

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2021-00104-01.-  
RADICACIÓN INTERNA: 44.186.-

**TRIBUNAL SUPERIOR DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA  
SALA CUARTA DE DECISIÓN CIVIL – FAMILIA**

Barranquilla, Enero Veintitrés (23) de dos mil veintitrés (2023).-

Procede la Sala Cuarta de Decisión Civil – Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla, a decidir el recurso de Apelación interpuesto por el Apoderado Judicial de la parte demandante, contra la sentencia de fecha 08 de Julio de 2022, proferida por el Juzgado Décimo Civil del Circuito de esta ciudad, dentro del proceso VERBAL DE RESPONSABILIDAD MÉDICA, instaurado por los señores GLORIA DELFINA BAUTE CASTILLA, CATERINE PAOLA BAUTE CASTILLA, MAYTTORENA LEIBNITZ BAUTE CASTILLO, JULIETA IBETH BAUTE CASTILLA y GUILLERMO BAUTE CASTILLA contra SALUD TOTAL EPS y CLÍNICA LA MISERICORDIA OINSAMED S.A.S. y la Llamada en Garantía LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS .-

**I.- ANTECEDENTES**

Ante el Juzgado Décimo Civil del Circuito de esta ciudad, se presentó demanda de RESPONSABILIDAD MÉDICA por los señores GLORIA DELFINA BAUTE CASTILLA, CATERINE PAOLA BAUTE CASTILLA, MAYTTORENA LEIBNITZ BAUTE CASTILLO, JULIETA IBETH BAUTE CASTILLA y GUILLERMO BAUTE CASTILLA contra SALUD TOTAL EPS y CLÍNICA LA MISERICORDIA OINSAMED S.A.S. y la Llamada en Garantía LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, con el de que se hagan las siguientes declaraciones y condenas:

1.- Se declare a las demandadas CLINICA LA MISERICORDIA INTERNACIONAL, SALUD TOTAL E.P.S. y OINSAMED S.A.S. civilmente responsables contractual y extracontractualmente por los daños y perjuicios ocasionados a los señores GLORIA DELFINA BAUTE CASTILLA, CATERINE PAOLA BAUTE CASTILLA, MAYTTORENA LEIBNITZ BAUTE CASTILLO, JULIETA IBETH BAUTE CASTILLA y GUILLERMO BAUTE CASTILLA.-

2.- CONDENAR en consecuencia, a la CLINICA LA MISERICORDIA INTERNACIONAL, SALUD TOTAL E.P.S. y OINSAMED S.A.S. a pagar a los accionantes, los daños y perjuicios materiales e inmateriales.-

Lo anterior con base en los siguientes hechos que así se sintetizan:

- 1) El día 30 de septiembre de 2018, la señora MIRYAM DEL SOCORRO CASTILLA DE BAUTE (Q.E.P.D.) sufrió una caída de su altura, recibiendo un trauma en la región frontal izquierda, asociado con herida con sangrado activo, y un trauma en su antebrazo derecho con deformidad.-
- 2) Por lo anterior, fue llevada de manera inmediata al INSTITUTO CARDIOVASCULAR DEL CESAR, donde inicialmente fue valorada y de haberle realizado un estudio de R-X de muñeca derecha le diagnosticaron Luxo-fractura de muñeca derecha, por lo que le

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2021-00140-01.-  
RADICACIÓN INTERNA: 44.186.-

colocaron una férula de yeso, mientras era programada para cirugía por ortopedia.-

- 3) El 1° de octubre de 2018, fue valorada por Medicina Interna, ordenándole un Tac de Cráneo Simple para evaluar su compromiso neurológico.-
- 4) El 2 de octubre de 2018, la paciente presentó déficit neurológico dado por Disartria y Desviación de la comisura labial, siendo valorada por medicina interna, por médico cardiólogo, médico cirujano vascular y angiología, permaneciendo hospitalizada por sugerencia de medicina interna para hacerle seguimiento a Síncope en estudio, a la hipertensión arterial que venía sufriendo desde varios años y los demás estudios pertinentes.-
- 5) El 3 de octubre de 2018, la paciente fue valorada por médico neurólogo. El 4 de octubre de 2018, fue valorada por médico ortopedista quien le realiza reducción cerrada de fractura más cabestrillo, absteniéndose de intervenirla quirúrgicamente con osteosíntesis y placa ante la cuadro de ACV ISQUEMICO.-
- 6) El 6 de octubre de 2018, la paciente luego de ser valorada la paciente por neurología dándole de alta, por cardiología solicitándole control en treinta días y con las recomendaciones pertinentes y finalmente fue valorada por medicina interna, quien le da de alta.-
- 7) El 17 de octubre de 2018, la paciente es llevada al INSTITUTO CARDIOVASCULAR DEL CESAR, permaneciendo hospitalizada hasta el 24 de octubre de 2018 fue valorada por medicina interna, y una radiografía de tórax arrojó como diagnóstico Disminución deatelectasia basal derecha, broncograma aéreo en base derecha, continuando con terapias respiratorias y tratamiento de control, recibiendo alta de medicina interna el 24 de octubre de 2018.-
- 8) El 6 de febrero de 2019, la paciente es llevada nuevamente al INSTITUTO CARDIOVASCULAR DEL CESAR, y al momento de su valoración y revisarle la RNM CEREBRAL CONSTRASTADA de fecha 23 de enero de 2019, arrojando como diagnóstico: "Aneurisma de la arteria comunicante anterior, motivo por el cual le solicitan valoración por Neurología para determinar conducta", de manera inmediata se hace nota aclaratoria para hacerle seguimiento por Neurocirugía, suspendiendo la valoración por Neurología, por el diagnóstico que presentaba.-
- 9) Luego de realizarle Panangiografía cerebral a la paciente la cual arrojó como diagnóstico: "Aneurisma Displásico fusiforme del sifón carotideo derecho y otro en el izquierdo y Aneurisma pseudofusiforme con segmento sacular de la arteria comunicante anterior. Con este diagnóstico es valorada por medicina interna, remitiéndola a la Clínica La Misericordia Internacional, en la ciudad de Barranquilla, por no contar en la ciudad de Valledupar con ese cuarto nivel, realizándose dicha remisión el día 16 de febrero de 2019.-
- 10) El día 16 de febrero de 2019, la paciente ingresa a la CLINICA LA MISERICORDIA INTERNACIONAL, en Barranquilla, donde llega consciente, respirando naturalmente, siendo valorada el 17 de octubre de 2019 por neurocirugía, con 66 años, antecedentes de presión arterial y tromboembolismo pulmonar en manejo, cursa con cuadro

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2021-00140-01.-  
 RADICACIÓN INTERNA: 44.186.-

clínico de aproximadamente dos meses de evolución, dado por pérdida del tono postural y deterioro del estado de conciencia que generó trauma craneal moderado sin movimientos anormales y con recuperación espontánea de corta duración. Presenta disartria por 24 horas, por lo que indican RMN Cerebral donde evidencian sangrado subaracnoideo y sospechan de lesión vascular, por lo que le realizan panangiografía cerebral el 14 de enero de 2019, donde evidencian lesiones aneurismáticas displacicas múltiples: aneurisma displacico fusiforme del sifón carotideo izquierdo, aneurisma pseudofusiforme con segmento sacular de la arteria comunicante anterior, involucrando el origen de ambas pelicallozas, las cuales también son enfermas en el segmento inicial.-

- 11) El 21 de marzo de 2019, se realizó a la paciente una ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA cuyo hallazgo fue el siguiente: FISTULA TRAQUEO ESOFAGICA GRANDE CERRADA AL CRICOFARINGEO. IDX: FISTULA TRAQUEO ESOFAGICA GRANDE. Plan: Valoración por cirugía de tórax para reparo de fistula traqueo esofágica.-
- 12) Con todo lo anterior, se puede verificar con la historia clínica de la paciente que teniendo en cuenta la fecha en que le realizaron la traqueotomía, momento este en que le ocasionaron la FISTULA TRAQUEO ESOFAGICA GRANDE, es decir, el 25 de febrero de 2019, posterior a ello luego de este procedimiento, los profesionales de la salud no tuvieron el cuidado y omitieron realizarle de manera inmediata la tomografía de tórax, para desvirtuar o confirmar una posible fístula, la cual puede darse en un procedimiento como el realizado, más aún cuando la paciente tenía asistencia de ventilación mecánica. Es decir, de haberse detectado oportunamente la fistula, se hubiesen tomado los correctivos de manera oportuna, evitando así la complicación en su salud y posterior deceso.-
- 13) Al no realizarle a tiempo y oportunamente el procedimiento adecuado (FIBROBRONCOSPIA) y de manera inmediata, luego de realizarle una Traqueotomía y durante la misma, le ocasionaron una fistula a nivel pulmonar, negligencia médica ésta, que traía como consecuencia que todos los medicamentos y alimentos que le suministraban, conllevaran a que todas las secreciones se le fuesen directamente a los pulmones, lo que llevó a que se complicara el estado de salud de la paciente, sin que los médicos especialistas se percataran de dicha negligencia médica para tomar los correctivos inmediatamente, que de haberlo previsto de manera inmediata, se hubiesen tomado los correctivos de manera oportuna y la paciente aún estuviera con vida.-
- 14) Se evidencia claramente que la negligencia médica se dio por no llevar a cabo debidamente el procedimiento adecuado (FIBROBRONCOSPIA), teniendo en cuenta los probables riesgos propios del mismo, omitiendo con ello la realización de los protocolos preventivos para verificar o descartar algún error médico que se hubiera podido remediar de manera inmediata, dando cumplimiento de la Lex Artis, evitando así la ocasión de un daño irreversible como la muerte de la señora MIRYAM DEL SOCORRO CASTILLA DE BAUTE, como resultado de una mala praxis médica.-

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2021-00140-01.-  
RADICACIÓN INTERNA: 44.186.-

- 15) El 25 de marzo de 2019, el cuerpo médico de la demandada Clínica La Misericordia Internacional hace una nota de código azul en la historia de la paciente por presentar Bradicardia Extrema y posterior asistolia, procediendo a realizar reanimación cardiopulmonar durante 20 minutos, sin retorno de circulación espontánea, declarando su muerte a las 11:20, evolución médica realizada por el Dr. Jorge Luis Duarte Peñaloza, Médico Internista.-

Por auto del 11 de mayo de 2021, el Juzgado Décimo Civil del Circuito de Barranquilla, inadmite la demanda; por auto del 26 de mayo de 2021, se rechaza la demanda, decisión contra la cual la parte demandante interpone recurso de reposición y en subsidio apelación, el cual fue resuelto en junio 16 de 2021, rechazando por extemporáneo el recurso de reposición, deja sin efectos el auto de fecha mayo 26 de 2021, con el cual se rechazó la demanda y ordenó a la parte demandante que cumpla con la remisión de las copias de inadmisión al demandado y cumpla con esta formalidad, dentro del término de ejecutoria de este auto e informe al despacho el cumplimiento de lo anunciado y cumplido lo anterior, se admite la demanda por auto del 25 de junio de 2021.-

OINSAMED S.A.S. se opone a las pretensiones de la demanda, presentando excepciones de mérito de PRESCRIPCIÓN, INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN, CARENCIA DE ACCIÓN, FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA y BUENA FE.-

Así mismo, presenta Llamamiento en Garantía a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, el cual es admitido el 13 de octubre de 2021, recorriendo dicha entidad el traslado otorgado.-

SALUD TOTAL EPS-SSA, se opone a las pretensiones de la demanda, presentando excepciones de mérito de INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE EL ACTUAR MÉDICO DE SALUD TOTAL EPS Y EL DAÑO QUE SE IMPUTA; INEXISTENCIA DE CULPA O NEGLIGENCIA DE SALUD TOTAL EPS – CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACION DE MEDIOS POR PARTE DE SALUD TOTAL EPS Y RED DE PRESTADORES; CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE LA EPS EN SU CALIDAD DE ASEGURADOR.-

Así mismo, presenta Llamamiento en Garantía a la CLÍNICA LA MISERICORDIA INTERNACIONAL, OINSAMED S.A.S., recorriendo dicha entidad el traslado otorgado.-

El 06 de abril de 2022, se lleva a cabo la audiencia inicial, procediendo a abordar el estudio de cada una de las etapas, declarando fracasada la etapa de conciliación; procediendo a recibir el interrogatorio de parte del demandante GUILLERMO BAUTE CASTILLA, de la representante legal de la demandada SALUD TOTAL EPS, YOLIMA RODRIGUEZ HINCAPIE; la representante legal de la demandada CLINICA LA MISERICORDIA INTERNACIONAL, OINSAMED SAS, CLAUDIA CORREA DE CASTRO y del representante legal de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS; Fijación del litigio: control de legalidad; se decretaron las pruebas solicitadas por las

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2021-00140-01.-  
RADICACIÓN INTERNA: 44.186.-

partes; se suspende la audiencia y se señala el día 08 de julio de 2022 para continuarla.-

El 08 de julio de 2022, se continúa la audiencia, recibiendo los testimonios de los señores ANGUIE MUÑOZ BAUTE y CESAR AUGUSTO RODRIGUEZ, prescindiéndose de los demás testimonios, por lo que cumplida la etapa de pruebas y de alegatos de conclusión se profiere sentencia, en la cual se resuelve desestimar las pretensiones de la demanda, decisión contra la cual la parte demandante interpone recurso de apelación.-

## **II.- FUNDAMENTOS DEL A-QUO**

Concluye el Juzgador que no se evidencia la responsabilidad civil a título de negligencia, impericia o imprudencia por parte de las instituciones demandadas por no encontrarse acreditado un nexo causal entre el deceso de la señora MIRYAM DEL SOCORRO CASTILLA DE BAUTE y la fistula gastroesofágica, habida cuenta que la paciente contaba con múltiples complicaciones, con aptitud de causar morbilidad desde antes de la realización del procedimiento de traqueotomía y consecuentemente antes de la aparición de la fistula gastroesofágica.-

Los ataques o reproches a la conducta del personal médico por la parte demandante, no encuentra fundamento por cuanto en base a la historia clínica la paciente contaba con pronóstico reservado desde el 19 de febrero de 2019, es decir, pocos días después de su ingreso a la Clínica La Misericordia el 23 de febrero de 2019, cuando se le diagnosticó trombo embolismo pulmonar archivo a folio 264 con pronóstico reservado, lo cual fue aceptado por las nietas-hijas de la fallecida, que estaban informadas de ese estado de salud. Incluso desde antes de la remisión a la ciudad de Barranquilla, estando en el Instituto Cardiovascular del Cesar ya se contemplaba un riesgo de muerte y pronóstico reservado debido al diagnóstico de aneurisma. El mismo pronóstico se manejó también después de la intervención quirúrgica de tripaje de aneurisma, máxime cuando la paciente presentó otras patologías como lo fue la insuficiencia respiratoria, síndrome convulsivo secundario a vaso espasmo de territorio de arteria cerebral anterior, sepsis de foco pulmonar, lesiones aneurismáticas displásicas múltiples, tromboembolismo pulmonar en recanalización y antecedentes de presión arterial, lo cual incluso descartando la presencia de la fistula, por si solo tenían la virtualidad de causar la muerte de la paciente y de hecho así se manejó desde mucho antes de la aparición de la fistula, con pronóstico reservado, por lo que no puede atribuirse el desenlace fatal a la aparición de la fistula cuando existían previamente otras patologías que ya tenían determinado un pronóstico reservado y un riesgo de muerte de la paciente. Igualmente se equivoca la demandante cuando señala que el procedimiento de traqueotomía se realizó el 25 de febrero de 2019, por cuanto, la solicitud de la traqueotomía se solicitó según la Historia Clínica es del 8 de marzo y la endoscopia de vías digestivas, donde se detecta la fistula se realizó cinco días después, esto es, el 13 de marzo. Se reprocha que no se realizó el procedimiento de fibrobroncoscopia desde el momento mismo, pero no se trajo al plenario prueba científica que disponga como prueba

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2021-00140-01.-  
RADICACIÓN INTERNA: 44.186.-

obligatoria, concomitante con la traqueotomía la práctica de una fibrobroncoscopia, o evidencia científica que la realización de una traqueotomía siempre supone la aparición de una fistula traqueoesofagica. Por el contrario se ha manifestado ampliamente que la aparición de una fistula, es un riesgo inherente al procedimiento de traqueotomía y así se registra en el protocolo de procedimiento de traqueotomía de la Clínica La Misericordia a folio 217 del escrito de contestación, en el que se prevé como complicación tardía entre otras la aparición de la fistula traqueoesofagica lo cual descarta que la aparición de una fistula de esta naturaleza se origine en un mal procedimiento médico o una negligencia médica como señaló el Dr. Rodríguez.

No podría hablarse de una omisión en la atención, por no haberse corregido o intervenido la fistula, por el contrario, en la historia clínica se documenta que el 19 de marzo se realizó la fibrobroncoscopia, se valoró la corrección de la fistula a vía endoscópica, sin embargo, por ser de gran tamaño y muy proximal, se consideró no posible colocar prótesis o clip metálico, y por tanto, se solicita reevaluación de conducta por gastroenterología o decidir conducta quirúrgica, por lo que se ordenó un tac con reconstrucción 3D para definir la intervención a realizar pero este examen no se alcanzó a realizar por el fallecimiento de la paciente.

Tampoco es acertado decir que debido a la fistula se produjo la asepsia pulmonar porque por ahí pasaba la alimentación y otros líquidos, por cuanto la historia clínica documenta ampliamente que la paciente recibió únicamente nutrición parental y luego a través de sonda nasogástrica desde el 19 de febrero cuando ingresó a la unidad de cuidados intensivos, para el control postoperatorio.

Tampoco es acertado lo manifestado por el señor Guillermo Baute Castillo, de que su señora madre estaba evolucionando bien y que siempre le fue informado que iba mejorando, por cuanto, la historia clínica reporta ampliamente y de manera reiterada que los familiares eran informados del pronóstico reservado y manifestaban entender.

De lo que se concluye que la señora MIRYAM CASTILLO DE BAUTE, no fallece a consecuencia, de la fistula ya explicada, sino debido a las complicaciones de su estado neurológico, que desencadenaron un compromiso sistémico y pulmonar de insuficiencia respiratoria secundaria de origen infeccioso, tal como se documenta el mismo 25 de marzo cuando se indica que la paciente presentaba falla orgánica múltiple y riesgo de muerte a corto plazo, por lo que no son de recibo las alegaciones de la parte demandante, por lo que se desestiman las pretensiones.-

### **III.- FUNDAMENTOS DEL RECURSO**

Señala la apoderada judicial de la parte demandante, que es importante iniciar y controvertir este RECURSO DE APELACIÓN, con lo manifestado en el Interrogatorio de Parte, por la Doctora CLAUDIA PATRICIA CORREA DE CASTRO, Representante Legal de la CLÍNICA LA MISERICORDIA, hoy,

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2021-00140-01.-  
RADICACIÓN INTERNA: 44.186.-

OINSAMED S.A.S., al manifestar que la Señora MIRIAM DEL SOCORRO CASTILLA DE BAUTE, había llegado en un lamentable estado crítico de salud a la Institución, donde obviamente la prioridad consistía en salvarle la vida, que al ingresar la prioridad de la institución fue hacerle la intervención inmediata que era una Traqueostomía.-

Que la Representante Legal de la CLÍNICA LA MISERICORDIA, hoy, OINSAMED S.A.S., manifestó que la fístula se presentó como una situación o consecuencia del procedimiento que se hizo, y que además por necesidad se extendió, pero teniendo en cuenta que la paciente tenía unas preexistencias patológicas que fueron determinantes en el desenlace. Manifestando asimismo, que no tenía conocimiento que tiempo había transcurrido desde el momento en que le hicieron la Traqueostomía, y cuando se dieron cuenta de la fístula traqueoesofágica, pero que el Doctor director Médico de la Institución, dentro de su intervención lo dirá, que es quien maneja toda la parte médica, y es el que podrá dar detalles de todo lo que sucedió.-

Ante lo anteriormente referido y manifestado por la Doctora CLAUDIA PATRICIA CORREA DE CASTRO, Representante Legal de la CLÍNICA LA MISERICORDIA, hoy, OINSAMED S.A.S., teniendo como base fundamental la Historia Clínica de la Señora MIRIAM DEL SOCORRO CASTILLA DE BAUTE Q.E.P.D.-

Por otro lado, es importante y da lugar enfocarnos a lo manifestado por el Doctor CESAR AUGUSTO RODRIGUEZ LÓPEZ, Coordinador General Nacional de SALUD TOTAL EP.S., cuando manifiesta que la fístula se ocasionó al momento de la intubación por el balón del tubo traqueal, y además manifiesta que la fístula orosofágica es inherente a la intubación; así mismo manifestó que es innegable que la fístula requería un manejo, un tratamiento. Por lo que es evidente que, existiendo un riesgo propio en el procedimiento de intubación, por qué omitir el examen pertinente para su verificación e inmediata corrección? El mismo Doctor CESAR AUGUSTO RODRIGUEZ LÓPEZ, manifestó que lo que procedía después de la intubación para verificar si hubo o no una fístula era una Endoscopia, pero según él, esta era un riesgo realizársela a la paciente luego de la intubación, sin embargo, por qué sí se la realizaron 16 días después para llevar a cabo la Gastrostomía? Y sin embargo, luego de su realización, esta no se complicó por ello. Con lo anterior, queda demostrado que sí hubo un riesgo propio del procedimiento, de la intubación, y que, por una omisión, se convirtió en un error médico, en una negligencia médica que terminó con el deceso de la Señora MIRIAM DEL SOCORRO CASTILLA DE BAUTE Q.E.P.D., deceso este que no se produjo por las diferentes patologías que sufría la paciente, como lo quieren mostrar las Demandadas, sino, por la pérdida de oportunidad que hubo al no actuar oportunamente desde el momento de la intubación, o al presentar la secreción orotraqueal, ese 11 de marzo de 2019.-

Así mismo, es importante recordar y aclarar, que Señora MIRIAM DEL SOCORRO CASTILLA DE BAUTE Q.E.P.D., adquirió la Neumonía y las dos (2) bacterias, durante su estancia en la UCI. por otra parte, el Doctor RODRIGUEZ LÓPEZ, manifestó que si se hubiese des entubado a Señora

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2021-00140-01.-  
RADICACIÓN INTERNA: 44.186.-

MIRIAM DEL SOCORRO CASTILLA DE BAUTE Q.E.P.D., hubiese fallecido inmediatamente, pero aquí lo importante no era desentubarla, sino, hacer lo pertinente para evidenciar la fístula oportunamente para corregirla a tiempo, por cuanto esta ocurrió el 25 de febrero de 2019, al momento de la intubación, y por no ser evidenciada se sobre infectó, provocando la secreción purulenta por el tubo oro-traqueal, teniendo en cuenta que ya la señora MIRIAM DEL SOCORRO CASTILLA DE BAUTE Q.E.P.D., había adquirido una Neumonía en la UCI.-

Ahora bien, a sabiendas que el deber y/o ejercicio del Médico es de medio y no de resultado, cuando existen riesgos propios del procedimiento, y a su vez se presenta una omisión, esta se convierte en una mala praxis según la lex artis, que se configura en un error y por ende en una negligencia médica, como en el caso que nos ocupa, donde claramente hubo una pérdida de oportunidad, en la demora injustificada para lograr oportunamente la identificación y corrección de la fístula y la mejoría de la paciente, evitando así el deceso de la Señora MIRIAM DEL SOCORRO CASTILLA DE BAUTE Q.E.P.D.-

Otra pérdida de oportunidad es clara cuando, el 01 de marzo de 2019, luego de evaluarle las vías respiratorias a la Señora MIRIAM DEL SOCORRO CASTILLA DE BAUTE Q.E.P.D., le evidencian edema en la garganta por la intubación prolongada, y es donde inician a evaluar una posible traqueotomía, pasan los días, y el 05 de marzo de 2019, la Señora MIRIAM DEL SOCORRO CASTILLA DE BAUTE Q.E.P.D., presenta edema de Epiglotis, ordenándole valoración por Cirugía General para la valoración de la Traqueotomía; y hasta el 19 de marzo de 2019, es decir, 5 días después, es que llega el Médico Cirujano y ordena la Traqueotomía y la Gastrostomía. Claramente se evidencia otra pérdida de oportunidad, más aún, teniendo el conocimiento de las diferentes patologías que presentaba la paciente, quien fue sometida a una intubación, la cual no fue confirmada su éxito mediante ningún examen y/o procedimiento, para un seguimiento exhaustivo y de cuidado, como se requiere en estos eventos.-

Lo anterior se puede confirmar con la misma historia clínica de la Señora MIRIAM DEL SOCORRO CASTILLA DE BAUTE Q.E.P.D., y a su vez, igualmente fueron ratificados tanto en el interrogatorio de parte del Señor GUILLERMO BAUTE CASTILLA, y los testimonios de las jóvenes ANGIE Y GISELLA BAUTE, estas últimas nietas de la Señora MIRIAM DEL SOCORRO CASTILLA DEBAUTE Q.E.P.D., quienes a su vez entre otras cosas manifestaron que los médicos de la Clínica La Misericordia, siempre les daban a la familia un parte médico alentador de su evolución, y que pese a que la Fístula fue evidenciada desde el 13 de marzo de 2019, solo les informaron de la misma, y de su complicación hasta unos 3 o 4 días antes de fallecer, lo cual no tuvo en cuenta el A-quo, quienes son unos testigos presenciales, pese a que cada uno de sus testimonios fueron claros, y evidentes relacionados uno a uno en la misma historia clínica de la Señora MIRIAM DEL SOCORRO CASTILLA DE BAUTE Q.E.P.D., pero contrario a ello, sí le dio plena validez a lo manifestado por la parte demandada, pese a que sus testigos no se presentaron a la audiencia, y sus declaraciones dejaron claramente el vacío jurídico, y claramente se evidenció, se confirmó, que sí existió un riesgo propio del

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2021-00140-01.-  
RADICACIÓN INTERNA: 44.186.-

procedimiento de la intubación, como lo fue la Fístula traqueoesofágica, la cual, por no ser detectada oportunamente, ocasionó daños y perjuicios, configurándose en un error, una negligencia médica, por no actuar con pericia y cuidado, convirtiéndose en una mala praxis, según los protocolos de la lex artis, estableciéndose por una pérdida de oportunidad, por lo que solicita se revoque la sentencia proferida el 8 de julio de 2022, y en su lugar se declare civil, y pecuniariamente responsable a las demandadas, por la muerte de la Señora MIRIAM DEL SOCORRO CASTILLA DE BAUTE Q.E.P.D.-

#### **IV.- CONSIDERACIONES**

En el presente proceso, nos encontramos frente a la responsabilidad civil de una Institución Prestadora de Servicios de Salud y los médicos tratantes adscritos, responsabilidad que se deduce mediando la demostración de la culpa, independientemente de que la pretensión indemnizatoria tenga una causa contractual o extracontractual.-

Las obligaciones que el profesional de las ciencias de la salud asume frente a su paciente, hoy en día no existe discusión que el contrato de servicios profesionales implica el compromiso, si bien no exactamente de curar al enfermo, sí está en la obligación de suministrarle los cuidados correspondientes, y poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de tal manera que en caso de presentarse una reclamación por parte del paciente, éste deberá demostrar la culpa de dicho profesional, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación.-

Determinado lo anterior, cuando se alega este tipo de responsabilidad, ya sea contractual o extracontractual, deben concurrir los elementos o presupuestos necesarios para que prospere la pretensión, a saber:

- 1.- Una conducta humana positiva o negativa, por regla general antijurídica.-
- 2.- Un daño o perjuicio, esto es, un detrimento, menoscabo o deterioro, que afecte bienes o intereses lícitos de la víctima, vinculados con su patrimonio, con los bienes, con los bienes de su personalidad, o con su esfera espiritual o afectiva.-
- 3.- Una relación de causalidad entre el daño sufrido por la víctima y la conducta de aquel a quien se imputa su producción o generación.-
- 4.- Un factor o criterio de atribución de la responsabilidad, por regla general de carácter subjetivo (dolo o culpa) y excepcionalmente de naturaleza objetiva.-

En el caso que nos ocupa, nos encontramos frente a una responsabilidad civil de carácter contractual, quedando determinado al momento de hacer la Fijación del Litigio, dentro de la audiencia inicial, por estar plenamente demostrado:

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2021-00140-01.-  
RADICACIÓN INTERNA: 44.186.-

1.- Que la señora MIRYAM DEL SOCORRO CASTILLA DE BAUTE, falleció el día 25 de marzo de 2019, de acuerdo al registro civil de defunción.-

2.- La señora MIRYAM DEL SOCORRO CASTILLA DE BAUTE, ingresa al servicio de urgencia de la CLINICA LA MISERICORDIA, OINSAMED por remisión que hiciera el INSTITUTO CARDIOVASCULAR DEL CESAR.-

3.- El vínculo consanguíneo de los demandantes con la señora MIRYAM DEL SOCORRO CASTILLA DE BAUTE, de acuerdo con los registros civiles de nacimiento.-

4.- La existencia de la póliza de seguro expedida por LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, con vigencia 2020-2021.-

5.- Hubo un procedimiento de traqueotomía realizado a la señora MIRYAM DEL SOCORRO CASTILLA DE BAUTE, y dentro de esa intervención quirúrgica se produjo una fistula traqueo esofágica.-

Debiendo probarse si hubo falla médica o si es un riesgo inherente a ello, debiendo la parte demandante demostrar los elementos de la responsabilidad médica, especialmente acreditar que la fistula traqueo esofágica fue causada por un error médico atribuible a los demandados y acreditar los perjuicios recibidos y su cuantía.-

El Juez A-quo en la providencia impugnada a efectos de negar las pretensiones de la demanda, consideró que no se demostró el nexo de causalidad, entre los hechos alegados por los demandantes.-

Dentro de este proceso, se recabaron los siguientes testimonios:

INTERROGATORIO DE PARTE DE GUILLERMO JOSE BAUTE CASTILLO: Señala que inicialmente su madre estuvo en la Cardiovascular de Valledupar donde se le diagnosticó un aneurisma y fue remitida a Barranquilla. Un día antes de fallecer se le descubrió una fistula, y por ahí se le iba líquido y muchas cosas, en resumidas fue muy tardía la identificación de eso, por lo que si hubiere sido más temprana su madre no hubiera fallecido. Ella fue entubada y la fistula pudo haberse provocado por la entubación y no hubo la identificación de esa fistula y cuando le iban a realizar la operación ella fallece, 25 de marzo de 2019. Que su madre sólo era hipertensa, que el Instituto Cardiovascular del Cesar la remite por un aneurisma a la ciudad de Barranquilla, que son varios los diagnósticos que tenía como aparecen en la historia clínica. Que la fistula fue a consecuencia de la traqueotomía porque ella no la presentaba. El declarante señala que estaba en constante comunicación con una hermana y una sobrina, que eran las que estaban en Barranquilla, que los informes eran alentadores y vino a esta ciudad en la última semana antes de morir.-

INTERROGATORIO DE PARTE DE YOLIMAR RODRIGUEZ HINCAPIE: Es médico general y actúa en calidad de representante legal de SALUD TOTAL EPS, manifiesta que su declaración la hace con base en los documentos obrantes en la institución que representa. Que la señora MIRYAM DEL SOCORRO CASTILLA DE BAUTE, presenta una fistula después de una traqueotomía, procedimiento que se le hace a todo paciente que tiene un estado prolongado de una ventilación invasiva. Este tipo de fistulas son inherentes al procedimiento, lo cual es de esperarse, todo depende del acto quirúrgico o inmediato en el cual no estuvo, refiriéndose a todo el tema de las autorizaciones que ve en los sistemas de información y a lo que pudo observar que se autorizó. De acuerdo a la literatura se puede esperar una fistula, pero no tiene acceso a la historia clínica de OINSAMED por lo que no puede decir como es el estado

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2021-00140-01.-  
RADICACIÓN INTERNA: 44.186.-

neurológico de la paciente, si fue progresivo, como fue su recuperación. De las autorizaciones se desprende siempre estuvo en la Unidad de Cuidados Intensivos. No sabe específicamente que día fue detectada la fistula, por no tener la historia clínica de OINSAMED donde debe haber un tiempo cronológico de cuando al paciente se le hizo la traqueotomía y cuando se detectó la fistula y no tiene conocimiento que se le haya hecho algún procedimiento para corregir la fistula.-

INTERROGATORIO DE PARTE DE LA SEÑORA CLAUDIA PATRICIA CORREA DE CASTRO: Es la representante legal de la demandada OINSAMED, manifiesta que la paciente llegó en lamentable estado crítico a la institución donde obviamente la prioridad consistía en salvarle la vida y se le realizó el procedimiento llamado traqueotomía y efectivamente la institución cumplió al momento de ingresar en el año 2019 con un diagnóstico, es decir, esta señora ya venía con unas intervenciones en otras instituciones, venía con un delicado estado de salud y cuando ingresa de prioridad en la institución fue hacerle la intervención inmediata, se sube a cuidados intensivos y en Junta Médica, ya que esta no fue a priori, determinándose que debía hacerse la traqueotomía. Las intervenciones médicas que se hicieron fueron en pos de salvarle la vida y preservar la salud de la paciente que ya venía en delicado estado de salud. Es cierto que se presentó la fistula tal y como lo dijo la Dra. Yolimar, son situaciones que son consecuencia del procedimiento que se hizo. La paciente tenía unas preexistencias patológicas que fueron determinantes en el desenlace final.-

INTERROGATORIO DE PARTE DEL SEÑOR SIGIFREDO WILCHES BORNACELLY: Es representante legal de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, señalando que la póliza a aplicar en este caso es la de vigencia 2020-2021. El amparo que cubre para este caso es el de responsabilidad civil clínicas y hospitales por errores u omisiones profesionales cuyo valor asegurado es de \$2.150.617.350 con un sub límite por perjuicios extrapatrimoniales que son los aquí pretendidos, de un 50%, o sea, \$1.075.108.675, con un deducible de 10%, con un mínimo de \$15.000.000.-

INTERROGATORIO DE PARTE DE LA SEÑORA GYSSELA MUÑOZ BAUTE: Es nieta de la señora MIRYAM CASTILLO DE BAUTE, señala que todo inicio un 16 de febrero, día en que se fueron para la ciudad de Barranquilla, en una ambulancia básica, con abanico, sin ningún aparato tecnológico conectado, llegando como a las once de la noche a la Clínica La Misericordia. Como a la semana le hacen unas visitas por neuróloga, para ver las evoluciones en la clínica, la primera semana no le aplicaban medicamentos, porque ella fue para una microcirugía por un aneurisma cerebral. Ella estuvo bien desde el 16 de febrero hasta el 25 de febrero que es cuando le realizan la cirugía, sale con una máscara de oxígeno al 50%. Le hacen dos Tac, el primero salió normal y el segundo salió con una lesión cerebral. Esto fue el mismo día 25 de febrero. En la noche ordenan la intubación, el 26 ella estaba respondiendo, abrió los ojos, apretaba la mano. Luego, pasados los días, trataron de desentubarla y no pudieron por una dificultad respiratoria y estaban viendo realizarle una traqueotomía por llevar muchos días entubada. El 13 de marzo, 16 días después de haberla entubado, el gastroenterólogo le hace una endoscopia y es cuando se dan cuenta de la fistula y le colocan una sonda para pasarle alimento a la paciente, haciendo el reporte de qué se iba a hacer con la fistula. El 13 de marzo el gastroenterólogo solicita cirujano de tórax y al día siguiente le hacen la traqueotomía. Que la paciente se llevó a la Clínica Cardiovascular por una caída, le cogieron tres puntos en la frente del lado izquierdo y en el brazo izquierdo.-

INTERROGATORIO DE PARTE DE LA SEÑORA ANGIE DAYANA MUÑOZ BAUTE: Es nieta de la paciente que tuvo una caída el 30 de septiembre y tuvo una fisura en el brazo. Posteriormente tuvo un golpe en la cabeza, le tomaron unos puntos y procedieron intentar a ver si era necesario operarle la mano. No pudieron operarle la mano y le pusieron un yeso. Le dan de alta en la Cardiovascular y a los días vuelve por un fuerte dolor de abdominal y la llevaron y los médicos dijeron que le dio un trombo embolismo pulmonar. Le hicieron los exámenes pertinentes, le dieron los medicamentos anticoagulantes y le dieron de alta. Entre octubre de 2018 a enero de 2019, le hicieron varios exámenes y en lo transcurrido se dan cuenta que tenía un aneurisma cerebral, por lo que proceden a trasladarla de Valledupar, porque se necesitaba una clínica de cuarto nivel que no la hay y la trasladan a Barranquilla. Cuando llega a Barranquilla, lo hace consciente, comiendo, recibió visitas. El 16 de febrero llegó a Barranquilla, el 24 le suspenden los anticoagulantes, el 25 en la mañana la meten a

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2021-00140-01.-  
 RADICACIÓN INTERNA: 44.186.-

cirugía, en la noche la pasan a UCI y salió con oxígeno, le hicieron dos tac, uno le salió negativo y otro le salió positivo, el Internista de turno ordena hacerle una entubación, que eso era normal porque presentó una convulsión que neurológicamente estaba bien. Tres días después de la cirugía comienzan el proceso para des entubarla pero se dieron cuenta que tenía una dificultad respiratoria por lo que nuevamente le colocan el tubo. El 1° de marzo se dan cuenta que tiene una inflamación en el cuello por la misma entubación que tuvo. El 5 de marzo ordenan una traqueotomía y se la realizan el 10 y le ordenan un cultivo de secreción porque por la boca botaba como pus y el olor era desagradable. El gastroenterólogo le hace una endoscopia el 13 de marzo y es cuando se dan cuenta que le salió una fistula y le colocan una sonda para hacerle una gastrostomía. Solicitan evaluación del cirujano de tórax para ver que van a hacer con la fistula, en eso duraron varios días y el 14 de marzo le hacen la traqueotomía, el 15 llega el resultado del cultivo y hay dos bacterias, le pusieron los medicamentos y valoración por infectología. El 15 llega el cirujano de tórax, ordena un examen que se llama fibrobroncoscopia para ver que se va a hacer con la fistula. El 17 de marzo empieza con problemas pulmonares. El 18 de marzo le hacen el examen de fibrobroncoscopia y le hacen el examen de endoscopia de vías amplias. Todo fue muy lento, el 22 le piden valoración de cirujano para la operación de tórax. Que en ese momento el 23 ella entró a verla y le apretó la mano y el 25 falleció, quedándole muchos vacíos e inconsistencias. Como antecedentes señaló que la caída le produjo un aneurisma cerebral, le dieron varias isquemias cerebrales y era hipertensa.

DECLARACION JURADA DEL SEÑOR AUGUSTO RODRIGUEZ LÓPEZ: Es médico general. Coordinador Nacional de Auditoria Médico Jurídica de SALUD TOTAL EPS. Señala que solamente revisó la historia clínica y concluye que la señora MIRYAM CASTILLO DE BAUTE era una paciente que entró a una IPS de Valledupar con un fuerte dolor de cabeza y algunas alteraciones en la vasculatura del encéfalo que se conocen como aneurismas que son de origen arterial y están localizados en lo que se conoce como polígono de Willis, circulación interna del encéfalo y las estructuras mece encefálicas y demás, básicamente el equipo de neurocirugía que la estaban valorando en Valledupar, consideraron que la paciente requiere de una intervención quirúrgica avanzada de mayor nivel de complejidad y por ello solicitan la remisión de la paciente a otro centro hospitalario, en este caso, la remiten para Barranquilla a la clínica OINSAMED. Inicialmente la paciente ingresa con diagnóstico de aneurisma cerebral con sangrado y que fue remitida por manejo de neurocirugía para manejo endovascular con neurocirugía, sin embargo, la paciente al ingreso presenta una complicación base de hipertensión arterial y conforme con eso se le da al principio un manejo médico a esa hipertensión arterial para bajar cifras de presión arterial óptimas para realizarle procedimiento quirúrgico en esa institución. Una vez se logra esas metas el manejo terapéutico se interviene a la paciente y durante el procedimiento y posterior al procedimiento presenta una complicación relacionada con el procedimiento no propio del procedimiento porque no hubo como tal un daño a una estructura vascular, sino por las condiciones propias del daño ya establecido, presentó un síndrome convulsivo, este síndrome convulsivo se indica para manejo con entubación orotraqueal con la falla ventilatoria del síndrome convulsivo y posteriormente ingresa a UCI para manejo médico y vigilancia neurológica post-operatoria. Posteriormente la paciente presenta varios intentos de extubación programada que resultaron fallidos y por ende se le solicita por parte de medicina crítica de la UCI, la realización de los procedimientos a saber: una traqueotomía y una gastrostomía. La traqueotomía es la colocación de un dispositivo tipo cánula directamente a la tráquea para conectar el dispositivo de ventilación mecánica favoreciendo que no se produzca condromalacia por entubación prolongada, condromalacia es la destrucción del cartílago de la tráquea por la presión que ejerce el balón del neumotaponador del tubo traqueal sobre estos anillos cartilaginosos, dado que este procedimiento se indica en los casos de entubaciones prolongadas, así como por el estado neurológico alterado de la paciente secundario a la pseudoanalgesia en que se encontraba, requería la realización de una gastrostomía, que es un procedimiento normalmente de origen endoscópico, por el cual se avoca un orificio de la piel hacia el estómago, para el paso de un tubo y suministrar nutrición directamente al estómago, en caso de pacientes que no puedan deglutir por su propia cuenta. Alrededor del 13 de marzo durante la hospitalización de la paciente, se le realizó un procedimiento endoscópico. En este procedimiento endoscópico el profesional advierte la presencia de una fistula traqueo cefálica evidenciada por la presencia o la vislumbración del balón del neumotaponador de vía digestiva, o sea, el balón del tubo traqueal estaba en el

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2021-00140-01.-  
RADICACIÓN INTERNA: 44.186.-

esófago proximal y esto fue advertido por el profesional de gastroenterología y dejado el registro en la historia clínica. Posteriormente el gastroenterólogo en la nota de la gastrostomía indica que la valoración de esta fistula debe realizarse por el equipo de cirugía de tórax, sin embargo, durante la estancia, posterior a la realización de la gastrostomía que se identifica la fistula, posteriormente se realiza una traqueotomía, que se realiza en una sala de cirugía por el equipo de cirugía general. Posterior a estos dos procedimientos se solicita el concepto de cirugía de tórax dado que se encuentra una fistula traqueo esofágica y el cirujano de tórax conceptúa que tanto en la endoscopia como como en un procedimiento de fibrobroncoscopia que se realizó para el estudio de la fistula no se aclaraba bien la ubicación de la misma, por lo tanto, no podía intervenirla inmediatamente, por lo que se solicitó una imagen de tomografía con reconstrucción tridimensional del cuello para ubicar exactamente donde estaba la fistula y poder programar procedimiento quirúrgico, el cual no se pudo realizar porque la paciente presentó un colapso hemodinámico y presentó el fallecimiento.-

La fistula traqueo esofágica es una complicación inherente a la entubación oro traqueal, es por ende que se presente cuando los pacientes no se pueden extubar en un tiempo pronto, por la realización de una traqueotomía. Sin embargo, cuando se realizó la traqueotomía en este caso, ya la fistula estaba establecida, lo cual favorece la migración de un material de contenido gástrico o de contenido esofágico hacia los pulmones, favoreciendo el desarrollo de neumonía de origen nosocomial, pues eventualmente el contenido gástrico nunca debe estar en contacto con la vía aérea superior ni con la vía inferior, por lo que evidentemente la fistula traqueo esofágica sí es una complicación de la entubación Oro traqueal que no se resolvió en el momento en el cual se identificó y eso produjo todas las complicaciones derivadas pulmonares después de la identificación de la fistula. La fistula se presentó por la entubación prolongada. En este caso a la paciente no se le pudo extubar oportunamente porque las condiciones de la paciente no se lo permitían ya que sucede algo que se llama el reclutamiento ventilatorio a la vía ventilatorio, en el cual a la paciente se le apagan los dispositivos de sedación y entubación, se modifican las variables del ventilador, para ver si la paciente por su propia cuenta pueda respirar y por ende se favorece la extubación de la paciente. Cuando no se logra que la paciente por su propia cuenta pueda respirar, se considera una extubación fallida, por lo que la entubación debe persistir, pero asimismo inmediatamente se empiezan a tener episodios de extubaciones fallidas, se debe ir pensando en realizar una traqueotomía para evitar precisamente la traqueotomía o la condromalacia secundaria a la entubación prolongada de la paciente.

Las condiciones neurológicas de la paciente, estamos hablando de que la patología que conllevó a la entubación de la paciente, es el sangrado que se produjo a raíz del aneurisma que tenía y la intervención quirúrgica que se le realizó que favoreció el desarrollo de una NOBSA o de un daño a tejido cerebral que desarrolla un síndrome convulsivo y este síndrome convulsivo lo que genera es que el cerebro entre en un estado estrecho que no permite que las funciones básicas se puedan llevar a cabo por ende la respiración siendo una de éstas, una respuesta automática medida por el cerebro, sino está en adecuadas condiciones los centros respiratorios cerebrales, la paciente no respira espontáneamente por ende hay que entubarla para asegurar que la paciente y los pulmones y la sangre se oxigenen adecuadamente.

A la pregunta de la parte demandante respondió que el desarrollo de una fistula no es un error médico, es un evento adverso no prevenible, esto que quiere decir, que no es una impericia o un mal obrar del médico sino algo propio e inherente a la entubación, esto es para dejar claro que la fistula se forma por la imposibilidad de extubar a la paciente oportunamente y se dejó registrado en varias ocasiones que se intentó extubar pero fue fallido porque las condiciones neurológicas de la paciente no lo permitía. La resolución de la fistula le corresponde a dos especialidades en particular o se puede realizar de varias maneras.

Se puede realizar como se utiliza actualmente en el mundo, mínimamente invasiva con la colocación de un stem esofágico como se intentó en un principio. La solicitud a gastroenterología quienes el 15 de marzo consideran que por la ubicación de la misma muy cerca del cricofaríngeo no se puede colocar una prótesis de este tipo stem esofágico para resolver esta fistula, porque puede dañar el cricofaríngeo y aumentar el tamaño del

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2021-00140-01.-  
 RADICACIÓN INTERNA: 44.186.-

problema. Esta es una de las vías para resolver este tipo de complicaciones, o sea, la vía endoscópica.

La otra vía es la vía abierta y es la que se intenta una vía de tórax, el procedimiento específico no lo puede comentar porque no es de su pertinencia, pero en principio la vía abierta, la cirugía abierta, la cirugía de tórax ellos definen si se le hace una esofagectomía o una esofagorrafia, lo cual no es de su competencia. Esas son las vías de endoscópica y la abierta que es la que se pretendía realizar con la valoración por parte de cirugía de tórax.

En principio no está indicado de rutina ni se debe realizar una endoscopia a las 72, a las 98 horas después de la entubación porque las endoscopias, a pesar de ser un procedimiento médico muy seguro igual también tienen sus riesgos y complicaciones. Así mismo, la realización de una endoscopia tiene que tener una solicitud médica expresa, del por qué la paciente necesita el estudio. Si la paciente hubiera presentado algún síntoma como sangrado o algo más se realiza una endoscopia sin necesidad de una gastrostomía mucho antes, pero no es del caso.

Las endoscopias solamente se indican para la realización de la gastrostomía y es más es la gastrostomía la que indica la endoscopia, no una endoscopia para realizar una gastrostomía. Se solicitan los dos procedimientos, la gastrostomía porque hay que asegurar el ingreso de nutrientes al cuerpo, porque la paciente no está comiendo y por ende hay que suministrárselo de manera alternativa, evitando que los alimentos pasen por la vía digestiva alta, o sea, por la región traqueal para evitar que se vaya a hacer una neumonía aspirativa. También se puede nutrir por sonda nasogástrica pero en este caso dado que la paciente tiene un déficit neurológico tan marcado y que se le han hecho varios intentos de extubación fallidos, se indica la realización de una gastrostomía, eso ya es un protocolo internacional ampliamente establecido de que después de cierto tiempo que la paciente no se puede extubar se indica tanto la traqueotomía como la gastrostomía que está diversificado en todas las UCI, pero eventualmente no hay una endoscopia, no hay un tiempo de endoscopia oportuna o indicado para realizarla.

Se sospechará que la paciente está presentando algún tipo de fistula o daño a la tráquea, que los parámetros del ventilador se vean alterados, que la saturación se vea alterada, que la paciente no esté saturando bien, hay una cantidad de variables biológicas, físicas y demás que se puede establecer para ver si se está formando una fistula, pero en últimas no hay como tal un protocolo que en siete horas hay que hacer una endoscopia para descartar que hay una fistula, no, eso no está protocolizado, no es algo que suceda y no hay un tiempo específico para la formación de una fistula, nunca se ve que después de 72 horas se forme una fistula, se puede formar sí, pero que en ese tiempo específico se vaya a formar, no, tampoco.

Entonces bajo esa premisa la fistula se identifica como un hallazgo incidental dentro de una gastrostomía por una entubación prolongada, en varios intentos de extubación fallidos, previos pero que eventualmente no se manifestaron hasta que se identificó la fistula.

El procedimiento para corregir una fistula es demasiado complejo y demasiado difícil, realmente es un procedimiento de alta morbilidad. Ahora bien, es innegable que la fistula requería de un procedimiento, un manejo, pero es probable que a pesar de haber recibido el tratamiento para corregir la fistula, la paciente no hubiera podido soportar el procedimiento quirúrgico, siendo eso completamente cierto.-

La Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en relación con la historia clínica, en sentencia de fecha 28 de Junio de 2011, Magistrado Ponente, Dr. PEDRO OCTAVIO MUNAR CADENA, expresó:

"3.1 Relativamente a la historia clínica es preciso comenzar por acotar que se trata del documento en el que por exigencia legal debe dejarse constancia de los distintos acontecimientos relacionados con las condiciones de salud del paciente y con el acto médico al que es sometido. Al respecto, resulta pertinente subrayar que su elaboración es obligatoria y que en ella deben consignarse, en orden cronológico, las condiciones de salud

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2021-00140-01.-  
 RADICACIÓN INTERNA: 44.186.-

del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención (artículo 34, Ley 23 de 1981; artículo 1º, Resolución 1995 de 1999, expedida por el entonces Ministerio de Salud). Está compuesta por la identificación del usuario; los registros específicos donde se consignan los datos e informes sobre la atención prestada, los que debe adoptar todo prestador de salud mediante el acto respectivo y respetando los contenidos mínimos de información señalados por la Resolución 2546 de 1998; y los anexos o sea los documentos que sirven de sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas.

(...)

Pero, como se dijera, adicionalmente tiene un significado probatorio en las causas judiciales, habida cuenta que, dadas las obligaciones que el ordenamiento impone respecto de su diligenciamiento, ella debe contener una descripción detallada de antecedentes personales y familiares del paciente, síntomas referidos por éste, resultados del examen físico, impresión diagnóstica, las derivaciones, análisis, estudios, etc. requeridos para determinar el diagnóstico definitivo, el tratamiento brindado, el seguimiento de la dolencia - progresos, retrocesos, etc.-, las intervenciones quirúrgicas, secuelas y los demás aspectos específicos para el caso. Desde esa óptica el juez, como ya se dijera, la valorará conforme a las reglas de la sana crítica, sin dejar de advertir que su autoría corresponde o puede corresponder a una de las partes de la relación jurídica, circunstancia que reclama del juzgador especial ponderación.

Como quiera que en un momento dado puede consistir en la única prueba a favor del paciente, no son pocos los eventos en los que la ausencia del aludido documento o su diligenciamiento incorrecto o incompleto puede comportar en alguna medida un cercenamiento de las expectativas probatorias de aquel. En esa perspectiva la ausencia de historia o su elaboración incompleta puede eventualmente, dependiendo de las circunstancias de cada caso, aparejar secuelas para quien debiendo diligenciarla no lo hizo o lo hizo inexactamente, supuesto que puede generar un grave indicio en contra del profesional.”.-

Así mismo, es del caso traer a colación la Sentencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, SC7110-2017, de fecha 24 de mayo de 2017, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona, en la que se señala:

“En el punto, resulta cuestionable que haya lugar a responsabilidad civil derivada del acto médico, cuando se materializa un riesgo que es propio, natural o inherente al procedimiento ofrecido. En estos casos, el daño causado no tiene el carácter de indemnizable, al no estar precedido de un comportamiento culposo.

Frecuentemente el médico se encuentra con los riesgos inherentes al acto médico, sea de ejecución o de planeamiento, los cuales son inseparables de la actividad médica, por cuanto no puede predicarse que la medicina sea una ciencia exacta y acabada, sino en constante dinámica y evolución. Al respecto, la literatura sobre responsabilidad médica, como la reiterada jurisprudencia de esta Sala, es pacífica en sostener y reconoce que la Medicina es una ciencia en construcción, y por tanto, apareja la existencia de ciertos **riesgos inherentes** a la realización de ciertos procedimientos médicos, los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa.

La expresión riesgo inherente, se compone de dos términos: de riesgo, el cual, según la RAE, es “contingencia o proximidad de un daño (...). Cada una de las contingencias que pueden ser objeto de un contrato de seguro (...). Estar expuesto a perderse o a no verificarse”<sup>18</sup>; e inherente entendido como aquello: “Que por su naturaleza está de tal manera unido a algo, que no se puede separar de ello”<sup>19</sup>. Por lo tanto, debe juzgarse dentro del marco de la responsabilidad médica que riesgos inherentes son las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con éste, sea por causa de las condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnicas o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la *lex artis*.”.-

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2021-00140-01.-  
RADICACIÓN INTERNA: 44.186.-

Está demostrado dentro del proceso que a la señora MIRYAM DEL SOCORRO CASTILLA DE BAUTE se le produjo una fistula traqueo esofágica durante el tiempo que estuvo hospitalizada en la Clínica La Misericordia, alegando la parte demandante que la existencia de dicha fistula, fue la que le ocasionó la muerte a la paciente, por tanto debe demostrarse si hubo falla médica o si es un riesgo inherente a ello, debiendo la parte demandante demostrar los elementos de la responsabilidad médica, especialmente acreditar que la fistula traqueo esofágica fue causada por un error médico atribuible a los demandados y acreditar los perjuicios recibidos y su cuantía.-

De acuerdo a la historia clínica de la paciente MIRYAM DEL SOCORRO CASTILLA DE BAUTE y el testimonio del profesional de la salud AUGUSTO RODRIGUEZ LOPEZ, la formación de una fistula traqueo esofágica, no es un error médico, es un evento adverso no prevenible, no es una impericia o un mal obrar del médico sino algo propio o inherente a la entubación, ya que la misma se forma por la imposibilidad de extubar a la paciente oportunamente.-

Aparece debidamente registrado en la historia clínica, que en varias ocasiones se intentó extubar a la paciente pero fueron fallidos los intentos y las condiciones neurológicas de la paciente no permitían su extubación, por cuanto ello la llevaría a la muerte.-

Al tratarse la fistula de un evento adverso no prevenible, o sea, inherente a la entubación prolongada de la paciente, teniendo en cuenta sus antecedentes médicos, sus condiciones neurológicas, como lo es el sangrado que se produjo a raíz del aneurisma, que conllevó a desarrollar un síndrome convulsivo lo que generó que el cerebro entrara en un estado que no permite que las funciones básicas se puedan llevar a cabo, y entre dichas funciones se encuentra la respiración, y al no respirar espontáneamente la paciente, había la necesidad de entubarla para asegurar la oxigenación adecuada, por lo que ese daño derivado del acto médico, acogiendo la jurisprudencia traída a colación, no configura ninguna modalidad de culpa.-

En igual forma, se encuentra demostrado dentro del expediente, con la historia clínica de la paciente y el testimonio del profesional de la salud, antes mencionado, que una vez determinada la presencia de la fistula por el médico gastroenterólogo, indicando valoración de la fistula por el equipo de cirugía de tórax. Se le realiza gastrostomía y una traqueotomía y a pesar de ello, el cirujano de tórax conceptúa que a pesar de esos dos procedimientos no se aclaraba bien la ubicación de la fistula, por lo que no podía ser intervenida inmediatamente solicitándose una imagen de tomografía con reconstrucción tridimensional del cuello para ubicar exactamente donde estaba la fistula y de esa forma programar el procedimiento quirúrgico, procedimiento que no se pudo realizar por cuanto la paciente falleció al presentársele un colapso hemodinámico.-

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2021-00140-01.-  
 RADICACIÓN INTERNA: 44.186.-

De la literatura médica, se extrae que el término de muerte súbita o muerte súbita cardíaca, se refiere al cese de actividad cardíaca con colapso hemodinámico, que generalmente obedece a un episodio de taquicardia o fibrilación ventricular sostenida.-

El estado hemodinámico literalmente significa la coexistencia de una presión, un flujo y una viscosidad sanguínea estable. Por lo que se considera hemodinamicamente estable aquel paciente con valores normales de presión sanguínea y frecuencia cardíaca.-

De la historia clínica de la paciente, se extrae:

"PACIENTE FEMENINA DE 66 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO: - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGDO EN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECANICA - SINDROME CONVULSIVO 2RIO A VASOESPASMO DE TERRITORIO DE ARTERIA CEREBRAL ANTERIOR - FISTULA TRAQUEO - ESOFAGICA PROBABLE??? - POP MEDIATO DE CLIPAJE DE ANEURISMA DE ARTERIA COMUNICANTE POSTERIOR-25-02-2019 - - LESIONES ANEURISMÁTICAS DISPLASICAS MÚLTIPLES: - ANEURISMA FUSIFORME DEL SIFÓN CAROTIDEO DERECHO - ANEURISMA DISPLASICO FUSIFORME DEL SIFÓN CAROTIDEO IZQUIERDO - ANEURISMA PSEUDOFUSIFORME CON SEGMENTO SACULAR DE LA ARTERIA COMUNICANTE ANTERIOR - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN RECANALIZACIÓN. - ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL"

"PACIENTE FEMENINA DE 66 AÑOS DE EDAD EN SU VIGESIMO PRIMER DIA DE ESTANCIA EN LA UNIDAD, CUMPLIENDO ESQUEMA ANTIBIÓTICO DE AMPLIO ESPECTRO EN SU DÍA 7, ACTUALMENTE EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADA, CON REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA, ACOPLADA, MANEJANDO CIFRAS TENSIONALES Y FRECUENCIAS CARDIACAS DENTRO DE METAS, PACIENTE LA CUAL SE LE REALIZA FIBROBRONCOSPIA LA CUAL MUESTRA GRAN FISTULA TRAQUEOESOFAGICA A NIVEL DEL BALON DE LA CANULA, SE REALIZA ASPIRACION DE SECRECIONES Y SE ENVIA MUESTRA A LABORATORIO. PACIENTE CON REPORTE DE HEMOGLOBINA FUERA DE METAS POR LO CUAL SE INDICA TRANSFUNDIR 2 UNIDADES DE GRE. A LA ESPERA DE REPORTE DE TAC DE TORAX SIMPLE REALIZADO EN HORAS DE LA TARDE. CONTINUA EN LA UNIDAD PARA MONITOREO Y SEGUIMIENTO CONTINUO POR ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES. SEGUIMIENTO POR EL SERVICIO DE INFECTOLOGIA Y NEUROCIRUGIA. PRONÓSTICO RESERVADO. FAMILIARES INFORMADOS."

"ANALISIS PACIENTE EN CRITICO ESTADO GENERAL, AFEBRIL, EN VMA MODO a/C, CICLADO POR VOLUMEN, CON SOPROTE VASOPRESOR DE NOREPIENFERINA A 0.4 MCG/KG/MIN, HIPOTENSA, BRADICARDICA, CON GASOMETRIA ARTERIAL QUE MUESTRA CIDEMIA RESPIRATORIA SEVERA, NO HA MEJORADO A PESAR DE MODIFICACIONES EN PARAMETROS VENTILATORIOS, EN CONTEXTO DE FISTULA TRAQUEO ESOFAGICA, CON DIFICIL VENTILACION Y RADIOGRAFIA DE TORAX QUE MUESTRA INFILTRADOS ALGODONOSOS DISEMINADOS EN AMBOS PULMONES, ANURICA, CON FALLA ORGANICA MULTIPLE, SOFA 12, PACIENTE CON ALTI RIESGO DE MUERTE A CORTO PLAZO, CONTINUA MANEJO Y VIGILANCIA HEMODINAMICA EN CUIDADOS INTENSIVOS. Evolucion realizada por: JORGE LUIS DUARTE PEÑALOZA-Fecha: 25/03/19 11:20:51

EVOLUCION MEDICO

NOTA CODIGO AZUL:

PACIENTE QUIEN REALIZA BRADICARDIA EXTREMA Y POSTERIOR ASISTOLIA, SE PROCEDE A REALZIAR REANIMACION CARDIOPULMONAR DURANTE 20 MINUTOS, SIN RETORNO DE CIRCULACION ESPONTANEA, SE DECLARA LA MUERTE DEL PACIENTE A LAS 11:20, SE PROCEDE A DILIGENCIAR CERTIFICADO DE DEFUNCION E INFORMAR A FAMILIARES. Evolucion realizada por: JORGE LUIS DUARTE PEÑALOZA-Fecha: 25/03/19 11:35:12."

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2021-00140-01.-  
RADICACIÓN INTERNA: 44.186.-

Así mismo, se tiene que contrario al hecho alegado por la parte demandante, que la Clínica La Misericordia no actuó oportunamente, de la Historia Clínica se desprende claramente que una vez detectada la fistula a la paciente, se dio inicio al tratamiento correspondiente para su corrección, el cual no llegó a su fin, por presentarse su fallecimiento.-

En cuanto a que debieron hacerse los estudios necesarios para confirmar si hubo o no esa fistula, lo que constituye una pérdida de oportunidad, si bien se insiste en ello, no señala la parte demandante que exista un protocolo médico para ello y cuáles serían los exámenes que omitieron hacerse y el tiempo en el cual se debían hacer. Al respecto, el testigo AUGUSTO RODRIGUEZ LOPEZ, señala:

"En principio no está indicado de rutina ni se debe realizar una endoscopia a las 72, a las 98 horas después de la entubación porque las endoscopias, a pesar de ser un procedimiento médico muy seguro igual también tienen sus riesgos y complicaciones. Así mismo, la realización de una endoscopia tiene que tener una solicitud médica expresa, del por qué la paciente necesita el estudio. Si la paciente hubiera presentado algún síntoma como sangrado o algo más se realiza una endoscopia sin necesidad de una gastrostomía mucho antes, pero no es del caso.".-

De lo anterior se concluye, que si bien a la paciente MIRYAM CASTILLA DE BAUTE, se le presentó una fistula traqueo esofágica, por la entubación prolongada, la misma no fue ocasionada por ineptitud, negligencia, descuido o violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la lex artis, sino que dicho evento es un riesgo inherente a la realización de dicho procedimiento, a lo que se suma sus antecedentes médicos, por lo que ese daño derivado del acto médico no configura ninguna modalidad de culpa.-

Al no configurarse ninguna modalidad de culpa, no se reúnen los requisitos axiológicos de la pretensión de responsabilidad civil, lo que consecuentemente lleva a no estudiar las excepciones de mérito propuestas por la parte demandada, por lo que procede confirmar la sentencia impugnada.-

Por lo expuesto, el Tribunal Superior Distrito Judicial de Barranquilla, Sala Cuarta de Decisión Civil - Familia, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

### **R E S U E L V E:**

**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia de fecha 08 de julio de 2022, proferida por el Juzgado Décimo Civil del Circuito de esta ciudad.-

**SEGUNDO: CONDENAR** en costas a la parte demandante. Inclúyase la suma de dos salarios mínimos legales mensuales vigentes como Agencias en derecho. Désele aplicación al artículo 366 del C.G.P.-

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2021-00140-01.-  
RADICACIÓN INTERNA: 44.186.-

**TERCERO:** Ejecutoriado este proveído, no existiendo expediente físico que devolver al Juez A-quo, por la Secretaría de esta Sala, remítase un ejemplar de la presente providencia al correo electrónico del Juzgado Décimo Civil del Circuito de esta ciudad, y póngase a disposición lo actuado por esta Corporación.-

**NOTIFIQUESE Y CUMPLASE**

**CARMIÑA GONZÁLEZ ORTIZ**

**GUILLERMO RAUL BOTTIA BOHORQUEZ**

**SONIA ESTHER RODRIGUEZ NORIEGA**

Firmado Por:

**Carmiña Elena Gonzalez Ortiz**  
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional  
Sala 6 Civil Familia  
Tribunal Superior De Barranquilla - Atlantico

**Sonia Esther Rodriguez Noriega**  
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional  
Sala 7 Civil Familia  
Tribunal Superior De Barranquilla - Atlantico

**Guillermo Raul Bottia Bohorquez**  
Magistrado  
Sala 02 Civil Familia  
Tribunal Superior De Barranquilla - Atlantico

Código de verificación: **a1fcf819b753f46dbc38b709da07d8ad1ca66c6d6ced4122ea29b929ad99ec67**

Documento generado en 23/01/2023 10:46:11 AM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:  
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**