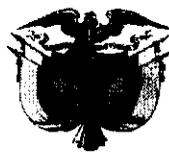


**REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL**



JUZGADO VEINTIOCHO CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá, D.C., trece de julio de dos mil veintidós

Proceso: Verbal
Demandante: Juan Sebastián Sánchez García y otros.
Demandado: Caja de Compensación Familiar Compensar y otro.
Radicación: 28-2017-00330-00

El juzgado dicta sentencia en el proceso verbal iniciado por Juan Sebastián Sánchez García, Alveiro Salvador Sánchez Rojas, Olga Elena García Moreno, Kevin Daniel Sánchez García y Paula Milena Sánchez García en contra de Caja de Compensación Familiar Compensar y Julio José Alvis Tous, en el cual fueron llamados en garantía el segundo demandado y Allianz Seguros S.A.

Antecedentes

1. La parte demandante solicitó declarar que los demandados son civil y contractualmente responsables de los perjuicios causados a raíz del manejo quirúrgico negligente que produjo daños anatómicos y funcionales a Juan Sebastián Sánchez García, en consecuencia, solicitó condenarlas a pagar las siguientes cantidades de dinero a título de reparación de perjuicios.

- Para Juan Sebastián Sánchez García: \$46.983.595,65 por lucro cesante consolidado, \$375.726.577,40 por lucro cesante futuro, 200 s.m.l.m.v. por perjuicios morales y 200 s.m.l.m.v por daño a la vida de relación.
- Para Olga Elena García Moreno: 80 s.m.l.m.v por daño moral y 80 s.m.l.m.v. por daño a la vida de relación.
- Para Alveiro Salvador Sánchez Rojas: 80 s.m.l.m.v por daño moral y 80 s.m.l.m.v. por daño a la vida de relación.

- Para Kevin Daniel Sánchez García: 80 s.m.l.m.v por daño moral y 80 s.m.l.m.v. por daño a la vida de relación.
- Para Paula Milena Sánchez García: 80 s.m.l.m.v por daño moral y 80 s.m.l.m.v. por daño a la vida de relación.

También solicitó la indexación de las condenas desde la causación del daño – 7 de julio de 2014 – hasta que se verifique el pago, los intereses moratorios devengados sobre las mismas y las costas del proceso.

2. Para fundamentar sus pretensiones, manifestó que Juan Sebastián Sánchez García padecía de “genu valgum” en la rodilla izquierda, por esto fue valorados por Julio José Alvis Tous, en calidad de especialista en ortopedia, quien le propuso como tratamiento quirúrgico denominado “artroscopia correctiva de rodilla izquierda”.

El 7 de julio de 2014, el galeno en comento inició el procedimiento de “artroscopia correctiva de rodilla izquierda + condroplastia + osteotomía supracondílea femoral + osteosíntesis de injerto óseo”, el cual se realizó en la IPS Clínica Compensar.

Durante la intervención se presentó sangrado abundante de 1000 centímetros cúbicos aproximadamente por una lesión vascular de arteria y vena poplítea, el médico le realizó ligadura de dichos vasos sanguíneos y continuó con el procedimiento, finiquitado solicitó la intervención del médico Eduardo Silva Bermúdez, quien revisó los vasos ligados y otro más pequeño hasta lograr la hemostasia y recomendó realizar el examen de “dúplex arterial en el postoperatorio” para valorar el estado vascular de las arterias femoral y poplítea.

El ortopedista Julio José Alvis Tous comunicó la complicación y la necesidad de remitir al paciente a una institución de tercer nivel para revisión vascular, hacia las 14:18 fue valorado por el anestesiólogo Alvaro Galán Parrado, quien encontró “disminución de color, temperatura y perfusión en pierna izquierda”, y la plestimografía confirmó la supresión de la circulación arterial en pierna izquierda.

El paciente fue trasladado en ambulancia hasta el Hospital Mederi a las 14:50 y, arribó a su destino a las 15:19. Allí fue valorado por el área de cirugía

vascular que encontró “palidez mococútanea de miembro inferior izquierdo y ausencia de pulsos”; a las 15:45, le realizaron arteriografía periférica de los miembros inferiores que mostró “amputación de arteria femoral y trombosis aguda a nivel de tercio superior de la arteria poplítea sin recanalización distal”; y, a las 15:53, fue intervenido quirúrgicamente por el cirujano vascular, Guillermo León Oliveros Wilches, quien realizó “reconstrucción de arteria y vena poplítea suprapatelar utilizando injerto de vena safena”.

El 10 de julio de 2014, el paciente presentó síndrome compartimental y mioscitis isquémica tratada con “fasciotomía anterior y posterior del miembro y miembro inferior, y fue dado de alta después de una evolución favorable.

La historia clínica consigna como secuelas de trauma vascular “alteración de sensibilidad de miembro inferior izquierdo, anestesia del gran artejo (pulgares/hallux), dificultad para la dorsiflexión de pie izquierdo y la extensión de los dedos de los pies, parestesias de planta de pie y talón y pie caído”. Además, el 5 de enero de 2015, se le realizó electromiografía que mostró “neuropatía del nervio ciático poplíteo externo izquierdo sin signos de reinervación”.

El paciente experimenta intensos dolores y dificultad para la marcha a raíz de las comentadas secuelas, y según dictamen realizado por el médico Oscar Andía perdió el 22,80% de su capacidad laboral a raíz del accidente quirúrgico de la cirugía de 7 de julio de 2014. Situación que le causó depresión por no poder reiniciar su actividad deportiva e influyó de modo negativo sus relaciones personales, laborales y afectivas.

Para el momento de la lesión, el paciente era abogado, con especialización en derecho penal y cuatro años de experiencia profesional, recibía mensualmente de Parques Nacionales un salario de \$3.850.000 por un contrato de prestación de servicios y \$4.500.000 de Nature Blend de Colombia, pero no pudo renovar dichas vinculaciones porque su ejecución requiere de desplazamientos por fuera de Bogotá.

En su consideración, la responsabilidad surge porque:

- No se confeccionó un consentimiento informado adecuado al caso específico, pues no fue enterado de la complejidad ni de los riesgos inherentes al procedimiento ortopédico, los cuales conoció una vez fue trasladado al Hospital Mederi para tratar la lesión vascular allí causada, dando lugar a que no pudiera escoger entre continuar con su problema articular de rodilla y no padecer la dificultad para la marcha ocasionada en esa intervención.

- El tiempo transcurrido entre la remisión del ortopedista en la Clínica Compensar y el traslado al Hospital Mederi resultó excesivo y produjo las secuelas vasculares que actualmente tiene el paciente, pues la orden del primero fue a las 12:00 y hasta las 3:20 llegó al hospital de destino, cuando ya habían transcurrido siete horas desde la sección de la vena y arteria en la cirugía ortopédica.

- El injerto vascular se debió haber realizado tan pronto se evidenció la lesión, pero su demora mayor a ocho horas produjo las secuelas que el paciente hoy experimenta y colocó la extremidad en riesgo de amputación, transgrediendo así los principios de accesibilidad, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la prestación del servicio de salud.

- La actuación del ortopedista fue negligente, pues la sección de las arterias se produjo por el contacto de la sierra con la cara posterior de la rodilla, la cual constituye una urgencia de inmediata corrección, ya que el paciente entra a shock hipovolémico que incrementa el riesgo de mortalidad; además, se presentó un sangrado quirúrgico de 1000 cc y una hemodinámica esperada durante la cirugía.

Realizó la ligadura de arteria y vena poplítea para continuar con el procedimiento ortopédico y produjo la inmediata isquemia de la pierna izquierda, y desconoció que la sección de la arteria implicaba una urgencia grave que requería de la reconstrucción vascular antes de la continuación del procedimiento ortopédico, con miras a reestablecer el flujo sanguíneo y salvar la integridad anatómica y funcional de la pierna izquierda.

Sin embargo, continuó con la cirugía ortopédica, llevando al paciente a una isquemia arterial prolongada que produjo daños en músculos y nervios, que no pudieron ser evitados porque la reconstrucción la arteria y vena poplítea suprapatelar se materializó por el cirujano vascular siete horas después de la isquemia.

De dichos detrimentos da cuenta la electromiografía surtida el 5 de enero de 2015 referida en precedencia.

2. El demandado Julio José Alviz Tous se opuso a las pretensiones y formuló las excepciones de mérito denominadas “ausencia de responsabilidad médica – pleno cumplimiento de la lex artix y adecuadas

prácticas médicas”, “idoneidad profesional”, “existencia de valoración del paciente, diagnóstico y procedimiento quirúrgico acertado”, “pleno cumplimiento del deber de información en el presente caso – existencia del consentimiento informado”, “materialización de un riesgo inherente – adecuado manejo de la complicación intraquirofano”, “ausencia de culpa – obligación de medios y no de resultado”, “inexistencia de daño cierto actual – ausencia de prueba del presunto daño o perjuicio alegado – inexistencia de la obligación de indemnizar”, “tasación excesiva de los presuntos daños y/o perjuicios reclamados” y “excepción genérica o innominada”

3. La demandada Caja de Compensación Familiar Compensar se opuso a las pretensiones y formuló las excepciones de mérito denominadas “inexistencia de la configuración de los presupuestos de responsabilidad de las demandadas”, “inexistencia de una actuación culposa y/o negligente”, “inexistencia de daño antijurídico imputable a Compensar”, “inexistencia de ... nexo de causalidad entre las atenciones autorizadas por Compensar EPS y el supuesto daño antijurídico”, “existencia de error en las apreciaciones del demandante”, “consentimiento informado dentro del procedimiento de artroscopia de rodilla + condroplastia + osteotomía”, “culpa exclusiva y determinante de la víctima ...y, en subsidio atenuante de la misma”, “médicos tratantes tienen responsabilidad en obligaciones de medio y no en obligaciones de resultado”, “teoría del riesgo debido de la medicina”, “inexistencia de responsabilidad por falla presunta del servicio – régimen de la falla probada”, “hecho exclusivo y determinante de un tercero como eximente de responsabilidad”, “los montos solicitados por la parte activa constituyen un enriquecimiento sin justa causa” y “excepción genérica”.

4. La demandada Caja de Compensación Familiar Compensar presentó llamamiento en garantía en contra de Julio José Alviz Tous, aduciendo que aquél debe asumir la potencial condena en virtud del contrato de prestación de servicios suscrito el 13 de septiembre de 2011, en donde se pactó que cualquier responsabilidad derivada de dicha relación será a cargo del contratista, quien no podrá invocar judicial o extrajudicialmente la solidaridad.

4.1. El llamado en garantía se opuso a las pretensiones y formuló las excepciones denominadas “ausencia de los presupuestos necesarios para la prosperidad del llamamiento en garantía” “inexistencia de derecho legal o contractual, fundamentos probatorios legales y sustanciales para soportar el llamamiento en garantía”, “De la inexistencia de derecho legal o contractual

...inexistencia de obligación de garantía”, “ausencia de responsabilidad ... dentro de la atención al paciente” y “genérica o innominada”.

5. La Caja de Compensación Familiar Compensar citó en garantía a Allianz Seguros S.A., para que una eventual condena sea cancelada con cargo a la póliza de responsabilidad civil de profesionales de clínicas y hospitales No. 021933232/0 cuya cobertura se extiende desde el 1 de junio de 2016 hasta el 31 de mayo de 2017, pero fue pactada bajo la modalidad de “clase made” y asumía riesgos causados antes del 30 de noviembre de 2016.

5.1. La llamada en garantía se opuso a las pretensiones y formuló las excepciones de mérito denominadas “ausencia de responsabilidad – falta de legitimación en la causa por pasiva respecto de Compensar EPS”, “ausencia de culpa – inexistencia de culpa médica... los servicios médicos prestados se ajustaron a la lex artix médica – se informaron los eventuales riesgos y complicaciones, aceptados por el paciente”, “cumplimiento de todas las funciones y deberes como entidad promotora de salud”, “inexistencia de nexo causal entre la conducta desplegada por Eps y la afectación sufrida por el paciente”, “obligaciones de medio y no de resultado en cabeza de EPS e IPS que fueron plenamente cumplidas”, “ausencia de prueba o inexistencia de los presuntos perjuicios sufridos por la parte demandante - subsidiariamente tasación excesiva de los presuntos perjuicios sufridos por la demandante” y “excepción genérica”.

Consideraciones

1. El problema jurídico llamado a resolverse en este caso, consiste en establecer si las secuelas de la *“neuropatía del nervio ciático poplíteo externo izquierdo sin signos de reinervación”*, consistentes en *“alteración de la sensibilidad de miembro inferior izquierdo, anestesia del gran artejo (pulgares/hallux), dificultad para la dorsiflexión de pie izquierdo y la extensión de los dedos de los pies, parestesias de planta de pie y talón y pie caído”*, son consecuencias de la negligencia del médico y la EPS demandada en la gestión del procedimiento quirúrgico de *“artroscopia correctiva de rodilla izquierda + condroplastia + osteotomía supracondílea femoral + osteosíntesis de injerto óseo”* llevado a cabo el 7 de julio de 2014, exteriorizada en no advertir la posibilidad de experimentar esa lesión específica, seccionar la arteria poplíteica de la extremidad inferior izquierda, continuar la cirugía ortopédica y demorar la reconstrucción vascular del vaso sanguíneo comprometido.

2. La institución de la responsabilidad civil reconoce la obligación que le asiste al causante de un daño de reparar a sus víctimas, puede ser contractual o extracontractual, dependiendo si los detrimentos son consecuencia de la desatención de obligaciones asumidas en negocios jurídicos, o si son resultado de encuentros sociales ocasionales entre personas que no tienen relación jurídica previa al accidente.

3. Con independencia del tipo de responsabilidad debatida, el buen término de las pretensiones de responsabilidad civil pende de la acreditación de los siguientes requisitos: (a) daño o detrimento padecido por los demandantes; (b) comportamiento culposo exteriorizado por los demandados; y, (c) relación de causalidad entre los anteriores elementos.

4. Las súplicas propenden por el resarcimiento de perjuicios derivados de la prestación de servicio médicos, por hechos acaecidos dentro del contexto del sistema de seguridad social integral, del cual se desprenden un conjunto de relaciones interdependientes entre sí, particularmente las habidas entre: (a) el paciente y la entidad promotora de salud (Eps); (b) la Eps y la institución prestadora del servicio de salud (Ips); y, (c) El paciente y la Ips.

5. Las Eps son aseguradoras del riesgo en salud, que prestan los servicios médicos al paciente de manera indirecta, es decir por conducto de Ips con las que celebran convenios de atención particulares, quedando sujeto a los mandatos legales de continuidad, integralidad y calidad en la atención dispensada. Mientras las Ips concretan el servicio en salud, directamente y con el concurso de profesionales de la medicina vinculadas a estas, quienes en últimas son los que desarrollan la prestación del servicio médico sobre la humanidad del paciente.

6. Respecto de la naturaleza jurídica de la obligación de los facultativos, se resalta que son de medio y no de resultado, esto implica que la prestación se cumple cuando se comportan de manera prudente y diligente en guarda de obtener el objetivo perseguido con la actividad médica - es decir, la preservación y/o mejoramiento del estado de salud del paciente -, para ello deben observar durante los diagnósticos, exámenes, procedimientos quirúrgicos y atención post operatoria las reglas que el estado de la ciencia o arte manden para cada caso, también conocido con *lex artix*.

De ahí se deriva, que en materia médica el incumplimiento no aflora de la frustración del resultado perseguido con la intervención, sino de la desatención – ora por negligencia, imprudencia o impericia - de la correspondiente *lex artix*, pues en este evento comete una auténtica culpa

profesional que obliga a resarcir los perjuicios padecidos por el paciente o sus deudos, siempre y cuando se conjugue con los demás elementos de la responsabilidad.

7. Tratándose de las obligaciones derivadas del servicio médico, la jurisprudencia ha entendido que la regla general es considerarlas como obligaciones de medio, al sostener que “[c]on relación a las obligaciones que el médico asume frente a su cliente, hoy no se discute que el contrato de servicios profesionales implica para el galeno el compromiso si no exactamente de curar al enfermo, si al menos el de suministrarle cuidados concienzudos, solícitos y conforme con los datos adquiridos por la ciencia... [p]or tanto el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo”¹, pero también ha matizado la hermenéutica y aplicación de esa directriz, cuando sostiene que sin desconocer la importancia de la sistematización y denominación de las obligaciones de medios y resultados, “[l]o fundamental está en identificar el contenido y alcance del contrato de prestación de servicios médicos celebrado en el caso concreto, porque es éste contrato específico el que va indicar los deberes jurídicos que hubo de asumir el médico”².

8. En torno a la distribución de la carga de la prueba, la jurisprudencia ha considerado que, en principio, le incumbe a la demandante dando aplicación a las reglas generales, pero también ha morigerado esas directrices, al tener presente que “[u]na rigurosa aplicación de la disposición contenida en el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil puede aparejar en este ámbito el fracaso de la finalidad reparadora del régimen de responsabilidad civil, particularmente por las dificultades probatorias en las que se pueda encontrar la víctima, no es insensible la Corte ante esta situación, motivo por el cual asienta que, teniendo en cuenta las particularidades del caso concreto, lo que repele cualquier intento de generalización o de alteración de los principios y mandatos legales, y en la medida en que sea posible, puede el juez acudir a diversos instrumentos que atenúan o ‘dulcifican’ (como lo denominan la denomina la doctrina y jurisprudencia españolas) el rigor del reseñado precepto”³. Dichas pautas permiten colegir que el demandante tiene la carga probatoria de demostrar la relación contractual y los perjuicios correspondientes, pero que la misma es dinámica en cuanto a la relación de causalidad y el incumplimiento de la lex artix, pues en esos

¹ Corte Suprema de Justicia. Casación Civil de 12 de septiembre de 1985. Magistrado Ponente: Horacio Montoya Gil.

² Corte Suprema de Justicia. Casación Civil de 30 de enero de 2001. Magistrado Ponente: José Fernando Ramírez Gómez.

³ Corte Suprema de Justicia. Casación Civil de 22 de julio de 2010. Exp.: 41001 3103 004 2000 00042 01.

tópicos los profesionales de la ciencia clínica cuentan con mayores posibilidades de agotarla en atención a sus conocimientos especializados.

9. Frente a las reglas que determinan el contenido de la obligación de información en cabeza de los médicos, remémorase que los artículos 15 y 16 determinan en su orden que: *“El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente”*, *“La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto”*, y *“El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados”*

9.1. De igual forma, el Decreto 3880 de 1981 regula la manera de cumplir dicho imperativo *“[c]on el aviso que en forma prudente, haga a su paciente o a sus familiares o allegados, con respecto a los efectos adversos que en su concepto, dentro del campo de la práctica médica pueden llegar a producirse como consecuencia del tratamiento o del procedimiento médico”* (artículo 10); a su vez establece las excepciones a su acatamiento, cuando *“[e]l estado mental del paciente y la ausencia de allegados se lo impida”* y *“[e]xiste urgencia y emergencia para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento médico”* (artículo 11); y dispone la manera de acreditarlo, prescribiendo que *“[e]l médico dejará constancia de en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o de la imposibilidad de hacerla”* (artículo 12).

9.2. Sobre el particular, la Corte Suprema de Justicia ha considerado que *“[l]a omisión de informar y obtener el consentimiento informado, hace responsable al médico, y por consiguiente a las instituciones prestadoras del servicio de salud, obligadas a verificar legalmente su estricta observancia, no sólo del quebranto a los derechos fundamentales del libre desarrollo de la personalidad, dignidad y libertad, sino de los daños patrimoniales y extrapatrimoniales causados a la persona en su vida, salud e integridad sicofísica a consecuencia del tratamiento o intervención no autorizado ni consentido dentro de los parámetros legales según los cuales, con o sin información y consentimiento informado, ‘[l]a responsabilidad del médico por reacciones adversas inmediatas y tardías, producidas por efecto del tratamiento no irá más allá del riesgo previsto’ (artículo 16, ley 23 de 1981), salvo si expone al paciente ‘a riesgos injustificados’ (artículo 15 ibídem), o*

actúan contra su voluntad o decisión negativa o, trata de tratamientos o procedimientos experimentales no consentidos expressis verbis, pues en tal caso, el médico asume los riesgos, vulnera la relación jurídica y existe relación de causalidad entre el incumplimiento y el daño”⁴.

10. Con todo, no todo quebranto en el estado de salud del paciente puede servir de base para imputar la transgresión de las obligaciones de información en cabeza del facultativo, pues con independencia de su previa advertencia, los galenos responden cuando actúan en contra de la decisión del paciente de no someterse al tratamiento, lo someten a procedimientos experimentales no consentidos, o no son inherentes a la concreta práctica médica. Pero no responden si el menoscabo surge de un riesgo previsto, pues la probabilidad de ocurrencia de dichas lesiones no está determinado por la diligencia, prudencia y pericia al acometer el procedimiento quirúrgico, sino por complicaciones inherentes a la propia técnica.

11. Descendiendo al caso de marras, de acuerdo con la historia clínica, el paciente concurrió a consulta de ortopedia, el 30 de diciembre de 2013, por *“dolor movimiento de rodilla, geni valgum neurológico”*, siendo diagnosticado con *“deformidad en valgo no clasificada en otra parte”*, para cuyo tratamiento *“se solicita arterioradiografía de miembros inferiores, no realizar actividad física de alto impacto o contacto”*.

12. Posteriormente, el 5 de mayo de 2004, concurrió a control de *“genu valgum bilateral”*, y le prescribieron *“plan de cirugía de artroscopia de rodilla bilateral”*, la cual estaba proyectada para durar dos horas y treinta minutos. En esa ocasión la manifestaron *“los riesgos”*, respecto de los cuales manifestó que *“acepta y entiende”*, y que consistían en *“dolor, cojera, limitación de la movilidad, inflamación, infección, trombosis venosa o pulmonar, no consolidación de la fractura”*.

13. Así mismo, suscribió el documento denominado *“consentimiento informado para la práctica de intervenciones quirúrgicas y procedimientos especiales”*, donde se consigna de un lado que *“Mi mandante queda igualmente facultado para llevar a cabo la práctica de conductas o procedimientos adicionales a los autorizados en el punto uno, si en el curso de la intervención quirúrgica ... de llegar a presentarse una situación advertida o imprevista que a juicio del médico lo haga aconsejables”*, y de

⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de 17 de noviembre de 2011. Expediente No. 05001-3103-018-1999-00553-01.

otro se expone que *“se me ha explicado a satisfacción dentro de los riesgos previsibles del procedimiento que he autorizado, las complicaciones mismas de la cirugía como son: dolor, cojera, inflamaciones, infección, limitación funcional, trombosis venosa o pulmonar, lesión neurovascular distal, fractura, no consolidación y deformidad”*.

14. El 7 de junio de 2014, se realizó al paciente el procedimiento quirúrgico denominado *“artroscopia de rodilla, condroplastia, osteotomía supracondíleo e injerto óseo”* en la Clínica Compensar de la Calle 26, el cual fue descrito en estos términos:

“De cubito supino, asepsia, antisepsia miembro inferior izquierdo, campo quirúrgico. Artroscopia de rodilla izquierda con un portal alterolateral y arteromedial. Se encuentra lesión condral femoral medial E 1 y tibial E 1 medial, lesión del menisco distal desde el cuervo posterior zona blanda. Se realiza condroplastia, meniscectomía medial, incisión letal en rodilla izquierda semicurva de doce centímetros, disección roma, se colocan clavos guías.

“Osteotomía supracondílea femoral cuña abierta, se presentó lesión arterial comunicante, ligadura con seda, ethibon y ligasure, se coloca surgicell, se revisa hemostasia, fijación con placa tipo tomofix, femoral lateral, femoral distal, seis tornillos bloqueados y un cortical de 45 mm.

“Lavado con solución fisiológica, cierre por planos hasta piel, se cubre la herida, revisión vascular con ecógrafo, encontrando buena perfusión arterial venosa, torniquete de 1 a 45 horas, sangrado 1000 cc.

“Al identificar la lesión vascular, se solicita valoración prioritaria por cirugía general, realizando revisión, hemostasia con sutura vascular y uso de ligasure, con control de sangrado, se procede al cierre de previa fijación de la osteotomía, dada la complicación presentada se considera pertinente remisión al tercer nivel para revisión vascular.

“Se revisa al paciente encontrando palidez mococútanea, despierto, orientado y consciente... Se habla con el paciente informando la complicación intraoperatoria y la necesidad de remisión de tercer nivel, paciente manifestó estar de acuerdo, pulsos disminuidos, taquicardia.

Posteriormente, el galeno demandado, a las 11:30 a.m., escribe “paciente a quien se realizó artroscopia de rodilla izquierda y osteotomía supracondílea femoral, presentando lesión arterial comunicante lateral, se realizó sutura, se comprueba perfusión distal con los demás vasos del ecógrafo”.

15. Debe resaltarse que la lesión vascular fue encontrada a las 10:50, según consta en el documento denominado "*Registro de enfermería cirugía ambulatoria*", donde se expresa que "*10 + 50 se coloca segunda dosis de antibiótico... en 1.000 cc de el paciente presenta sangrado, realizan hemostasia con surgicell, dejan herida de rodilla izquierda cubierta con gasa y fryomull. El doctor Galán realiza una revisión con ecógrafo en rodilla*".

16. La llegada del paciente al tercer nivel de atención se surte en el Hospital Universitario Mayor a las 15:35, allí se especificó que "*Paciente masculino que es remitido de cirugía externa que se encontraba en postoperatorio de realización de osteotomía supracondilea femoral rodilla izquierda, paciente con posterioridad a procedimiento quirúrgico, sangrado abundante y signos de isquemia aguda de miembro inferior, cirugía realizada hace cuatro horas aproximadamente*".

Siendo las 15:36, se asienta que "*se encuentra en cuadro clínico de lesión traumática postquirúrgica con sospecha de lesión arterial de miembro inferior izquierdo, se pasa a realización de arteriografía para descartar lesión vascular como urgencia vital*".

Hacia las 15:45, se realizó "*arteriografía periférica de miembro inferior bilateral con aortograma abdominal*", precisando que el "*paciente en el momento tiene riesgo de perder la extremidad*". A las 15:53, se consigna que "*presenta amputación de arteria femoral de forma aguda, se decide pasar como urgencia vital para valoración y derivación*".

Las intervenciones de "*resección arterial suprapatelar con injerto autólogo o troboelectomía*" se iniciaron a las 15:53, y se culminaron a las 20:44, en ese asiento se apuntó que "*se termina intervención por traumatismo con ligadura de arteria y vena poplítea izquierda con isquemia del pie, con cuello de pie rígido y aumento de la presión compartimental en compartimento anterior, comportamiento posterior duro por miositis isquemica, se recupera pulso pedio y la perfusión del pie mejora con llamamiento capilar mejorado respecto del ingreso*", "*se reconstruye vena poplítea con paneles de safena interna de miembro inferior derecho y reconstrucción de arteria poplítea con segmento de vena safena interna derecha con anatomosis, quedo pulsando arterico y adecuada, llamamiento de la vena poplítea izquierda*", "*se realiza embolectomía distal con salida de trombos recientes, se drenó trombos venosos distales*", "*la arteriografía mostró trombosis*

aguda en nivel del tercio superior de la arteria poplítea sin recanalización distal”.

17. El 10 de julio de 2014, se consignó que *“los miembros inferiores con adecuado llenado capilar, edema en miembro inferior izquierdo con leve disminución del pulso pedio, con movilidad distal disminuida, con inmenso dolor de limitación por la movilización con gran edema en comportamiento posterior”,* por ende se estableció *“paciente hemodinamicamente estable sin signos de SIRS, se considera signo clínico de síndrome compartimental posterior, se pasa boleta de cirugía como urgencia para la realización de fasciotomía de miembro inferior”,* siendo las 8:54 se ordena *“fasciotomía en pierna por una o más incisiones”,* la cual es practicada a las 15:51, *“se lleva a cirugía por aumento de presión en compartimento posterior de pierna izquierda con dolor y cambios inflamatorios, se incide longitudinalmente en cara posterior de pantorrilla, se realiza fasciotomía con dermatología completa, hemostasia, se amplía fasciotomía en compartimento anterior y se disecciona membrana interósea, la cual se secciona en 10 cms, hemostasia y cubrimiento de las heridas con bolsa plaxilar”.*

18. Con posterioridad al alta hospitalaria, el 8 de septiembre de 2014, el paciente se presentó a control por *“síndrome compartimental con fasciotomía anterior y posterior con cierre primario, lesión del nervio tibial posterior en recuperación, marcha con cojera izquierda, slopage y una muleta”,* también con *“rodilla izquierda con buena alineación. Cicatrices normales. Hipoestasia plantar media, limitación media, limitación a la extensión del hallux y menor del 2° al 5° artejo, movilidad del tobillo con leve limitación, pulsos presentes y normales”.*

En la sesión de fisioterapia se refirió que *“No hay edema comparativo, inestabilidad marcada en el cuello del pie izquierdo con apoyo unipodal. Marcha sin ayudas externas con disminución de la fase de balanceo. Predominio de apoyo medio. Disminución de la longitud de paso. Usa plantilla con cojin metatarsiano. Alteración sensitiva de la región externa de la pierna en región de herida QX, cicatriz en buen estado con disminución marcada de la sensibilidad de la planta del pie. Hipostesia marcada por poca tolerancia a la palpación”.*

19. En consulta de ortopedia de 26 de enero de 2016, tomada con el galeno Carlos Castillo Forero, se consigna que el estado físico es *“Bueno. Extremidades: artejo en garra dúctil pie izquierdo, retracciones de Aquiles,*

logro neutro tibial posterior y gastrosea indemne”, estableciendo como plan de manejo “artroplasia del pie, tenotomía del dedo del pie. Dx secuelas de lesión del nervio peronero ... secuelas de lesión peronero... secuelas de lesión isquémica en la pierna requiere de nivel III”.

La cirugía recomendada se llevó a cabo el 18 de abril de 2016, según consulta posterior allí *“se realizó alargamiento segmentario percutáneo de Aquiles, se logra aumento del tobillo. Abordaje plantar, tenotomía de artejos logrando artejos plantígrados, ingresa con ayuda de dos muletas y Walker que utiliza desde ayer”.*

En la comentada consulta surtida el 25 de mayo de 2016, se refiere que el paciente tiene *“movilidad completa, excepto por los artejos que están al 10% inicial, retracciones moderadas de caderas de MMII ... Espasmos moderados y reactivos de los intrínsecos del pie. Hipersensibilidad táctil a planta del pie. Disminución del trofismo de la pantorrilla izquierda del 50%”.* Se refiere al examen físico, apuntando que es *“general, bueno, osteoarticular, artejo plantígrado, no inestabilidad cavo incipiente... refiere mejoría notoria en el dolor del antepie, no inestabilidad, ni deformidad angular en tobillo”.* Y, en lo que se refiere a su estado vascular, comenta *“extremidades llenado capilar normal, pulsos periféricos normales, sin déficit neurológico”, “paciente con adecuada evaluación desde el punto de vista vascular, adecuada perfusión distal, alta por el servicio”.*

20. Con el propósito de analizar la atención de la lex artix médica, es menester analizar los dictámenes periciales aportados al plenario.

En el peritaje rendido por Oscar Iván Andía, denominado *“concepto médico penal responsabilidad civil médica”,* se concluye que *“el tratamiento de injerto vascular y venoso debió haberse realizado tan pronto se evidenció la lesión vascular, su demora mayor a ocho horas provocó el irreparable daño que hoy padece... y que hoy coloca su extremidad en riesgo de amputación por deficiente prestación del servicio”,* anotando que *“esas lesiones vasculares conllevan una alta mortalidad por lo que constituyen una complicación grave que amerita corrección inmediata, ya que de no hacerlo el paciente puede entrar en shock hipovolemico con riesgo de muerte”.* Subrayó que el especialista demandado *“priorizó la continuación del procedimiento ortopédico sobre la urgencia vascular, permitiendo que la lesión de los vasos poplíteos genere una isquemia arterial prolongada que comprometió anatómica y funcionalmente los músculos de la zona”,* y que

“una vez generada la lesión vascular lo recomendable era suspender el procedimiento ortopédico para reconstruir los vasos afectados y reestablecer el flujo sanguíneo a fin de preservar la integridad anatómica y funcional de la pierna afectada”.

Durante la contradicción de la experticia, manifestó que la atención quirúrgica fue deficiente porque el galeno demandado no se percató de la importante cantidad de sangrado, recalcando que el sangrado arterial podía ser fácilmente detectado por su coloración escarlata; el médico debía suspender el procedimiento ortopédico para realizar una hemostasia, pero en su lugar prefirió continuarla y surtir una hemostasia insuficiente; y esperó a que se manifestaran síndromes nerviosos como la palidez y la frialdad para remitir al paciente ante un cirujano vascular. Estimó que la clínica incurrió en responsabilidad, por cuanto no contaba con un protocolo de manejo de la lesión, ni con un cirujano vascular que asistiera la emergencia, por el contrario, dejó la contingencia al criterio del tratante, lo cual de lugar a que la circulación estuviere paralizada entre siete y ocho horas, generando así las lesiones nerviosas que el paciente actualmente padece.

21. Sobre las reglas del arte de las intervenciones realizadas al paciente, la perito Laura Elvira Nivia Martínez apuntó que:

“Es importante tener en cuenta que, en caso de trauma o lesiones vasculares, la regla general indica que en la medida de lo posible las arterias mayores deben repararse o reconstruirse, sin embargo, en el contexto de damage control será necesario muchas veces recurrir a la ligadura de estos vasos dado que la conducta de reparación primaria puede comprometer aún más la vida del paciente, reconociendo que en estos casos el principio de vida por encima de viabilidad de la enfermedad. La reparación vascular definitiva debe llevarse a cabo posterior a la estabilización del paciente y, el tipo de reparación técnica deberá ser consignada por el cirujano vascular, teniendo en cuenta entre otras cosas el tipo y mecanismo de la lesión. El pasar por alto lesiones o no tratarlas oportunamente conlleva a altos índices de tasas de amputación.

“En el contexto de lesiones traumáticas a nivel de rodilla secundarias a politraumatismos, es frecuente el compromiso de diferentes componentes como el óseo, vascular, a nivel de ligamentos, tejidos blandos, meniscos (entre otros) que generan una complejidad en el abordaje y el tratamiento. Bajo esta premisa se ha descrito en la literatura que, excepto que se prevea una demora en el abordaje ortopédico, la inmovilización de la rodilla se debe

realizar antes de la reparación vascular si está inestable mediante el uso de una fijación externa. Este acto se justifica en el contexto que con la estabilización ósea se evita que se esté frente a una extremidad inestable, que puede poner en riesgo la integridad de la reparación vascular.

“Durante el procedimiento quirúrgico realizado al paciente se documentó un sangrado que en ese momento se consideró era derivado de una lesión de arteria comunicante lateral el cual se identificó, se trató, se corrigió y se detuvo con intervención adicional del servicio de cirugía general, verificando posterior a esto perfusión distal que fue positiva para la extremidad. Se recalca no solamente el manejo local dado, sino el manejo integral por todo el equipo quirúrgico que permitió contrarrestar y tratar el sangrado, evitando el desarrollo de complicaciones agudas que desestabilizaran y comprometieran el cuadro clínico del paciente.

“A pesar de confirmarse una adecuada perfusión (tanto a nivel arterial como venoso) de la extremidad una vez tratada la complicación y terminado el procedimiento quirúrgico, el cirujano tratante de manera acertada y prudente decidió remitir al paciente a cirugía vascular”.

“Se realizó entonces remisión a una institución con el recurso humano y tecnológico que pudo atender oportunamente la condición del paciente, y una vez allí, no solo se aseguró un manejo e intervención inmediata por la especialidad de cirugía vascular, sino que se garantizó un manejo integral del caso con participación y seguimiento por diferentes servicios como medicina general, nutrición, ortopedia, clínica del dolor, clínica de heridas, cirugía plástica, terapia física, anestesia, entre otros”.

“Durante la cirugía con reparación vascular se realizó fasciotomía anterior, haciendo la claridad que tanto la arteriografía como la cirugía se realizaron como urgencias vitales. La necesidad de fasciotomía se evidencio de manera primaria intraoperatoriamente en el curso de un síndrome compartimental, desarrollado posiblemente como una complicación de la primera intervención o más propiamente por la propia isquemia aguda dado el trauma vascular. De esta manera, si bien es cierto al paciente se le diagnosticaron el síndrome compartimental (complicación esperable o descrita dentro del contexto clínico del paciente), la fasciotomía posterior se realizó el 10 de julio también como una urgencia (existiendo ya una fasciotomía anterior desde el 7 de julio), puesto que fue para esa fecha que se documentó un aumento de la presión en dicho compartimento.

“En lo que respecta al tema vascular el paciente a la fecha solucionó y superó adecuadamente esta situación, sin existir a hoy complicaciones y/o sintomatología a dicho nivel, siendo dado de alta por el servicio de cirugía vascular de Mederi en febrero de este año, entendiéndose así que la revascularización fue exitosa y que la integración del injerto fue completa y

al 100%. Se aclara que el paciente no perdió la extremidad y no se alteró la integridad anatómica de su miembro inferior, y a la fecha, no registra ninguna deficiencia vascular documentada objetivamente, que condicione un riesgo inminente o pérdida de la extremidad”.

“En lo que respecta al compromiso nervioso, es claro que al paciente se le documentó tanto por la clínica como por estudios paraclínicos la presencia de compromiso a nivel de los tres nervios que llevan a la inervación del pie, hallazgo clínico que fue documentado inicialmente posterior a la realización de la fasciotomía posterior. Sin embargo, también es claro que con posterioridad a varios manejos e intervenciones (médicas y quirúrgicas) a lo largo de estos años, se ha documentado una mejoría tanto clínica como paraclínica de esta situación, con evidencia de reinervación (mejoría del daño nervioso con recuperación de la función) y, de acuerdo con la última historia clínica con mejoría notoria del dolor, sin presencia de inestabilidad, deformidad a nivel de la extremidad o sintomatología asociada. Como posibles causas del daño neurológico se tiene la primera intervención quirúrgica, es decir, la realizada en la sede de la EPS (Para cuyo consentimiento informada se advertía que este riesgo y también desde la consulta externa del 5 de mayo de 2014), pero también se tiene la isquemia y el síndrome compartimental, situaciones que en las cuales es posible el desarrollo de neuropatía y parálisis secundaria. De esta manera, no es posible establecer una única causa del daño nervioso periférico, daño que a la fecha se reitera ha mostrado una evolución favorable hasta la mejoría”.

Durante la contradicción del dictamen pericial, expuso que el tratamiento ortopédico era necesario porque el paciente tenía una mala distribución de carga a nivel de la articulación en el eje central, el cual llevaba a que las rodillas se tocaran entre si, incubando el riesgo de tener que surtir una cirugía de reemplazo en caso de que la patología no fuera oportunamente tratada, o de experimentar artrosis en la articulación.

En la cirugía se realizó un corte en el hueso a nivel del fémur para lograr la alineación, momento en que se presentó sangrado en el campo intervenido, pero advirtió que en ningún lugar de la historia clínica se indicó que el vaso es del calibre de la arteria poplítea, lo consignado fue sangrado en un vaso colateral secundario a través de la rodilla. Ahí enfatizó que el simple hecho de entrar en una cavidad comporta la lesión de vasos sanguíneos, pero que el facultativo solicitó el auxilio del cirujano general, quien corroboró la situación, identificó la lesión y el vaso, y controló el sangrado.

Finalizada la cirugía ortopédica, no había registro de que el paciente hubiere entrado en shock o que experimentará hipotensión arterial o taquicardia, el equipo quirúrgico dejó constancia de un estudio ecográfico, el cual decía que había flujo a nivel de la extremidad, pero a pesar de la normalidad de indicadores se dispuso la remisión a una institución especialista en cirugía vascular.

Según su perspectiva, el deber ser era terminar el procedimiento quirúrgico, pues el sangrado era una complicación inherente a toda cirugía, el cirujano estaba tocando el fémur para realizar la alineación de la rodilla y la lesión de la arteria poplítea ocurre en el 1% de las cirugías de artroscopia de rodilla; en el evento de que no se hubiere culminado la cirugía, y se hubiere remitido al paciente a cirugía vascular, se hubieren generado más complicaciones con el contacto de las puntas de los huesos en una extremidad inestable, y el cirujano vascular hubiere tenido que surtir un procedimiento de estabilidad ósea antes realizar el injerto, so pena de comprometer su viabilidad.

Luego se tramitó la orden de remisión teniendo como punto de partida la orden del médico, la EPS comenta situación a la central de servicio (CAPS), unas IPS dijeron que no tenían camas, otras que no aceptaban pacientes con contingencias provenientes de la EPS. Gestionada la ambulancia - aun sin contar la consecución de la IPS receptora - se logró remitir al paciente al Hospital Mederi a donde arribó sobre las tres de la tarde.

En el Hospital Mederi le realizaron una arteriográfica, identificando isquemia de miembro inferior como urgencia vital, ese mismo día lo llevaron a cirugía donde le hicieron un injerto a nivel vascular, el cual tuvo una buena evolución y adecuada perfusión, también se le realizó una fasciotomía en la parte posterior para liberar presión y superar el síndrome compartimental, la cual fue exitosa porque el injerto no hubiere pegado o que subsistieran signos de isquemia. La presión compartimental aumentó durante los días ocho y nueve, razón por la cual se le realizó posterior, y se le envió a cirugía plástica para verificar el momento en que debía cerrarse la herida.

Refirió que las heridas cicatrizaron, hubo una recuperación favorable en el tema del injerto y no se presentaron signos de isquemia, pero se empezaron a registrar alteraciones neurológicas a la dorsiflexión y pie caído, consistentes en retracción del dedo gordo y dificultad de anestesia en la región plantar, para tratar esas patologías fue intervenido en la clínica del Bosque; empero, de acuerdo las secuelas nerviosas evolucionan de manera

favorable, ya que estudios de reconducción denotan que hay reinervación de los nervios comprometidos, y el paciente con el apoyo de fisioterapia empezó a deambular sin apoyo en corto tiempo.

22. Respecto de la *lex artis* llamada a observarse en el caso concreto, el perito Gilberto Sanguino Torrado expuso que:

“El genu valgo se define como una alteración en el eje femorotibial (anatómico) más allá del 6-8° de valgo fisiológicos y se caracteriza por un desplazamiento del eje hacia un compartimento lateral, produciendo un desgaste precoz del mismo. Es decir una deformidad de la rodilla que produce un que produce un desgaste (artrosis) precoz de la articulación. (Osteotomía varizante distal de fémur para genu valgo, artroscopia vol.22, No. 1: 17-20,2015).

“Dentro de las alternativas de tratamiento se encuentran los procedimientos de preservación articular como las osteotomías tanto del fémur como de la tibial proximal. Otros procedimientos quirúrgicos son los reemplazos articulares (artoplastias) reservados para los casos con artrosis muy avanzada. (Osteotomía varizante distal de fémur para genu valgo. Artroscopia Vol. 22, No. 1: 17-20, 2015).

“La osteotomía es un procedimiento quirúrgico consistente en cortar un hueso para lo cual se utilizan herramientas tales como los osteotomos o sierras de poder. Una vez seccionado el hueso se puede corregir la deformidad mediante desplazamiento de sus fragmentos y se fija en la nueva posición correcta con elementos de osteosíntesis como las placas y los tonillos. Las osteotomías varizantes son una alternativa en pacientes con genu valgum sintomático que sufren artrosis unicompartmental. De esta manera el eje de carga es trasladado al compartimento medial sano, reduciendo los síntomas, retrasando o previniendo la necesidad de una artoplastia. La osteotomía varizante de fémur distal se recomienda para pacientes jóvenes, sanos, activos con artrosis unicompartmental asociada a genu valgo mayor a 12°.

“Con respecto a las complicaciones asociadas a este procedimiento, se incluyen la rigidez articular, pseudoartrosis, falla de implante y molestias a nivel de la placa, entre otras, los porcentajes de complicaciones de las distintas series son muy variados.

“La lesión iatrogénica de arteria poplítea tras cirugía ortopédica de rodilla, aunque rara, es potencialmente muy grave. Se han publicado incidencias que varían entre el 0,03% y el 0,17%, encontrando como mecanismos de lesión más comunes las trombosis y el traumatismo indirecto, aunque

también se han apuntado el uso prolongado del torniquete. (Manejo de las lesiones vasculares del segmento poplíteo: experiencia del Hospital en de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza, Rev. Mex Angiol 2005; 33 (4): 100-105).

“El manejo quirúrgico de la lesión vascular reportado en la literatura es realizar anastomosis término terminal si no ha tensión, pero cuando la pérdida vascular es mayor a 2 cm no es posible, lo mejor es realizar una interposición de injerto, preferentemente usando vena safena invertida contralateral, para preservar el flujo de salida venoso de la extremidad lesionada.

“Según la historia clínica cuando se presentó la lesión vascular el Dr. Alviz realizó ligadura con seda , ethibon y ligasure, colocó surgicell, revisó la hemostasia. Al identificar la lesión solicitó valoración prioritaria por cirugía general, atendiendo el llamado el Dr. Eduardo Silva, quien realizó revisión hemostasia con sutura vascular y uso de ligasure con control de sangrado. Luego el Dr. Alviz procedió al cierre previa fijación de la osteotomía con placa tipo tomofix lateral femoral distal 6 tornillos bloqueado y 1 cortical 4.5. Fue efectuada revisión vascular con ecógrafo encontrando buena perfusión. Dada la complicación presentada consideró pertinente remisión a otras institución de tercer nivel para revisión vascular.

“Si fue adecuada ya que no hacerlos ponía en peligro al vida del paciente por el profuso sangrado que se ocasiona con la lesión vascular. Lo ideal de acuerdo con la recomendado en la literatura científica cuando se presenta lesión de los vasos poplíteos es solicitar la intervención de cirujano vascular, quien es el especialista idóneo para el manejo de esas lesiones. Como no siempre está disponible este especialista una alternativa es pedir la participación del cirujano general. La ligadura de los vasos seccionados es una medida que busca contener el sangrado profuso que puede llevar al choque hipovolémico y muerte”

“En el momento que se presentó la lesión vascular ya se había realizado la artroscopia y se había realizado la osteotomía del fémur distal, era necesario terminar el procedimiento de fijación con placa y tornillos para darle estabilidad. El no fijar la osteotomía dificultaría la reparación vascular. No era adecuado remitirlo sin fijar la osteotomía, que además implicaba un corto tiempo”.

Durante la contradicción de la experticia, el perito manifestó que la artroscopia de rodilla consiste en hacer un corte de hueso para realinear una extremidad, precisando que para llegar al sitio debe atravesar la piel, grasa y músculos y tener la precaución de no afectar estructuras nobles como arterias, venas y nervios. Refirió que probabilidad de lesión vascular, va en función

de la anatomía del paciente, acotando que hay algunos que tienen arterias muy cercanas al hueso con menos de 5 milímetros y otros que las tienen a más de 10 milímetros, de manera que entre los que tienen los vasos más cerca el riesgo de lesión puede llegar al 50%, aunque no hay manera de saberse en que categoría se encuentra al paciente hasta el momento de operar.

Indicó que normalmente la cirugía se realiza de manera ambulatoria, salvo que se encuentre una necesidad adicional, correspondiéndole al médico llevar al paciente a un sitio donde pueda ser manejado y verificar que tenga la logística para solucionar problemas, aunque enfatizó que la probabilidad de que se presenten contingencias asociadas a determinada área de la medicina, no significa que tenga que contarse con un especialista en la sala de cirugía, pues subsiste la posibilidad de remitirlo a instituciones de mayor nivel de complejidad en aras de racionalizar la prestación del servicio de salud.

Anotó que el sangrado que presentó el paciente durante la cirugía no comprometía la vida, pero si era mandatorio solucionar el problema de la vena o arteria para reconstruir el suministro de sangre a la extremidad. En torno a las lesiones nerviosas, recalcó que toda cirugía comporta la posibilidad de lesionar la estructura nerviovascular, aunque apuntó que las ramas pequeñas se van cauterizando o estabilizando, mientras las mayores hay que amarrarlas para tener mayor acceso a la zona de operación.

Frente al tiempo que se necesita para la recuperación de la lesión vascular, adujo que cada órgano tiene una capacidad temporal de resistencia, tratándose de estructuras halladas en las extremidad hay ventanas de tiempo aguda, intermedia y crónica. En la aguda el término es de seis horas, se busca la recuperación del flujo de sangre a la extremidad, si el paciente es tratado adecuadamente tiene una altísima posibilidad de quedar sin secuelas o tenerlas mínimas. En la grave el término es de doce horas, suelen quedar secuelas no vitales. La crónica se entiende pasadas las veinticuatro horas, se parte de la posibilidad de perder la extremidad y la vida está comprometidas.

Reiteró que el médico imputado le dio un manejo adecuado a la situación, pues evitó que el paciente siguiera perdiendo sangre, lo cual puede hacer mediante el uso de clips, la cauterización, o nudos quirúrgicos temporales que ocluyan el sangrado, pero dejen tejido para realizar la posterior reparación. Estabilizó el hueso, lo cual fue importante para la realización del procedimiento de reconstrucción vascular, pues si no se realiza se puede

volver a cortar los vasos sanguíneos o los músculos. Y, cerro la piel para evitar el riesgo de infección, que se podría presentar cuando se condujo al paciente a la institución de cuarto nivel.

Respecto de las lesión nerviosa y vascular, apuntó que la falta de irrigación sanguíneo compromete los tejidos muscular o nerviosas, para el caso del paciente advirtió que se realizó la reconstrucción de la estructura vascular mediante injerto realizado el día 7 y posteriores fasciotomías realizadas el día 10, anotando que para su gusto se hubiere podido realizarlas el mismo día para minimizar los riesgos de las secuelas, sin que esto comprometa la corrección de los procedimientos adelantados por los cirujanos vasculares.

23. Con relación a la atención que el paciente recibió con posterioridad a la cirugía, el ortopedista Carlos Castillo Forero declaró que conoció al paciente desde noviembre de 2015 hasta abril de 2017, en la subespecialidad de ortopedia de pie y tobillo, con miras a tratar las secuelas dejadas por una lesión isquémica y neuropática que tuvo durante un procedimiento quirúrgico, que dio lugar a que no circulara adecuadamente la sangre y el oxígeno por los nervios involucrados. Las secuelas consistieron en deformidad en garra de los artejos menores – dedos del pie izquierdo - , seguida de una retracción del tendón de Aquiles y de dificultad en el apoyo de la extremidad.

El tratamiento diagnosticado fue en marzo de 2016, consistió en *“tenitomia sección de los tendones flexores de los dedos para llevarlos a una posición plantígrada”*, con el cual se procura que los dedos se apoyen en su totalidad sobre los pulpejo, y se alarga el tendón de Aquiles para llevarlo a posición funcional, verificable cuando se logra un rango adecuado de dorsiflexión, es decir que el tobillo pueda doblarse hacia arriba por los menos en 100 grados.

Los resultados de la cirugía fueron exitosos, por cuanto se logró contrarrestar las secuelas para aproximar a una movilidad casi normal de la extremidad inferior, aunque de todas maneras el paciente tiene una lesión del nervio peroneo que es el encargado de dar inervación a la musculatura de los pies, pero es leve y manejable de acuerdo a los parámetros de la experticia clínica, ya que hasta el momento en que lo valoró las restricciones para la marcha no eran mayores.

Ya en cuanto a los pormenores de la lesión vascular, manifestó que no tenía conocimiento sobre las circunstancias en que se produjo, pero indicó que los tiempos para conjurarla depende de órgano afectada, cantidad de sangre pérdida, y que en defecto de cirujano vascular, el general está habilitado para intervenir en la cirugía con miras a salvar la extremidad. Puntualizó era necesario surtir la estabilización ósea antes de realizar la reconstrucción vascular, pues si esto no ocurre los riesgos se incrementan, ya que es difícil operar con el fémur distal y proximal bailando por todo lado.

24. Tomando en consideración las anteriores premisas normativas, el juzgado detalla que el demandante Juan Sebastián Sánchez tenía de diagnóstico de “genu valgo”, el cual es una enfermedad ortopédica caracterizada porque las rodillas de las extremidades tienden a tocarse y los tobillos a separarse, exteriorizando así un defecto de alineación, a raíz de esa patología el tratante, en consulta de 30 de diciembre de 2013, le había advertido que debía abstenerse de realizar actividades de alto impacto o contacto. La subsistencia de esa enfermedad exponía al paciente al deterioro de sus rodillas, que con el transcurso del tiempo podía exponerse al reemplazo del hueso, o al degeneramiento de las articulaciones subyacentes debido a problemas artrósicos, tal como lo expone el perito Gilberto Sanguino Torrado.

Para el tratamiento del “genu valgo”, el médico demandado prescribió la realización de “artroscopia de rodilla bilateral” en consulta de 5 de mayo de 2014. El perito Sanguino Torrado estima que ese procedimiento es idóneo para el tratamiento el “genu valgo” por perseguir la preservación de las articulaciones, resaltando que el paciente no tenía condiciones de degeneramiento articular que sugirieran “artroplasias”, o reemplazos de rodilla, así aflora que el paciente no se le prescribió un procedimiento experimental, o contrario al diagnóstico que tenía para ese entonces.

Previamente a la realización de la intervención quirúrgica, en dos ocasiones se explicó al paciente los riesgos que afrontaría con la práctica de la cirugía, la primera ocurrió en la consulta de 4 de mayo de 2014 y la segunda al rubricar el documento de consentimiento informado. La apreciación de esas piezas permite colegir que las contingencias fueron enteradas, fueron aceptadas y entendidas por su destinatario, y consistieron en dolor, cojera, inflamaciones, infección, limitación funcional, trombosis venosa o pulmonar, lesión neurovascular distal, fractura, no consolidación y deformidad. No sobra recordar que se invistió al galeno de la facultad de realizar conductas

adicionales al procedimiento quirúrgico autorizado, en caso de presentarse situaciones imprevistas que las aconsejaran.

La cirugía se llevó a cabo el 7 de julio de 2014, en el compás comprendido entre las 8:30 y las 11:30, de acuerdo a las notas de enfermería hacia las 10:50 se presentó un sangrado de 1.000 centímetros cúbicos, razón por la cual el galeno demandado convocó al cirujano general, quien contribuyó a realizar la ligadura y hemostasia de los vasos comprometidos, para luego cerrar la osteotomía y fijar la herida. Hasta aquí se advierte que se produjo una lesión vascular, la cual había sido contemplada como un riesgo previsible de la específica intervención. Con todo, a las 11:30 a.m., se ordenó la remisión a una institución de mayor nivel de complejidad para que revisará la situación vascular.

Contrario a lo expuesto por el perito Oscar Iván Andía Salázar no se avizora que hubiere mediado un quebranto de la *lex artix* en la cirugía ortopédica y el manejo de la lesión vascular, aquí se resalta que en su concepto debía paralizarse el procedimiento ortopédico y surtir una reconstrucción inmediata de los vasos comprometidos, pero con esto se desconoce que antes de realizar el injerto debía estabilizarse la estructura ósea, so pena de que los huesos sueltos comprometan la viabilidad del injerto y causen más daños al sistema circulatorio, y también ignora que para conducir al paciente a una institución de mayor nivel de complejidad se requería cerrar la herida de la intervención ortopédica, para conjurar el riesgo de infección durante el traslado hospitalaria, conclusiones que se extraen de la conjunta contemplación tanto de los peritajes rendidos por Laura Elvira Nivia y Gilberto Sanguino Torrado como en el testimonio rendido por Carlos Castillo Forero.

Tampoco es exacto el peritaje de Oscar Iván Andía cuando refiere que el sangrado de 1.000 cc debe entenderse como masivo, pues tal medida no se encuentra dentro de tal rango de más de 1.500 cc, y suele ser la medida en que las personas donan sangre de manera ambulatoria, También es impreciso cuando apunta que podía percatarse fácilmente de cuál era el la arteria lesionado a partir de la mera coloración de la sangre, ya que desconoce que el sistema circulatorio es análogo a un árbol con niveles de ramificación, y que en una misma estructura ósea pueden converger varios vasos sanguíneos sin que a priori pueda determinarse cual fue el afectado con la lesión. Y, no es acertado cuando descalifica al médico por realizar la ligadura o hemostasia del vaso lesionado, ya que desconoce que esta era necesaria para frenar el sangrado que podía conducir a la pérdida de la extremidad o la vida del paciente. Aquí se recalca que las reglas adecuadas de comportamiento

fueron referidas por los peritos Laura Elvira Nivia y Gilberto Sanguino Torrado.

La experticia de Oscar Iván Andia también es inexacta en cuanto a la hora en que se produjo la lesión arterial, pues supone que la misma se verificó una vez iniciado el procedimiento quirúrgico, es decir a las 8:30, ignorando que la percepción del sangrado masivo que motivo la llamada al cirujano general se produjo a las 10:50, según consta en las notas de enfermería del procedimiento ortopédico. Desatino que lo hace suponer que la reconstrucción mediante injerto se realizó dentro de un intervalo de tiempo superior a aquel en que se produjo la lesión vascular objeto de estudio.

Ya en cuanto a la ventana terapéutica, es decir los rangos de tiempo con que se contaba para realizar el injerto sin general secuelas o comprometer la viabilidad de la extremidad, debe puntualizarse que si la operación se hacía dentro de las seis horas siguientes a la lesión había la posibilidad de no generar secuelas o dejarlas en mínimos, si se verificaba dentro de doce horas se evitaba la pérdida de la extremidad, y que transcurridas veinticuatro horas se encuentra en riesgo la vida misma, teniendo como plan inicial la amputación de la pierna. Tiempos que fueron referidos durante la controversia de los dictámenes rendidos por Laura Elvira Nivia y Gilberto Sanguino Torrado.

Acorde con estos rangos temporales, se tiene que la lesión de la arteria durante el procedimiento ortopédico fue detectada, ante la presencia de sangrado, a las 10:50 a.m. del 7 de julio de 2014, en las instalaciones de la Clínica Compensar de la Calle 26, mientras la operación de reconstrucción vascular denominada "*resección arterial suprapatelar con injerto autólogo o tromboelectomía*" se inició a las 15:53 de ese día, en el Hospital Universitario Mayor – Mederi, derivándose así que entre la sección arterial y el inicio del injerto transcurrieron 5:03 horas, lo que implica que la cirugía vascular se hizo dentro de la ventana vascular para minimizar secuelas, a saber seis horas. Además, se enfatiza que en la contabilización de ese tiempo debe descontarse el transcurrido entre la identificación de la lesión vascular a las 10:50 y el final de la cirugía ortopédica surtido a las 11:30, toda vez que era necesario la estabilización ósea y el cierre de la herida, para evitar mayores lesiones o infecciones.

Ahora, el paciente experimentó "*neuropatía del nervio ciático poplíteo externo izquierdo sin signos de reinervación*", que se concretó en secuelas

como *“alteración de la sensibilidad de miembro inferior izquierdo, anestesia del gran artejo (pulgares/hallux), dificultad para la dorsiflexión de pie izquierdo y la extensión de los dedos de los pies, parestesias de planta de pie y talón y pie caído”*. Empero, no puede perderse de vista que esta es una modalidad de *“lesión nerviosa”*, que podía presentarse como consecuencia de la práctica del procedimiento ortopédico, según se desprende de la enunciación de los riesgos condensada en el consentimiento informado.

Tampoco puede desconocerse que esas lesiones han mejorado a raíz de las sesiones de fisioterapia y tratamiento de ortopedia de pie y tobillo recibidos en la EPS demandada. Nótese que fue sometido al procedimiento de *“artroplasia del pie y tenotomía del dedo del pie”* el 18 de abril de 2016, para mejorar la dorsiflexión del tobillo, llevar al tendón de Aquiles a una posición funcional, y permitir que los dedos se apoyaran sobre los pulpejos o yemas, la cual tuvo resultados exitosos de acuerdo con el control llevado a cabo el 25 de mayo de 2016, donde se expone que los artejos quedaron a nivel plantigrado, mejoró el dolor del antepie y el tobillo no presenta deformidades o inestabilidades. Al punto que su médico tratante – Carlos Castillo Forero – expresó que se consiguió recuperar la movilidad de la extremidad superior izquierda, y que las restricciones para la marcha no son significativas.

Aunado a lo anterior, en los asientos de la historia clínica posteriores al ingreso del paciente en el Hospital Universitario Mayor – Mederi permiten inferir que el injerto autólogo cumplió con su finalidad, pues el paciente tiene una adecuada perfusión y no volvió a presentar problemas isquémicos con posterioridad a su alta hospitalaria, y que el procedimiento ortopédico también tuvo buen término, por cuanto las extremidades tienen una buena alineación.

Así mismo, en el caso no logró comprobarse que el paciente hubiere perdido capacidad laboral significativa, resaltándose que en el plenario no se incorporó dictamen de pérdida de capacidad laboral que fuere emitido en un procedimiento administrativo de pérdida de capacidad laboral, bien sea por las administradoras de riesgos de seguridad social encargadas de hacerlo en primera oportunidad o por Juntas Regionales de Calificación de Invalidez, pues los traídos a juicio fueron adosados por médicos particulares aportados por los contendientes.

Entre estos peritajes, se advierte que el rendido por el perito Oscar Iván Andia Salazar no tiene fuerza de convicción, pues este fue rendido por un galeno sin especialización en salud ocupacional, sin realizar un examen físico del paciente, sobre la base de un evento superado como las lesiones vasculares materializadas durante el procedimiento ortopédico, sin visitar su puesto de trabajo, desconociendo que las lesiones del sistema nervioso periférico que el paciente presente son susceptibles de recuperación y han venido mejorándose, haciendo caso omiso de la evolución de las lesiones presentada con posterioridad a la reconstrucción vascular, y dando por entendido que la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral sobrevino con el procedimiento ortopédico, pasando por alto que esta es determinada por la evolución de las secuelas que dio lugar al accidente. Cúmulo de defectos referidos por la perito Olga Alexandra Manosalva Gómez, el cual resulta más atendible por haber consultado la evolución clínica del paciente luego del evento adverso, las lesiones neuropáticas que el valorado padece en la actualidad, y cuantificarlo de acuerdo a las tablas de incapacidad, discapacidad y minusvalía.

25. Corolario de lo anterior, se concluye que las “lesiones neuropáticas del nervio ciático poplíteo externo izquierdo sin signos de reinervación” y sus secuelas correspondientes, fueron consecuencia de la materialización de la contingencia de “lesión neurovascular distal” previsto en el documento de consentimiento informado que antecedió la cirugía de “artroscopia correctiva de rodilla izquierda + condroplastia + osteotomía supracondílea femoral + osteosíntesis de injerto óseo” llevado a cabo el 7 de julio de 2014”, aflorando así que los demandados no están llamados a responder por su materialización.

Simultáneamente, se advierte que el tratamiento dado a lesión arterial presentada durante esta intervención quirúrgica fue adecuadamente tratada, pues el médico demandado – con el apoyo del cirujano vascular- realizó la ligadura y hemostasia del vaso comprometido para evitar que el incremento de sangrado incrementará los riesgos del paciente, e impartió la orden para que el paciente fuere remitido a una institución de mayor nivel de complejidad para que se descartaran mayores problemas vasculares. Remisión que fue oportunamente gestionada por la Eps, pues logró que en el Hospital Universitario Mayor se solucionara la lesión vascular mediante el procedimiento de “resección arterial suprapatelar con injerto autólogo o tromboelectomía”, el cual fue realizado dentro del término de seis horas constitutivo de ventana terapéutica para minimizar las secuelas y evitar la pérdida de la extremidad.

26. Así las cosas, se impone denegar las pretensiones de la demanda, e imponer condena en costas a la parte demandante por haber sido vencida en juicio, lo anterior de conformidad con el numeral 1º del artículo 365 del Código General del Proceso.

Con todo, no se impondrán condenas previstas en la regulación del juramento estimatorio, por cuanto la actora fue diligente en la lid probatoria por aportar medios probatorios encausada a la demostración de los perjuicios materiales reclamados, pero la frustración de sus súplicas obedeció a la falta de demostración de la culpa endilgada a los demandados, y a deficiencias intrínsecas del medio de prueba esgrimido para probar el error médico y el porcentaje de pérdida de capacidad laboral, lo anterior de conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso.

Decisión.

Con base en lo expuesto, el Juzgado Veintiocho Civil del Circuito de Bogotá, D.C., administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley

Resuelve

Primero: Denegar las pretensiones de la demanda presentada por Elena García Moreno, Kevin Daniel Sánchez García y Paula Milena Sánchez García en contra de Caja de Compensación Familiar Compensar y Julio José Alvis Tous.

Segundo: Denegar las objeciones presentadas frente al juramento estimatorio realizado en las pretensiones de la demanda.

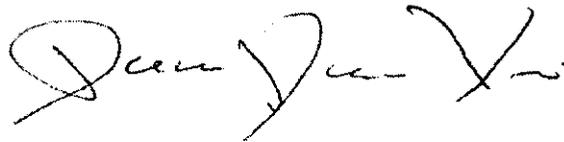
Tercero: Abstenerse de resolver los llamamientos en garantías formulados por los demandados en contra de Julio José Alvis Tous y Allianz Seguros S.A.

28-2017-00330-00

Responsabilidad civil en actividad médica – deniega

Cuarto: Condenar en costas a la parte demandante. Para su cuantificación se fija la suma de \$10.000.000 como agencias en derecho. Liquidense por secretaría.

COPIESE Y NOTIFIQUESE,



NELSON ANDRES PEREZ ORTIZ

JUEZ

28-2017-00330-00

(Sentencia deniega las pretensiones).



República de Colombia
Poder Judicial
Corte Suprema de Justicia
Cartera de la Justicia

El ante.

SENTENCIA
por Estado

No. 035

Fecha 14 JUL 2022

El Secretario(a),

