

Medellín, 18 de mayo de 2021

Señores

JUZGADO QUINTO (05) CIVIL CIRCUITO DE MEDELLÍN

ccto05me@cendoj.ramajudicial.gov.co

E.S.D

REF : VERBAL
DEMANDANTE : BRAYAN STIVEN BARRERA Y OTRO
DEMANDADO : INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA Y OTROS
RADICADO : 2020-00068

ASUNTO: CONTESTACIÓN DEMANDA

JUAN RICARDO PRIETO PELAEZ, Abogado con Tarjeta Profesional No. 102.021 del Consejo Superior de la Judicatura e identificado con la cédula de ciudadanía No. 71.787.721 de Medellín, en mi calidad de apoderado judicial del INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA, por medio del presente escrito procedo a dar respuesta al escrito de la demanda, en los siguientes términos:

CONSIDERACIÓN PRELIMINAR

Antes de dar respuesta individual a cada uno de los hechos de la demanda es importante precisar que la atención medicas dispensada al joven BRYAN STIVEN BARRERA en el INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA, estuvo acorde con los protocolos médicos, sin que exista ningún hecho culposos imputable a mi representada que haya generado las secuelas que hoy dice padecer el demandante.

Lo anterior, de conformidad no solo con lo establecido en la historia clínica del paciente, sino también en el DICTAMEN Pericial elaborado por el Dr. PABLO EMILIO CORREA ECHEVERRI, Odontólogo Especialista en Cirugía Maxilofacial y Jefe Postgrados Clínicos Facultad de Odontología CES quien luego del análisis de la historia clínica del paciente, realizó la siguiente conclusión pericial:

“Basado en la documentación aportada se puede concluir que se trata un caso de cirugía ortognática bimaxilar que transcurrió normalmente en el intraoperatorio; se presentaron complicaciones en el postoperatorio, al día siguiente hubo epistaxis importante que requirió llevar al paciente al quirófano, y bajo anestesia general, realizar taponamiento nasal anterior y posterior, el cual controló el sangrado nasal. Posteriormente, al día siguiente el paciente presentó broncoaspiración posiblemente durante la ingesta de un jugo, se presentó tos que pudo desencadenar esta circunstancia. El paciente tuvo que ser llevado a la unidad de cuidados intensivos donde fue intubado. Presentó falla respiratoria con neumonía por infección, la cual fue de difícil manejo y evolución. El paciente permaneció 26 días en la UCI. Luego sale para UCE y hospitalización, permaneciendo 28 días. Finalmente, luego de este tiempo es dado de alta hospitalaria, el 10-04-2012 y trasladado a su domicilio. Fue necesario tratamiento neurológico, psicológico, psiquiátrico y de rehabilitación neuropsicológica que duró hasta finales de 2015.

*Se presentaron estas complicaciones que llevaron a una evolución lenta del cuadro clínico, en el cual el paciente no pudo llegar a la normalidad completa, presentando secuelas que afectan su comportamiento y evolución de actividades cotidianas. **Las complicaciones se deben a hechos fortuitos (inherentes a todas las cirugías ortognáticas maxilofaciales) que se presentaron en el postoperatorio, las cuales no se ven asociadas a negligencia, impericia, falta de recursos o demora en la atención.***

Concretamente en relación con las complicaciones se le pregunto al perito las causadas de ellas, precisando lo siguiente:

*RESPUESTA: La epistaxis se puede producir por la alteración de un vaso sanguíneo al realizar el procedimiento de osteotomía lefort I que incluye la desperiostización de la mucosa nasal, durante esta, es factible que ocurra ruptura de los vasos sanguíneos. En el intraoperatorio descrito no ocurrió esta situación. El día siguiente de la cirugía se presentó epistaxis; esta complicación se puede explicar porque durante la cirugía el paciente tiene la tensión arterial baja y sus funciones vitales están disminuidas por el efecto de la anestesia general, luego del despertar hay un retorno a los signos vitales regulares, lo que implica un aumento de la presión arterial que puede provocar epistaxis; también ocurre cuando el paciente está ansioso y realiza movimientos corporales bruscos, situación frecuente en el estado de recuperación posterior a la anestesia general. **Se trata de un evento que claramente está asociado a los riesgos del procedimiento realizado.***

La broncoaspiración puede ocurrir porque hay disminución de los mecanismos naturales (reflejos) que evitan que pase cuerpo extraño líquido o sólido a los pulmones, afectando la oxigenación corporal; puede conducir a neumonía (infección pulmonar) que, si progresa desfavorablemente para el paciente, puede tener desenlace fatal. Al tener taponamiento nasal anterior y posterior el paciente tiene afectada la deglución; si coincide además somnolencia y tos durante ingesta de alimento, esa circunstancia facilita que pueda ocurrir broncoaspiración.

Finalmente, en relación con la atención del INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA, se le pregunto al perito si de conformidad con la historia clínica, las atenciones médicas fueron adecuadas y oportunas, indicando:

*RESPUESTA: Todas las atenciones médicas brindadas al paciente por parte del instituto neurológico en sus complicaciones postoperatorias, **fueron adecuadas y oportunas; lo cual permitió resolver de la mejor manera posible los eventos presentados.***

Con lo anterior es claro que ya un experto en el tema, al analizar el proceso de atención del paciente en el INSTITUTO NEUROLÓGICO, conceptuó que no existió ninguna falla en la prestación del servicio médico y por contrario el manejo del cuerpo médico en relación con la intervención quirúrgica y sobre todo la complicación estuvieron ajustados a los protocolos.

FRENTE A LOS HECHOS:

HECHO PRIMERO: NO ES CIERTO EN LA FORMA EN QUE SE RELATA.

En este punto, es importante que el despacho tenga en cuenta que la valoración inicial, el diagnóstico y la orden de cirugía, fue realizado por el médico JOSÉ MANUEL VELÁZQUEZ en su consultorio particular, sin ningún tipo de relación, injerencia o participación del INSTITUTO NEUROLÓGICO.

Sin embargo, del reporte de la historia clínica del paciente, se evidencia que este presentaba anomalías graves en su estructura mandibular, el cual reportaba problemas de mordida y sobre todo dolores constantes, lo cual lo llevó a consultar al médico JOSÉ MANUEL VELÁZQUEZ en su consultorio particular.

HECHO SEGUNDO: ES CIERTO, sin embargo, para mayor claridad del despacho se precisa lo siguiente:

De acuerdo con la historia clínica del joven BRAYAN STIVEN BARRERA el 11 de enero de 2012 en el consultorio particular del Dr. JOSÉ MANUEL VELÁZQUEZ, el paciente consultó a este profesional por presentar lo siguiente:

“REFERIDO POR DOLOR ALTERACIÓN EN LA CARA DESVIACIÓN DE LA MANDÍBULA HACIA EL LADO IZQUIERDO MOLESTIAS EN ATM Y MALOCCLUSION QUIRÚRGICOS NEGATIVOS TRAUMÁTICOS NEGATIVOS ALÉRGICOS NEGATIVOS
AL EXAMEN PACIENTE PRESENTA SONRISA GIGIVAL EXPOSICIÓN DENTAL EXCESIVA INCOMPETENCIAS LABIAL RESEQUEDAD DE LAS MUCOSAS EN LOS DIENTES ANTEROSUPERIORES, PROGNATISMO MANDIBULAR DISCREPANCIA DENTAL DE -4 MM, INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL DEL LADO DERECHO 2 MM, DESVIACIÓN DE LA LÍNEA MEDIA INFERIOR HACIA EL LADO IZQUIERDO DE 6 MM RUIDO EN ATM, NO DOLOR ARTICULAR, NO DOLOR MUSCULAR. PATRÓN DE APERTURA Y CIERRE DESVIADO NO TIENE RADIOGRAFÍAS RECIENTES GAMMAGRAFÍA CON RESULTADO DE DISCREPANCIA DEL 8 %. DXCOPROGNATISMO MANDIBULAR E HIPERPLASIA CONDILAR MANEJO SE SOLICITA AUTORIZAR
1 OSTEOTOMÍA LEFORT I BILATERAL CON FIJACIÓN INTERNA RIGIDA CODIGO ISS 16310
2 OSTEOTOMÍA SAGITAL MANDIBULAR BILATERAL CON FIR COD ISS 16308
3 OSTEOTOMÍA DE MENTON 16314
AUTORIZAR MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS RP DENTAL
AUTORIZAR BAG INSTITUTO NEUROLÓGICO CON 1 DÍA DE HOSPITALIZACIÓN

PACIENTE REQUIERE PARA EL ESTUDIO DEL CASO CEFÁLICA LATERAL CON TRAZADO CEFALOMETRICO RADIOGRAFÍA PANORÁMICA MODELOS DE ESTUDIO Y FOTOGRAFÍAS INTRAY EXTRAORALES.

Tal y como se reportar en la Historia clínica del paciente, luego de la realización de los estudios ordenados, el joven BRAYAN es nuevamente valorado por el médico tratante JOSÉ MANUEL VELÁZQUEZ en su consultorio particular, quien consigna en el reporte evolución lo siguiente:

EXAMEN EXTRAORAL

tercios: 55-55-70

línea media del menton DESVIADA A LA IZQUIERDA

subnasal-labio superior: 18

labio inferior -menton: 47

espacio interlabial: 6
 exposicion dental en reposo: 6MM
 exposicion dental en sonrisa 100% DE LA CORONA CLINICA MAS 1
 perfil CONCAVO
 hipoplasia paranasal LEVE
 hipoplasia malar LEVE
 distancia mentón 33
 angulo nasolabial ADECUADO
 surco nasolabial PLANO
 surco mentoniano INVERTIDO

EXAMEN INTRAORAL

linea media dentaria superior: CENTRADA
 linea media dentaria inferior: DESVIADA 5 MM A LA IZQUIERDA
 discrepancia dental A-P -3
 relacion dental molar clase III
 relacion dental canina clase III
 plano oclusal: DESENDIDO 1 MM DEL LADO IZQUIEDO
 forma del arco superior OVOIDE
 forma del arco inferior OVOIDE
 tamaño de lengua NORMAL

EVALUACION PERIODONTAL

Sangrado ANTERIOR
 Inflamacion ANTERO SUPERIOR
 retracciones: 33-43-13-23
 movilidad: NO
 análisis periodontal de la radiografía panorámica:
 altura de las crestas oseas NORMAL

CARACTERÍSTICAS DENTALES IMPORTANTES

Dientes ausentes 34-44-14-24
 Presencia terceros molares SNCLUIDO 18 -28

EVALUACIÓN DE ATM

DOLOR ATM SI NO X
 RUIDOS ATM SI NO X
 DOLOR MUSCULAR SI NO X
 BRINCOS ATM SI NO X
 PATRON APERTURA NORMAL DESVIADO X

MEDIDAS CEFALOMETRICAS RELEVANTES

MEDIDA VR PTE VR NORMAL
 INC SUP PLANO PALATAL 110 110
 INC INFERIOR PLANO MANDIBULAR 80 95
 INC INFERIOR P MANDIB EN MM 50 39
 SNA 78 82
 SNB 80 80
 LONGITUD DE LA MANDIBULA 86 79
 LONGITUD DEL MAXILAR 54 57
 BASE DE CRANEO ANTERIOR 75 72
 ALTURA FACIAL ANT CON RELACION POST 67 66
 ANGULO NASOLABIAL 110 102

**DIAGNÓSTICOS HIPERPLASIA CONDILAR NO ACTIVA HIPOPLASIA MAXILAR
MACROGENIA VERTICAL CX PROPUESTA IMPACTACIÓN DEL MAXILAR SUPERIOR
DEL LADO IZQUIERDO DE 5 MM, 4 MM DEL LADO DERECHO RETROCESO
MANDIBULAR DE 4 MM**

Lo anterior, es muy importante tenerlo en cuenta señor juez, por cuanto es claro que el joven BRAYAN STIVEN BARRERA reportaba problemas maxilares identificados como hiperplasia condilar e hipoplasia maxilar, las cuales conforme a los resultados de las ayudas diagnosticas realizadas, era de manejo quirúrgico, conforme al criterio médico del profesional de la salud, el cual reiteramos brindo estas atenciones en su consultorio particular.

HECHO TERCERO: NO ES CIERTO.

EL INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA es una institución de alto nivel de complejidad de atención la cual cuenta con todo los recursos técnicos, tecnológicos y humanos necesarios para la realización de procedimientos quirúrgicos especializados, incluidos los de cirugía maxilofacial.

Si bien el INSTITUTO NEUROLÓGICO posee mayor reconocimiento en temas neurológicos y neuroquirúrgicos, cuenta con capacidad instalada en otras áreas de la medicina y para el caso concreto contaba para el año 2012 con los servicios y recursos requeridos por el paciente, tales como quirófano, personal especializado, hospitalización, unidad de cuidados especiales e incluso unidad de cuidados intensivos, recursos efectivos e idóneos para manejar de forma oportuna y adecuada tanto la intervención quirúrgica del paciente como sus complicaciones.

Al respecto, el dictamen pericial indicó:

17. La causa de la complicación tiene alguna relación con los recursos físicos disponibles en el instituto neurológico.

RESPUESTA: La causa de la complicación no está asociada a los recursos físicos del Instituto Neurológico, los cuales fueron adecuados y oportunos para resolver la situación presentada.

Con lo anterior es claro que el INSTITUTO NEUROLÓGICO, si contaba con los recursos para atender de forma adecuada y oportuna, la atención medica del joven BRAYAN STIVEN BARRERA.

HECHO CUARTO: ES CIERTO, CONFORME REPORTA EN LA HISTORIA CLÍNICA.

El día 09 de febrero de 2012 a las 3:00 pm, mediante la figura de procedimiento electivo, el joven BRAYAN STIVEN BARRERA fue intervenido quirúrgicamente por el Dr. JOSÉ MANUEL VELÁZQUEZ cirujano maxilofacial con muchos años de experiencia y experticia, quien realizó (1) OSTEOTOMÍA DE RAMA MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA. CON FIJACIÓN INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS] (2) OSTEOTOMÍA LEFORT I. CON FIJACIÓN INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS] y (3) OSTEOTOMÍA DE MENTÓN. CON FIJACIÓN INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS], Por presentar diagnóstico de anomalías evidentes del

tamaño de los maxilares, sin que se reportara ningún tipo de complicación intraoperatoria y en especial cumpliéndose a cabalidad la lex artis y la técnica quirúrgica avalada por la ciencia médica.

Al respecto, el perito indicó:

10. En qué consistió la cirugía realizada el 09 de febrero de 2012 y que procedimientos se llevaron a cabo.

RESPUESTA: La cirugía llevada a cabo consiste en realizar cortes de ambos maxilares de tal manera que se puedan reubicar en una relación normal funcional y estética.

Se llevaron a cabo los siguientes procedimientos. La descripción textual dice: "Bajo anestesia general, infiltración lidocaína y dexametasona. Incisión en fondo de surco y osteotomía de lefort I de impactación bilateral y colocación de 4 placas y 16 tornillos, sistema 1.7 de RP dental. Infiltración e incisión en canal lateroalveolar inferior, disección, osteotomía sagital de rama mandibular de retroceso de 6mm, fijación con 6 tornillos del sistema 2.0. Osteotomía del mentón de impactación de 4mm y 4mm de avance y fijación con 3 tornillos del sistema 2.0. Lavado y sutura con vicryl. Apósito".

Dicho en lenguaje coloquial significa que se ascendió el maxilar superior (no dice cuántos milímetros). Se llevó hacia atrás la mandíbula 6mm. El mentón se ascendió 4mm y avanzó 4mm. Para fijar la nueva posición de los maxilares y del mentón se utilizó placas y tornillos. La descripción no es muy detallada, pero consta de lo básico realizado y no establece que se hubiera presentado algún inconveniente durante el procedimiento.

11. La técnica quirúrgica estuvo acorde con la lex artis?

RESPUESTA: Sí, la técnica utilizada es la que tradicionalmente describen los textos de cirugía maxilofacial y es la adecuada para colocar los maxilares en una relación normal, de tal manera que los arcos dentarios ocluyan adecuadamente.

Es decir, señor juez, que el procedimiento quirúrgico practicado al paciente BRAYAN STIVEN BARRERA se realizó conforme los protocolos médicos y siguiendo las técnicas quirúrgicas avaladas por la lex artis.

HECHO QUINTO Y SEXTO: NO ES CIERTO, razón por la cual, se precisa lo siguiente:

Tal y como se evidencia en la nota operatoria y como lo avala el perito PABLO EMILIO CORREA ECHEVERRI, en la intervención quirúrgica no se presentaron complicaciones intraoperatorias, por lo que el paciente luego de la intervención es llevado a sala de recuperación donde evoluciona de forma satisfactoria y es trasladado a piso de hospitalización para continuar seguimiento.

En relación con la manifestación de insistencias en la historia clínica, se llama la atención del despacho en el sentido que la parte demandate pretende descontextualizar las notas medicas del paciente, pues las complicaciones a las que se hacen referencia se presentaron de forma posterior a la intervención quirúrgica, lo cual detallaremos más adelante.

HECHO SÉPTIMO Y OCTAVO: NO ES CIERTO.

Es fundamental que el despacho tenga en cuenta, que si bien el paciente reportó un sangrado nasal abundante conocido como epistaxis, este fue atendido de forma oportuna y satisfactoria por el personal médico del INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA, logrando su control definitivo.

Tenemos que el 10 de febrero de 2012 a las 10:30 am, estando el paciente en el primer día post quirúrgico, el servicio de enfermería reporta que el paciente presenta salida de sangre por fosa nasal derecha, por lo cual se solicita asistencia del médico de urgencias del Instituto, quien de manera oportuna y acertada inicia las maniobras de taponamiento nasal, procede a contactar al médico tratante, el Dr. VELÁZQUEZ, quien ordena llevar el paciente a cirugía para taponamiento nasal anterior y posterior.

En cumplimiento de dichas ordenes el paciente es llevado a sala de cirugía y preparado para la intervención, la cual es realizada por el propio Dr. JUAN MANUEL VELÁZQUEZ, igualmente sin reporte de complicaciones y con resolución completa del sangrado.

En este punto, es importante tener en cuenta que la complicación reportada por el paciente (sangrado nasal), es catalogada por la ciencia médica como una complicación espada e inherente al procedimiento quirúrgico realizado al paciente, la cual como se evidencia en la historia clínica fue manejada de forma oportuna y satisfactoria por el equipo médico.

Lo anterior, es corroborado por el Dr. PABLO EMILIO CORREA, quien en su dictamen pericial indicó:

14. Cuáles fueron las complicaciones que se reportaron - que es y en que consiste una epistaxis.

*RESPUESTA: El paciente presentó sangrado (epistaxis) por la nariz, el día siguiente del procedimiento quirúrgico (fecha 10 de febrero de 2012); **se trata de una de las posibles complicaciones que ocurren en este tipo de procedimientos, la cual está ampliamente documentada en la literatura científica.***

Luego de resuelta la complicación, a través del taponamiento nasal anterior y posterior bajo anestesia general, realizado por el mismo cirujano que lo había operado inicialmente, el paciente presentó bronco-aspiración, posiblemente ocasionada durante la ingesta de juego de mango que le llevó el padre al paciente. Este hecho ocurrió el 11 de febrero de 2012, razón por la cual es llevado a la UCI.

La epistaxis es el sangrado por la nariz que se produce por la afectación de un vaso sanguíneo de la mucosa nasal, lo cual está dentro de las complicaciones que regularmente pueden ocurrir y son inherentes al procedimiento de osteotomía le fort I, puede suceder en el intraoperatorio o posteriormente.

La definición concreta de epistaxis es: "Sangrado nasal, que con frecuencia se asocia a una erosión de la parte anterior de la mucosa de la fosa nasal (zona de Kiesselbach). Otras causas pueden ser locales (traumatismos, tumores malignos, fibroma nasofaríngeo) o generales (enfermedad de Rendu-Osler, hipertensión, hemopatías, etc.)." <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/epistaxis>

15. Cuáles fueron las causas de la complicación.

RESPUESTA: La epistaxis se puede producir por la alteración de un vaso sanguíneo al realizar el procedimiento de osteotomía lefort I que incluye la desperiostización de la mucosa nasal, durante esta, es factible que ocurra ruptura de los vasos sanguíneos.

En el intraoperatorio descrito no ocurrió esta situación. El día siguiente de la cirugía se presentó epistaxis; esta complicación se puede explicar porque durante la cirugía el paciente tiene la tensión arterial baja y sus funciones vitales están disminuidas por el efecto de la anestesia general, luego del despertar hay un retorno a los signos vitales regulares, lo que implica un aumento de la presión arterial que puede provocar epistaxis; también ocurre cuando el paciente está ansioso y realiza movimientos corporales bruscos, situación frecuente en el estado de recuperación posterior a la anestesia general. **Se trata de un evento que claramente está asociado a los riesgos del procedimiento realizado.**

18. ¿Cuál fue la conducta médica para el control del sangrado y si esta fue adecuada, oportuna y conforme a los protocolos médicos?

*RESPUESTA: La conducta médica para el control del sangrado consistió en llevar el paciente de nuevo al quirófano, de tal manera que bajo anestesia general se practicó taponamiento nasal anterior y posterior, **logrando detener el sangrado.** Este **procedimiento se realizó conforme a los protocolos médicos y de manera oportuna.** **Se corrobora porque el paciente posteriormente no volvió a presentar episodios de sangrado.***

Es decir, señor juez, tanto el procedimiento quirúrgico, como el manejo de la complicación del paciente, se dieron conforme los protocolos médicos y sobre todo de forma oportuna, logrando el control del sangrado de manera definitiva.

HECHO NOVENO Y DÉCIMO: NO ES CIERTO.

Si se lee con detenimiento la nota operatoria del Dr. VELÁZQUEZ del 10 de febrero de 2012, se evidencia con claridad que la inclusión del código 218701 TURBINOPLASTIA, se da por temas administrativos con el fin de homologar el código del taponamiento nasal posterior y anterior, procedimiento realizado al paciente.

Textualmente la nota quirúrgica al final se indica:

“SE COLOCA COMO PROCEDIMIENTO TURBINOPLASTIA PARA HOMOLOGAR EL PROCEDIMIENTO”

Esto es muy claro señor juez, al paciente se le hizo un taponamiento nasal anterior y posterior bajo anestesia general, sin embargo, por temas administrativos y de códigos se reporta como procedimiento la turbinoplastia, dejando constancia de dicha homologación de códigos en la historia clínica, con lo cual no hay lugar a dudas del procedimiento practicado al paciente el 10 de febrero de 2012.

Ahora bien, en relación con la idoneidad del Dr. JOSÉ MANUEL VELÁZQUEZ para la realización de los procedimientos al paciente, tenemos que el mismo cuenta con la idoneidad (es titulado en cirugía maxilofacial) y experiencia en este tipo de

procedimientos, donde además NO ES CIERTO que las intervenciones que se le realizaron al paciente debieran ser con la participación de un otorrinolaringólogo o cirujano plástico.

Esta situación fue desarrollada por el perito quien indicó:

3. El Dr. JOSÉ MANUEL VELÁZQUEZ, ¿tiene los conocimientos y experticia en el área de la cirugía maxilofacial?

RESPUESTA: Al ser un cirujano maxilofacial registrado en Colombia, entonces debe tener los conocimientos suficientes para realizar el ejercicio de la especialidad, avalados por la universidad donde estudió su postgrado.

12. En la demanda se afirma que la cirugía del 09 de febrero de 2012 debía realizarse con otorrino o cirujano plástico facial, es cierto sí o no y por qué.

RESPUESTA: No es cierto. El cirujano maxilofacial realiza el procedimiento para corrección de los maxilares con un ayudante entrenado, que regularmente puede ser otro cirujano maxilofacial o una instrumentadora. Para este tipo de cirugías no está estandarizado operar en conjunto con otorrino o con cirujano plástico facial. Ocasionalmente se opera en conjunto con estas especialidades cuando el tratamiento va más allá del área de trabajo, se trata de una situación compleja, o se van a realizar varios procedimientos de diferentes especialidades en el mismo acto operatorio. Para esta cirugía lo regular es que el cirujano maxilofacial realice el procedimiento sin el concurso de otras especialidades.

En conclusión, NO ES CIERTO que alguno de los procedimientos realizados al joven BRAYAN STIVEN BARRERA, requieran de la asistencia de otro profesional, pues el Dr. JOSÉ MANUEL VELÁZQUEZ cuenta con los conocimientos y experiencia para este tipo de cirugías.

Adicionalmente es importante destacar que la historia clínica evidencia un manejo adecuado y oportuno de la complicación ya que inmediatamente inició el sangrado, el paciente fue valorado por médico de urgencias quien inicia taponamiento nasal anterior y ante la persistencia, se opta por llevar el paciente a cirugía para taponamiento nasal anterior y posterior bajo anestesia general por el mismo medico quien practico las osteotomías.

HECHO DÉCIMO PRIMERO: NO ES CIERTO.

El 11 de febrero de 2012 el paciente reporta leve disnea, por lo cual se ordena realización de TAC, el cual es analizado el médico ALEJANDRO GUERRA PALACIOS, anestesiólogo intensivista experto en vía área, quien reporta que el paciente no reporta signos clínicos de falla respiratoria ni complicaciones pulmones, pues presenta reflejo nauseoso presente, adecuada saturación imágenes sin alteraciones pulmonares ni coronarias, por lo que conceptúa continuar vigilancia y manejo clínico del paciente.

Textualmente la historia clínica consigna:

Examen físico:

TA: 114/72 FC:126 FR: 26 T:38.0º C glasgow: 14/15

*paciente somnoliento, que despierta al llamado, respirando con venturi al 50%, obedece órdenes, con taponamiento nasal anterior, signos de sangrado antiguo en boca, no sangra activamente por pared posterior de orofaringe, se aprecia leve edema de lengua, **reflejo nauseoso presente**, con edema de cuello leve, se alcanza a preciar cartílagos traqueales, no tiene ingurgitación yugular, se retira venturi al 50% sin que se desature arterial, pulmones con murmullo vesicular universal, no agregados, se aprecia estridor espiratorio que se origina en orofaringe, rs cs rs, con rash que compromete cara y tórax que desaparece a la digitopresión, abdomen sin masas ni visceromegalias, con pulsos periféricos presentes, sin edemas.*

Paraclínicos:

Hb: 11.7 tiempos de coagulación normales.

Rx de tórax sin signos de ocupación alveolar, no neumotórax, silueta cardiaca normal.

-Concepto y plan de tratamiento:

Análisis: paciente con cuadro de disnea probablemente por edema de lengua secundario a la manipulación intraquirúrgica y al momento de abordar la vía aérea la cual ha estado fácil de abordar para lo cual ya tiene manejo y no se le modificará, disminuyo la FiO2 del venturi a 35% que de requerir mayor FiO2 se realizará IOT bajo visión fibrobronoscópica, solicito gasimetría arterial ya que el contexto de paciente con rash, febrícula y disnea evaluar compromiso de la ventilación lo cual nos explicaría la somnolencia.

ordeno suspender meperidina, continuaremos con tramadol y dipirone, solicito paraclínicos, no abordó la vía aérea ya que el paciente no presenta un trabajo respiratorio con compromiso inminente ni signos clínicos de falla respiratoria inminente.

En virtud de la orden de vigilancia, el paciente es nuevamente evaluado, nuevamente a las 17:47 por el medico intensivista MIGUEL ANTONIO COGOLLO PEREZ, quien luego del examen físico reporta:

“sin incremento del trabajo respiratorio, sin requerimiento de aumento de FIO2, se continua manejo establecido, se suspende meperidina se continua tramadol.”

En el momento en que el paciente reportó molestia, de inmediato se le ordenaron exámenes de laboratorio, imagenológicos, e incluso fue valorado por medico anestesiólogo quien adopta las medidas que requiere el paciente.

Es decir, señor juez, si se analizó de forma objetiva las condiciones clínicas del paciente, en especial su condición cardiaca y pulmonar, descartando cualquier tipo de falla respiratoria o cardiaca o incluso requerimientos clínicos adicionales.

HECHO DÉCIMO SEGUNDO: ES CIERTO, sin embargo, para mayor ilustración del despacho, es importante precisar lo siguiente:

El 11 de febrero de 2012 en las horas de la noche el paciente reporta broncoaspiración, lo que ameritó manejo por medico intensivista con intubación orotraqueal, reportándose salida de material amarillo en cantidad moderada, lo cual, al interrogar al padre del joven, indica que cuando le suministraron jugo de mango presentó tos en varias ocasiones, con lo cual los médicos tratantes catalogan el estado del paciente como broncoaspiración alimentaria.

Textualmente, la historia clínica indica:

Paciente quien fué evaluado en sala general por presentar edema de lengua, a quien se le dió manejo médico pero presenta aumento de los requerimientos de FiO2 y aumento del esfuerzo respiratorio con depresión de la conciencia, se ingresa a UCI, se intenta IOT con fibrobroncoscopio la cual es imposible dado el componente de edema de la base de la lengua, se hace laringoscopia despierto, no sedación, TOT con guía cormack III, se verifica posición y se fija TOT, inmediatamente posterior a la IOT se aprecia salida de material amarillo en cantidad moderada, no parece ser pus, se reinterroga al padre del paciente quien dice que durante su estancia en sala general cuando le suministraba jugo de mango, presentó tos en varias ocasiones.

Examen físico:

TA: 75/45 FC:146 FR: 34 T:38.0º C glasgow: 12/15

Paciente somnoliento, con mal patrón respiratorio, no hace contacto con el medio, respirando con venturi al 50%, con taponamiento nasal anterior, signos de sangrado antiguo en boca, no sangra activamente por pared posterior de orofaringe, se aprecia leve edema de lengua, con edema de cuello, se alcanza a preciar cartílagos traqueales, no tiene ingurgitación yugular, pulmones con murmullo vesicular universal, no agregados, se aprecia estridor espiratorio que se origina en orofaringe, rs cs rs, con rash que compromete cara y tórax que desaparece a la digitopresión, abdomen sin masas ni visceromegalias, con pulsos periféricos presentes, sin edemas.

-Concepto y plan de tratamiento:

Análisis: Paciente quien en vista de su estado de shock inicio monitoria invasiva con cateter venoso central, inicio vasoactivos, línea arterial, reanimación dirigida a metas, solicito paraclínicos e inicio antibióticos.

Aunque es muy temprano para pensar en ISO los gérmenes tales como clostridium y Staphylococcus aureus pueden producir infecciones tempranas, pero, teniendo en cuenta el contexto de aspiración traqueal, episodios de febrículas, hipotensión que requiere soporte vasopresor alto (1 mcgr/kg/min), ordeno inicio antibióticos, los cambios en rx de tórax no son inmediatos por lo que ordeno seguimiento radiológico.

Descripción línea arterial.

Previo asepsia y antisepsia, colocación de campos, punción única exitosa en arteria radial derecha, avanzó guía sin dificultad, inserto catéter.

Descripción catéter venoso central.

Previo asepsia y antisepsia, colocación de campos, punción subclavia derecha, única, se avanza guía sin dificultad, y avanza CVC sin complicaciones.

Luego del todo el manejo de la broncoaspiración el paciente continuó en la UCI, por reportar neumonía por aspiración, requiriendo soporte mecánico prolongado, que finalmente evolucionó de forma favorable.

Es claro señor juez, que el paciente presentó un adecuado y oportuno manejo de su complicación, tal y como lo indica el perito en su dictamen:

“...el 11 de febrero de 2012 se presentó disnea, falla respiratoria y broncoaspiración del paciente, razón por la cual fue llevado a la UCI e intubado para ser conectado a un respirador, requiriendo ventilación mecánica prolongada, de difícil retiro. Asociado a disfunción deglutoria, por lo cual requirió traqueostomía y alimentación por sonda nasoyeyunal. Se trató como neumonía severa, con hallazgos de neumonía necrotizante. El 17 de marzo de 2012 se traslada a UCE. Finalmente, el 10-04-2012 es dado de alta y trasladado a su domicilio. Fue necesario tratamiento neurológico, psicológico, psiquiátrico y de rehabilitación neuropsicológica que duró hasta finales de 2015.

Así mismo en relación con las causas de la broncoaspiración, el perito afirmó:

La broncoaspiración puede ocurrir porque hay disminución de los mecanismos naturales (reflejos) que evitan que pase cuerpo extraño líquido o sólido a los pulmones, afectando la oxigenación corporal; puede conducir a neumonía (infección pulmonar) que, si progresa desfavorablemente para el paciente, puede tener desenlace fatal. Al tener taponamiento nasal anterior y posterior el paciente tiene afectada la deglución; si coincide además somnolencia y tos durante ingesta de alimento, esa circunstancia facilita que pueda ocurrir broncoaspiración. La broncoaspiración es el “Procedimiento terapéutico o diagnóstico que sirve para extraer el contenido de la luz del árbol bronquial. El paso del material sólido (generalmente, el que contiene el estómago) al árbol bronquial es consecuencia del desarreglo de los reflejos de cierre de la glotis, en pacientes con alteración del nivel de conciencia. Estas circunstancias pueden ocasionar espasmos bronquiales e incluso el desarrollo de neumonías de carácter necrotizante.”

20. Porque fue necesario intubar al paciente.

RESPUESTA: La razón para intubar el paciente se debió a la falla respiratoria ocasionada por la broncoaspiración que se presentó, ocasionando la emergencia y la necesidad de desplazar el paciente a la UCI.

21. Cuál fue la causa de la hipoxia.

RESPUESTA: La disminución del intercambio de oxígeno en los pulmones, ocasionada por la broncoaspiración, produce que la oxigenación del tejido cerebral se disminuya, ocasionando el fenómeno de hipoxia (disminución de la oxigenación de las neuronas). Cuando esta situación se prolonga en el tiempo puede haber afectación de las funciones de algunas neuronas, condición que puede ser permanente, produciendo secuelas en el paciente, que pueden no recuperarse completamente hacia adelante.

22. La broncoaspiración es un riesgo inherente a la necesidad de intubación.

RESPUESTA: Es un riesgo posible, hay gran posibilidad de que ocurra disminución de la oxigenación del paciente, que puede llevar al fallecimiento del mismo. Es una verdadera emergencia que requiere atención inmediata.

23. Deberá indicar el perito, si considera que las atenciones médicas brindadas al paciente, por parte del INSTITUTO NEUROLÓGICO, ¿fueron adecuadas y oportunas?

RESPUESTA: Todas las atenciones médicas brindadas al paciente por parte del instituto neurológico en sus complicaciones postoperatorias, fueron adecuadas y oportunas; lo cual permitió resolver de la mejor manera posible los eventos presentados.

Con todo es claro que el manejo medico dispensado al joven BRAYAN STIVEN BARRERA en el INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA, estuvo acorde con los protocolos médicos tanto para la cirugía como el manejo postoperatorio.

El hecho el paciente hubiese reportado una broncoaspiración alimentaria, tal y como lo indicó el perito es un hecho fortuito y súbito pero que fueron manejadas de forma adecuada y sobre todo oportuna.

HECHO DÉCIMO TERCERO AL DÉCIMO CUARTO: NOS ATENEMOS AL CONTENIDO LITERAL DE LA HISTORIA CLÍNICA.

HECHO DÉCIMO QUINTO: NO ES CIERTO.

Tal y como lo indica la Historia clínica del paciente, las complicaciones presentadas por el joven BRAYAN STIVEN BARRERA son consecuencia de una broncoaspiración alimentaria, que ninguna relación tiene con el sangrado nasal reportado por el paciente, es decir, se trató de un evento súbito, como lo refirió el perito, al indicar:

Las complicaciones se deben a hechos fortuitos (inherentes a todas las cirugías ortognáticas maxilofaciales) que se presentaron en el postoperatorio, las cuales no se ven asociadas a negligencia, impericia, falta de recursos o demora en la atención.

HECHO DÉCIMO SEXTO A DÉCIMO NOVENO: NO ES CIERTO.

Si bien al INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA no le consta nada de lo relacionado con las condiciones de salud actuales del joven BRAYAN STIVEN BARRERA, por cuanto hace más de 6 años no reporta atenciones clínicas por mi representada, NO ES CIERTO que esta situación sea consecuencia de una falla medica imputable a mi representada.

Insistimos que mi representada dispensó una atención medica conforme a los protocolos médicos y sobre todo oportuna, así como lo indicó el perito, determinándose que las complicaciones se trataron de unos “hechos fortuitos” ajenos al proceso de atención.

HECHO VIGÉSIMO: NO NOS CONSTA, SE DEBERÁ DEMOSTRAR.

Al INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA, no le consta directamente nada de lo relacionado con la calificación de pérdida de capacidad laboral del joven BRAYAN STIVEN BARRERA, por cuanto no participó en dicha calificación, por tanto, todo lo que se afirma en este hecho deberá ser demostrado por la parte demandante en su totalidad.

HECHO VIGÉSIMO PRIMERO: NO ES CIERTO.

Insistimos que el manejo médico dado al joven BRAYAN STIVEN BARRERA en el INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA, estuvo ajustado a los protocolos médicos internacionales tanto en el proceso quirúrgico como el manejo postoperatorio y de las complicaciones.

Al respecto el perito PABLO EMILIO CORREA ECHEVERRI, luego del análisis de la historia clínica concluyó:

Basado en la documentación aportada se puede concluir que se trata un caso de cirugía ortognática bimaxilar que transcurrió normalmente en el intraoperatorio; se presentaron complicaciones en el postoperatorio, al día siguiente hubo epistaxis importante que requirió llevar al paciente al quirófano, y bajo anestesia general, realizar taponamiento nasal anterior y posterior, el cual controló el sangrado nasal. Posteriormente, al día siguiente el paciente presentó broncoaspiración posiblemente

durante la ingesta de un jugo, se presentó tos que pudo desencadenar esta circunstancia. El paciente tuvo que ser llevado a la unidad de cuidados intensivos donde fue intubado. Presentó falla respiratoria con neumonía por infección, la cual fue de difícil manejo y evolución. El paciente permaneció 26 días en la UCI. Luego sale para UCE y hospitalización, permaneciendo 28 días. Finalmente, luego de este tiempo es dado de alta hospitalaria, el 10-04-2012 y trasladado a su domicilio. Fue necesario tratamiento neurológico, psicológico, psiquiátrico y de rehabilitación neuropsicológica que duró hasta finales de 2015. Se presentaron estas complicaciones que llevaron a una evolución lenta del cuadro clínico, en el cual el paciente no pudo llegar a la normalidad completa, presentando secuelas que afectan su comportamiento y evolución de actividades cotidianas.

Las complicaciones se deben a hechos fortuitos (inherentes a todas las cirugías ortognáticas maxilofaciales) que se presentaron en el postoperatorio, las cuales no se ven asociadas a negligencia, impericia, falta de recursos o demora en la atención

Es claro señor juez que las complicaciones reportadas por el joven BRAYAN STIVEN BARRERA no son consecuencia de un actuar medico imputable al INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA y por el contrario, se dio un adecuado y oportuno manejo de la compilación.

Recuérdese además que las obligaciones de los médicos son obligaciones de medio y no de resultado, y por ello, el hecho que el paciente hubiera tenido complicaciones de su estado de salud, no genera responsabilidad civil de los demandados, Maxime cuando en el dictamen pericial que se aporta, se establece que la atención médica fue adecuada.

Ahora bien, en relación con los perjuicios que se reclaman al INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA no le consta nada, por lo que corresponde a la parte demandante acreditar lo que acá se afirma, precisando desde ahora que nos oponemos al reconocimiento de cualquier tipo de perjuicio por cuanto las secuelas que dice padecer del demandante no le son imputables a mi representada.

No obstante, lo anterior, de acuerdo con la historia clínica que reposa en el expediente, para el año 2015, el paciente ya era independiente para las actividades de su vida cotidiana, incluso sin supervisión, por lo cual muchos de los perjuicios que se reclaman no tiene causa alguna.

OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES

Me opongo a que sean acogidas todas y cada una de las pretensiones de la demanda toda vez que los perjuicios cuya indemnización se reclaman tienen como fundamento unos hechos que no son atribuibles fácticamente ni jurídicamente al INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA, por cuanto las complicaciones del joven no le son imputables, reiterando que la atención medica dispensada al paciente se dio con los más altos estándares de calidad, conforme a las guías medicas tanto para la realización de la intervención quirúrgica, como para el manejo de las complicaciones.

Por lo expresado, solicito se abstenga el despacho de reconocer las pretensiones de la demanda y se condene en costas a la parte demandante.

OPOSICIÓN JURAMENTO ESTIMATORIO

Manifestamos expresamente que nos oponemos a la tasación de los perjuicios que realiza la parte demandante, y en consecuencia solicitamos se dé plena aplicación a lo establecido por el artículo 206 de la ley 1564 de 2012.

Expresamente objetamos la estimación de los perjuicios reclamados por la parte demandante en la modalidad de perjuicios materiales.

La inexactitud que le atribuimos a los perjuicios materiales en la modalidad de lucro cesante reclamado en la demanda, radica en que no hay certeza del IBL ni mucho menos el tiempo de la liquidación del mismo, toda vez que el porcentaje de pérdida de capacidad no se determina conforme a la ley, además por cuanto las ultimas valoraciones dadas en el INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA reportan independencia del paciente e incluso inicio de actividades académicas.

Por lo anterior, dicha solicitud carece de fundamentación y por lo tanto se torne inexacta y ambigua.

Así mismo en relación con el daño emergente reclamado, no se aporta ninguna prueba en relación con su erogación o requerimiento medico futuro por lo que no es procedente su reconocimiento, Maxime cuando en los reportes clínicos de 2015 se indica que el paciente es independiente para sus necesidades básicas, incluso sin supervisión, por lo que ese daño emergente que se reclama no tiene sustento alguno.

En consecuencia, solicitamos al despacho condene a la parte demandante a pagar a los demandados el 10% de la diferencia existente entre la tasación de los perjuicios que se realiza bajo la gravedad del juramento y la suma que eventualmente disponga el despacho. En el evento en que no haya lugar a ningún tipo de indemnización igualmente deberá condenarse al demandante al pago del 5% de los perjuicios tasados, tal y como lo establece el artículo 206 de la ley 1564 de 2012.

EXCEPCIONES DE FONDO

AUSENCIA DE INCUMPLIMIENTO CONTRACTUAL POR PARTE DEL INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA

EL INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA no es responsable de los perjuicios cuya indemnización se reclama, toda vez que cumplió a cabalidad con todas y cada una las obligaciones que como institución prestadora de servicios de salud

le corresponde, por cuanto siguió los protocolos de atención en salud con el joven BRAYAN STIVEN BARRERA.

Como ya lo indicamos, la cirugía del joven BRAYAN STIVEN BARRERA fue realizado por un profesional idóneo en la materia, en una institución que contaba con todos los recursos técnicos, tecnológicos y humanos, siguiendo todos los protocolos para de la técnica quirúrgica y el manejo de las complicaciones.

En igual sentido en relación con las complicaciones, tenemos que las mismas fueron manejadas de forma satisfactoria. Por un lado el demandante el 10 de febrero, al día siguiente de la cirugía, reportó un sangrado nasal, el cual como se evidencia en la historia clínica y lo corrobora el dictamen pericial, fue abordado conforme a las guías médicas y de forma oportuna, inicialmente por médico especialista en urgencias, mediante un taponamiento nasal anterior y al evidenciarse persistencia del sangrado se decide llevar a cirugía para taponamiento nasal posterior bajo anestesia el cual fue resuelto completamente.

Esto último es muy importante tenerlo en cuenta señor juez, pues este sangrado fue resuelto totalmente, sin que se representara baja de hemoglobina, alteraciones de conciencia, pues fu manejado de forma oportuna por el cuerpo medico de la clínica.

Otra situación diferente que ninguna relación tiene con el sangrado nasal, es que el 11 de febrero de 2012, el paciente reporta dificultad respiratoria seguida de una broncoaspiración, la cual fue manejada por los médicos de la unidad de cuidados intensivos, mediante intubación orotraqueal, procedimiento en el cual se evidenció salida de material amarillento, que fue descrito dados los reportes del padre del paciente, como jugo de mango, con lo que se da un diagnóstico de broncoaspiración alimentaria, es decir, el paciente se broncoaspiró con el jugo de mango que estaba tomando.

Esta situación súbita, fue la que llevo a las múltiples complicaciones del paciente, pues el jugo de mango que se fue a los pulmones (eso es la broncoaspiración) generó una neumonía aspirativa que requirió manejo en UCI prolongada y un desacondicionamiento del paciente, tanto respiratorio, como deglutivo, como físico.

Es decir, señor juez, se trató de dos eventos súbitos, manejados de forma adecuada, sin que pueda imputarse ningún tipo de responsabilidad a mi representada.

En consecuencia, con lo precedente, si no existió ningún tipo de negligencia por parte del INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA, la consecuencia jurídica de ello que se impone es que no tiene la obligación legal de responder por los perjuicios que se reclaman mediante esta demanda.

AUSENCIA DE FALLA EN EL SERVICIO COMO ELEMENTO ESTRUCTURAL DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA POR PARTE DEL INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA.

Sin culpa no existe responsabilidad médica.

La jurisprudencia considera que la obligación que el médico contrae por acuerdo es de medio y no de resultado, de tal manera que si no logra alcanzar el objetivo propuesto con el tratamiento o la intervención realizada, solamente podrá ser declarado civilmente responsable y condenado a pagar perjuicios si se demuestra que incurrió en culpa por haber abandonado o descuidado al enfermo o por no haber utilizado diligentemente en su atención sus conocimientos científicos o por no haberle aplicado el tratamiento adecuado a su dolencia, a pesar de que sabía que era el indicado” (Sentencia del 26 de noviembre de 1986. M.P. Héctor Gómez Uribe –subrayas propias-)

“A este respecto la jurisprudencia de la Corte, a partir de su sentencia del 5 de marzo de 1940 ha sostenido con pocas vacilaciones, que la responsabilidad civil de los médicos (contractual o extracontractual) está regida en la legislación patria por el criterio de la culpa probada, salvo cuando se asume una expresa obligación de sanación y ésta se incumple, cual sucede por ejemplo, con las obligaciones llamadas de resultado; criterio reiterado en términos generales por la sala en su fallo del 30 de enero de 2001, en el que ésta puntualizó la improcedencia de aplicar en esta materia, por regla general, la presunción de culpa prevista en el artículo 1604 del Código Civil.” (Sentencia del 13 de septiembre de 2002. M.P. Nicolás Bechera Simancas, Exp. 6199 –subrayas propias.

Descendiendo al caso que nos ocupa, vemos que, durante todo el proceso de atención, en las instalaciones del INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA no se actuó con culpa, por el contrario, se actuó de forma diligente, oportuna y efectiva.

Tal y como lo manifestamos al referirnos a los hechos de la demanda, al paciente se le realizó una intervención quirúrgica conforme a la técnica quirúrgica avalada por la ciencia médica, por un profesional idóneo y experto en la materia y en una institución con todos los recursos para su atención y manejo.

Igualmente, como lo indicó el perito, el manejo clínico del caso estuvo ajustado en todo momento a los protocolos médicos y la *lex artis*, sin que exista una sola falla en el proceso de atención.

Al respecto, el perito PABLO EMILIO CORREA indicó:

23. Deberá indicar el perito, si considera que las atenciones médicas brindadas al paciente, por parte del INSTITUTO NEUROLÓGICO, ¿fueron adecuadas y oportunas?
RESPUESTA: Todas las atenciones médicas brindadas al paciente por parte del instituto neurológico en sus complicaciones postoperatorias, fueron adecuadas y oportunas; lo cual permitió resolver de la mejor manera posible los eventos presentados.

En consecuencia y al no existir un hecho culposo o inadecuada por parte del INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA, en las conductas desplegadas con el joven BRAYAN STIVEN BARRERA, naturalmente deberán desestimarse todas y cada una de las pretensiones de la demanda. **En el caso que nos ocupa, no existió ningún hecho culposo atribuible al INSTITUTO NEUROLOGÍA DE COLOMBIA, razón suficiente para que se desestimen las pretensiones de la demanda.**

AUSENCIA DE NEXO CAUSAL

En materia de responsabilidad médica no es suficiente la existencia de una causalidad física para que se estructure la responsabilidad, pues lo que realmente cobra trascendencia en esta materia es la causalidad jurídica, es decir la relación directa entre el hecho y el daño, la cual en este no se configura, toda vez que las complicaciones del joven BRAYAN STIVEN BARRERA no son consecuencia de un actuar negligente o imprudente del INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA.

El hecho que el paciente hubiere reportado un sangrado nasal, el cual fue corregido de forma satisfactoria por el personal médico y posteriormente una broncoaspiración alimentaria, de ninguna manera significa que sea jurídicamente imputable a esta institución.

Así indicó el perito, las complicaciones reportadas por el paciente se dieron como consecuencia de unos eventos fortuitos propios de las intervenciones quirúrgicas realizadas, sin que exista ninguna falla ni mucho menos un hecho culposo imputable a mi representada.

Por lo tanto, y en razón a que no existe una relación jurídica de causa efecto entre las complicaciones del paciente y las atenciones médicas dispensadas por parte del INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA, se deberán desestimar todas y cada una de las pretensiones de la demanda.

La muerte del joven se explica como consecuencia de sus propias patologías de base y no por alguna acción u omisión atribuible al INSTITUTO NEUROLÓGICO.

INDEBIDA TASACIÓN DE LOS PERJUICIOS.

Los procesos de responsabilidad no pueden convertirse en fuente de enriquecimiento para quien los invocan, ni mucho menos para sus apoderados. Por lo tanto, en el hipotético caso que hubiere lugar a la liquidación de perjuicios en favor de los demandantes, no se podrá por parte del fallador perder de vista tan elemental principio. La responsabilidad, en ninguna de sus modalidades, puede convertirse, repito, en fuente de enriquecimiento.

La parte demandante no realizó una tasación razonada de los perjuicios inmateriales reclamados pues los mismos son desproporcionados, injustificados y desconocen todos los referentes jurisprudenciales que existen en la materia

También es importante anotar, que para el reconocimiento de cualquier tipo de perjuicio no es suficiente su afirmación, deberá los demandantes demostrar su existencia y extensión y los perjuicios reclamados por ellos no se encuentran debidamente justificados en el escrito de la demanda ni en los documentos anexos a ellos.

No deberá perder de vista el despacho que para el reconocimiento de cualquier tipo de perjuicio no basta con la simple afirmación de su causación, ya que se hace indispensable que la persona que lo reclama demuestre con grado de certeza su existencia e intensidad.

Para el caso de los perjuicios morales que pretende la parte demandante, el Dr. GILBERTO MARTÍNEZ RAVE, en su libro Responsabilidad Civil Extracontractual, afirma:

“La intensidad del agravio o lesión respecto del perjuicio moral, está íntimamente relacionada con las características y manifestaciones de las relaciones afectivas o sentimentales que vinculan a la víctima con el perjudicado. A mayor intensidad en las relaciones, mientras más acercamiento existe entre la víctima y el perjudicado, corresponde lógicamente mayor indemnización.

Pero la intensidad en las relaciones no surge automáticamente de un parentesco. *No se es acreedor al máximo de la indemnización por perjuicios morales por el hecho de ser el padre, hijo o cónyuge, sino porque se rompió una relación sentimental afectiva, so simplemente formal, entre la víctima y el perjudicado.”*

IMPROCEDENCIA DEL PERJUICIO A LA VIDA DE RELACIÓN

En el hipotético caso que el despacho considere que existe una obligación a cargo del INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA y a favor del señor ANTONIO BARRERA, deberá tener en cuenta que este demandante como víctima indirecta pretenden el reconocimiento de perjuicios inmateriales, en su modalidad de alteración a las condiciones de existencia, lo cual de acuerdo con los parámetros jurisprudenciales, resulta totalmente improcedente.

La corte Suprema de Justicia, ha conceptuado en múltiples oportunidades que no era procedente el reconocimiento de perjuicio a la vida de relación, daño fisiológico o alteración de las condiciones de existencia, indicando que dichos perjuicios hacen referencia es al daño a la salud como tal, por lo cual solo era posible el reconocimiento de este último única y exclusivamente a la **víctima directa.**

Con lo anterior, es claro que se abandona definitivamente la tesis de que solo se ha de indemnizar lo que constituya una alteración grave de las condiciones de existencia o daño fisiológico, psicológico, sexual, e.t.c., y recuerda que la indemnización está sujeta a lo probado única y exclusivamente para la **víctima directa.**

Por lo tanto, el daño a la salud, no resulta procedente en favor a las victimas indirectas como el caso del señor ANTONIO BARRERA.

PRUEBAS

DOCUMENTOS.

Con el fin de ser apreciados en el momento procesal oportuno adjuntamos copia de la historia clínica del joven BRAYAN STIVEN BARRERA en el INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA.

INTERROGATORIO DE PARTE

Cítese a los demandantes, para que en la oportunidad señalada por el despacho absuelvan el interrogatorio de parte que en forma verbal les formularé.

DECLARACIÓN DE PARTE:

Conforme lo establecido en los artículos 165, 191 y 196 del Código General del Proceso, solicito se cite a rendir declaración al Dr. JOSÉ MANUEL VELÁZQUEZ, médico tratante del joven BRAYAN STIVEN BARRERA.

TESTIMONIOS.

Cítese a las siguientes personas con el fin de que declaren el aspecto técnico - científico que se discute en el proceso y sobre los hechos de la demanda y su contestación, en relación con el proceso de atención de BRAYAN STIVEN BARRERA.

- Dr. ALEJANDRO CARDOZO OCAMPO, médico urgentologo del INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA, quien se encuentra domiciliado en la ciudad de Medellín, frente a quien manifestamos descocemos su correo personal pero que para efectos de la citación a la audiencia recibe notificaciones electrónicas en el correo notificacionesindec@neurologico.org.co.
- Dr. JUAN CAMILO GÓMEZ MORANT, médico anestesiólogo del INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA, COLOMBIA, quien se encuentra domiciliado en la ciudad de Medellín, frente a quien manifestamos descocemos su correo personal pero que para efectos de la citación a la audiencia recibe notificaciones electrónicas en el correo notificacionesindec@neurologico.org.co.
- HERNEY SALDARRIAGA MARTÍNEZ, médico anestesiólogo del INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA, COLOMBIA, quien se encuentra domiciliado en la ciudad de Medellín, frente a quien manifestamos descocemos su correo personal pero que para efectos de la citación a la audiencia recibe notificaciones electrónicas en el correo notificacionesindec@neurologico.org.co.

- Dr. ALEJANDRO GUERRA PALACIO, médico intensivista del INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA, COLOMBIA, quien se encuentra domiciliado en la ciudad de Medellín, frente a quien manifestamos descocemos su correo personal pero que para efectos de la citación a la audiencia recibe notificaciones electrónicas en el correo notificacionesindec@neurologico.org.co.
- Dr. MIGUEL ANTONIO COGOLLO, médico intensivista del INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA, COLOMBIA, quien se encuentra domiciliado en la ciudad de Medellín, frente a quien manifestamos descocemos su correo personal pero que para efectos de la citación a la audiencia recibe notificaciones electrónicas en el correo notificacionesindec@neurologico.org.co.
- Dr. PEDRO ARLEX QUINTERO MORENO, médico intensivista del INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA, COLOMBIA, quien se encuentra domiciliado en la ciudad de Medellín, frente a quien manifestamos descocemos su correo personal pero que para efectos de la citación a la audiencia recibe notificaciones electrónicas en el correo notificacionesindec@neurologico.org.co.
- Dr. JUAN CAROS ARANGO MARTÍNEZ, médico intensivista del INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA, COLOMBIA, quien se encuentra domiciliado en la ciudad de Medellín, frente a quien manifestamos descocemos su correo personal pero que para efectos de la citación a la audiencia recibe notificaciones electrónicas en el correo notificacionesindec@neurologico.org.co.
- Dr. LUZ DEY GARZÓN GIRALDO, Neuropsicóloga del INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA, COLOMBIA, quien se encuentra domiciliado en la ciudad de Medellín, frente a quien manifestamos descocemos su correo personal pero que para efectos de la citación a la audiencia recibe notificaciones electrónicas en el correo notificacionesindec@neurologico.org.co.
- Dr. SANTIAGO ACEVEDO AGUDELO, Neurólogo del INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA, COLOMBIA, quien se encuentra domiciliado en la ciudad de Medellín, frente a quien manifestamos descocemos su correo personal pero que para efectos de la citación a la audiencia recibe notificaciones electrónicas en el correo notificacionesindec@neurologico.org.co.
- Dra. MARGARITA ROSA ESCOBAR DIAZ, médico del INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA, COLOMBIA, quien se encuentra domiciliado en la ciudad de Medellín, frente a quien manifestamos descocemos su correo personal pero que para efectos de la citación a la audiencia recibe notificaciones electrónicas en el correo notificacionesindec@neurologico.org.co.
- Dra. NORA ELENA TOBÓN, Neuróloga clínica del INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA, COLOMBIA, quien se encuentra domiciliado en la ciudad de Medellín, frente a quien manifestamos desconocemos su correo personal pero que para efectos de la citación a la audiencia recibe notificaciones electrónicas en el correo notificacionesindec@neurologico.org.co.

DICTAMEN PERICIAL

De conformidad con lo establecido en los artículos 226 y ss del CGP, me permito aportar dictamen pericial de cirugía maxilofacial, rendido por el medico PABLO EMILIO CORREA, a través del CENDES, adscrito a la UNIVERSIDAD CES.

CONTRADICCIÓN DICTAMEN PERICIAL PCL

En primer lugar, es importante precisar que la parte demandante en contravía de lo dispuesto en el artículo 226, presenta dos documentos catalogados como dictámenes de PCL, es decir, pretende incorporar dos “dictámenes” que versan sobre el mismo objeto y los mismos hechos, lo cual no resulta procedente a la luz del ordenamiento procesal, por lo que deberá desestimarse por lo menos uno de ellos

Ahora bien, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 228, solicito al despacho citar al perito o los peritos que suscribieron dichos documentos, es decir, los doctores Mónica López Arcila y Maritza Liliana Rueda, para que rinda declaración en relación con la idoneidad, imparcialidad y contenido del dictamen.

DEPENDIENTE JUDICIAL

Me permito nombrar como dependiente judicial a Dra. **LUISA FERNANDA HENAO VALLEJO**, identificada con CC. 1.036.630.665 de Itagüí, portadora de la T.P. 217.876 del C.S. de la J.; a los delegados de **LITIGIO VIRTUAL**, para efectos de examinar el expediente, sacar copias, retirar oficios, despachos comisorios y en general cualquier documento que tenga relación en el desarrollo del proceso.

ANEXOS

El poder para actuar y los documentos relacionados como pruebas.

DIRECCIÓN Y NOTIFICACIONES

De conformidad con lo establecido en el Decreto 806 de 2020, me permito informar que el correo electrónico para notificaciones, diligencia y demás asuntos relacionados con el presente proceso y que se encuentra reportado en el registro nacional de abogados es notificaciones@prietopelaez.com, así mismo manifiesto que las mismas pueden ser enviadas al WhatsApp 315 406 12 24 o informadas al fijo 034 322 86 20.

Con el acostumbrado respeto.

Señor Juez,



JUAN RICARDO PRIETO PELÁEZ

T.P 102.021 del Consejo Superior de la Judicatura

C.C. 71.787.721 de Medellín.

E: LFH