de nacimiento indicativo serial 50177318 que obra a folio 19 del cuaderno principal del expediente, por tanto, es nieta de Manuel Augusto Mera León.

- Nohora Milena Mera León es hija de Manuel Augusto Mera León y de Carmen Cilia León Zúñiga según copia del registro civil de nacimiento nro. 22255856 que obra a folio 20 del cuaderno principal del expediente.

- El menor de edad Eric David Medina Mera es hijo de Nohora Milena Mera León según copia del registro civil de nacimiento indicativo serial 41632588 que obra a folio 21 del cuaderno principal del expediente, por tanto, es nieto de Manuel Augusto Mera León.

- El menor de edad Liam Daniel Medina Mera es hijo de Nohora Milena Mera León según copia del registro civil de nacimiento indicativo serial 52918770 que obra a folio 22, por tanto, es nieto de Manuel Augusto Mera León.

- Sobre los hechos.

- Atención médica prestada en el Hospital Francisco de Paula Santander:

✓ A folios 25 y 26 del cuaderno principal del expediente se observa que el señor MANUEL AUGUSTO MERA LEON, el 13 de febrero de 2013, ingresó a consulta médica – atención de urgencias- al Hospital Francisco de Paula Santander, por presentar vómito y diarrea, y se registra como enfermedad actual: "*ingresa por un cuadro clínico de más o menos 3 días consistentes en dolor abdominal asociado a emesis en 3 ocasiones de contenido alimentario, deposiciones diarreicas en varias ocasiones sin moco, sin sangre, niega otra sintomatología*".

Se inició tratamiento con METROCLOPRAMIDA, BUSCAPINA COMPUESTA, BUTIL BROMURO.

Se realizó examen de laboratorio – cuadro hemático- con los siguientes resultados:

HEMOGLOBINA: 15.40
HEMATOCRITO: 45.85
VCM: 98.33
HCM: 33.03
RECUENTO DE PLAQUETAS: 447
LEUCOCITOS: 14.70

En la misma fecha se dio orden de salida con recomendaciones y signos de alarma no especificada en la historia clínica.

✓ A folio 27 del expediente se observa que el 16 de febrero de 2013 el señor Manuel Augusto Mera León ingresó nuevamente al Hospital Francisco de Paula Santander con las siguientes anotaciones:

> Hora de ingreso: 14:10
> Motivo de la consulta: retención urinaria.
> Enfermedad actual: refiere retención urinaria dolor RN hipogastrio, estuvo el miércoles pasado por lo mismo, niega realización de exámenes prostáticos.
> Diagnóstico principal: Hiperplasia de la próstata.
> Fórmulas médicas: N-butilbrom. hioscina + dipir. 2.5 GR

El mismo 16 de febrero se da orden de salida con recomendaciones generales y PSA ambulatoria.

- Atención médica prestada en el Hospital Susana López de Valencia.

✓ De acuerdo a la historia clínica que obra en el cuaderno principal del expediente a folios 36 a 38, se tiene que el señor Manuel Augusto ingresó al área de servicios de Urgencia del Hospital Susana López de Valencia el 16 de febrero de 2013 a las 9:43 p.m., encontrándose las siguientes anotaciones:

> Motivo de consulta: mal de orina.
> Enfermedad actual: paciente con cuadro clínico que inicia hace 8 días con limitación para la micción, disuria polaquiuria, tenesmo vesical, orinas fétidas, no fiebre pero si cefalea, refiere que le han dicho que sufre de próstata, hiporexia, vómito frecuente.
> Diagnóstico: retención de orina (como principal), hiperplasia de vías urinarias, sitio no especificado, tumor maligno del estómago, parte no especificada?
> Se ordena exámenes.

✓ A folios 39 a 41 se observa reporte de paraclínicos de 17 de febrero de 2013, hora 1:11 a.m. indicando como diagnóstico principal[1] infección de vías urinarias, hiperplasia de la próstata e insuficiencia renal aguda, se realizan indicaciones médicas, se ordenan medicamentos y nuevas valoraciones y exámenes.

1 Fl. 40

✓ El 17 de febrero de 2013[2], a las 11:08 a.m. el señor Mera León es valorado por medicina interna quien señala como diagnóstico: OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS, INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA CON NECROSIS TUBULAR, ordena valoración por cirugía general, entre otros.

✓ El señor Mera León continúa en valoración por parte del personal médico de la institución. El 18 de febrero de 2013, por el área de cirugía general se solicitó remitir al paciente a manejo integral Nivel III -fl. 53- con diagnóstico de septicemia no especificada, infección de vías urinarias, otras obstrucciones del intestino e insuficiencia renal aguda.

- Atención médica prestada en el Hospital Universitario San José de Popayán.

✓ De acuerdo a la historia clínica obrante a folios 231 a 273 del cuaderno principal 2 del expediente, se observa que el señor Mera León ingresó al Hospital Universitario San José el 18 de febrero de 2013 a las 6:24 p.m., se consignó que es remitido por el HSLV como urgencia vital con diagnóstico de sepsis urinaria y obstrucción intestinal. Se realizó procedimiento quirúrgico (laparotomía exploratoria) donde se registró como hallazgos: necrosis intestinal extensa desde el ángulo de Treitz hasta el ciego y colon ascendente, con múltiples perforaciones a lo largo de toda el área necrótica intestinal con abundante líquido fecaloide pútrido, lesión incompatible con la vida, se plantean medidas de confort y finalmente falleció el 21 de febrero de 2013 por encontrarse en paro cardiorrespiratorio.

- Testimonios recibidos, solicitados por la parte actora:

✓ SUSAN ADRIANA MEDINA LOPEZ - AUXILIAR ADMINISTRATIVO ICBF:

PREGUNTA: ¿sabe por qué ha sido citada a esta audiencia? RESPUESTA: como testigo del caso de la atención al señor Manuel Mera. PREGUNTA: ¿Tiene algún parentesco con el señor Mera? RESPUESTA: Yo soy cuñada de la hija de Milena Mera, soy la hermana del esposo de Milena Mera, la hija de don Manuel. PREGUNTA: ¿Qué nos puede contar acerca de los hechos? RESPUESTA: Según lo que recuerdo, en esa época yo vivía en Santander de Quilichao, mi cuñada vivía en Bogotá, ella me llamó para que por favor le colaborara yendo al Hospital Francisco de Paula Santander para que le ayudara a mirar el proceso que le estaban haciendo a él allá, para que hablara con los médicos porque no lo estaban atendiendo debidamente, entonces yo fui al hospital, me encontré con Wilson que es el otro hijo de don Manuel, entonces Wilson me comentaba que ya don Manuel había estado en el hospital pero ya lo habían despachado, no le habían hecho nada, le habían dado como unos calmantes pero no le habían dado con el diagnóstico, lo que yo hice fue ir y hablar con los médicos para preguntar qué era lo que él realmente tenía y cómo lo estaban atendiendo y todo eso, entonces los médicos dijeron que le estaban dando buscapina porque él realmente tenía mucho dolor y que ahí no le podían dar la atención porque tenía una obstrucción en la uretra y que no estaba el especialista que era el encargado de realizar el procedimiento, entonces que era nos lo lleváramos de ahí del hospital, que ellos le daban de alta, le daban el medicamento para que él se sintiera mejor y lo lleváramos a otra parte porque ahí no tenían cómo, entonces yo le comenté eso a mi cuñada y ella me dijo que pidiéramos la remisión para otro hospital, entonces yo fui y hablé con el médico y le dije que para que lo remitieran, entonces el médico dijo que no tenían ambulancias y lo que hicieron fue darle el calmante, me acuerdo que el médico iba y le preguntaba que cómo se sentía, entonces cuando don Manuel dijo que le había mermado el dolor, ellos le dieron de alta, entonces nosotros tomamos la decisión de sacarlo y traerlo para Popayán. PREGUNTA: ¿Cuánto se demoraron desde que le dieron salida en Santander hasta traerlo aquí al Susana? RESPUESTA: Pues lo que demorara el carro en traerlo hasta acá, porque ellos, inclusive salieron del hospital, tomaron el carro ahí en la terminal de Santander y lo que se demoraron en llegar, venía don Manuel, Wilson que es el hijo y doña Cilia que es la esposa. PREGUNTA: ¿Conoce usted qué tipo de afectaciones se causaron a la familia de Don Manuel a raíz de los hechos? RESPUESTA: de todo tipo, económicas y sentimentales porque económicamente él era el que daba el sustento en la casa y

2 Fl. 44

sentimentales porque era el papá de estos dos muchachos, y su esposa inclusive se enfermó, estuvo muy abatida por la pérdida de este señor (…)

- ✓ OMAR TUNUBALÁ MENESES – AGRICULTOR:

  Este testigo traído a juicio, en síntesis, manifestó haber sido vecino y amigo del señor Manuel Mera, que un día él se sintió enfermo y lo llevaron al hospital de Santander, que ahí le dieron unos calmantes y lo despacharon para la casa, que dos o tres días después, el señor Mera se sintió mal y nuevamente lo llevaron al hospital de Santander, lugar en el que le dieron salida nuevamente y le dijeron que debía ir a otro hospital. Indicó que el señor Mera era agricultor independiente y era la cabeza de su hogar, razón por la cual cuando falleció su familia se vio gravemente afectada (…)

- Testimonios recibidos, solicitados por la parte demandada:

- ✓ Dr. VICTOR ANDRÉS RUÍZ LÓPEZ - OCUPACIÓN: MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ Y HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA:

  ¿Sabe usted para qué ha sido llamado a esta audiencia? En caso afirmativo cuéntele al despacho todo lo que sepa al respecto. CONTESTA: (se le facilitó la historia clínica que reposa en el expediente) en el folio 45 del libro de pruebas (sic) está la nota que hace constar que valoró al paciente Manuel Augusto Mera León en urgencias, observación adulto, el 17 de febrero de 2013 a las 4:33 de la tarde. Paciente procedente de la vereda El Turco, Mondomo, Santander de Quilichao. Como antecedentes médicos, no hay antecedentes de historia clínica, diabetes o de hipertensión arterial. Sin historia clínica de sinusitis, no hay antecedentes quirúrgicos y los antecedentes alérgicos no conocidos. El paciente en el momento de la valoración tiene 68 años de edad. Encuentro un paciente con los siguientes signos vitales, una presión arterial de 95-60, frecuencia cardíaca de 76, respiratoria de 20, 37 grados centígrados de temperatura, el motivo de consulta en la valoración subjetiva dice el paciente dice me duele la barriga. En la valoración objetiva dice paciente con patología aguda, manejado por el grupo de medicina interna quienes solicitan interconsulta debido al cuadro de distención abdominal, entiéndase que el paciente tiene la pared abdominal soplada o entamborada en término coloquial. Cuando se interroga al paciente, señala que, en antecedentes personales, hipertensión arterial, más tabaquismo pesado, sin antecedentes de cirugía previa. Al examen físico cardio pulmonares normal, tiene disminución un poco de ventilación hacia las fases de los pulmones, muy posiblemente asociado a ser fumador. En abdomen encuentro que el abdomen está extendido, coloquialmente soplado, está timpánico cuando uno lo percute pero no tiene signos de irritación peritoneal, eso significa que hasta ese momento no hay una indicación quirúrgica o que oriente a que tenga que ser intervenido quirúrgicamente de urgencias. Se valora una radiografía de abdomen simple, en donde se encuentra niveles hidroareos (…) es muy sugestivo que oriente una patología de obstrucción intestinal, pero también las causas de obstrucción intestinal son múltiples, pueden ser secundarias de infección, puede ser secundaria a un tumor, puede ser secundaria al crecimiento de la próstata, puede ser secundaria al estado hidroelectrolítico del paciente. Como análisis paciente con obstrucción intestinal de etiología en estudio, se da manejo médico, observación clínica como lo está ceñido a los protocolos. El diagnóstico, obstrucción del duodeno, obstrucción intestinal, manejo médico. Esa es la atención que yo hago del paciente, como reza en el folio 45. ¿Qué otro tipo de conocimiento tuvo usted respecto del paciente del cual tiene la historia clínica en sus manos? CONTESTA: lo que está en el folio 45. PREGUNTA: ¿Recuerda usted o tuvo conocimiento de qué pasó finalmente con el paciente? CONTESTA: la siguiente valoración que se hace por parte del grupo de especialistas en cirugía está en el folio 53. El doctor Edgar Rojas, también especialista en cirugía. También valorado por el grupo de medicina interna en el folio 54. El doctor Omar Alejandro en el folio 55 y 56 me voy a referir textualmente a lo que el doctor Omar describe en la valoración del paciente. El señor Mera león de 68 años de edad, en el examen físico los signos vitales, presión arterial de 114-70, para un paciente que sufre de la presión o está controlado o tiene algún grado de descompensación. Frecuencia cardiaca de 68, normal, entonces se corrobora con las cifras de presión arterial y que no tiene en ese momento alguna descompensación, que lo haga una urgencia vital en ese momento; frecuencia respiratoria de 20, Temperatura de 35-5. La valoración subjetiva, paciente con manejo de sepsis de origen urinario, cursa además con obstrucción intestinal

alta, probablemente yeyuno, al momento ha venido en empeoramiento, tiene unos gases arteriales con acidosis metabólica severa, gases arteriales es un examen que se toma en la arteria radial y nos indica un estado de compromiso del paciente y lo refiere el doctor como severa. En la valoración objetiva paciente despierto, consciente y orientado, corazón rítmico sin soplos pulmones con hipoventilación basal derecha, como mencioné hace un momento, muy probablemente asociado a ser fumador crónico. En abdomen, gran distención del abdomen superior, drena por sonda nasogástrica líquido intestinal obscuro, ruidos intestinales están disminuidos, no hay irritación peritoneal generalizada, dentro del concepto de la historia clínica de evolución, revalorado por medicina interna y cirugía general. Diagnóstico septicemia no específica, se ordena suspender líquidos de solución salina y se pasa a lactato de ringer a 150 CC por hora. En el folio 56 en la nota del doctor Omar Alejandro Ortega Valencia menciona la creatinina que es un determinante de laboratorio para la función del riñón, está en incremento, inicialmente tiene una creatinina de 1.96 que ya está alterada y la de control es de 3.4; así mismo el nitrógeno ureico en sangre, que es un determinante para ver disfunción del riñón, de 40 pasa a 79, el potasio está en incremento en ese momento está en 5.2. Cuadro emético menciona la presencia de leucocitos de 10.900, que son las células blancas de defensa que tenemos todos los seres humanos y otras células especiales que se llaman neutrófilos están en el 92%, siendo el rango normal máximo hasta 75. Hemoglobina que es la concentración para saber si tiene o no tiene anemia tiene 15.3 y las plaquetas están en 450.000, es decir algo elevadas, muy probablemente asociadas a su cuadro infeccioso. La radiografía de tórax congestión pulmonar y en la radiografía de abdomen hay niveles hidroaeros en abdomen superior. El análisis, paciente con cuadro de obstrucción intestinal Alta, con empeoramiento de su cuadro inicial, cursa ahora con falla renal con incremento de azoados que son determinantes de la función renal, acidosis metabólica severa determinada por los gases arteriales y el incremento del potasio. El plan con el paciente es remisión a tercer nivel para manejo integral por nefrología, cirugía, paciente necesita de cuidados intensivos en el post quirúrgico, no contamos en esta institución con nefrología ni cuidado intensivo, remitir como urgencia vital. Le ordena un bolo de solución de Hartman de 1.000 cc, furosemida 20 mg endovenoso, posteriormente 10 mg cada 6 horas, se solicitan tiempos de coagulación, posible necesidad de intervención quirúrgica, PCR que es proteína C reactiva, marcador de inflamación y transaminasas que es función hepática. Dentro de la historia clínica paciente revalorado por cirugía general por el Dr. Ortega quien indica remisión como urgencia vital. Diagnóstico septicemia no específica, insuficiencia renal aguda no específica y otras obstrucciones del intestino. Y en la valoración en el folio 54 que hace la doctora Sandra Lucía Fernández Joaqui, especialista en medicina interna, menciona lo siguiente: historia clínica reporte de paraclínicos, paciente de 68 años, abdomen agudo, sepsis severa de origen abdominal, urinario interrogado dos veces, falla renal aguda, falla orgánica múltiple, compromiso renal y respiratorio, ya valorado por cirugía se ha definido remisión a Nivel III por las posibles complicaciones en post quirúrgica, se amplía espectro antibiótico a meropenem ajustado a función renal, o sea se hace un cambio de antibiótico de mayor cobertura. Diagnóstico: septicemia no especificado, falla renal aguda no específica. Meropenem cada 12 horas, se suspende ampicilina sulbactam, pendiente cupo en nivel III. Esas son las anotaciones que hay en el libro por parte de los colegas especialistas en cirugía general y en medicina interna. PREGUNTA: ¿tiene usted conocimiento de cuál fue el desenlace de ese paciente? CONTESTA: si Dr., paciente en nivel III hospital Universitario San José, requiere intervención quirúrgica, en donde los hallazgos en el hospital Universitario San José, intraoperatoriamente es una isquemia mesentérica, se hace la intervención y se cierra el paciente, se traslada a la unidad de cuidado intermedio para darle sedación final, paciente posteriormente fallece, dentro de los hallazgos intro operatorios, isquemia mesentérica con perforaciones pequeñas, con micro perforaciones y el deceso del paciente posteriormente. PREGUNTA: dentro del conocimiento que usted tiene en el campo de la medicina ¿nos puede ilustrar en qué consiste una isquemia mesentérica? CONTESTA: es una patología frecuente en personas mayores de 55 años de edad, especialmente en pacientes que tienen connotaciones de enfermedades de otra base como es hipertensión arterial y en el caso específico del paciente el ser fumador pesado, el cigarrillo no sólo es una enfermedad sino que conlleva a otro tipo de patologías, específicamente la alteración del endotelio producto de la alteración del óxido nítrico, producto de la lesión que origina la nicotina y más de 200 derivados que tiene el cigarrillo, alteran la luz de los vasos sanguíneos y máxime si el paciente es hipertenso y a sus 68 años de edad, si Dios nos da vida de llegar a esas edades, la historia natural de cualquiera de nosotros es a desarrollar enfermedad ateromatosa de los vasos, aunado a su hipertensión arterial y al ser fumador, tiene mayores características de poder

desarrollar una isquemia crítica intestinal que se llama isquemia mesentérica, probablemente se desprendió alguno no de sus ateromas que tiene en sus vasos y tapó la circulación dada por la mesentérica superior, porque dentro de los hallazgos intraoperatorios hay una isquemia casi global del tracto gastrointestinal del paciente, que llega en más del 99% a ser incompatible con la vida. PREGUNTA: Dentro de sus afirmaciones manifestó usted según la historia clínica que el paciente tiene una isquemia mesentérica con perforaciones parciales ¿nos puede dar un poco de claridad al respecto? CONTESTA: la isquemia mesentérica es, como lo mencionaba, es una enfermedad por oclusión del flujo sanguíneo arterial del tracto gastrointestinal, inicialmente la sintomatología de la isquemia mesentérica, según dicen los protocolos y las personas que tienen muchísimo más conocimiento de ello, hablo del grupo de gastroenterología, la sintomatología no es florida, el paciente le puede consultar a uno por cuadro de dolor abdominal, que no es específico y finalmente llegar a un estado de complicación, que muy probablemente es lo que nos aqueja, haciendo distensión de asas, si el flujo sanguíneo arterial, que es el más importante se ve bloqueado, las asas intestinales empiezan a tener un proceso de falta de flujo, distensión, o sea que se "soplan", como no tiene flujo sanguíneo la perfusión, la irrigación es mala y se hacen perforaciones, las bacterias que están en el tracto del colon, migran hacia el tracto gastrointestinal delgado, complicando aún más el estado del paciente, o sea no sólo hay isquemia crítica o una isquemia grave del flujo sanguíneo, sino que también hay colonización por bacterias que no son flora normal del tracto gastrointestinal delgado, originando la isquemia a mayor proliferación de la flora y a perforación, la isquemia como tal si origina perforación. Insisto que la posibilidad de llegar a sobrevivir de un paciente de estos, es menor del 1%, está descrito en muchos protocolos y en la literatura descrita a nivel quirúrgico, muchos de los que fueron docentes míos mencionan "isquemia cementérica", de una manera coloquial y con todo respeto.

PARTE DEMANDANTE:

En cuanto a esa ilustración de la isquemia mesentérica, ¿es posible o existe un tratamiento para la isquemia mesentérica? CONTESTA: lo mencioné hace un momento, menos del 1% y está reportado en la literatura que si se pudiese tener un especialista en cirugía vascular de tiempo completo, hablo de 24 horas al día, que pudiere hacer una derivación, hacer una trombectomía, sacar el coágulo que ocluye, eventualmente en los pacientes, en menos del 1% podría darse una sobrevida. La gran mayoría de los pacientes y estamos hablando de una institución que tiene un nivel de complejidad superior, la sobrevida es muy pobre. La literatura describe, de hecho el Congreso en el año pasado mencionan una paciente de 82 años con isquemia mesentérica, el grueso del grupo que estábamos en el congreso, le dio la bendición porque muy probablemente, nada que hacer, le hicieron una trombectomía y ese tipo de pacientes, probablemente tiene la ayuda de alguien más que no está aquí presente y que no es humano, y le dio la posibilidad que siguiera viviendo a esa paciente, la paciente sobrevivió, pero no es lo frecuente, la gran mayoría de los pacientes fallece. PREGUNTA: dentro de las anotaciones que usted hace habla de que hay un proceso infeccioso, ¿este proceso infeccioso precede a esta isquemia mesentérica o es la isquemia mesentérica como tal? CONTESTA: en el folio 39 la Dra. Adiela del Socorro reporta los siguientes paraclínicos, cuadro hemático, leucocitosis con neutrofilia, demostrando que las células blancas de defensa que mencioné que tienen todos los seres humanos, están elevadas y unas células especiales que se llaman neutrófilos también, pero no tiene anemia y no hay trombositosis, o sea que la función de las plaquetas es normal, la función del riñón es alta, 1.64, máximo nivel 1.20, pero en el examen de orina, se menciona parcial de orina y gram color marron, aspecto turbia, densidad 1.200, nitritos positivos, leucocitos en orina 100 unidades de leucocitos por mililitro, proteínas en orina de 75 unidades por mililitro y leucocitos de 15 a 20 por campo y sangrado de 50 a 60, con respecto a la pregunta de si había infección previa, muy probablemente con este examen de orina al paciente se le dictamina que hay infección en vías urinarias, el paciente tiene 68 años de edad, muy probablemente es uno uropatía obstructiva secundaria de crecimiento de la próstata que es muy dado en este tipo de pacientes. Los pacientes usualmente por hipertrofia prostática tienen marcada limitación para orinar espontáneamente y se infecta la orina, este paciente con sobrado sopeso se le hubiese iniciado proceso para manejo de infección de vías urinarias. La isquemia mesentérica, per se, no me marca estos hallazgos en el parcial de orina, pero sí en el cuadro hemático, por eso mencioné que es una patología que inicialmente la sintomatología no es tan florida. Probablemente el paciente, también de base tenía un crecimiento de la próstata que lo llevó a una infección urinaria, que ameritaba manejo sí, pero posteriormente él desarrolla una isquemia mesentérica, o sea que sí, probablemente tenía dos focos infecciosos. (…)

- ✓ Dr. OMAR ALEJANDRO ORTEGA - CIRUJANO GENERAL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA:

¿Qué nos puede informar sobre la atención brindada al señor Mera? RESPUESTA: yo fui llamado como cirujano a valorarlo lo encuentro con mal estado general con abdomen distendido, tenía unos exámenes de sangre que eran anormales, tenía una insuficiencia renal aguda, con una creatinina no recuerdo exactamente el valor pero era de tres…el valor normal de la creatinina es de cero seis a uno, además tenía una distención abdominal, todo indicaba que tenía un abdomen agudo quirúrgico que por las condiciones de nuestro hospital no estábamos en condiciones de operarlo y como consta en la historia clínica en la orden hecha por mí, se ordena remitirlo como urgencia vital a otra institución, tengo entendido que el señor llegó al hospital san José de Popayán. Él necesitaba una Unidad de cuidado intensivo que el Hospital Susana López no la tiene.
APODERADO HOSPITAL:
Teniendo en cuenta que usted tiene la historia clínica en sus manos, ¿nos puede establecer de manera clara cuál fue su procedimiento en el Hospital Susana López de valencia, respecto del señor Manuel? RESPUESTA: aquí en la historia está claro que el paciente ingresó por sepsis de origen urinario y obstrucción intestinal alta, probablemente yeyuno y que al momento venía en empeoramiento. Además se mencionan algunos exámenes paraclínicos que tenía unos leucocitos de 10.900 pero unos neutrófilos del 92%, eso quiere decir que tenía una infección en curso en ese momento y en la parte del abdomen se observan unos niveles hidroaereos superiores y el análisis es que el paciente tiene un cuadro de obstrucción intestinal alta con empeoramiento de su cuadro inicial, que cursa con falla renal y que se debe remitir a hospital de tercer nivel para manejo integral por nefrología y cirugía, el paciente necesita de cuidados intensivos en el pos quirúrgico que no contamos en la institución con nefrología y cuidados intensivos. Esa fue la razón por la que se remitió al señor allá. Es un señor de edad, hay unos exámenes paraclínicos, no sé en qué parte está pero revisando la historia él tiene un antígeno prostático de 84.4 si no estoy mal, que eso es indicativo además de un cáncer de próstata que en ese momento no se lo documentó, pero eso nos indica el examen de sangre, o sea, agravado a todo el tema de la infección urinaria que se estaba tratando, más la obstrucción intestinal más ese antígeno prostático, eso va debilitando más el estado de salud del señor. PREGUNTA: ha manifestado usted en su anterior manifestación que muy probablemente el paciente tenía un cáncer de próstata pero también ha hecho referencia al antígeno prostático que tenía unos niveles de alteración ¿nos puede aclarar a todos cuales son los niveles normales y cuales los de alteración de ese antígeno prostático? RESPUESTA: se considera que con un antígeno prostático mayor de cuatro se debe recomendar un biopsia de próstata y ya con antígeno prostático mayor de 20 él tiene una alta probabilidad de un cáncer de próstata y él con un nivel de 84, es decir más alto, es un indicativo de un cáncer de próstata, que ese día no se estudió en ese momento por la condición aguda del paciente, o sea, la condición del paciente era una condición crítica, en el momento en que yo lo veo, el paciente necesitaba un procedimiento quirúrgico y probablemente iba a necesitar de cuidado intensivo por todo lo que les mencioné antes, por la falla renal, por la edad avanzada porque al realizar un procedimiento quirúrgico a un paciente en esas condiciones, lo más seguro es que sale a una unidad de cuidado intensivo y que en la institución no se contaba y por eso se dio la orden de remitirlo como una urgencia vital y como le digo, un antígeno prostático es un indicador de cáncer de próstata, se utiliza universalmente para diagnosticar un cáncer de próstata. PREGUNTA: ¿sabe usted cual fue el desenlace del paciente al que usted ha hecho alusión? RESPUESTA: pues el paciente fue operado en el hospital san José y hasta donde tengo entendido en la última intervención quirúrgica que le hicieron, encontraron una trombosis mesentérica que va desde el ángulo de treitz y compromete todo el intestino. Este es un diagnóstico que no es tan fácil realizarlo, el cuadro inicial es un cuadro bizarro de un dolor abdominal con una distensión que poco a poco se va agravando y con esos hallazgos, la mortalidad del paciente es de un 100% sobre todo en personas de edad avanzada aquí y en cualquier parte, la trombosis mesentérica masiva es mortal y en esas condiciones, tengo entendido que el señor falleció. PREGUNTA: Doctor usted ha hecho varias manifestaciones se las voy a decir literales, primero que efectivamente hay una alteración de los antígenos que dan muy posiblemente un CA, pero ha manifestado que en la historia clínica hay una falla renal y a su vez en su última intervención manifestó que se encontró con una trombosis mesentérica nos puede usted ilustrar esta conjugación de hechos ¿Cuál era su resultado? RESPUESTA: la trombosis mesentérica consiste en la obstrucción del flujo sanguíneo hacia el intestino, el intestino está irrigado por las arterias mesentéricas que esas al taponarse llevan a una isquemia a una gangrena en el intestino digámoslo así, según los hallazgos

de la historia clínica, encontraron una necrosis que corresponde a todo el intestino delgado más el colon, la cirugía consistiría en resetear el intestino que es incompatible con la vida. Como dije inicialmente, el diagnóstico de una isquemia mesentérica es difícil, no es tan fácil uno se basa por los signos clínicos pero los signos no son muy específicos, un dolor abdominal inespecífico, el paciente con el transcurso de las horas o de los días pues se va agravando más, luego presenta una distensión abdominal y ya el diagnóstico final es en cirugía, que fue lo que hicieron en el hospital San José. Hay una nota de la descripción quirúrgica, la última descripción quirúrgica en donde dicen que encuentran una isquemia mesentérica desde el ángulo de treitz y que compromete todo el intestino, por eso al paciente no le hicieron ninguna intervención más, fue llevado a la unidad de cuidados intermedios para medidas de confort dice la historia. PREGUNTA: ¿un paciente que sea diagnosticado con una trombosis como la que usted menciona, se puede decir que es casi que mortal ese diagnóstico? RESPUESTA: en el caso del paciente, por la edad y por la magnitud de la trombosis mesentérica sí, porque está todo el intestino necrosado, tanto el delgado como el grueso, eso es 100% mortal, cuando hay a veces la trombosis mesentérica que a veces compromete un segmento del intestino, una porción del intestino, pues a veces hay posibilidad de que el paciente salga adelante y supere la enfermedad, pero cuando es total el intestino, es mortal. PREGUNTA: ¿hace cuantos años es usted médico? RESPUESTA: como médico general me gradué en el año 1992 y como cirujano en el 2000.

PARTE DEMANDANTE:

¿Usted nos podría indicar cuál es el origen del proceso infeccioso que habla la historia clínica? RESPUESTA: el paciente tiene claro un proceso infeccioso, una infección urinaria por allí hay un análisis de orina, es patológico, tiene una infección urinaria asociada, el paciente por la sospecha del cáncer prostático, eso genera una obstrucción y eso hace que se infecte fácilmente. Yo revisé la historia clínica y tenía una infección urinaria que estaba manejada por el Hospital Susana López. (…)PREGUNTA: también se habló del tema de la trombosis mesentérica ¿qué relación tiene ese proceso infeccioso con la trombosis? RESPUESTA: para la trombosis mesentérica hay varios factores, por ejemplo en este paciente, una persona de edad avanzada, posiblemente ya estaba prostrado en la cama cuando yo lo vi, probablemente llevaba unos 2 o 3 días allí, más el cáncer, todo eso hace o son factores que incrementan la trombosis, la formación de trombos que van a obstruir las arterias en cualquier parte del organismo, en este caso las mesentéricas que son las que irrigan al intestino PREGUNTA: pero en cuanto al proceso infeccioso, ¿tiene alguna relación directa? RESPUESTA: pues podría haber estado emigrando trombos, a veces forma trombos, que probablemente podría haber estado relacionado con eso, pero no es ciento por ciento, son rara ocasiones. (…)

- ✓ Dra. CARMEN DEL PILAR PAZ- MÉDICA INTERNISTA HUSJ:

Es un paciente de 68 años de edad que viene de Santander de Quilichao, él llega al HSLV con síntomas urinarios, el paciente es mal informante, pero son síntomas urinarios. Astenia, que es como malestar general, adinamia, son como sintomatologías que siempre acompañan a las patologías infecciosas y también la disminución en la ingesta de alimentos, no porque se sienta lleno sino porque realmente no quiere comer. Él llega con una semana más o menos de evolución de esos síntomas asociados a síntomas urinarios y retención urinaria, llama mucho la atención que tuvo un episodio de diarrea y no hay fiebre, pero si orinas francamente fétidas. El examen físico al ingreso que fue cuando yo lo recibí, el abdomen era un abdomen muy blandito pero estaba muy distendido, esto es importante porque realmente no había dolor a la palpación que orientara a patología quirúrgica aguda. Siempre el dolor abdominal va de la mano con patología quirúrgica, entonces, este paciente anciano con síntomas urinarios, con orinas fétidas y un uroanálisis francamente patológico, tenía leucocitos, tenía nitritos, tenía bacterias que son de las bacterias, se interpretó como una infección de vías urinarias, no obstante si llamó la atención a distensión abdominal del paciente, que no es usual en un paciente con infección urinaria, es probable que haya tenido o concomitado con dos patologías conjuntamente, por eso se le pidió la placa de abdomen y por eso se pidió valoración por cirugía general, básicamente eso es lo que tengo para decir con este paciente. PREGUNTA: ¿por qué motivo fue remitido al HSJ? RESPUESTA: realmente a mí no me consta porque yo sólo lo vi una vez, que fue en el momento de ingreso, pero revisando la historia clínica, hay empeoramiento del cuadro, el abdomen que inicialmente no estaba doloroso a la palpación, ya se tornó doloroso y la sonda nasogástrica ya empezó a drenar material como fecaloide que es como material de intestino, generalmente cuando uno pasa una sonda nasogástrico lo que recibe es material gástrico, pero fecaloide ya va más abajo, eso habla de

una obstrucción intestinal, básicamente fue por eso y empeoramiento de la función renal. Él llegó con una creatinina maluquita y después subió, entonces ya necesitaba manejo multidisciplinario, esto lo sé mirando la historia clínica.
APODERADO HSLV:
Quisiera saber hace cuanto usted es médica. RESPUESTA: soy médica desde el año 2004 e internista desde el 2009 (…) PREGUNTA: ¿sabe usted qué desenlace tuvo el paciente? RESPUESTA: falleció a causa de una isquemia mesentérica PREGUNTA: ¿nos puede contextualizar en qué consiste la isquemia mesentérica para el caso particular de este paciente? RESPUESTA: es un paciente con múltiples factores. Cuando nosotros hablamos únicamente de hipertensión, uno dice bueno, solamente tenemos esto como factor de riesgo, pero este paciente tenía la edad, es un paciente con tabaquismo pesado como lo dice la historia clínica de ingreso, incluso recientemente como 4 meses antes de ingresar, tenía tabaquismo pesado y es un paciente hipertenso, esos son factores de riesgo cardiovasculares e igualmente dañan como el endotelio de los vasos arteriales inclusive venosos, sabrán ustedes que el intestino está pegado todo como por una mallita, esa mallita tiene arterias que son las que irrigan eso, cuando hay un trombo que está facilitado por la edad, que está facilitado por la hipertensión, que está facilitado por el mismo tabaquismo, el riego sanguíneo se corta y así como pasa con un piecito cuando no le llega sangre, pasa con todo el intestino, desafortunadamente, es mucho más severo en un intestino porque es como que si se tapa un vaso se tapan muchos, la mortalidad en estos casos es altísima yo creo que en la literatura está por encima del 95%. Realmente un paciente con isquemia mesentérica la sobrevida con o sin intervención es muy bajita, definitivamente casi que nula. En este paciente tenemos otro agravante y es que tenemos un antígeno prostático muy elevado, por encima de 80, generalmente el antígeno nos sirve para mirar alteraciones de próstata, nosotros tenemos rangos, pero por encima de 20 el antígeno, está altamente correlacionado con un cáncer a nivel de próstata, eso probablemente fue lo que le ocasionó la retención urinaria al paciente él venía con retención urinaria, con globo vesical se llama eso. Cuando tenemos una neoplasia o un cáncer, lo que tenemos de la mano son síndromes paraneoplásicos, o sea son síndromes que vienen de la mano con esto, manifestaciones que no son propias del cáncer como tal, sintomatologías como tal del cáncer, pero si son propias de las partes inflamatorias o de todo el inflamatorio que puede presentar una próstata o el órgano afectado y uno de ellos es el síndrome de hipercoagubilidad, esto quiere decir que un paciente con cáncer se puede trombosar mucho más fácil que un paciente que no lo tenga.
APODERADO PARTE DEMANDANTE
¿Él ya presentaba el proceso infeccioso cuando llegó al HSLV? RESPUESTA: por supuesto, de hecho, si ustedes ven la historia clínica, en los paraclínicos de ingreso tiene un cuadro hemático con leucocitosis y neutrofila que son células blancas que aumentan cuando hay un proceso infeccioso y tiene un uroanálisis con leucocitos y con bacterias en la orina. PREGUNTA: ¿ese proceso infeccioso tiene una relación con la isquemia? RESPUESTA: no, ninguna, el proceso infeccioso tiene relación con hiperplasia prostática, con el aumento del volumen de la próstata y tiene relación también con el globo vesical, es decir con la retención urinaria que tenía el abuelo. PREGUNTA: ¿qué hizo el Hospital ante el diagnóstico de la isquemia? RESPUESTA: es que el diagnóstico de isquemia no se hizo en el HSLV, vuelvo y le repito, el paciente se mandó de Susana López por empeoramiento y porque el abdomen se tornó doloroso, con empeoramiento de la función renal (…) el diagnóstico de la isquemia mesentérica se hizo de manera intraoperatoria, lo que pasa es que la isquemia mesentérica, es una patología de difícil diagnóstico y en la mayoría de los casos se hace de manera intraoperatoria.

- ✓ Informe pericial.

El doctor Jaime Efraín Enríquez Zambrano, Médico Internista Nefrólogo, docente de la Universidad del Cauca, rindió informe pericial, el cual obra a folios 13 y 14 del cuaderno de pruebas, en los siguientes términos:

a) <u>Causa del deceso del señor Manuel Augusto Mera León:</u>

"La causa del deceso del señor Manuel Augusto Mera León se debió probablemente a la isquemia mesentérica con necrosis intestinal desde el ángulo de Treitz hasta el ciego y colon ascendente con múltiples perforaciones a lo largo de toda el área necrótica intestinal con abundante líquido fecaloide encontrada en cirugía, siendo esta lesión incompatible con la vida y que conllevó a peritonitis y sepsis severa de origen intestinal y el evento final fue paro cardiorrespiratorio al día siguiente de la cirugía."

b) La causa o el origen de la sepsis severa de origen abdominal, falla renal y falla orgánica múltiple por compromiso renal y respiratorio sufridas por el señor Manuel Augusto Mera León:

La causa de la sepsis severa de origen abdominal se debió probablemente a la necrosis extensa intestinal ya descrita con múltiples perforaciones con abundante líquido fecaloide. El estado de sepsis severa produjo falla renal aguda, falla respiratoria y falla orgánica múltiple.

c) Qué procedimiento debe ordenar y qué tipo de exámenes debe realizar un profesional médico a un paciente que presenta síntomas como los padecidos por el señor Manuel Mera, cuando acudió al Hospital Francisco de Paula Santander ESE, así mismo, qué procedimientos debe seguir el facultativo si los síntomas persisten días después de la atención.

Con la premisa de primero hacer un diagnóstico correcto para iniciar un tratamiento correcto, la conducta a seguir en el caso del señor Manuel Mera, cuando acudió al Hospital Francisco de Paula Santander es hospitalizar, hacer seguimiento clínico y de laboratorio diario con hemograma, creatinina, electrolitos, además uroanálisis y urocultivo y ante la persistencia del cuadro clínico de dolor abdominal de tres días de evolución, para el día 16 de febrero de 2013, con leucocitosis en el hemograma que plantea el diagnóstico de abdomen agudo, la conducta a seguir era remitir el paciente a un tercer nivel para estudio, diagnóstico y manejo.

d) Cuál es el tratamiento que debe ordenar un profesional en caso de que un cuadro hemático revele que en un paciente se presenta un conteo de leucocitos superior a 14.000

La conducta a seguir en el caso de que el cuadro hemático revele que un paciente presenta un conteo de leucocitos superior a 14.000, es investigar la causa que puede ser un proceso inflamatorio o infeccioso, en este caso de origen abdominal y/o urinario y establecer un diagnóstico para definir un tratamiento.

e) Qué tratamiento debe ordenar y qué tipo de exámenes debe realizar un profesional médico cuando un paciente presenta un cuadro clínico superior a una semana de retención urinaria e infección en las vías urinarias, tal como el diagnosticado por el HSLV al señor Manuel Augusto Mera.

Ante un cuadro de retención urinaria y probable infección urinaria se debe ordenar los siguientes estudios: hemograma, creatinina, uroanálisis, urocultivo, ecografía renal, y de vías urinarias e iniciar manejo de obstrucción con sonda vesical e inicio de antibiótico con ajuste de medicamento según urocultivo.

f) Qué probabilidades porcentuales de supervivencia tenía el señor Manuel Augusto Mera si se hubiera diagnosticado y tratado la infección de las vías urinarias de manera oportuna en la atención inicial dada por los funcionarios del Hospital Francisco de Paula Santander

La probabilidad de supervivencia del Sr. Manuel Augusto si se hubiera diagnosticado y tratado la infección de vías urinarias en la atención inicial en el Hospital Francisco de Paula Santander, es alta, mayor al 90%, pero la enfermedad que le llevó a la muerte no fue la infección urinaria sino la catástrofe abdominal producida por la isquemia mesentérica con necrosis extensa intestinal con múltiples perforaciones y salida de material fecaloide que le produjo peritonitis y sepsis severa de origen abdominal intestinal. Se aclara que no existe relación de causalidad entre la infección urinaria y retención urinaria que es de buen pronóstico con la isquemia mesentérica con necrosis intestinal extensa que es incompatible con la vida, pero si pueden coexistir.

g) Establecer que probabilidades porcentuales de supervivencia tiene una persona que posee un cuadro clínico similar al que presentaba el señor Manuel Augusto cuando acudió al Hospital Susana López de Valencia.

La probabilidad de supervivencia de una persona con un cuadro clínico similar al que presentaba el señor Manuel cuando acudió al Hospital Susana López de Valencia a recibir atención médica, al diagnosticar infección urinaria y tratarla es alta la sobrevida, pero como además se le diagnosticó abdomen agudo por lo cual fue remitido al Hospital San

José de tercer nivel que fue lo apropiado, la probabilidad de vida que era cero por la catástrofe abdominal por la isquemia mesentérica con necrosis intestinal y severa sepsis de origen intestinal, tal como sucedió en el Sr. Mera León.

✓ Otros documentos.

- La señora CARMEN CILIA LEON el 25 de febrero del año 2013 pagó a favor del centro campo santo del Perpetuo Socorro la suma de $30.000 por cuenta de permiso de sepultura, según recibo de caja nro. 112 que obra a folio 120 del cuaderno principal del expediente.

- La señora MILENA MERA el 21 de febrero del año 2013 pagó a favor de funerales pre exequiales El Recuerdo Sur, la suma de $650.000 por concepto de servicios para el señor MANUEL MERA, según recibo de caja nro. 89026 que obra a folio 120.

Con base en los supuestos fácticos probados, se determinará si se cumplen los presupuestos de la responsabilidad estatal, empezando por el primero de ellos: el daño antijurídico.

SEGUNDA.- El daño antijurídico.

Conforme al artículo 90 constitucional son dos los elementos de la responsabilidad patrimonial del Estado: El daño antijurídico y la imputación de éste al Estado.

Sobre este particular ha dicho el Consejo de Estado3:

> *"Nunca, hasta 1991, nuestro ordenamiento jurídico había consagrado un precepto constitucional constitutivo de la cláusula general de responsabilidad patrimonial del Estado, que recogiera tanto la responsabilidad de naturaleza contractual como la extra contrato; tal cosa ocurrió con el artículo 90 de la Constitución Política vigente, de cuyo inciso primero, se deduce, como ya lo ha dicho la Sala en otras oportunidades, que son dos los elementos indispensables para la declaración de la responsabilidad patrimonial del Estado y demás personas jurídicas de derecho público, a saber: el daño antijurídico y la imputabilidad del mismo al Estado".* (Destacamos).

En otras oportunidades ha dicho4*:*

> *"Con fundamento en el artículo 90 de la Constitución Política de 1991, el Estado es responsable patrimonialmente por los daños antijurídicos que ocasione por la acción u omisión de las autoridades públicas, por lo cual para la prosperidad de las pretensiones de la demanda presentada en ejercicio de la acción de reparación directa, es necesario que la parte actora acredite los elementos que configuran dicha responsabilidad, es decir el daño y la imputación del mismo a la entidad pública demandada".* (Subrayado nuestro).

El daño antijurídico, cuya definición no se encuentra en la Constitución ni en la ley, sino en la doctrina española, particularmente en la del profesor Eduardo García de Enterría, ha sido reseñado en múltiples sentencias desde 1991 hasta los tiempos más recientes, como el perjuicio que es provocado a una persona que no tiene el deber jurídico de soportarlo.

En este caso el daño, comprendido como el primer elemento en un juicio de responsabilidad, se constituye con la muerte del señor Manuel Augusto Mera León, lo que se acredita con la copia del folio del registro civil de defunción, obrante a folio 16 del cuaderno principal, la cual, el grupo demandante no estaba obligado a soportar.

Hecha esa precisión entonces, se pasa a analizar si en el presente asunto la parte demandante acreditó no sólo el daño, sino además si éste es imputable a las entidades accionadas, lo cual debe evaluarse en este evento bajo la óptica de la falla del servicio, según se expone a continuación.

---

3 Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de 21 de octubre de 1999, Consejero Ponente: Alier Eduardo Hernández Enríquez, radicación número: 10948-11643, actor: Luís Polidoro Combita y otros.

4 Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de 27 de noviembre de 2006. Exp. 14882. C.P. Ramiro Saavedra Becerra.

TERCERA.- Título de imputación aplicable en asuntos de Responsabilidad médica Estatal.

Sobre el título de imputación bajo el cual se debe analizar la responsabilidad administrativa en asuntos de falla médica, el Consejo de Estado[5] ha expresado en su jurisprudencia de recientes años:

> *"En lo que tiene que ver con la imputación del daño, la Sala considera pertinente precisar que en el asunto sub judice, el régimen de responsabilidad bajo el cual se deben analizar las obligaciones resarcitorias que eventualmente existan a cargo del Estado, es el de la falla probada del servicio, con las consecuencias probatorias que le son propias, tal y como se ha reiterado[6], en el sentido de precisar que "… en la medida en que el demandante alegue que existió una falla del servicio médico asistencial que produjo el daño antijurídico por el cual reclama indemnización, …deberá en principio, acreditar los tres extremos de la misma: la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y ésta…"[7].*

En complemento de lo anterior, sobre el régimen de la carga de prueba, en la misma providencia dijo:

> *"En relación con la carga de la prueba del nexo causal, se ha dicho que corresponde al demandante, pero dicha exigencia se modera mediante la aceptación de la prueba indirecta de este elemento de la responsabilidad, a través de indicios y además, se ha precisado que "la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica debida no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que esa actuación fue constitutiva de una falla del servicio y que dicha falla fue causa eficiente del daño…; se requiere que dicho daño sea imputable a la Administración, y no lo será cuando su intervención aunque vinculada causalmente al daño no fue la causa eficiente del mismo sino que éste constituyó un efecto no previsible o evitable, de la misma enfermedad que sufría el paciente o de otra causa diferente"[8]."*

De la providencia en cita, la cual recoge a su vez el precedente jurisprudencial sobre las reglas que deben observarse para determinar una presunta falla en el servicio médico, este Despacho, en otras oportunidades resolvió los litigios planteados bajo las siguientes conclusiones o premisas sobre el título de imputación aplicable y la carga de la prueba: *(i) Los litigios sobre falla médica se deben absolver bajo el régimen subjetivo de responsabilidad, esto es, falla probada; (ii) La carga de la prueba de los elementos de la responsabilidad administrativa recae sobre la parte demandante; (iii) Es posible acudir al medio probatorio de los indicios para probar los elementos de responsabilidad y (iv) la sola demostración de las actuaciones u omisiones de la prestación médica debida no es suficiente para imputar daños al Estado.*

Debe decirse igualmente, que el manejo jurisprudencial dado a este tipo de situaciones ha arrojado una excepción que, en cierto sentido, rompe con el nexo causal exigido entre la falla del servicio y la acusación del daño antijurídico, conocida como la teoría de la pérdida de oportunidad, que en síntesis nos refiere un escenario de incertidumbre producto de la acción o de la omisión de las entidades prestadoras del servicio.

De acuerdo a lo esbozado por el Consejo de Estado, la pérdida de oportunidad no constituye un régimen de responsabilidad, sino una variación del daño que se da ante la imposibilidad de establecer el nexo causal entre la actuación de la administración y la afectación en concreto que sufre la víctima, así lo ha señalado en sus pronunciamientos:[9]

> *"Para la Sala, según lo sostenido en recientes pronunciamientos, para que se configure la pérdida de oportunidad es necesario verificar la concurrencia de tres elementos: i)*

---

5 Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, sección tercera-subsección B, Consejero Ponente (E): Danilo Rojas Betancourth, sentencia del veintiocho (28) de septiembre de dos mil doce (2012).

6 Ver, entre otras las siguientes sentencias de la Sección Tercera del Consejo de Estado: de 10 de febrero de 2000, exp. 11878, C.P. Alier Eduardo Hernández Enríquez; de 31 de agosto de 2006, exp. 15.238, de 30 de noviembre del mismo año, exp. 15201, la proferida en la misma fecha dentro del exp. 25063; y la de 23 de abril de 2008, exp. 17750, C.P. Mauricio Fajardo Gómez.

7 Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 11 de mayo de 2006, exp. 14400, C.P. Ramiro Saavedra Becerra.

8 Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

9 Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia de 5 de abril de 2017, exp. 25706, M.P. Ramiro Pazos Guerrero.

falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado, es decir, la incertidumbre respecto a si el beneficio o perjuicio se iba a recibir o evitar; ii) certeza de la existencia de una oportunidad; iii) certeza de que la posibilidad de adquirir el beneficio o evitar el perjuicio se extinguió de manera irreversible para la víctima. Sobre el alcance de cada uno ha dicho la Sala:

> *Falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado. En primer lugar, para determinar si se está en presencia de un daño de pérdida de oportunidad, es necesario establecer que, en efecto, el titular de la expectativa legítima se encontraba, para el momento en que ocurre el hecho dañino, en una situación de incertidumbre de recibir un beneficio o una ventaja esperada, o de evitar un perjuicio indeseado. La oportunidad debe encontrarse en un espacio caracterizado por no existir certeza de que su resultado habría beneficiado a su titular, pero tampoco en el que sólo exista la conjetura de una mera expectativa de realización o evitación. Si se tiene certeza sobre la materialización del resultado final, no es posible hablar del daño consistente en la pérdida de oportunidad sino de la privación de un beneficio cierto, o si se trata de una mera conjetura o ilusión, tampoco habría lugar a la configuración de una oportunidad por no tener la intensidad suficiente para convertirse en una probabilidad razonable de alcanzarse o evitarse. Así, el requisito de la "aleatoriedad" del resultado esperado tiene enormes incidencias en el plano de la indemnización, ya que si se trata de la infracción a un derecho cierto que iba a ingresar al patrimonio de la víctima o frente al cual se debía evitar un menoscabo, su indemnización sería total, mientras que si el truncamiento es solo respecto de la expectativa cierta y razonable de alcanzar o evitar un resultado final, la posibilidad truncada sería indemnizada en menor proporción.*
> *En ese orden de cosas, la falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado consistente en la obtención de un beneficio o la evitación de un perjuicio que se busca evitar es el primer elemento para proceder a estudiar los otros que se exigen para la configuración de la pérdida de oportunidad*
>
> *Certeza de la existencia de una oportunidad. En segundo lugar se debe constatar que, en efecto, existía una oportunidad que se perdió. La expectativa legítima debe acreditar inequívocamente la existencia de "una esperanza en grado de probabilidad con certeza suficiente" de que de no haber ocurrido el evento dañoso, la víctima habría mantenido incólume la expectativa de obtener el beneficio o de evitar el detrimento correspondiente.*
>
> *Pérdida definitiva de la oportunidad. En tercer lugar se debe acreditar la imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento. Es indispensable que se tenga la certeza de que la posibilidad de acceder al beneficio o evitar el perjuicio fue arrancada definitivamente del patrimonio -material o inmaterial- del individuo tornándola en inexistente, porque si el beneficio final o el perjuicio eludido aún pendiera de la realización de una condición futura que conduzca a obtenerlo o a evitarlo, no sería posible afirmar que la oportunidad se perdió, ya que dicha ventaja podría ser aún lograda o evitada y, por ende, se trataría de un daño hipotético o eventual; dicho de otro modo, si bien se mantiene incólume la incertidumbre respecto de si dicho resultado se iba a producir, o no, la probabilidad de percibir el beneficio o de evitar el perjuicio sí debe haber desaparecido de modo irreversible, en la medida en que si el resultado todavía puede ser alcanzado, el "chance" aún no estaría perdido y, entonces, no habría nada por indemnizar.*

En lo tocante a la imputación, por virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, ratificado por Colombia[10], los estados signatarios reconocen "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental", garantía que la Carta Política de 1991 tradujo en el deber estatal de garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

La Sala interpreta ese derecho social no solo como la posibilidad formal de acceder a esa clase de servicios, sino a que estos se presten de manera eficiente, digna, responsable, diligente y de acuerdo con la lex artis; debe traducirse por tanto, en que a quien en evidentes condiciones de debilidad, derivadas de la enfermedad que lo aqueja, acude en procura del servicio, se le brinde una atención de calidad que le permita tener las mejores expectativas de recuperar la salud."

---

10 Ley 74 de 1968

> *Esa interpretación no supone una obligación de resultado para el prestador del servicio, sino que debe comprenderse como la garantía del paciente a obtener la atención en las mejores condiciones disponibles, bajo el entendido de que quien acude en busca de un servicio médico confía en que será tratado de manera adecuada.*

En conclusión, la pérdida de oportunidad no deriva del hecho mismo de la lesión física, de la secuela fisiológica o la muerte, sino del hecho consistente en que se prive al paciente del suministro del tratamiento o cuidado disponible que mayor beneficio le pueda reportar o que traiga aparejadas las mayores posibilidades de recuperación.

Hechas las anteriores anotaciones, procede esta judicatura a estudiar las probanzas arrimadas al proceso, a fin de determinar si existió o no algún grado de responsabilidad de las entidades demandadas.

Así las cosas, huelga memorar que el señor Manuel Augusto Mera León, acudió en primera medida al centro de salud más cercano, es decir el Hospital Francisco de Paula Santander, que de acuerdo a lo consignado en la historia clínica, en esa oportunidad, el 13 de febrero de 2013, se registró como enfermedad actual: "ingresa por un cuadro clínico de más o menos 3 días consistentes en dolor abdominal asociado a emesis en 3 ocasiones de contenido alimentario, deposiciones diarréicas en varias ocasiones sin moco, sin sangre, niega otra sintomatología. Se inició tratamiento con METROCLOPRAMIDA, BUSCAPINA COMPUESTA, BUTIL BROMURO.

Igualmente se realizó examen de laboratorio –cuadro hemático- con los siguientes resultados:

> HEMOGLOBINA: 15.40
> HEMATOCRITO: 45.85
> VCM: 98.33
> HCM: 33.03
> RECUENTO DE PLAQUETAS: 447
> LEUCOCITOS: 14.70

El mismo día, 13 de febrero de 2013, se dio orden de salida con recomendaciones generales y signos de alarma no especificadas en la historia clínica.

A folio 27 del expediente se observa que el 16 de febrero de 2013 el señor Manuel Augusto Mera ingresó nuevamente al Hospital Francisco de Paula Santander con las siguientes anotaciones:

> Hora de ingreso: 14:10
> Motivo de la consulta: retención urinaria.
> Enfermedad actual: refiere retención urinaria dolor RN hipogastrio, estuvo el miércoles pasado por lo mismo, niega realización de exámenes prostáticos.
> Diagnóstico principal: Hiperplasia de la próstata.
> Fórmulas médicas: N-butilbrom.hioscina + dipir. 2.5 GR

El mismo 16 de febrero se da orden de salida con recomendaciones generales y PSA ambulatoria. Con relación a esta atención, los médicos que comparecieron al proceso en calidad de testigos técnicos y el informe pericial rendido, denotan lo siguiente:

Del informe pericial:

> *a) Qué procedimiento debe ordenar y qué tipo de exámenes debe realizar un profesional médico a un paciente que presenta síntomas como los padecidos por el señor Manuel Mera, cuando acudió al Hospital Francisco de Paula Santander ESE, así mismo, qué procedimientos debe seguir el facultativo si los síntomas persisten días después de la atención.*
>
> *Con la premisa de primero hacer un diagnóstico correcto para iniciar un tratamiento correcto, la conducta a seguir en el caso del señor Manuel Mera, cuando acudió al Hospital Francisco de Paula Santander es hospitalizar, hacer seguimiento clínico y de laboratorio diario con hemograma, creatinina, electrolitos, además uroanálisis y urocultivo y ante la persistencia del cuadro clínico de dolor abdominal de tres días de*

> *evolución, para el día 16 de febrero de 2013,con leucocitosis en el hemograma que plantea el diagnostico de abdomen agudo, la conducta a seguir era remitir el paciente a un tercer nivel para estudio diagnóstico y manejo*
>
> *h) Cuál es el tratamiento que debe ordenar un profesional en caso de que un cuadro hemático revele que en un paciente se presenta un conteo de leucocitos superior a 14.000*
>
> *la conducta a seguir en el caso de que el cuadro hemático revele que un paciente presenta un conteo de leucocitos superior a 14.000, es investigar la causa que puede ser un proceso inflamatorio o infeccioso, en este caso de origen abdominal y/o urinario y establecer un diagnóstico para definir un tratamiento.*

Del testimonio rendido por la doctora Carmen del Pilar Paz:

> *¿Él ya presentaba el proceso infeccioso cuando llegó al HSLV? RESPUESTA: por supuesto, de hecho, si ustedes ven la historia clínica, en los paraclínicos de ingreso tiene un cuadro hemático con leucocitosis y neutrofila que son células blancas que aumentan cuando hay un proceso infeccioso y tiene un uroanálisis con leucocitos y con bacterias en la orina PREGUNTA: ¿ese proceso infeccioso tiene una relación con la isquemia? RESPUESTA: no, ninguna, el proceso infeccioso tiene relación con hiperplasia prostática, con el aumento del volumen de la próstata y tiene relación también con el globo vesical, es decir con la retención urinaria que tenía el abuelo.*

En este orden de ideas, es claro para el Despacho que la atención brindada al señor Manuel Augusto Mera León por parte del cuerpo médico adscrito al Hospital Francisco de Paula Santander no fue adecuado, por cuanto, tal y como lo manifiesta el personal experto e idóneo que compareció al proceso, la lectura del cuadro hemático realizado al paciente el primer día que ingresó a la institución, esto es el 13 de febrero de 2013, indicaba la presencia de un posible foco de infección, sin embargo, y contrario a lo que la *Lex artis* les ordena, se emitió orden de salida.

Ahora, el señor Mera 3 días después de este suceso, regresa al centro de atención hospitalario y nuevamente es dado de alta, y en esta oportunidad tampoco se hizo alusión al cuadro hemático y al posible curso de proceso infeccioso ni mucho menos se lo relacionó con el diagnóstico de hiperplasia prostática (aumento anormal de la próstata), situación ésta que en últimas obligó a los familiares del señor Mera León a buscar por su propia cuenta y riesgo otra institución prestadora del servicio de Salud, que a todas luces comporta una actuación sumamente reprochable por parte de esa Entidad.

Ahora, en cuanto a la asistencia médica brindada al paciente por las dos restantes instituciones demandadas, esto es Hospital Susana López de Valencia y Hospital Universitario San José de Popayán, el Despacho advierte desde este momento, que de acuerdo al material probatorio recolectado se evidencia que sus intervenciones y procedimientos fueron adecuados. La anterior afirmación se sustenta en las siguientes anotaciones:

Del informe pericial:

> *e) Que tratamiento debe ordenar y que tipo de exámenes debe realizar un profesional médico cuando un paciente presenta un cuadro clínico superior a una semana de retención urinaria e infección en las vías urinarias, tal como el diagnosticado por el HSLV al señor Manuel Augusto Mera.*
>
> *Ante un cuadro de retención urinaria y probable infección urinaria se debe ordenar los siguientes estudios: hemograma, creatinina, uroanálisis, urocultivo, ecografía renal, y de vías urinarias e iniciar manejo de obstrucción con sonda vesical e inicio de antibiótico con ajuste de medicamento según urocultivo.*

Estos exámenes referidos por el galeno, fueron, en efecto los realizados por el Hospital Susana López de Valencia tal y como lo respalda la historia clínica -fls. 38 a 40 y 58 a 61.

Además de ello, y de acuerdo a lo encontrado por los múltiples especialistas que atendieron al paciente, se ordenó remitirlo como urgencia vital a un hospital de atención de tercer nivel, el 18 de febrero de 2013, es decir, dentro de un término razonable, por los siguientes motivos:

> *¿Qué nos puede informar sobre la atención brindad al señor Mera? RESPUESTA: yo fui llamado como cirujano a valorarlo lo encuentro con mal estado general con abdomen distendido, tenía unos exámenes de sangre que eran anormales, tenía una insuficiencia renal aguda, con una creatinina no recuerdo exactamente el valor pero era de tres…el valor normal de la creatinina es de cero seis a uno, además tenía una distención abdominal, todo indicaba que tenía un abdomen agudo quirúrgico que por las condiciones de nuestro hospital no estábamos en condiciones de operarlo y como consta en la historia clínica en la orden hecha por mí, se ordena remitirlo como urgencia vital a otra institución, tengo entendido que el señor llegó al hospital san José de Popayán. Él necesitaba una Unidad de cuidado intensivo que el Hospital Susana López no la tiene.*[11]

Ahora, de acuerdo a lo consignado en la historia clínica, el mismo 18 de febrero de 2013 se realizó en el Hospital Universitario San José una laparotomía exploratoria en la cual se emite un diagnóstico final al paciente consistente en una isquemia mesentérica, necrosis intestinal extensa desde el ángulo de Treitz hasta colón, lesión incompatible con la vida, se plantean medidas de confort y finalmente fallece el 21 de febrero de 2013. Sobre esta patología, los profesionales en salud fueron homogéneos en sus declaraciones en señalar lo siguiente:

- Que las causas pueden ser varias, para el caso concreto pudo haber estado asociado a la edad del paciente, a su hipertensión, al hecho de ser fumador, o a un posible cáncer de próstata que en el momento no se documentó.

> Dr. Víctor Andrés Ruiz López
> *PREGUNTA: dentro del conocimiento que usted tiene en el campo de la medicina ¿nos puede ilustrar en qué consiste una isquemia mesentérica? CONTESTA: es una patología frecuente en personas mayores de 55 años de edad, especialmente en pacientes que tienen connotaciones de enfermedades de otra base como es hipertensión arterial y en el caso específico del paciente el ser fumador pesado, el cigarrillo no sólo es una enfermedad sino que conlleva a otro tipo de patologías.*
>
> Dr. Omar Alejandro Ortega
> *PREGUNTA: también se habló del tema de la trombosis mesentérica ¿qué relación tiene ese proceso infeccioso con la trombosis? RESPUESTA: para la trombosis mesentérica hay varios factores, por ejemplo en este paciente, una persona de edad avanzada, posiblemente ya estaba prostrado en la cama cuando yo lo vi, probablemente llevaba unos 2 o 3 días allí más el cáncer, todo eso hace o son factores que incrementan la trombosis, la formación de trombos que van a obstruir las arterias en cualquier parte del organismo, en este caso las mesentéricas que son las que irrigan al intestino.*
>
> Dra. Carmen del Pilar Paz
> *PREGUNTA: ¿nos puede contextualizar en qué consiste la isquemia mesentérica para el caso particular de este paciente? RESPUESTA: es un paciente con múltiples factores. Cuando nosotros hablamos únicamente de hipertensión, uno dice bueno, solamente tenemos esto como factor de riesgo, pero este paciente tenía la edad, es un paciente con tabaquismo pesado como lo dice la historia clínica de ingreso, incluso recientemente como 4 meses antes de ingresar, tenía tabaquismo pesado y es un paciente hipertenso, esos son factores de riesgo cardiovasculares e igualmente dañan como el endotelio de los vasos arteriales inclusive venosos, sabrán ustedes que el intestino está pegado todo como por una mallita, esa mallita tiene arterias que son las que irrigan eso, cuando hay un trombo que está facilitado por la edad, que está facilitado por la hipertensión, que está facilitado por el mismo tabaquismo.*

- Su diagnóstico no es fácil, prueba de ello es que para el presente caso solo se pudo tener certeza de su existencia después de procedimiento quirúrgico.

> Dr. Víctor Andrés Ruiz López:
> *PREGUNTA: dentro de sus afirmaciones manifestó usted según la historia clínica que el paciente tiene una isquemia mesentérica con perforaciones parciales ¿nos puede dar un poco de claridad al respecto? CONTESTA: la isquemia mesentérica es, como lo mencionaba es una enfermedad por oclusión del flujo sanguíneo arterial del tracto gastrointestinal, inicialmente la sintomatología de la isquemia*

11 Testimonio Dr. Omar Alejandro Valencia.

mesentérica, según dicen los protocolos y las personas que tienen muchísimo más conocimiento de ello, hablo del grupo de gastroenterología, la sintomatología no es florida, el paciente le puede consultar a uno por cuadro de dolor abdominal, que no es específico y finalmente llegar a un estado de complicación.

Dr. Omar Alejandro Ortega:
(…) Como dije inicialmente, el diagnóstico de una isquemia mesentérica es difícil, no es tan fácil uno se basa por los signos clínicos pero los signos no son muy específicos, un dolor abdominal inespecífico, el paciente con el transcurso de las horas o de los días pues se va agravando más, luego presenta una distensión abdominal y ya el diagnóstico final es en cirugía, que fue lo que hicieron en el hospital San José.

Dra. Carmen del Pilar Paz:
PREGUNTA: ¿qué hizo el Hospital ante el diagnóstico de la isquemia? RESPUESTA: es que el diagnóstico de isquemia no se hizo en el HSLV, vuelvo y le repito, el paciente se mandó de Susana López por empeoramiento y porque el abdomen se tornó doloroso, con empeoramiento de la función renal (…) el diagnóstico de la isquemia mesentérica se hizo de manera intraoperatoria, lo que pasa es que la isquemia mesentérica, es una patología de difícil diagnóstico y en la mayoría de los casos se hace de manera intraoperatoria.

- Igualmente manifestaron que las probabilidades de sobrevivir a un cuadro clínico como el del señor Manuel Mera, eran prácticamente nulas, razón por la cual se decidió no realizar ninguna intervención quirúrgica posterior y se procedió con las medidas de confort.

Dr. Víctor Andrés Ruiz López:
PREGUNTA: en cuanto a esa ilustración de la isquemia mesentérica ¿es posible o existe un tratamiento para la isquemia mesentérica? CONTESTA: lo mencioné hace un momento, menos del 1% y está reportado en la literatura que si se pudiese tener un especialista en cirugía vascular de tiempo completo, hablo de 24 horas al día, que pudiere hacer una derivación, hacer una trombectomía, sacar el coágulo que ocluye, eventualmente en los pacientes, en menos del 1% podría darse una sobrevida.

Dr. Omar Alejandro Ortega:
PREGUNTA: ¿sabe usted cual fue el desenlace del paciente al que usted ha hecho alusión? RESPUESTA: pues el paciente fue operado en el hospital san José y hasta donde tengo entendido en la última intervención quirúrgica que le hicieron, encontraron una trombosis mesentérica que va desde el ángulo de treitz y compromete todo el intestino. Este es un diagnóstico que no es tan fácil realizarlo, el cuadro inicial es un cuadro bizarro de un dolor abdominal con una distensión que poco a poco se va agravando y con esos hallazgos, la mortalidad del paciente es de un 100% sobre todo en personas de edad avanzada aquí y en cualquier parte, la trombosis mesentérica masiva es mortal y en esas condiciones, tengo entendido que el señor falleció. PREGUNTA: ¿un paciente que sea diagnosticado con una trombosis como la que usted menciona, se puede decir que es casi que mortal ese diagnóstico? RESPUESTA: en el caso del paciente, por la edad y por la magnitud de la trombosis mesentérica sí, porque está todo el intestino engrosado, tanto el delgado como el grueso, eso es 100% mortal, cuando hay a veces la trombosis mesentérica que a veces compromete un segmento del intestino, una porción del intestino, pues a veces hay posibilidad de que el paciente salga adelante y supere la enfermedad, pero cuando es total el intestino, es mortal.

Dra. Carmen del Pilar Paz:
(…) la mortalidad en estos casos es altísima yo creo que en la literatura está por encima del 95%. Realmente un paciente con isquemia mesentérica la sobrevida con o sin intervención es muy bajita, definitivamente casi que nula.

Dictamen pericial

i) <u>Causa del Deceso del señor Manuel Augusto Mera León</u>
"La causa del deceso del señor Manuel Augusto Mera León se debió probablemente a la isquemia mesentérica con necrosis intestinal desde el ángulo de Treitz hasta el ciego y colon ascendente con múltiples perforaciones a lo largo de toda el área necrótica intestinal con abundante liquido fecaloide encontrada en cirugía, siendo esta lesión incompatible con la vida.

> *(…) la probabilidad de vida que era cero por la catástrofe abdominal por la isquemia mesentérica con necrosis intestinal y severa sepsis de origen intestinal, tal como sucedió en el Sr. Mera León.*

- Señalaron igualmente, que el cuadro infeccioso presentado de forma inicial, no necesariamente estaba asociado a la isquemia mesentérica.

> Dr. Víctor Andrés Ruiz López*:*
> *La isquemia mesentérica, per se, no me marca estos hallazgos en el parcial de orina, pero sí en el cuadro hemático, por eso mencioné que es una patología que inicialmente la sintomatología no es tan florida. Probablemente el paciente, también de base tenía un crecimiento de la próstata que lo llevó a una infección urinaria, que ameritaba manejo sí, pero posteriormente él desarrolla una isquemia mesentérica, osea que sí, probablemente tenía dos focos infecciosos. (…)*
>
> Dr. Omar Alejandro Ortega:
> *PREGUNTA: ¿usted nos podría indicar cuál es el origen del proceso infeccioso que habla la historia clínica? RESPUESTA: el paciente tiene claro un proceso infeccioso, una infección urinaria por allí hay un análisis de orina, es patológico, tiene una infección urinaria asociada, el paciente por la sospecha del cáncer prostático, eso genera una obstrucción y eso hace que se infecte fácilmente. Yo revisé la historia clínica y tenía una infección urinaria que estaba manejada por el Hospital Susana López. (…)*
>
> Dra. Carmen del Pilar Paz:
> *PREGUNTA: ¿ese proceso infeccioso tiene una relación con la isquemia? RESPUESTA: no, ninguna, el proceso infeccioso tiene relación con hiperplasia prostática, con el aumento del volumen de la próstata y tiene relación también con el globo vesical, es decir con la retención urinaria que tenía el abuelo*

En este orden de ideas, a juicio del despacho, si bien, las actuaciones y precarias atenciones brindadas al señor Manuel Augusto Mera León por parte del Hospital Francisco de Paula Santander son sumamente reprochables, lo cierto es que esta omisión de atención inicial no fue el elemento determinante que llevó al lamentable desenlace, es decir, el deceso del señor Mera León, por cuanto y de acuerdo a lo manifestado por el personal profesional idóneo, el cuadro clínico que él presentaba en ese momento (infección urinaria, asociada a un cáncer de próstata) no necesariamente tiene una relación estrecha con la patología causante de su muerte (isquemia mesentérica), razón por la cual, a las luces de los preceptos jurisprudenciales citados, se rompe con un elemento esencial para imputar responsabilidad a la entidad demandada, esto es, el nexo causal entre el hecho dañoso y el actuar de la institución.

Por otro lado, tampoco podría aplicarse la teoría de la pérdida de oportunidad, que precisamente plantea una excepción a la existencia de este nexo de causalidad, por cuanto, para el caso específico objeto de estudio, no cumple con el requisito de aleatoriedad del resultado, referido en líneas anteriores, en tanto que, de acuerdo con el personal médico, las probabilidades de sobreviviencia de este cuadro clínico y con las condiciones específicas del paciente, eran nulas.

Corolario de lo anterior, no se accederá a las pretensiones de la demanda y en su lugar declarará probadas las excepciones de INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD A CARGO DEL HOSPITAL", y "FALLECIMIENTO POR CAUSA DE LA ENFERMEDAD Y NO DE LA FALLA EN LA ATENCIÓN MÉDICA, formuladas por el Hospital Susana López de Valencia.

4.- COSTAS.

Conforme el artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, salvo en los procesos en que se ventile un interés público, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código General del Proceso.

Bajo este lineamiento, es del caso condenar en costas a la parte demandante, con fundamento en el artículo 365 del C.G.P., cuya liquidación se realizará por secretaría del Despacho, conforme lo establece el artículo 366 del C.G.P., como quiera que la acción contenciosa no ha salido a flote.

Respecto a las agencias en derecho, se fijarán éstas teniendo en cuenta el criterio de razonabilidad adoptado por el Tribunal Administrativo del Cauca[12], en el equivalente al 0.5% de las pretensiones de la demanda.

5.- DECISIÓN.

Por lo expuesto, el Juzgado Octavo Administrativo del Circuito de Popayán, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO.- Declarar propadas las excepciones de "INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD A CARGO DEL HOSPITAL Y FALLECIMIENTO POR CAUSA DE LA ENFERMEDAD Y NO DE LA FALLA EN LA ATENCIÓN MÉDICA" formuladas por el Hospital Susana López de Valencia, por las razones expuestas en la parte motiva de esta sentencia.

SEGUNDO.- Negar las pretensiones de la demanda.

TERCERO.- Condenar en costas a la parte demandante de conformidad con lo dispuesto en el artículo 188 del C.P.A.C.A. liquídense por secretaría.

FÍJENSE las agencias en derecho en el equivalente a 0.5% del monto de las pretensiones de la demanda, que se tendrán en cuenta al momento de liquidar las respectivas costas.

CUARTO.- Notificar esta providencia tal y como lo dispone el artículo 203 de la Ley 1437 de 2011, en concordancia con lo señalado en el artículo 295 del CGP.

Los sujetos procesales deberán tener en cuenta el ACUERDO PCSJA20-11567 de 5 de junio de 2020 *"Por medio del cual se adoptan medidas para el levantamiento de los términos judiciales y se dictan otras disposiciones por motivos de salubridad pública y fuerza mayor"*, que en su artículo 6 numeral 6.5 dispone que los términos para el control o impugnación de este tipo de providencias seguirán suspendidos hasta tanto el Consejo Superior de la Judicatura lo disponga. Lo que en principio sería a partir del 1° de julio de 2020 de conformidad con lo señalado en el artículo 1 *ejusdem*.

QUINTO.- Archivar el expediente previa cancelación de su radicación, una vez cobre ejecutoria esta providencia. Por secretaría liquídense los gastos del proceso.

NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE,

LA JUEZ,

Firmado Por:
ZULDERY RIVERA ANGULO
JUEZ CIRCUITO
JUZGADO 008 ADMINISTRATIVO POPAYAN

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:
5c04e01bc67f4b584594d1bcd7b015bfd6896f2486918e659163a38de6f78e4f
Documento generado en 30/06/2020 09:06:26 PM

12 Entre otras, ver sentencia 006-2014 del 30 de enero de 2014 Magistrado Ponente: Naun Mirawal Muñoz Muñoz dictada dentro del expediente 19001333100820120019001 Demandante Jefferson Felipe López Samboní, Demandado INPEC - Medio de Control Reparación Directa -Segunda Instancia.