

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE POPAYÁN
SALA CIVIL - FAMILIA

Magistrada Ponente	DORIS YOLANDA RODRIGUEZ CHACON
Radicado	19001 31 03 004 2020 00101 02
Proceso	VERBAL – RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
Demandante	GLELSY LORENA MENDEZ – JUAN MANUEL GUZMAN MENDEZ – CLAUDIA FERNANDA GUZMAN - BLANCA AYDE MENDEZ ¹
Demandado	CLINICA LA ESTANCIA ²
Llamado en garantía	CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A. ³
Asunto	Responsabilidad médica. No se acreditó el diagnóstico tardío ni la relación de conexidad entre la negligencia que se endilga a la Clínica y el daño. Se confirma la sentencia apelada.

Popayán, cinco (05) de diciembre de dos mil veintidós (2022)

(Proyecto discutido y aprobado en sesión de Sala del cinco (05) de diciembre de dos mil veintidós (2022). Acta No. 017)

ASUNTO

Procede la Sala a decidir el recurso de apelación interpuesto por el apoderado de la parte demandante, contra la sentencia calendada el 27 de enero de 2022, proferida por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Popayán, dentro del asunto de la referencia. Lo anterior, una vez agotado el trámite previsto en el Decreto 806 de 2020 en materia del recurso de apelación contra sentencias⁴.

ANTECEDENTES

La demanda:

GLELSY LORENA MENDEZ, JUAN MANUEL GUZMAN MENDEZ, CLAUDIA FERNANDA GUZMAN y BLANCA AYDE MENDEZ, por conducto de apoderada, formularon demanda de responsabilidad civil extracontractual contra CLINICA LA ESTANCIA S.A., solicitando se declare a la demandada civil y

¹ Por conducto de apoderada: Dr. GLORIA ESTELLA BELTRAN PINEDA - Correo electrónico: abogadasociadasbyg@gmail.com – Móvil: 317 677 1777 – 301 271 1147. Los demandantes: gleiymnd@gmail.com – Móvil: 313 651 4069.

² Apoderada Dra. JOHANA ANDREA HURTADO ALVAREZ – Correo electrónico: estadosjudiciales@ospedale.com.co - gerencia@laestancia.com.co y juridica@laestancia.com.co

³ Apoderada suplente: Dra. CLAUDIA MILENA CARVAJALINO GONZALEZ - Correo electrónico: juridica@arenaschoa.com – Móvil: 316 258 4882 - notificacionesegaes.co@chubb.com – notificacionesegaesco@chubb.com

⁴ Por auto del 01 de marzo de 2022, se corrió traslado al apelante (demandante) para sustentar por escrito el recurso de apelación, y mediante proveído del 14 de marzo de 2022, se corrió traslado a la parte contraria (demandado y llamado en garantía), del escrito de sustentación del recurso de apelación, en ejercicio del derecho de contradicción.

extracontractualmente responsable de todos los perjuicios materiales y morales ocasionados a los demandantes, por la “*negligencia médica en la humanidad de la señora OFELIA MENDEZ*”, quien falleció producto de la bacteria “*candida albicans y enterobacter asburiae multiresistente*”, y como consecuencia de la anterior declaración, se condene a la demandada al pago de las siguientes sumas: Por perjuicios morales, para GLELSY LORENA MENDEZ [hija], JUAN MANUEL GUZMAN MENDEZ [hijo], CLAUDIA FERNANDA GUZMAN [hija], y BLANCA AYDE MENDEZ [hija], la suma equivalente a 100 SMLMV para cada uno de ellos, y por concepto de daño a la vida de relación, para cada demandante la suma equivalente a 100 SMLMV.

Las pretensiones se apoyan en los siguientes hechos: Que la señora OFELIA MENDEZ fue atendida el 03 de noviembre de 2016 a las 12:27 en la CLÍNICA LA ESTANCIA para realizar una cirugía ambulatoria de “*resección de tumor de ovario por laparoscopia*”, que estuvo a cargo del Dr. OTTO GABRIEL MONZON BRAVO - Ginecólogo Oncólogo [diagnóstico 391 “*tumor de comportamiento incierto o desconocido del ovario*”], y el 29 de noviembre de 2016, fue atendida por consulta ambulatoria de Urología en el HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER, por cuenta de ASMET SALUD ESS, con diagnóstico K800 – “*cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda*”, siendo remitida a Urgencias de CLÍNICA LA ESTANCIA, donde “*se hace un diagnóstico erróneo*” frente a los síntomas de la paciente, pues presentaba un “*peritonitis aguda severa*”, requiriendo una cirugía de urgencia, y por el paso del tiempo hubo contaminación con las bacterias “*Cándida Albicans y Enterobacter Asburiae Multirresistente*”, hasta llevarla a su deceso el 9 de abril de 2017, producto de la falla en el servicio médico por parte de CLINICA LA ESTANCIA.

Agrega, que el 21 de febrero de 2017, la señora OFELIA fue atendida nuevamente en CLINICA LA ESTANCIA, según constancia de descripción quirúrgica; que desde el 2 de marzo de 2017 permanece hospitalizada; el 3 de marzo, refiere dolor abdominal “*desde hace 8 días*”, y conforme la anotación del 7 de marzo de 2017, se realiza valoración postoperatoria de “*SX adherencia sendero + resección INT delgado + anastomosis apendicectomía*”; que el 11 de marzo de 2017, por laparotomía se encuentra peritonitis generalizada – sepsis de origen abdominal, y finalmente, el 9 de abril de 2017 la paciente fallece. Que conforme la descripción de la historia clínica, el nexo causal deriva de error en el diagnóstico, desde cuando se le diagnosticó cálculo en la vesícula biliar con colecistitis, y resulta ser una peritonitis severa aguda, que no fue tratada adecuadamente, y luego de que se le practica una apendicitis, se produce un contagio con la bacteria “*Cándida*

Albicans y Enterobacter Asburiae Multirresistente”, que la conduce a su deceso. Así, no se tomaron las medidas necesarias para evitar el contagio con tales bacterias.

Trámite procesal

La demanda fue admitida por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Popayán, mediante auto del 11 de noviembre de 2020⁵, proveído notificado personalmente a la representante legal de CLINICA LA ESTANCIA S.A.⁶, quien a través de apoderada se opone a las pretensiones de la demanda.

Trabada la relación jurídica procesal, y agotadas las audiencias de que tratan los artículos 372 y 373 del Código General del Proceso, se profirió sentencia el 27 de enero de 2022.

Contestación de la demanda

1. CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., se opone a las pretensiones de la demanda, no siendo admisible la declaración de responsabilidad de la demandada, por presunta negligencia médica en la atención prestada a la señora OFELIA MÉNDEZ, pues la atención se ajustó a lo requerido por la paciente, respetando los protocolos, las buenas técnicas y prácticas médicas, sin escatimarse recursos para su atención, poniendo a su disposición todos los medios tecnológicos y profesionales necesarios para su adecuada atención e intervención desde su ingreso hasta su egreso, siendo “*desatinado hablar de negligencia médica*”. Que en consecuencia, no es procedente el pago de los perjuicios reclamados.

Frente a los hechos, manifestó: Que los hechos redactados en la demanda no son concretos, no refieren fecha, hora y lugar de la atención, sólo transcribe apartes [incompletos] de la historia clínica, que tampoco guardan completa cronología, lo que genera confusión porque la paciente tuvo varias atenciones y se referencian diferentes instituciones; que el 21 de febrero de 2017 se le realizó a la paciente el procedimiento “*salpinofgo ofrectomia unilateral más resección de tumor de ovario por laporoscopia*”, y el control postquirúrgico que realizó el 2 de marzo de 2017, y además, no se evidencia en la historia clínica que la paciente haya sido atendida el 6, 8 y 9 de abril de 2016 -sic-, advirtiendo, que aquélla falleció el 9 de abril de 2017.

⁵ Documento 007 del expediente

⁶ Documento 011 del expediente

Como excepciones de mérito, formuló las siguientes:

a) “*Caso fortuito*”, dado que según el cuadro clínico presentado por la paciente OFELIA MÉNDEZ, desde su ingreso por urgencias registrado el 2 de marzo de 2017, remitida de consulta externa “*en un postoperatorio de Histerectomía por vía laparoscópica*”, realizándose un diagnóstico “*de obstrucción intestinal por adherencia o por bridas*”, iniciándose los exámenes y manejo pertinente de dicho diagnóstico, sin que el deceso de la paciente sea imputable a la Clínica, quien puso todo su empeño en la recuperación de la misma, conforme la *lex artis*.

b) “*Acto médico con pertinencia, diligencia y cumplimiento de protocolos*”, pues la atención brindada por el equipo médico a la paciente, se desarrolló dentro de los lineamientos que la técnica médico-científica recomienda, y es que la medicina no es una ciencia exacta, donde los resultados podrán ser esperables, pero nunca predecibles, pues ningún galeno puede garantizar un resultado 100% satisfactorio, existiendo riesgos inherentes al manejo implementado, pudiendo presentarse hechos muchas veces imprevisibles, y que aun siendo previsibles resultan inevitables o insuperables. Que no existió negligencia médica, los servicios médicos se prestaron en forma digna, eficiente, oportuna y de calidad, como consta en la historia clínica, iniciándose un plan de manejo adecuado al diagnóstico, que de ser la respuesta al mismo favorable no requiere manejo quirúrgico, pero de no ser buena la evolución se realiza un TAC de abdomen para confirmar el diagnóstico, encontrándose en la paciente una “*obstrucción de tipo mecánico a nivel del íleo con fase estacionaria de su evolución clínica pero sin signos clínicos de infección*”, decidiendo llevar a la paciente a cirugía a los 3 días de manejo médico, en la que se corroboró “*la obstrucción mecánica del íleo*”; no siendo imputable a CLÍNICA LA ESTANCIA el fatal desenlace de la paciente.

c) “*Inexistencia de los elementos propios de la responsabilidad*”, dado que no se demostró la culpa del personal médico ni de la Clínica, no existiendo la negligencia alegada. Siendo de cargo de la parte actora acreditar el nexo causal.

d) “*Obligación de medios y no de resultados, en la atención brindada al paciente*”, pues la Clínica se comprometió con la señora OFELIA MÉNDEZ a garantizarle la prestación del servicio médico que requería, y el resultado no deseado no está necesariamente ligado a la culpa de los médicos que la atendieron o a la institución, porque como se ha venido indicando, la medicina no es una ciencia exacta en la que se pueda garantizar la sanación o la vida, por lo que el acto médico engendra una obligación de medio y no de resultado, dado que cada ser

humano responde de manera particular a la patología que lo aqueja, escapando en muchos casos al control de los profesionales.

f) *“Inexistencia de prueba de negligencia, o error diagnóstico en el servicio médico por parte de CLÍNICA LA ESTANCIA”*, porque la paciente fue atendida de manera oportuna, adecuada, inmediata, brindándole la atención requerida, de conformidad con la sintomatología y la patología presentada, y no existió negligencia médica, estando demostrada en la historia clínica la idoneidad de la atención.

g) *“El acto médico realizado por los galenos adscritos a CLÍNICA LA ESTANCIA conforme a la lex artis y la discrecionalidad científica”*, argumentando, que el médico enfrenta no solo la enfermedad sino un conjunto de circunstancias *“idiosincrático del paciente”*, por lo que los protocolos son una guía para acreditar la diligencia implementada en su actuación, pero no suficiente, destacando que una patología puede tener diferentes normas de atención en su manejo, según la escuela reconocida. Agrega, que el deber de cuidado se mide según la capacidad individual y los especiales conocimientos del profesional que pueden llevarlo a un juicio distinto del comúnmente aceptado, y dada la complejidad del organismo humano, un daño a la integridad física puede ser consecuencia de diversos factores, de allí que no todo resultado insatisfactorio sea atribuible al acto médico. Finalmente aduce, que el actuar de los profesionales adscritos a la Clínica estuvo ajustado a la *lex artis*.

h) *“El equipo médico dispuesto para la atención de la paciente no incurrió en error de conducta, ni mala práctica médica, ni en omisión profesional consecuentemente se propone como excepción la inexistencia de relación de causa a efecto entre los actos de los profesionales de la salud y el resultado que pueda haber afectado a la paciente”*, al señalar, que la ciencia médica es inexacta, pudiendo ofrecer varios profesionales soluciones distintas, aunado, que pueden aparecer circunstancias generalmente imprevisibles, como *“la calidad de los medicamentos, resistencia del enfermo, respuesta del organismo, estado de la enfermedad”*. Agrega, que la conducta implementada debe ir precedida de un juicio de valor, y dado el grado de discrecionalidad científica debe gozar de libertad para elegir el tratamiento que estime correcto, de manera que someter tal conducta a posterior control judicial, expone la actividad médica al riesgo de coartar la libre elección e iniciativa del profesional. Que el resultado adverso no puede enmarcarse dentro de la categoría jurídica del daño, sino que corresponde a complicaciones denominadas *“riesgos terapéuticos”* inherentes a este tipo de

evento, y de acuerdo con lo reportado en la historia clínica existe prueba de que la conducta fue adecuada. No estando demostrada la negligencia del equipo médico.

i) *“Cobro de lo no debido”*, porque no hay culpa atribuible a la CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., no existiendo la obligación de pagar perjuicio alguno.

j) *“Exceso de pretensiones”*, al señalar, que en caso de que las anteriores excepciones sean desestimadas, y se produjere un fallo condenatorio, los perjuicios morales exceden el valor real de una eventual condena, pues no se determina con claridad a título de culpa *“cuál es la presunta negligencia”*. Agrega que los perjuicios se formularon de manera global sin indicar su fundamento, por lo que resultan exagerados y denotan la intención de lucro; aunado, que la carga de la prueba de los perjuicios corresponde a la parte actora.

k) *“Carga de la prueba de los perjuicios sufridos”*, se cita la sentencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia del 10 de febrero de 2005 (exp. 7173) que se refiere *“al artículo 167 del Código General del Proceso y a la introducción del concepto de “carga dinámica de la prueba”, excepción al principio general según el cual quien pretende el efecto jurídico de una norma debe acreditar el supuesto fáctico en ella previsto...”*.

l) *“Los actos médicos suministrados a la paciente, fueron adecuados y oportunos”*, no pudiéndosele atribuir al actuar de los galenos ni de la entidad, inoportunidad, ni error, ni negligencia alguna, pues la atención se prestó dentro de lo requerido por la paciente, oportunamente, conforme a la *“situación clínica”*, exámenes, paraclínicos, y diagnósticos arrojados.

m) *“La innominada”*, solicitando se declare probado cualquier hecho que enerve las pretensiones de la demanda⁷.

Traslado de las excepciones

Surtido el traslado de las excepciones de mérito⁸, la parte demandante guardó silencio⁹.

Demanda de llamamiento en garantía

CLINICA LA ESTANCIA S.A.¹⁰, presentó demanda de llamamiento en garantía contra CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., para que responda patrimonialmente

⁷ Documento 014 del expediente

⁸ Documento 019 del expediente

⁹ Documento 018 del expediente

conforme lo pactado en el contrato de seguro de responsabilidad civil profesional para clínicas y hospitales No. 40853 y 46339; llamamiento en garantía que admitió el Juzgado por auto del 24 de mayo de 2021, proveído que se tuvo por notificado por conducta concluyente a la aseguradora¹¹.

Dentro del término de contestación de la demanda, CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.¹², se opone a las pretensiones de la demanda, indicando que en caso de una eventual sentencia condenatoria sólo se afectaría la póliza No. 40853, dado que la No. 46339 es una renovación de la anterior. Como excepciones de mérito, formuló las siguientes: i) *“De la prestación del servicio médico como obligación de medio y no de resultado”*, ii) *“Ausencia del nexo causal como elemento estructural e inexistencia de los elementos que configuran la responsabilidad”*, iii) *“Inexistencia y/o sobreestimación de los perjuicios reclamados”*, y *“Ausencia de responsabilidad de clínica la estancia y por tanto ausencia de la obligación indemnizatoria de chubb seguros de Colombia S.A.”*. Como excepciones de mérito derivadas del contrato de seguro, exhibió: i) *“Inexistencia de responsabilidad del asegurado por tanto ausencia de obligación de pago de aseguradora”*, ii) *“La responsabilidad de la aseguradora se encuentra limitada al valor de la suma asegurada”*, iii) *“Deducible de la suma asegurada”*, y la vi) *“Genérica e innominada”*.

Sentencia de primera instancia

EL JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE POPAYÁN, mediante sentencia proferida el 27 de enero de 2022¹³, resolvió declarar probadas las excepciones de *“acto médico con pertinencia diligencia y cumplimiento de protocolos; inexistencia de los elementos propios de la responsabilidad; obligación de medios y no de resultados en la atención brindada a la paciente; inexistencia de prueba de negligencia o error diagnóstico en el servicio médico por parte de CLÍNICA LA ESTANCIA; acto médico realizado por los galenos de CLINICA LA ESTANCIA adscritos a esta conforme “lex artis” y la discrecionalidad científica; el equipo médico dispuesto para la atención de la paciente no incurrió en error de conducta, ni mala práctica ni en omisión profesional generando inexistencia de relación de causa efecto entre los actos de los profesionales de la salud y el resultado que pueda haber afectado a la paciente”*, formuladas por CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., y en consecuencia, denegó las pretensiones de la demanda, y

¹⁰ Documento b, carpeta llamamiento en garantía

¹¹ Documento e, carpeta llamamiento en garantía

¹² Documento d, carpeta llamamiento en garantía

¹³ Documentos zj y zk del expediente

ordenó la terminación del proceso, condenado en costas a la parte actora. Lo anterior, luego de considerar la funcionaria de primer grado, que no se demostró que el fallecimiento de la señora OFELIA MÉNDEZ fuera ocasionado por acción u omisión de la demandada, paciente que pese a haber sido tratada por un mes no presentó mejoría, ni se logró conjurar la infección que la aquejaba, lo que generó su deceso. Señala, que la obligación de CLÍNICA LA ESTANCIA era de medio y no de resultado, y habiendo sido remitida la paciente a urgencias, al realizarse control post operatorio, por presentar distensión abdominal y estreñimiento de 3 días de evolución, con antecedente de resección de tumor de ovario por laparoscopia, se ordena exámenes, siendo diagnosticada con *“obstrucción intestinal y bridas”*, motivo por el que fue hospitalizada; se procedió a tratamiento inicial con sonda nasogástrica, y con el resultado de TAC fue programada laparotomía exploratoria, realizándose *“apendicetomía, omentectomía total, anastomosis y liberación de adherencias”*, y el 10 de marzo de 2017 se realiza nueva Laparotomía exploratoria, siendo trasladada la paciente a UCI, procedimiento que se repite el día 17 de marzo de 2017, donde se le diagnosticó *“infección bacteriana de origen abdominal”*, y a los tres (3) días se pasa nuevamente a procedimiento quirúrgico, para lavado peritoneal, sin que la paciente muestre mejoría, por lo que finalmente sufre un *“colapso cardio respiratorio y muere”*.

Respecto de la negligencia en la prestación del servicio, por la presunta demora en la práctica de la cirugía al ingresar al área de urgencias el 2 de marzo de 2017, han referido los galenos que *“el diagnóstico de la obstrucción abdominal tiene un manejo inicial con sonda nasogástrica”*, y sólo de no mejorar la paciente es llevada a quirófano, según se procedió en el caso concreto, donde la paciente en ningún momento estuvo diagnosticada con apendicitis, y conforme lo indican los testigos, la resección de la apéndice se realizó al hallarse continúa a la inflamación peritoneal. Que el tratamiento se siguió conforme a la *lex artis*, y no existiendo prueba científica que acredite que el daño es imputable a la entidad, ninguna responsabilidad puede atribuirse a la misma, pues el fallecimiento de la paciente es producto de una complicación aleatoria derivada de su estado general de salud, agravada por sus antecedentes, así como a factores externos a la atención, como sus cirugías previas, la no asistencia a controles, y la producción de bacterias que su organismo no pudo contener.

Fundamentos del recurso

Inconforme con el anterior pronunciamiento, la apoderada de la parte demandante interpuso recurso de apelación, exhibiendo en la audiencia los siguientes reparos

concretos: 1) Reitera todos los conceptos expresados en la demanda, concretamente, la negligencia médica, indicando que la paciente ingresó al área de urgencias el 2 de marzo de 2017 siendo clasificada en un nivel III de triage, lo que tiene un tiempo de 60 a 90 minutos para ser atendido e iniciar el proceso de diagnóstico, ingresando con historia de post operatorio remitida por el médico tratante del Gineco Oncólogo Dr. OTTO MONZÓN, para concluir, que CLÍNICA LA ESTANCIA la debió atender “*con mayor premura y eficacia*”, según Resolución 5596 de 2015 [clasificación de triage]. Que por el contrario, la señora OFELIA estuvo en el área de urgencias desde el 2 de marzo de 2017 hasta el 6 de marzo, donde empieza una “*atención tardía con una laparotomía exploratoria*”.

2) Que los profesionales adscritos a CLÍNICA LA ESTANCIA, en sus declaraciones, establecen que la atención proporcionada a la paciente fue oportuna, pero se verifica en la historia clínica que durante el transcurso de cinco (5) días se le aplicó analgesia, sin un diagnóstico claro, preciso y certero que llevara a evitar el deterioro de su salud, y transcurridos cinco días es llevada a cirugía, registrando el siguiente resultado: “*laparotomía exploratoria + omentectomía + apendicectomía + drenaje de peritonitis + anastomosis de intestino*”, lo que indica que la señora OFELIA “*había pasado a un nivel mayor de complicaciones*”, sin que se le brindara una atención oportuna.

3) Que con base en el diagnóstico de peritonitis, se ordena hospitalización en UCI, la que no se cumple “*ni siquiera en una sala de cuidados intermedios, trasladando a la paciente a una sala de hospitalización general*”, sin que se cumpliera con lo requerido por la paciente, “*es decir una ausencia de monitoreo 24 horas*”, lo que denota la necesidad de una nueva intervención quirúrgica de urgencia, demostrándose el rápido deterioro de la salud de la paciente. Que finalmente, se produce una sepsis generalizada que conlleva al deceso de la señora OFELIA.

4) Frente a las costas impuestas por el despacho, solicita se revalúen, pues los demandantes son “*campesinos*”, sin una profesión y no cuentan con recursos, por lo que solicita sean exonerados de las costas procesales.

Agotado el trámite del Decreto 806 de 2020, la apoderada de los demandantes, sustentó el recurso de apelación, en los mismos términos expuestos al elevar los reparos concretos, agregando, que cuando el personal de salud aduce que la atención proporcionada fue oportuna, “*el análisis de la historia clínica establece todo lo contrario*”, y denota que si existió responsabilidad de la Clínica. Así mismo, trae a colación la sentencia de la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil SC13925-2016, del 24 de agosto de 2016, Rad. No. 05001-31-03-003-2005-

00174-01, y la sentencia T – 339 de 2018 [amparo de pobreza], solicitando se revoque el fallo apelado, y se acojan las pretensiones de la demanda¹⁴.

Del anterior escrito **se corrió traslado a la contraparte**, quien manifestó, que no basta con enunciar la negligencia médica, sino que ésta debe probarse, y es que en el caso concreto, el actuar de la demandada y su equipo médico estuvo ajustado a la *lex artis*, dado el actuar adecuado, pertinente y diligente, no existiendo prueba de la cual se pueda deprecar negligencia alguna. Señala, que en este tipo de procesos, debe demostrarse el hecho, la acción, el presunto daño y el nexo de causalidad, de una manera adecuada, por medio de prueba técnica, sin que en este caso las pretensiones de la demanda ni los reproches de la apelación, cuenten con respaldo probatorio. Que no se demostró el nexo causal entre el daño alegado y las acciones u omisiones que efectivamente lo produjeron. Que por el contrario, del acervo probatorio se desprende que a la paciente se le brindó el servicio médico asistencial que requería dado su cuadro clínico, y teniendo la parte demandante la oportunidad de aportar una prueba idónea no lo hicieron, aun cuando se está en presencia de un régimen de culpa probada.

Que se demostró que la señora OFELIA tenía antecedentes de “CA” y luego de la cirugía no asistió a controles demostrando la falta de auto cuidado, y además, era propensa a presentar adherencias intestinales o ilio intestinal, lo que corresponde a una situación clínica esperada después de cualquier intervención quirúrgica.

Que así, se demostró que la causa de la obstrucción intestinal, fue el antecedente de cirugía previa, y además, el tratamiento establecido para una obstrucción intestinal, es inicialmente pasar una sonda nasogástrica y líquidos, para que “*se devuelva todo cuanto está acumulado*”, mejorando con ello la mayoría de pacientes, y en caso de que no suceda así, como aconteció con la paciente, se pasa al manejo quirúrgico.

Que en este orden, los reparos formulados por la demandante no están llamados a prosperar y debe confirmarse la sentencia apelada¹⁵.

Se entra a resolver previas las siguientes,

CONSIDERACIONES

1. Competencia:

¹⁴ Documento 009, cuaderno del Tribunal

¹⁵ Documento 012, cuaderno del Tribunal

Es competente esta Corporación para decidir el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia proferida el 27 de enero de 2022 por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Popayán, en virtud de lo dispuesto en el artículo 31 núm. 1 del Código General del Proceso, y ante la no existencia de causal de nulidad capaz de invalidar lo actuado.

2. Legitimación:

Los demandantes reclaman el reconocimiento y pago de los perjuicios derivados de la responsabilidad civil que se atribuye a CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., con ocasión del diagnóstico tardío y la negligente atención médica prestada a la señora OFELIA MENDEZ, quien falleció el 9 de abril de 2017, y en tal virtud, las partes están legitimadas por activa y por pasiva para concurrir en el presente asunto, siendo la demandada la llamada a contradecir las pretensiones de la demanda, como sujeto pasivo en la actuación que se le atribuye. También, las partes de la litis actúan en el proceso debidamente representadas por sus mandatarios judiciales.

3. Problema Jurídico:

Se plantea en esta oportunidad: (i) Si la demandada CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., es civilmente responsable de los perjuicios que aseguran haber sufrido los demandantes, con ocasión del deceso de la señora OFELIA MÉNDEZ, ante la “*negligencia médica*” que se atribuye a la entidad demandada, en el tratamiento quirúrgico de la obstrucción intestinal que padecía la paciente, (ii) Si en el caso concreto, se encuentran acreditados los elementos estructurales de la responsabilidad civil extracontractual que se endilga a la CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., y (iii) Si en caso de despacharse negativamente los anteriores interrogantes, es procedente la exoneración de costas a la parte demandante.

4. Análisis del caso concreto:

Revisado el expediente, observa la Sala, se encuentra acreditado que la IPS CLINICA LA ESTANCIA, fue la entidad encargada de la prestación de los servicios de salud a la señora OFELIA MENDEZ, y por lo tanto, a la misma se atribuye la responsabilidad por el resultado dañoso, imputable conforme el dicho de los demandantes, a “*negligencia médica*”.

4.1 La Responsabilidad civil derivada de la actividad médica

Tratándose de reclamar la indemnización de perjuicios derivados de la responsabilidad médica, corresponde al accionante demostrar la mala práctica médica, esto es, que el resultado adverso fue producto de la impericia, negligencia o indolencia con que actuó el profesional de la medicina encargado de atender el caso, al no prever y/o anticipar una situación que según la *lex artis* era anticipable, representable y objetivamente previsible. Lo anterior, teniendo en cuenta, que la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada¹⁶, y es necesario establecer que ésta fue determinante del daño causado.

También la responsabilidad médica ha sido catalogada como una obligación de medio y no de resultado, salvo que se esté en presencia de una cirugía estética, no siendo éste el caso que nos ocupa. Así, la Honorable Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil, en proveído del 24 de mayo de 2017, refirió: “...tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.... para el demandado, el manejo de la prueba dirigida a exonerarse de responsabilidad médica, no es el mismo. En las obligaciones de medio, le basta demostrar debida diligencia y cuidado (artículo 1604-3 del Código Civil)”¹⁷.

Ahora, con el propósito de establecer si la CLINICA LA ESTANCIA es responsable de los perjuicios que le endilgan los demandantes, se procederá al análisis de la historia clínica, que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, “es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente”. En este orden, se hará alusión a los apartes relevantes y que guardan relación con el recurso interpuesto, así:

Fecha y hora de atención	Observaciones consignadas en la historia clínica	Procedimientos ordenados	Folios
29/10/13 14:47:02	MOTIVO DE CONSULTA patología cervical ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE CON PATOLOGIA CERVICAL CCV 08/02/12 LIE AG NIC III, COLPOSCOPIA COMPLETA SATISFACTORIA POSITIVA PARA CAMBIOS MAYORES. BX CERVIX CPC 1235-08 CARCINOMA IN SITU, ASINTOMATICA SE REALIZO 01/08/2012 HISTERECTOMIA ABDOMINAL AMPLIADA -NO VOLVIO A CONTROLES	CITA CONTROL CON CCV EN 6 MESES Evolución realizada por: Dr. OTTO GABRIEL MONZON BRAVO	71
04/10/16	PLAN Y MANEJO	ORDENES DE IMÁGENES	75

¹⁶ CSJ SC7110-2017, 24 may. 2017 y CSJ SC12947, 15 sep. 2016, entre otras. También la Corte Constitucional en la sentencia T-158 de 2018, expresó: “En conclusión, es claro que de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia y la interpretación que de esa norma ha hecho la Corte Constitucional: (i) no se pueden imponer reglas sacramentales para la valoración de la prueba cuando se trata de responsabilidad médica; (ii) el juez debe evaluar las reglas de la sana crítica y la experiencia y con fundamento en ello determinar el sentido del fallo según lo demostrado en cada proceso determinado; (iii) la **responsabilidad médica se configura a partir de la culpa probada del profesional y (iv) la carga probatoria está en quien alega el daño**”.

¹⁷ CSJ SC, 24 may. 2017, Rad. No.2006-00234-01

14:06:59	PACIENTE CON QUSITE ANEXIAL DE 7 CM ASINTOMATICA CON MARCADORES TUMORALES NEGATIVOS... DIAGNÓSTICO D391 - TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL OVA	DIAGNÓSTICAS: ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL. Evolución realizada por: Dr. OTTO GABRIEL MONZON BRAVO	
03/11/2016 12:15:35	ANÁLISIS PACIENTE CON MASA EXPANSIVA LA CUAL HA AUEMNTADO DE TAMAÑO... PLAN Y MANEJO ... INDICACION DE RESECCION DE TUMOR DE OVARIO MAS BIOPSIA POR CONGELACION Y PROCEDER SEGUN RESULTADOS DIAGNÓSTICO D391 TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL OVA Tipo PRINCIPAL	PROCEDIMIENTOS QUIRÚGICOS RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA... Evolución realizada por: Dr. OTTO GABRIEL MONZON BRAVO-	76
21/02/2017 09:07:40	Hallazgos: SINDROME ADHERENCIAL SEVERO DE OMENTO A PARED ABDOMINAL ANTERIOR Y A CAVIDA PELVICA, MASA ANEXIAL DERECHA DE APROX. 10 CM...FIRMEMENTE ADHERIDA A CAVIDAD PELVICA Y ASAS INTESTINALES, OMENTO Y ASAS INTESTINALES INVOLUCRADAS EN COMPLEJO ANEXIAL DERECHO, ANEXO IZQUIERDO NO VISUALIZADO POR SINDROME ADHERENCIA. Dr. OTTO GABRIEL MONZON BRAVO	Tejidos enviados a patología: SI X NO TUMOR DE OVARIO Y ANEXO DERECHO	85
21/02/2017 09:13:20	EVOLUCIÓN MÉDICO PACIENTE DE 42 AÑOS DE EDAD, EN POP INMEDIATO DE RESECCION TUMOR DE OVARIO DERECHO + SALPINGO-OFORECTOMIA IPSILATERAL POR LAPAROSCOPIA...SIN COMPLICACIONES... Evolución médico: Dra. GINA TATIANA SANCHEZ RENGIFO - MEDICINA GENERAL	SOLICITAR CITA CONTROL POP EN 10 DIAS GINECO-ONCOLOGIA DR MONZON	86
02/03/2017 13:39:56	MOTIVO DE CONSULTA - CONTROL POST QCO ANÁLISIS - <u>PACIENTE POP CON DISTECION ABDOMINAL CON ESTREÑIMIENTO POSITIVO</u> DIAGNÓSTICO Z540 CONVALECENCIA CONSECUATIVA A CIRUGIA	<u>SE REMITE A URGENCIAS PARA TOMA DE ECO ADB TOTAL - ELECTROLITOS VALORACION Y MANEJO</u> Evolución realizada por: Dr. OTTO GABRIEL MONZON BRAVO	90
02/03/2017 16:02:55	TRIAGE III ADULTOS - MOTIVO DE CONSULTA: "TENGO MUCHO DOLOR ABDOMINAL" REMITIDA DE CONSULTA EXTERNA DR. MONZON PARA TOMA DE ECO ABD TOTAL -INGRESA PACIENTE... CON CUADRO CLINICO DE: 3 DIAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN: DOLOR ABDOMINAL INTENSO, NAUSEAS, VOMITO. ESTREÑIMIENTO EN POS QCO DE LAPAROSCOPIA 21/02/2017. NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA.	SE INGRESA PACIENTE PARA MANEJO MEDICO. SE CLASIFICA COMO TRIAGE III OSCAR JAVIER MUÑOZ MOSQUERA ENFERMERIA	91
02/03/2017 17:00:06	ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE CON POP... <u>CON HALLAZGOS SD ADHERENCIAL SEVERO</u> + MASA ANEXIAL DERECHO... CONSULTA EL DIA DE HOY A CONTROL POR GINECOLOGIA REFIRIENDO 4 DIAS DE EVOLUCION DE DISTENCION ABDOMINAL + AUSENCIA DE DEPOSICIONES... POR LO CUAL REMITEN A URGENCIAS PARA MANEJO MEDICO Y TOMA DE ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL.	PLAN Y MANEJO - <u>RX SERIE DE ABDOMEN DE PIE Y SENTADA</u> - ENEMAS EVACUANTES JABONOSOS Evolución realizada por: Dr. CARLOS ALBERTO MUNOZ RUIZ FORMULA MÉDICA - 2,00 BOLSA CLORURO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE... 500 ML PARA ENEMAS EVACUANTES JABONOSOS - ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS - <u>2 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE - DE PIE Y SENTADA</u> Dr. CARLOS ALBERTO MUNOZ RUIZ - MEDICINA GENERAL	92
02/03/2017 18:29:47	EVOLUCIÓN MÉDICO PACIENTE EN EL MOMENTO REFIERE INTENSO DOLOR ABDOMINAL CON GRAN DISTENCION AL EXAMEN FISICO DOLOR A LA PALPACION GENERALIZADA, ASENTUADA EN HIPOGASTRIO BLUMBERG NEGATIVO, MAC BURNEY NEGATIVO, MURPHY NEGATIVO, SE INDICA OPTIMIZACION DE ANALGESIA. <u>SS ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL</u> TENIENDO ENCUESTA SU POP POP DE SALPINOFGO OFORECTOMIA UNILATERAL MAS RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA DEL 21/02/2017 <u>CON HALLAZDOS SD ADHERENCIAL SEVERO</u> + MASA ANEXIAL DERECHO DE 10 CM BENIGNA ADHERIDA REVALORARA CON RESULTADOS Evolución realizada por: Dr. CARLOS ALBERTO MUNOZ RUIZ-	FORMULA MÉDICA 1,00 AMPOLLAS HIOSCINA N-BUTIL BROMURO + DIPIRONA SOL INTRAVENOSO Dosis Unica INY 0.02+2.5 G/ML/5 ML 0.02+2.5 G/ML/5 M ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS <u>ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL</u> (HIGADO, PANCREAS, VESICULA, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRAN). Conforme nota de enfermería se inició administración "Bolo" a las 19:49:19	93
02/03/2017 20:39:15	EVOLUCIÓN MÉDICO - ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL CONCLUSION: SOBREDISTENSION DE ASAS INTESTINALES	SE INDICA VALORACION POR CX GENERAL VALORACION POR GINECOLOGIA para	96

	<p>QUISTE SIMPLE GIGANTE ANEXIAL PACIENTE CON LEVE MEJORIA DE SU CUADRO CLINICO DE DOLOR ABDOMINAL CONTINUA CON DISTENCION ABDOMINAL, CON AUSENSIA DE FLATOS <u>CON RX QUE MOSTRO UNA IMAGEN SUGENTIVA A UNA OBSTRUCCION PARCIAL ABDOMINAL</u></p> <p>CON ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL CONCLUSION: SOBREDISTENSION DE ASAS INTESTINALES + QUISTE SIMPLE GIGANTE ANEXIAL</p>	<p>definir tratamiento a seguir Evolución realizada por: Dr. CARLOS ALBERTO MUNOZ RUIZ</p> <p>DIETAS - NADA VIA ORAL = NV FORMULA MÉDICA - 1,00 AMPOLLAS RANITIDINA (CLORHIDRATO) SOLUCION INYECT... 1,00 AMPOLLAS HIOSCINA N-BUTIL BROMURO + DAPIRONA SOL INTRAVENOSO 8 Horas... 1,00 BOLSA CLORURO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE 0. INTRAVENOSO 6 Horas...</p> <p>Conforme nota de enfermería se realizan enemas evacuentes a las 20:46:07</p>	
02/03/2017 23:19:10	<p>EVOLUCIÓN MÉDICO - CIRUGIA GENERAL. PACIENTE POSOPERATORIO DEL 21.02.2017 DE SALPINOFGO OFRECTOMIA UNILATERAL MAS RESECCION DE TUMOR DE OVARIO... POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO PRESENTA DISTENCION ABDOMINAL POSTERIOR A LA INGESTA DE COMIDA, DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO, AUSENSIA DE DEPOSICION Y DESDE HACE 2 DIAS NAUSEAS Y VOMITO. <u>POR DOLOR Y DISTENCION CONSULTA A NIVEL I DONDE PERMANECE HOSPITALIZADA DESDE HACE 5 DIAS MANEJO SINTOMATICO CON ANALGESIA Y ENEMAS CON DEPOSICION ESCASA, Y COMIENDO, HOY VALORADA POR GINECOLOGO ONCOLOGO QUIEN REMITE.</u> EXAMEN FISIC - ...ABDOMEN DISTENDIDO, TIMPANICO, DEPRESIBLE, <u>SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SIN BLOMBERG, HERIDAS QUIRURGICAS LIMPIAS, NO MASAS.</u> DIAGNOSTICOS **POSOPERATORIO DEL 21.02.2017 DE SALPINOFGO OFRECTOMIA UNILATEARL MAS RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA **OBSTRUCCION INTESTINAL **ILEO. **QUISTE SIMPLE GIGANTE ANEXIAL</p>	<p>PLAN:</p> <p>LEV DEXTROSADOS. <u>SONDA NASOGASTRICA A DRENAJE.</u></p> <p>MAÑANA A LAS 18 HORAS <u>RAYOS X DE ABDOMEN DE PIE Y ACOSTADA.</u></p> <p>VALORACION POR GINECOLOGIA.</p> <p>ANALGESIA.</p> <p>SE INFORMA A PACIENTE.</p> <p>Evolución realizada por: Dr. ROGER ORLANDO BONILLA ROSAS</p>	99
Fecha: 03/03/17 01:30:38	<p>NOTAS ENFERMERIA A LAS 00+30 HORAS, POR ORDEN MÉDICA... <u>SE REALIZA PASO DE SNG N° 18, SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL...</u> Nota realizada por: ROSA FERNANDA ORTIZ VALENCIA</p>		100
03/03/17	<p>Continua evolución de la paciente – médico general- 1:40:30 (continuar medicación) 1:43:02 por medicina general se emite orden de laboratorios 8:16:45 se traslada paciente para valoración por Ginecología 8:31:02 valoración por Ginecología Dr. WILBER ALEJANDRO ESTUPIÑAN</p>	<p>Se ordena por Ginecología: Tomografía Axial Computada del abdomen y pelvis. Con resultado consultar Gineco-Oncología.</p>	105
03/03/17 10:22:40	<p>EVOLUCIÓN MÉDICO EVOLUCION DIA - CIRUGIA GENERAL: COMENTARIO: PACIENTE DE 44 AÑOS EN POSOPERATORIO DEL 21.02.2017 DE SALPINOFGO OFRECTOMIA UNILATERAL <u>CURSANDO CON OBSTRUCCION INTESTINAL EN RESOLUCION, EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON MEJORIA RESPECTO AL INGRESO, EN EL MOMENTO NO HAY INDICACION QUIRURGICA...</u></p>	<p><u>SE CONTINUA MANEJO MEDICO</u> ASI: - NADA VIA ORAL - LEV DEXTROSADOS - PLACA DE ABDOMEN DE CONTROL A LAS 18 HORAS - VALORACION POR GINECOLOGIA - ATENTOS A SU EVOLUCION Evolución realizada por: Dr. ROGER ORLANDO BONILLA ROSAS</p> <p>La paciente continua en evolución médica.</p> <p><u>04/03/2017</u> Continúa en observación por medicina general, se emiten órdenes de laboratorio. Se prepara la paciente para toma TAC ABD SYC. Se continúa con el manejo médico establecido.</p>	106

	NASOGÁSTRICA...		
10/03/2017 17:14:06	<p>16:45 EL DR. ROJAS INICIA ACTO QUIRURGICO...SE OBTIENE CULTIVO DE LIQUIDO PERITONEAL...SUTURA HERIDA QUIRURGICA. QUEDA PACIENTE EN QUIROFANO BAJO OBSERVACION PENDIENTE TRASLADO A UCI.</p> <p>18:37 SE TRASLADA PACIENTE A UCI.</p> <p>DESCRIPCIÓN CIRUGÍA (...) RELAPAROTOMIA -DRENAJE DE PERITONITIS Y TOMA DE MUESTRA PARA CULTIVO - LAVADO PERITONEAL - REVISION REGLADA DE CAVIDAD - LIBERACION DE ADHERENCIAS...NO COMPICACIONES.</p> <p>Hallazgos: LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD (DE ASPECTO INFLAMATORIO) 3000 CC - ADHERENCIAS PERITONEALES GRADO 3 - FENOMENO OBSTRUCTIVO PARCIAL POR ADHERENCIAS QUE SE LIBERAN - FOSA PELVICA DE ASPECTO INFLAMATORIO - NO TIENE FUGAS EN EL TGI</p> <p>Dr. EDGAR JULIAN ROJAS VICTORIA... CIRUGIA GENERAL</p> <p>17:22:55. ORDEN DE LABORATORIO PARA CULTIVO DE AEROBIOS (SE ENVIA LIQUIDO EN CAVIDAD PERITONEAL)</p> <p>18:06:04 EVOLUCION MEDICO: INTERCONSULTA MEDICINA DEL DOLOR, se sugiere optimizar manejo analgésico. Iniciar Morfina. Dra. MARIA ISABEL CASTAÑEDA – DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS.</p>		217-219
10/03/2017 20:11:58	<p>INGRESO A UCI ANALISIS - PACIENTE... CON... EVOLUCION TORPIDA QUE REQUIERE NUEVA LAPARATOMIA... INGRESA EN PO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SITEMICA, CON DISFUNCION RESPIRATORIA LEVE E HIPOCALEMIA... CONTINUA MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO ESTABLECIDO POR CIRUGIA. RIESGO DE DETERIORO HEMODINAMICO.</p> <p>SE REALIZÓ LAPARATOMIA ENCONTRANDO DISTENSIÓN DE ASAS, ADHERENCIAS Y PERITONITIS GENERALIZADA, SE LIBERA ADHERENCIAS, LAVA PROFUSAMENTE CAVIDAD Y CIERRA PARED.</p>	PLAN... MONITORIA UCI – FORMULA MEDICA Y ORDENES DE LABORATORIO. Evolución realizada por: Dr. LEIDER ALEJANDRO ORTEGA BASTIDAS – MEDICINA INTERNA	222
11/03/2017 10:37:26	<p>EVOLUCION UCIN MAÑANA DIAGNOSTICOS DE TRABAJO: (...) ANTECEDENTE DE HISTERECTOMIA POR CA DE CERVIX, SEPSIS DE ORIGEN PERITONEAL</p> <p>EVENTOS: HIPOCALEMIA - ANEMIA LEVE - SIN SRIS - HIPOCALEMIA CORREGIDA - MEJORIA DE INDICES DE OXIGENACION (...) GASES ARTERIALES...</p> <p>ANALISIS: (...) PACIENTE... SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SITEMICA, CON DISFUNCION RESPIRATORIA LEVE AHORA CORREGIDA E HIPOCALEMIA... CONTINUA MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO ESTABLECIDO POR CIRUGIA. RIESGO DE DETERIORO HEMODINAMICO, DISFUNCION RESPIRATORIA E HIPOCALEMIA QUE AMERITAN MONOTORIA HEMODINAMICA Y RESPIRATORIA CONTINUA</p> <p>2:19:16 VALORACION POR NUTRICION Y DIETETICA- Dra. GLORIA PATRICIA CHAVEZ LOZADA. PLAN TERAPEUTICO: Se deja planteada nutrición parenteral periférica.</p>	PLAN MANEJO COMO UCIN – PRESCRIBE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO. Evolución realizada por: Dr. LEIDER ALEJANDRO ORTEGA BASTIDAS – MEDICINA INTERNA	234
12/03/17	<p>0:23:43: EVOLUCION MEDICA- CUIDADO CRITICO</p> <p>9:51:02 ORDENES DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y DE LABORTORIO. Dr. LUIS EDUARDO SARRIA – CUIDADO CRITICO</p>		243
12:54:35	<p>EVENTOS: DORLOR ABDOMINAL PERSISTENTE.</p> <p>ANALISIS. Paciente...el día de hoy llama la atención dolor abdominal...puede estar cursando con obstrucción intestinal, valorado en conjunto con cirujano de turno dr Herrera quien considera realización de Rx abdomen y de acuerdo a reporte definir si amerita nueva intervención quirúrgica, por el momento continua manejo con analgésico IV tipo morfina de rescate. Se decide paso de sonda vesical... control de gases arteriales... control de ch, pcr, azoados, fosforo, mg alumina y gases... valoración por nutrición...</p>	PLAN Lactato de ringer a 80cc hora Se solicita valoración por nutrición Sonda vesical y cuantificación de diuresis estricta Seguimiento por cirugía general Para la tarde se solicita Gases arteriales Para la madrugada se solicita CH, PCR, azoados, Fosforo, Mg, Albumina, gases arteriales Se solicita Rx abdomen simple Evolución realizada por: Dr. LUIS	248
			249

	<p>Continua monitorización como UCIN – JUSTIFICACION UCIN: <u>trastorno hidroelectrolíticos + dolor abdominal + sospecha de obstrucción intestinal + riesgo elevado de choque séptico.</u></p> <p>Amerita manejo y monitorización cardiovascular continua.</p>	<p>EDUARDO SARRIA AYERBE – CUIDADO CRITICO</p>	
13/03/17 18:18:31	<p>EVOLUCIÓN MÉDICO (...) EVENTOS: DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE, HOY UNA DEPOSICION ESCASA, SIN VIA ORAL - SIN DETERIORO HEMODINAMICO - SIN DETERIORO RESPIRATORIO (...)</p> <p>COMENTARIO Y JUSTIFICACION UCIN: PACIENTE... AHORA EN MANEJO DE ILEO VS OBSTRUCCION INTESTINAL, YA CON IMAGENES DE ABDOMEN SOLICITADAS POR CIRUGIA GENERAL TOMADAS, SE ESPERA REVALORACION POR PARTE DE ESTA ESPECIALIDAD.... TRASTORNO HIDROELECTROLITICOS + DOLOR ABDOMINAL + RIESGO ELEVADO DE CHOQUE SEPTICO. AMERITA MANEJO Y MONITORIZACION CARDIOVASCULAR CONTINUA.</p>	<p>PLAN: MANEJO COMO UCIN SEGUIMIENTO POR CIRUGIA GENERAL</p> <p>Evolución realizada por: Dr. LEIDER ALEJANDRO ORTEGA BASTIDAS - CUIDADO CRITICO</p>	265
14/03/17 20:28:13	<p>13:27:46 REPORTE DE CULTIVO DE LIQUIDO PERITONEAL: REPORTA LEVADURAS</p> <p>PACIENTE... CON PERSISTENCIA DE DOLOR Y DISTENSION ABDOMINAL PERO DE MENOR INTENSIDAD, EN MANEJO MEDICO A QUIEN EL DIA DE HOY POR HALLAZGOS EN CULTIVO DE CULTIVO DE LIQUIDO PERITONEAL (100317) QUE REPORTO CANDIDA ALBICANS SE ADICIONO FLUCONAZOL AL MANEJO, PENDIENTE EL REPORTE DEL ANTIFUNGIGRAMA...</p> <p>JUSTIFICACION DE LA ESTANCIA UCIN: REQUERIMIENTO DE VIGILANCIA CARDIOVASCULAR ESTRICTA DADA LA ALTA PROBABILIDAD DE DETERIORO HEMODINAMICO, VENTILATORIO Y METABOLICO ASOCIADO A SEPSIS GRAVE, COLAPSO Y MUERTE.</p> <p>Evolución realizada por: Dra. MARIA VIRGINIA RODRIGUEZ CAMPO</p>	<p>Se indica Manejo con Fluconazol. Dra. MARIA VIRGINIA RODRIGUEZ- CUIDADO CRITICO.</p> <p>RECOMENDACIONES</p> <p>NOM SS ANTIFUNGIGRAMA POR INDICACION DE BACTERIOLOGIA</p>	275 281
16/03/17 21:45:36	<p>7:23:05 EVOLUCION MEDICA – CIRUGIA GENERAL, se revisan las imágenes con intensivista de turno Dra. RODRIGUEZ,</p> <p>PACIENTE CON COMPROMISO SEPTICO INTRAABDOMINAL EN ESPERA DE REVISION QUIRURGICA, CON ALTA POSIBILIDAD DE DETERIORO HEMODINAMICO Y VENTILATORIO. SE ESPERA LLAMADO DE CIRUGIA...</p> <p>Evolución realizada por: Dra. MARIA VIRGINIA RODRIGUEZ CAMPO – CUIDADO CRITICO</p>	<p>“Gran cantidad de líquido libre en cavidad y de acuerdo a cuadro clínico se decide la realización de lavado peritoneal + drenaje...y toma de cultivo de líquido”.</p>	307 320
17/03/17 11:04:15	<p>EVOLUCION MEDICO -UCIN ANALISIS PACIENTE CON COMPROMISO SEPTICO INTRAABDOMINAL EN ESPERA DE REVISION QUIRURGICA, CON ALTA POSIBILIDAD DE DETERIORO HEMODINAMICO Y VENTILATORIO. SE ESPERA LLAMADO DE CIRUGIA....</p> <p>13:59:38 Se traslada la paciente a cirugía...se toma muestra segmento de intestino delgado, cultivo de líquido peritoneal.</p> <p>DESCRIPCIÓN CIRUGIA: RELAPAROTOMIA. LIBERACION DE ADHERENCIAS DE INTESTINO A PARED ABDOMINAL...DEBIDO AL COMPROMISO TAN SEVERO ADHERENCIAL EN LINEA MEDIA SE DECIDE REALIZAR ABORDAJE A CABIDAD ABDOMINAL CON INSICIÓN TRANSVERSA EN FLANCO IZQUIERDO...SE ENCUENTRA ADHERENCIAS MULTIPLES INTERASALES AL LIBERARLAS HAY DRENAJE DE MATERIAL PURULENTO...SE CONTINUA CON LIBERACIÓN DISPENDIOSA DE ADHERENCIAS...SE DRENA COLECCIÓN DE CONTENIDO INTESTINAL...SE DEJA EMPAQUETADO CON 4 COMPRESAS EN CABIDAD.</p> <p>HALLAZGOS Cirujanos Dr. BONILLA Dr. HERRERA. Abdomen hostil, SEVERO SINDROME ADHERENCIAL INTERASAL Y DE ASAS A PARED ABDOMINAL, CONFORMADO POR ADHERENCIAS FIRMES ASOCIADAS A LESIONES DE</p>	<p>Evolución realizada por: Dr. LEIDER ALEJANDRO ORTEGA BASTIDAS- CUIDADO CRITICO</p> <p>Paciente conectada a ventilador mecánico.</p>	326 332 335 336

	quirúrgica a demanda. Pronostico incierto. HALLAZGOS: “...IMPRESIONANTE FACILIDAD PARA FORMACION DE ADHERENCIAS INTRABDOMINALES Y VISCEROPARIETALES...pared abdominal muy delgada” Dr. MARCO ANTONIO MEDINA ORTEGA – CIRUGIA GENERAL		
26/03/17 13:09:53	EVOLUCIÓN MÉDICO EVOLUCION UCI DIA (...) COMENTARIO Y JUSTIFICACION UCI: PACIENTE... INTERVENCION QUIRURGICA HACE 48 HS CON RETIRO DE VIAFLEX A PIEL, LAVADO, ENTERORRAFIA EN INTESTINO DELGADO, DESBRIDAMIENTO DE LOS BORDES DE LA PIEL, SUTURA DE PIEL EXTUBADA PROGRAMADAMENTE,... PACIENTE CON SEPSIS SEVERA DE ORIGEN ABDOMINAL , RECIENTEMENTE EXTUBADA , SE CONTINUA EN MONITORIA COMO UCI.	PLAN: TRASLADO A UCIN REVALORAICON POR INFECTOLOGIA MANEJO POR CIRUGIA GENERAL Y ALGESIOLOGIA DE ABDOMEN CON SD ADHERENCIAL SEVERO Evolución realizada por: MARIA VIRGINIA RODRIGUEZ CAMPO – CUIDADO CRITICO	519
02/04/17 20:44:40	EVOLUCION MEDICO: COMENTARIO: PACIENTE CONOCIDA... HOY CON PICO FEBRIL Y PRESENCIA DE SECRECION (SEOSA?) POR HERIDA CX, DADO LO CUAL SE SUSPENDE LA VIA ORAL, SE TOMAN HEMOCULTIVOS Y SE SOLICITA VALORACION POR CX GENERAL JUSTIFICACION UCIN Sepsis severa de origen abdominal... Evolución realizada por: Dr. LUIS EDUARDO SARRIA AYERBE	Recomendaciones: -suspender vía oral -toma hemocultivos con resina (ya cumplido) -Revaloración por cx general 04/04/2017 valoración en conjunto con cirugía general Dr. Rojas quien considera por el momento no requiere nueva intervención quirúrgica.	633 658
04/04/17 18:07:49	EVOLUCIÓN MÉDICO - ANALISIS: ...recibió tratamiento dirigido para germen multirresistente, ahora nuevamente séptica, afebril, taquicárdica, hipotensa, hemocultivos informan crecimiento de germen bacilo Gram Negativos.	PLAN -Se solicita GRAM y cultivo de secreción de herida abdominal -Seguimiento diario por cx general Evolución realizada por: Dr. ADOLFO LEON TROCHEZ- CUIDADO CRITICO	662
05/04/17 20:29:31	COMENTARIO: ...tiene reporte preliminar de crecimiento de bacilos gram (-) lactosa (+) en hemocultivos del 3 de abril... PACIENTE CON PRONOSTICO INCIERTO , CONTINUA MANEJO Y SEGUIMIENTO POR CIRUGIA GENERAL JUSTIFICACION UCI: CHOQUE SEPTICO CON	PLAN: MONITORIA UCI -PTE/ HEMOCULTIVOS DEL 02 Y 03 ABRIL, ISOPADOS DEL 03/ABRIL Evolución realizada por: Dr. LEIDER ALEJANDRO ORTEGA BASTIDAS- CUIDADO CRITICO	679
08/04/17 10:08:14	EVOLUCION MEDICO: COMENTARIO: Paciente con deterioro clínico, entrando en fallo multiorgánica , de pronóstico muy reservado por peritonitis terciaria, bacteremias a repetición y abdomen congelado.	PLAN: -Valoración por infectología -Valoración por cirugía general Dr. ADOLFO LEON TROCHEZ- CUIDADO CRITICO.	719- 720
09/04/17 02:07:35	EVOLUCIÓN MÉDICO: EVENTOS: DETERIORO HEMODINAMICO Y VETILATORIO GRAVE , APORTE DE VASOACTIVO A DOSIS ELEVADAS. EVOLUCION AL COLAPSO CARDIO RESPIRATORIO. HACE ASISTOLIA. SE DECLARA FALLECIDA. HORA 2:00 SE INFORMA A LOS FAMILIARES. SE DILIGENCIA CERFICADO DE DEFUNCION Evolución realizada por: Dr. LEIDER ALEJANDRO ORTEGA BASTIDAS- CUIDADO CRITICO		729- 730

Del examen de la historia clínica, se evidencia, que la señora OFELIA MENDEZ fue ingresada por el servicio de urgencias a la CLINICA LA ESTANCIA el día 2 de marzo de 2017, y luego de realizados los exámenes pertinentes se inicia tratamiento para su diagnóstico de “*Obstrucción intestinal por adherencias o bridas*”, con sonda nasogástrica, pero ante la evolución estacionaria de la paciente es ingresada a cirugía para Laparotomía exploratoria el 6 de marzo de 2017, donde se realiza “*sección de adherencias peritoneales y liberación de asa de intestino delgado*”

comprometida”, y persistiendo el dolor abdominal la paciente es llevada nuevamente a cirugía el 10 de marzo de 2017, evidenciándose el síndrome adherencial severo que la aqueja, y en el reporte de cultivo de líquido peritoneal se encuentran “*levaduras*”, por lo que se inicia tratamiento antibiótico, pero no evolucionando satisfactoriamente la paciente es llevada nuevamente a cirugía el 17 de marzo de 2017, dejándose reporte de los siguientes hallazgos: “severo síndrome adherencial interasal y de asas a pared abdominal, conformado por adherencias firmes asociadas a lesiones de espesor total de la pared de intestino delgado...formando colección la cual está rodeada de asas adheridas...colecciones purulentas interasales...debido al severo síndrome adherencial, el abdomen está en proceso de bloqueo y congelamiento”, y así, continúa la paciente con un compromiso intraabdominal grave con germen multirresistente, que finalmente, no es posible controlar con el manejo antibiótico implementado, generándole una sepsis severa de origen abdominal, que luego de varios días en UCI, le produce un paro cardio respiratorio que le causa la muerte.

De otro lado, obran en el expediente los interrogatorios de parte absueltos por GLELSY LORENA MÉNDEZ, BLANCA AIDEE MENDEZ, y JUAN MANUEL MENDEZ, quienes al unísono informan que su progenitora – la señora OFELIA MEDEZ presentaba fuerte dolor abdominal, tenía vómito, y no podía evacuar, motivo por el que acudió al médico en el centro de salud de Pescador, siendo remitida a la CLÍNICA LA ESTANCIA el día 2 de marzo de 2017, lugar en el que permaneció hasta la fecha de su deceso, indicando los demandantes, que el 6 de marzo se le realizó una primera cirugía, y luego les informan que la paciente tenía peritonitis, siendo intervenida en varias oportunidades, e igualmente, les comunicaron que tenía una bacteria, razón por la que la aislaron para su tratamiento, pero su estado de salud se veía deteriorado, hasta que finalmente murió; situación que afectó a toda la familia, como también lo aduce, CLAUDIA FERNANDA GUZMAN MENDEZ, quien para la época de la muerte de su madre, era menor de edad, indicando los declarantes, que su progenitora era una persona amorosa, comprensiva, que hacía todo lo posible por sacar a su familia adelante, era ama de casa y trabajaba en diversas labores para el sostenimiento del hogar, por lo que no ha sido fácil superar dicha pérdida.

Por su parte, la representante legal de CLINICA LA ESTANCIA – MARIA CLARA OÑATE, refiere, que revisado el caso y teniendo en cuenta lo consignado en la historia clínica, la paciente inicialmente fue atendida por Ginecología y se le realizó un procedimiento de salpingo oforectomía unilateral más resección de tumor de ovario por laparoscopia, en febrero de 2017, posteriormente en control

posoperatorio la paciente refiere distensión abdominal y ausencia de deposiciones, por lo cual es remitida para ser valorada en la Clínica, ingresa a urgencias y es atendida de manera oportuna, inicialmente por médico general, posteriormente por cirugía general. En su manejo como impresión diagnóstica se reporta *“obstrucción intestinal por adherencias o por bridas”*, y en la valoración se tuvieron en cuenta sus antecedentes, entre ellos, el *“síndrome adherencial severo”*. Que el manejo inicial no fue quirúrgico, y cuando presenta *“una condición estacionaria... ya se interviene por parte de cirugía general”*, teniendo la paciente una evolución favorable, pero *“...con posterioridad es que la paciente presenta dificultad respiratoria y se llega a sospechar de un trombo embolismo pulmonar”*, siendo trasladada a UCI, y luego *“presenta un proceso infeccioso”*, que es una de las complicaciones que se pueden presentar, realizándose el manejo requerido. Asegura, que la atención se brindó *“de manera suficiente... oportuna... pertinente, por profesional idóneo”*, y de acuerdo a la historia clínica se le brindó todo el tratamiento requerido.

En este orden, acreditado el hecho y el daño, será preciso examinar la relación de conexidad entre la conducta que se atribuye a la parte demandada y el daño, que se concretó, en la muerte de la señora OFELIA MENDEZ, debiéndose establecer si el daño es consecuencia de la *“negligencia médica”* atribuida a la CLÍNICA LA ESTANCIA.

Concluyó la señora juez a-quo, que en el *sub-examine*, no se acreditaron los elementos estructurales de la responsabilidad civil extracontractual, declarando probadas la excepciones denominadas *“acto médico con pertinencia diligencia y cumplimiento de protocolos; inexistencia de los elementos propios de la responsabilidad; obligación de medios y no de resultado en la atención brindada a la paciente; inexistencia de prueba de negligencia o error diagnóstico en el servicio médico por parte de CLÍNICA LA ESTANCIA; acto médico realizado por los galenos de CLINICA LA ESTANCIA adscritos a esta conforme “lex artis” y la discrecionalidad científica; el equipo médico dispuesto para la atención de la paciente no incurrió en error de conducta, mala práctica ni en omisión profesional generando inexistencia de relación de causa efecto entre los actos de los profesionales de la salud y el resultado que pueda haber afectado a la paciente”*, al no haberse demostrado el nexo causal, esto es, que el fallecimiento de la señora OFELIA MÉNDEZ fue ocasionado por acción u omisión de la demandada.

Examinadas las probanzas y teniendo en cuenta que al tenor del artículo 167 del C. G. del Proceso, corresponde a las partes acreditar los supuestos de hecho de las normas que consagran los efectos jurídicos que ellas persiguen, y que las decisiones judiciales se deben apoyar en las pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso¹⁸, estima la Sala, que de los medios probatorios allegados al proceso, se infiere, que los servicios médicos prestados a la señora OFELIA MENDEZ se ajustan a la *lex artis*, siendo diagnosticada de manera oportuna con una “*obstrucción intestinal por adherencias o por bridas*”, brindándose a la paciente el manejo médico y tratamiento quirúrgico necesario para el tratamiento de su patología y restablecimiento de sus condiciones de salud, pues conforme a las declaraciones rendidas por los médicos OTTO GABRIEL MONZON BRAVO – Especialista en Ginecología Oncológica, ROGER ORLANDO BONILLA – Especialista en Cirugía General, JORGE AUGUSTO HERRERA CHAPARRO - Especialista en Cirugía General, y GUILLERMO VALLEJO VALLECILLA - Especialista en Cirugía General y Subespecialista en Cirugía de trasplante de órganos, lo ocurrido a la señora OFELIA MENDEZ entre el 02 de marzo y el 9 de abril de 2017, inicia como una consecuencia esperada después de una cirugía abdominal o pélvica, pues es normal que se desarrollen bridas o adherencias abdominales en el posoperatorio, máxime cuando a la paciente se le encontró un síndrome adherencial severo en la cirugía ginecológica que precedió su atención por urgencias, generándose una “*obstrucción intestinal por adherencias o por bridas*”; aunado, que la respuesta de la paciente al tratamiento no fue la esperada, dadas las condiciones propias de la paciente, quien es persona con síndrome adherencial severo, con un sistema inmune deprimido por su antecedente de cáncer de cérvix, sumada la desnutrición que presentaba en el momento, factores éstos que desencadenaron en una sepsis severa de origen abdominal, que no pudo superar la paciente, y condujeron a su deceso.

Así, el Dr. OTTO GABRIEL MONZON BRAVO – Especialista en Ginecología Oncológica, dice conocer a la señora OFELIA desde el 2012-2013, siendo paciente con diagnóstico de cáncer de cervix, manejado quirúrgicamente de forma adecuada, en agosto de 2012, sin ningún tipo de complicación, advirtiendo, que no tiene registro de controles postoperatorios, sólo un registro realizado 12 meses después de la cirugía, siendo citada para nuevo control en 6 meses con exámenes, pero la paciente no regresa, y sólo la vuelve a ver casi 3 años después, en agosto de 2016 cuando le muestra una radiografía con una masa en un ovario, iniciándose la valoración pertinente, y en noviembre un examen indica que la masa tiene 10 cm “*había aumentado en tamaño*”, razón por la que el 21 de

¹⁸ Artículos 164 del C.G.P.

febrero de 2017 se le realiza el procedimiento “resección de tumor de ovario por laparoscopia + salpingo ooforectomía”, sin complicaciones, “encontrando bastantes adherencias en la cavidad pélvica...como un síndrome adherencial severo”, la paciente tiene una buena evolución post quirúrgica y se le da de alta, siendo valorada 10 días después, encontrando en control postquirúrgico una paciente con distensión abdominal y refiriendo un estreñimiento positivo; razón por la que decide que la paciente sea valorada por urgencias, para toma de exámenes, “le pido unos electrolitos y una ecografía y valoración pues por las especialidades pertinentes”. Que una vez es diagnosticada con un “íleo dinámico”, se define nuevo manejo quirúrgico, “para la cual se solicita interconsulta... se da respuesta a esa interconsulta el 6 de marzo... diciendo pues que obviamente vamos a estar atentos por ginecología oncológica para el llamado intraquirúrgico”. Siendo ésta la relación que ha tenido con la paciente. Indica que cuando valoró a la paciente consideró que necesitaba atención urgente, por lo que la remite a urgencias, pero no que se tratara de una emergencia médica, porque no tenía “signos de respuesta inflamatoria sistémica”, no hay signos clínicos que reporten que la paciente estaba infectada, y en cuanto al tiempo que debió tardar la paciente en ser intervenida quirúrgicamente, señala, que es necesario individualizar y contextualizar al paciente “cuando se maneja un íleo normalmente el manejo inicial es médico, es muy raro que se entre a manejo quirúrgico inmediato, siempre se intenta de manejar de forma médica como se hizo, y dependiendo de la evolución se toma la decisión de entrar o no a intervenir”. Interrogado sobre las adherencias reportadas en su informe, indica que “es inherente a la genética de cada paciente...hay pacientes que cicatrizan diferente a otros..., no todos los pacientes cicatrizan igual, y el tema de antecedentes, el hecho de que se haya presentado una cirugía previa predispone a la paciente a que haga adherencias abdominales o en este caso adherencias pélvicas”, lo que significa, que “los órganos que quedan intra pélvicos o intra abdominales se empiezan a pegar unos con otros...esto genera síntomas como es el dolor o los tipos de colecciones de tipo inflamatorio también, muchas veces se hacen adherencias peritoneales... y se hacen espacios entre el intestino y el peritoneo y estos espacios es cubierto por líquido que es un líquido de tipo inflamatorio...los llamamos quistes de inclusión peritoneal, y se presentan obviamente con pacientes en post quirúrgico”, y ello es propio del proceso de cicatrización que ocurre dentro de la pelvis o abdomen, y por ello, al operar, se debe entrar a despegar hasta llegar al sitio de la lesión tumoral. Advirtiéndole, que se generó en la paciente una lesión inflamatoria severa, pero ello no quiere decir que está infectado, porque las inflamaciones tienen muchas causas, no necesariamente infecciosas. Agrega, que la peritonitis “es un

proceso inflamatorio que genera obviamente las adherencias... sin que ello quiera decir que está infectado". Finalmente, preguntado si es normal que después de un procedimiento quirúrgico se puedan presentar ileos o adherencias?, contestó: "es esperable...no es una situación extraña tampoco, es de los eventos más frecuentes que vemos nosotros en cirugía pélvica o en cirugía abdominal, y esto es obviamente por la manipulación...cuando uno encuentra adherencias debe manipular toda el área para llegar al sitio de la cirugía, ésta manipulación, lleva a que se presenten estos ileos, o falta de movilidad del intestino, que se da por la manipulación", esto lleva a que el intestino se quede quieto por un tiempo, mientras se recupera de la movilización. Igualmente, indagado si el tratamiento dado a la paciente estuvo adecuado en cada fase de atención de acuerdo a *la lex artis*, respondió: "respecto a la historia clínica y a la atención, encontré que todo se dio dentro de los protocolos y se dio una atención pertinente y adecuada", aclarando, que las adherencias "se pueden advertir por síntomas claros" como dolores pélvicos crónicos después de una cirugía, pero "no todas las adherencias se operan, y no hay forma de prevenir las adherencias".

Igualmente, el Dr. ROGER ORLANDO BONILLA – Especialista en Cirugía General, informa el 2 de marzo de 2017 como cirujano de turno, valoró a la paciente remitida por consulta externa por el Dr. MONZON, por distensión abdominal, para su valoración por urgencia, "toma de eco y paraclínicos", a fin de determinar por qué esa evolución después de la cirugía practicada por el Dr. MONZON el 21 de febrero de 2017, donde se retiró parte de la trompa y ovario porque "tenía un tumor", diagnosticándose conforme la clínica de la paciente y sus antecedentes una distensión abdominal secundaria a adherencias o bridas, cuyo manejo inicial "es tratar de evacuar todo el material intestinal...se coloca una sonda por la nariz que llegue al estómago y a los intestinos...para que ahí se devuelva todo lo que está acumulado. Este tratamiento se hace durante uno o dos días esperando que el paciente mejore, la gran mayoría de pacientes mejoran con este tratamiento... esto relaja el intestino y permite que el intestino ya empiece a funcionar a caminar", si no mejora hay que pasar al paciente "a un procedimiento quirúrgico", y el diagnóstico se hace a través de "una radiografía del abdomen...y una tomografía abdominal de contraste [que muestra el sitio de la obstrucción como tal]", con base en ello se inicia el tratamiento, y si es necesario, "ya procedemos a realizar lo que es el procedimiento quirúrgico... para solucionar este problema en donde esté atrapado el intestino", y en el caso de esta paciente, al ser intervenida, se encuentra el intestino inflamado y alrededor de este va a haber "un líquido, en este caso lo llamamos líquido peritoneal y cuando encontramos en la cavidad lo

podemos asimilar a una peritonitis, las peritonitis, conclusión, son líquidos dentro del abdomen y pueden ser por inflamación, por infección,...en este caso la peritonitis que le encontraron a la señora en la primera cirugía no fue por una infección sino fue porque el intestino estaba inflamado”, el intestino estaba atrapado en un “proceso inflamatorio tan severo”, que hubo necesidad de cortar el intestino y volverlo a “unir” [proceso conocido como anastomosis], pero la evolución no fue favorable, pues “volvimos... a encontrar nuevamente adherencias”, resaltando, que “cada vez que la señora tuvo un problema se tomó una intervención que fue oportuna, fue adecuada y no encontramos ningún retraso”, la tomografía y la cirugía se realizó oportunamente, se le brindó atención en UCI, donde se monitorea todos los días “y donde hay gran variedad de especialistas encargados de ir solucionando los problemas”. Agrega, que la paciente generó un proceso de desnutrición e infeccioso “por sus características propias”, afectada por hongos y bacterias [que tiene el propio organismo] y que no se pudo controlar con antibióticos, dado que la respuesta de la paciente no fue satisfactoria. Sobre la falta de cama en UCI asegura que ello no influyó en el desenlace fatal, porque la paciente en el transcurso del día accedió a la cama UCI, y luego de la cirugía no presentó ningún efecto contrario, y siempre se hizo “todo lo que se tenía que hacer”, todas las atenciones prestadas a la paciente fueron adecuadas y oportunas, bajo control de los especialistas, y así las cirugías y exámenes se realizaron a tiempo. Preguntado si el plan de manejo que se adoptó fue el adecuado, indica, que en la Clínica de acuerdo al protocolo para el manejo de la obstrucción intestinal, el paciente llega a urgencias hay que ponerle una sonda nasogástrica, tomarle radiografía y tomografía, y si no evoluciona bien o la tomografía refleja una clara obstrucción hay que operar en “máximo dos a tres días”, que “en este caso, al segundo, tercer día, ya estaba operada”, que de lo contrario, el intestino puede “explotarse”, y generar peritonitis donde “toda la materia fecal está dentro de la cavidad” puede producir infecciones y consumir al paciente más rápido, pudiendo fallecer simplemente por la ruptura del intestino. Sobre la clasificación en Triage III, dice que el paciente “ya puede tener un poquito más de espera, o sea 4 o 5 horas” porque los signos son estables, explicando, que de acuerdo a los protocolos debe esperarse que el problema se resuelva por la sonda en tiempo prudencial de 2 o 3 días, pues de operarse antes, “se hubieran generado más adherencias... más obstrucción intestinal, porque en ese momento estaba agudo el proceso”.

También, el Dr. JORGE AUGUSTO HERRERA CHAPARRO - Especialista en Cirugía General [fellow del College Americano de Cirujanos, profesor durante más de 35 años, perteneciente a varias sociedades internacionales, secretario de la Asociación Colombiana de

Cirugía, y jefe de cirugía durante más de 30 años], informa, que *“si a uno se le distiende el estómago y está recién operado lo más posible es que se le haya pegado el intestino”*, y remitida la paciente con un diagnóstico de obstrucción intestinal, *“lo que hacemos es iniciar un esquema,...lo primero que hacemos es colocar una sonda por la nariz o proximalmente y comenzamos a manejar el paciente de una manera donde estadísticamente más del 50 % con ese manejo, con líquidos, con manejo del dolor y con la sonda, con eso tienen...no requieren una cirugía”*, se siguen monitoreando los signos vitales y *“cualquier alteración...puede estar indicando, qué ocurre dentro de las 36 horas, 48 horas, que... está sufriendo el intestino... quiere decir que le falta circulación...este mismo caso le sucedió a la señora, y a las 48 horas se toma la decisión...de llevarla a cirugía, y...se encuentran los hallazgos de lo que llamamos nosotros un sufrimiento de asa intestinal, y se le practica en ese momento la resección del segmento de intestino que tiene la señora comprometido”*, siendo ésta una cirugía *“de riesgo”* [porque es paciente que viene de un postoperatorio, desnutrida, y que ha recibido antibióticos]. En relación con el examen de *“gases arteriales”*, aduce, que la falta de dicho elemento en un determinado momento no influye en el deceso de la paciente, e indagado por la causa de la muerte de la paciente, alude a las infecciones oportunistas cuando la paciente pierde la capacidad de defenderse, y preguntado si los procedimientos se ciñeron a la *lex artis*, contestó: *“...en ningún momento hubo impericia...no hubo alteraciones de la práctica médica”*.

El Dr. GUILLERMO VALLEJO VALLECILLA - Especialista en Cirugía General y Subespecialista en Cirugía de trasplante de órganos, dice haber tenido contacto con la paciente en *“tres revistas”*, uno de ellas, el 18 de marzo de 2017 estando la paciente en cuidados intensivos, sin generar ninguna diferencia en el manejo que venía establecido, porque *“ya está en el contexto de una sepsis abdominal, con múltiples cirugías”*, y al día siguiente, vuelve a ver a la paciente en cuidado intensivo, y el 1 de abril de 2017 la paciente está en la unidad de Cuidado Intermedio en donde también le hago una valoración, *“ahí el único cambio de conducta que hago yo es el inicio de la vía oral y vigilar la tolerancia, mantener el mismo antibiótico, e igual manejo por el momento sin ninguna expectativa o necesidad quirúrgica”*. Interrogado el deponente, por el origen de la infección por *“Cándida Albicans y Enterobacter Multirresistente”*, señala que revisada la historia clínica, el ginecólogo-oncólogo reporta un síndrome *“adherencial severo”*, lo que es muy importante, porque ese es *“el condicionamiento fisiopatológico que desencadena todo el problema de aquí en adelante”*, pues luego del control postquirúrgico por la cirugía realizada el 21 de febrero de 2017, la paciente ingresa

al servicio de urgencias *“ahí la paciente entra, hay un protocolo en urgencias del manejo del síndrome adherencial y la obstrucción intestinal, no todas las obstrucciones intestinales son quirúrgicas de entrada, de hecho la gran mayoría... se resuelven simplemente con un protocolo de manejo médico en que involucra la sonda nasogástrica, reposición de líquidos y una serie de cosas que se le hizo a la paciente...”*, que algunos pacientes como OFELIA *“no resuelven y definitivamente tienen una indicación quirúrgica”*, y en cirugía se encuentra *“un síndrome adherencial severo”*, que algunos pacientes desarrollan y otros no, y en el caso de la señora OFELIA MENDEZ se le hace *“una resección del intestino delgado, una liberación de esas adherencias y una anastomosis, o sea se reseca el intestino delgado, y vuelve y se une, después de ahí en adelante... entra en el protocolo, y en las guías de manejo de abdomen abierto de obstrucción intestinal, en el cual tiene un aporte nutricional, una vigilancia clínica, una sonda nasogástrica y revisiones de la cavidad a demanda..., en las revisiones de la cavidad a demanda... tienen que llevarla nuevamente el 10 en donde hay un síndrome adherencial, nuevamente el 17, donde se encuentra una fuga intestinal, y tienen que tomar algunas medidas desde el punto de vista quirúrgico haciendo una endostomía y dejar el abdomen abierto”*, pero la paciente desarrolló un proceso infeccioso, no respondiendo al manejo con antibióticos, pues la paciente tenía algunos factores de riesgo que pueden haber determinado su desenlace. Seguidamente, preguntado qué acontecimiento sucedió para que la señora OFELIA MENDEZ fuera trasladada de cuidados intensivos, a cuidados intermedios, respondió: *“el hecho de que el paciente pase de una unidad a otra no quiere decir que se baje la guardia...seguramente con esta paciente alguna indicación de mejoría hace que se pueda escalar de una unidad de cuidado intensivo a una unidad de cuidado intermedio, porque eso es lo que se hace en todos los protocolos de manejo de cualquier institución”*, explicando, que *“cuando se cambia de unidad el cuidado sigue pero de acuerdo al nivel de complejidad de la enfermedad del paciente”*, sin que tal cambio incida en el estado de salud de la misma porque se continúa con la supervisión médica de los especialistas. Finalmente, preguntado si el plan de manejo se ajustó a la *lex artis*, contestó: *“veo que las cosas se han hecho como deben hacerse...la secuencialidad en los procedimientos quirúrgicos es lo que debe ser, no hubo demora, se ajustó el manejo antibiótico según los cultivos, se manejó en cuidado intensivo y en cuidado intermedio el tiempo que necesitó, el seguimiento diario es bueno “yo vi notas prácticamente todos los días” de enfermeros y especialistas, y el manejo que se dio a la obstrucción intestinal fue adecuado”*, aclarando, que las peritonitis son de diferente etiología, y no es igual a infección, pero sí a inflamación *“de la cavidad*

peritoneal”, por lo que el manejo se centra en “*medidas de soporte, unas medidas antibióticas, y unas medidas quirúrgicas*”.

Finalmente, el Dr. JAIME PAZ MERA – Especialista en Ginecología y Obstetricia y Ecografista, quien labora en Clínica la Estancia hace aproximadamente 20 años, aduce, que realizó una ecografía transvaginal a la señora OFELIA MENDEZ el 25 de julio de 2016, siendo su única participación en el caso.

Conforme la “*Guía Protocolaria Adherencias*” de CLINICA LA ESTANCIA¹⁹, la obstrucción se puede presentar en el intestino delgado y el intestino grueso, variando el tipo de tratamiento según el sitio anatómico de la obstrucción, y la causa más común de obstrucción intestinal de intestino delgado, son “*las adherencias o bridas postoperatorias o secundarias a procesos inflamatorios*”, entre otras, siendo las radiografías básicas de abdomen y tórax las que deben realizarse al inicio de la valoración del paciente, a fin de determinar el tratamiento a seguir, identificando si el paciente se beneficia de manejo médico o si por el contrario, requiere manejo quirúrgico de entrada. Así, en el manejo médico, “*el paciente con obstrucción intestinal generalmente se presenta con deshidratación, desequilibrio electrolítico e incluso choque hipovolémico*”, por lo que la terapia inicial consiste en la reposición hidroelectrolítica, y otra de las medidas a instaurar, es la aspiración nasogástrica “*para descomprimir la parte alta del tubo digestivo y reducir el riesgo de aspiración durante la inducción e intubación anestésica si se va a requerir*”. El manejo quirúrgico de entrada se recomienda para pacientes con “*signos de respuesta inflamatoria y con abdomen agudo, síndrome de compartimento abdominal, obstrucción intestinal completa, hernia encarcelada o estrangulada, u obstrucción completa por cualquier causa demostrada en las imágenes y pacientes con vomito fecaloide*”.

También, frente al manejo de las obstrucciones intestinales, el artículo publicado en la Revista Colombiana de Gastroenterología, titulado: “*Presentación y desenlace del manejo conservador en obstrucción intestinal por bridas en el Cauca*”²⁰ [año 2020], mediante el cual se reportan los resultados de un “*estudio observacional tipo cohorte, prospectivo, de los pacientes atendidos con tratamiento conservador durante el período 2012-2013 por obstrucción intestinal*”, refiere, que “*la obstrucción intestinal por bridas es responsable del 25 % de las consultas a urgencias por dolor abdominal agudo, generando un alto riesgo de lesión iatrogénica por*

¹⁹ Allegado con el escrito de contestación de la demanda.

²⁰ Idrobo AA, Bastidas BE, Yasno LM, Vargas AL, Merchán-Galvis AM. Presentación y desenlace del manejo conservador en obstrucción intestinal por bridas en el Cauca. Rev Colomb Gastroenterol. 2020;35(4):447-454. <https://doi.org/10.22516/25007440.517>

reintervenciones de urgencia. **Una alternativa para determinar la necesidad de manejo quirúrgico sería el manejo médico conservador inicial y evaluar su respuesta en un período de 12-72 horas**”, reportando como resultados que “... **La respuesta al tratamiento conservador fue de 80,4 %; del 19,6 % que requirió manejo quirúrgico, en el 81,8 % de los casos el hallazgo intraoperatorio fue de obstrucción intestinal por bridas. El tiempo medio de hospitalización fue de 5,5 días y durante el estudio solo un paciente falleció**”, arrojando como conclusión, que **“el manejo médico conservador debe ser considerado como el tratamiento inicial de esta entidad por su alta tasa de respuesta, disminución de complicaciones posoperatorias y estancia hospitalaria”**.

Descendiendo al caso concreto, del examen de las pruebas allegadas al expediente, y las declaraciones de los especialistas, se evidencia que la señora OFELIA MENDEZ el día 21 de febrero de 2017 acudió a CLINICA LA ESTANCIA para cirugía programada de “*resección tumor de ovario derecho + salpingo-forectomía unilateral por laparoscopia*”, realizada bajo anestesia general sin complicaciones, siendo el médico tratante el Dr. OTTO GABRIEL MONZON, quien dio salida a la paciente el mismo día, con fórmula médica de cita de control POP en 10 días Gineco-oncología Dr. MONZON, y recomendaciones. Además, entre los hallazgos registrados por el médico, se indica: “**Síndrome adherencial severo de omento a pared abdominal anterior y a cavidad pélvica,...**”; seguidamente, la señora OFELIA MENDEZ acudió por el servicio de urgencias a la ESE POPAYAN el día 24 de febrero de 2017, siendo el motivo de consulta “*dolor abdominal*”, cuadro clínico “*de más o menos 2 días de evolución caracterizado por presentar dolor abdominal, paciente de un postquirúrgico recién (tumor en ovario)*”, se da egreso al día siguiente con recomendaciones, y el 28 de febrero de 2017, acude nuevamente a la ESE POPAYAN, refiriendo dolor abdominal, “*cuadro de un día de evolución*”, y luego de permanecer las 24 horas de observación, se dio egreso el 1 de marzo de 2017. Con posterioridad, esto es, el 2 de marzo de 2017 la señora OFELIA MENDEZ acude a cita de control postquirúrgico con el Dr. OTTO GABRIEL MONZON, quien remite a la paciente al servicio de urgencias de CLINICA LA ESTANCIA, por presentar distensión abdominal y estreñimiento, siendo realizado el triage a las 16:02, donde se registra un cuadro “*de tres días de evolución*”, consistente en dolor abdominal intenso, náuseas, vómito, y estreñimiento, siendo valorada por el médico general - Dr. CARLOS ALBERTO MUÑOZ RUIZ a las 17:00 horas, galeno que ordenó imágenes diagnósticas – radiografía de abdomen y medicación, continuando con evoluciones médicas periódicas, y a las 20:39, se deja reporte que la radiografía “*mostró una imagen sugestiva a una obstrucción parcial abdominal*” (sic),

solicitándose valoración por cirugía general, y a las 23:19 del mismo día la paciente es valorada por el Cirujano General Dr. ROGER ORLANDO BONILLA ROSAS, quien le diagnosticó “**obstrucción intestinal**”, ordenando “sonda nasogástrica a drenaje”, que es colocada por la enfermera ROSA FERNANDA ORTIZ VALENCIA a la 01:30 del día 03 de marzo de 2017; obsérvese entonces, que no le asiste razón a la apelante cuando aduce que la señora OFELIA permaneció sin atención médica durante varias días, pues del análisis de la historia clínica se evidencia que la señora OFELIA MENDEZ recibió atención oportunamente, iniciándose su tratamiento de conformidad con la “*Guía Protocolaria Adherencias*” de CLÍNICA LA ESTANCIA, según la cual, el manejo médico comporta “*la recomposición hidroelectrolítica*”, y “*la aspiración nasogástrica*”, como se procedió en el caso concreto, pues la radiografía tomada a la paciente, es sugestiva de una obstrucción parcial abdominal, iniciándose manejo conservador por sonda nasogástrica, acorde al requerimiento de la paciente, porque como lo indicó el Dr. OTTO GABRIEL MONZON la señora OFELIA requería atención urgente, pero no se trataba de una emergencia médica, porque no tenía “*signos de respuesta inflamatoria sistémica*”, y conforme a la historia clínica, tampoco se observan “*signos de irritación peritoneal*”.

Así las cosas, quedó establecido que a la señora OFELIA MENDEZ se le diagnóstico una “*obstrucción intestinal*” el mismo día de su ingreso a la Clínica por urgencias [2 de marzo de 2017], iniciándose manejo médico, sin que sea cierto, como se aduce en la demanda, que la señora OFELIA cursaba una “*peritonitis aguda severa*”, requiriendo tratamiento quirúrgico de urgencia. Aspecto éste, ampliamente dilucidado por los galenos dentro del presente asunto. Así el Dr. JORGE AUGUSTO HERRERA CHAPARRO, aduce que “*el apéndice no era el problema ahí, la apéndice era por continuidad digamos... porque estaba cerca... pero lo que estaba con problema era el intestino...*”, y en el mismo sentido obra la declaración rendida por el Dr. ROGER ORLANDO BONILLA, quien refiere, que en la primera cirugía se hizo resección de parte del intestino, la apéndice y el omento, estando en presencia de un proceso “*crónico*”, pues el intestino “*estaba atrapado y sufriendo...*”, haciéndose resección de el apéndice “*porque estaba con cierta inflamación*” [no de tipo infeccioso] y para “*evitar problemas tipo apendicitis*”, procedimiento que se realizó sin ninguna complicación. En este orden, también es preciso aclarar, que ninguna relación fáctica existe entre el asunto de la referencia, y el caso descrito en la sentencia que trae a colación la apelante en el escrito de sustentación del recurso [CSJ SC13925-2016, 24 ago. 2016, Rad. No. 05001-31-03-003-2005-00174-01], y prueba de ello, es la continuidad y oportunidad en la atención prestada a la señora OFELIA MENDEZ.

Distinto, es que la evolución de la paciente no haya sido satisfactoria, pese el tratamiento suministrado, evidenciándose una “*evolución estacionaria*” ante el diagnóstico “*obstrucción intestinal por adherencias o por bridas*”, que llevó a que el día 6 de marzo de 2017 a la paciente se le realizara una Laparotomía exploratoria, en la que el médico cirujano evidencia un “*gran fenómeno inflamatorio en la fosa pélvica*”, realizándose “*sección de adherencias peritoneales con bisturí*” + “*resección intestino delgado + anastomosis + apendicectomía + omentectomía*”, pero ante la inesperada respuesta de la paciente, afectada ahora por una “*insuficiencia respiratoria aguda*”, con abdomen distendido y dolor abdominal, fue necesario llevarla nuevamente al quirófano el 10 de marzo de 2017, para laparotomía exploratoria, donde se evidencia “*líquido libre en cavidad (de aspecto inflamatorio), adherencias peritoneales grado 3, fenómeno obstructivo parcial por adherencias que se liberan*”, siendo llevada la paciente a UCI, y pese el tratamiento médico suministrado, el 17 de marzo de 2017 se realiza “*Relaparotomía*” dejando en evidencia “*adherencias múltiples interasales*” y un “*severo síndrome adherencial*”, por el que se continuaron realizando otros procedimientos a la señora OFELIA MENDEZ, quien dadas sus particulares condiciones genera una sepsis severa de origen abdominal, y finalmente fallece el 9 de abril de 2017.

Recuérdese, que como reiteradamente lo indicaron los declarantes, las condiciones de la paciente no eran las mejores, lo que afectó su evolución médica, pues la señora OFELIA MENDEZ se sometió a un procedimiento de “*Resección de tumor de ovario por Laparotomía*” el 21 de febrero de 2017, y con ocasión del continuo dolor abdominal acudió en dos (2) oportunidades a urgencias de la ESE POPAYAN, y finalmente fue hospitalizada desde el 2 de marzo de 2017, situación que conforme lo expresado por los declarantes – galenos, denota que la señora no podía comer bien, lo que la afectó su sistema inmunológico, sumada su particular condición médica derivada de un “*síndrome adherencial severo*”, que conllevó una serie de complicaciones que le impidieron evolucionar satisfactoriamente a los diversos procedimientos quirúrgicos y tratamiento médico suministrado, como se evidencia claramente en los hallazgos descritos en las notas quirúrgicas del 10 de marzo y el 17 de marzo de 2017, en las que se describe un “*síndrome adherencial severo*”. Así, también dijo el Dr. OTTO GABRIEL MONZON BRAVO, quien realizó el procedimiento del 21 de febrero de 2017, haber “*encontrando bastantes adherencias en la cavidad pélvica...como un síndrome adherencial severo*”; y en el mismo sentido se pronunció el Dr. ROGER ORLANDO BONILLA, señalando que uno de los diagnósticos que se venía presentando desde antes de esa cirugía es que la señora tiene “*adherencias, o sea...un proceso de cicatrización dentro del*

abdomen muy intenso”, pues la cicatrización es un proceso que depende de cada persona, y *“la principal causa de la obstrucción intestinal es el diagnóstico que le hacemos inicialmente a la señora, esto es, que tenga un antecedente de cirugía previa”*, y la secuela del procedimiento, *“son que las cicatrices de dentro, son que los intestinos entre ellos se van pegando, por este proceso de cicatrización tan fuerte que tiene la señora”*, lo que causa problemas a futuro, como la obstrucción intestinal que es *“cuando el intestino deja de funcionar porque está atrapado en medio de estas adherencias o bridas”* que le *“disminuyen la luz”*, y ello lleva a que el paciente después de la cirugía sufra una distensión abdominal, ésto genera dolor, náuseas, vómito y ausencia de deposiciones, produciéndose una distensión abdominal secundaria a estas adherencias, que inicialmente se maneja con sonda nasogástrica y de no evolucionar el paciente, es preciso realizar un procedimiento quirúrgico para retirar las adherencias o bridas, pero *“aquí empieza un ciclo vicioso... si tú tienes un paciente que has operado y hace las adherencias... y la única solución que le tenemos es volverlo a operar para quitar eso pues que estamos generando, que nuevamente ese paciente haga a futuro un problema nuevamente de obstrucción. Por eso esta patología es difícil de manejar”*, pues la obstrucción intestinal por bridas *“realmente no tiene un manejo o una cura en pacientes que tienen esta tendencia, porque es un ciclo vicioso”*, y en el caso de esta paciente, conforme la nota operatoria del Dr. MONZÓN, ella *“ya venía con este problema”*, donde describe *“las adherencias...de las más graves que hay porque están totalmente pegadas al intestino”*, la señora ya tenía esa patología, y es así, como *“el Dr Monzón vuelve y las encuentra y hace su cirugía”*, luego la señora vuelve y se encuentran las adherencias, es decir, *“la señora es de esas pacientes que cicatriza mal...ya es un problema de cicatrización de la señora”*, entonces, como la señora tiene adherencias, y tiene el intestino inflamado, es preciso proceder quirúrgicamente, pero la evolución no fue favorable, pues *“volvimos... a encontrar nuevamente adherencias”*. Agrega, que las obstrucciones generan que el paciente no pueda comer, y las defensas *“caen”* y *“llegan las infecciones que son consecuencias de esto”*, en el caso de la paciente, *“vienen de unos...microorganismos que son propios de cada uno [“están en el organismo”], en este caso bacterias u hongos, esos no vienen de afuera... en este caso el intestino, la piel, las mucosas tienen sus propios microorganismos, y que si uno tiene las defensas bajas...no van a estar controlados”*, empiezan a reproducirse y *“se convierten en una enfermedad”*, a la señora le encontraron bacterias y hongos, *“microorganismos propios del organismo”* [descartándose una infección nosocomial, término que ya no se utiliza, ahora se alude a *“infecciones asociadas al cuidado de la salud”*], y aunque se inició el manejo antibiótico, *“hay que tener en cuenta que para que los*

antibióticos funcionen el sistema de defensas debe ser adecuado de lo contrario los antibióticos no van a hacer el efecto deseado”, y donde no hay defensas, no hay alimentación, los microorganismos se reproducen y “van a perpetuar la infección” y el paciente “no va a tener con qué responder”, lo que depende “de la contextura de cada paciente, de si tolera o no tolera adecuadamente los antibióticos para responder a una infección”, por lo que cada vez que se intervenía a la señora era más difícil, generándose una trombocitopenia secundaria al proceso infeccioso, no habiendo respondido la paciente satisfactoriamente al tratamiento antibiótico, al haber generado un proceso de desnutrición e infeccioso “por sus características propias”, y así el problema a nivel intestinal no tuvo evolución favorable, “no se pudo solucionar por las características propias de la paciente”, que genera adherencias, no puede comer, bajan sus defensas, y no responde favorablemente al tratamiento, siendo la causa de la muerte de la señora OFELIA “el problema de las adherencias,...se fueron pegando crónicamente los intestinos...todo lo que llevó al desenlace fatal fue basado en que el abdomen de la señora, tenía esa característica única de la señora, de no funcionar adecuadamente”.

Así mismo, se evidencia de lo expresado por los declarantes, que el proceso infeccioso desarrollado por la señora OFELIA MENDEZ, no es de carácter intrahospitalario, sino que por el contrario, es “propio de la paciente”, como lo explicó el Dr. ROGER ORLANDO BONILLA, y lo confirma el Dr. JORGE AUGUSTO HERRERA CHAPARRO, quienes afirman que pese haberse brindado a la paciente un tratamiento adecuado, así como un oportuno manejo quirúrgico y antibiótico, su respuesta “no fue adecuada”, pues luego empezó a tener una serie “de infecciones”, y la pregunta es ¿de dónde sale la infección?, a lo que señala: “nosotros mismos, nuestro intestino mismo tiene unos gérmenes... en este caso se nombra la *cándida*...es una microbiota normal...”, pero los “pacientes en cuidado intensivo, generalmente se contaminan más del 80% endógenamente, es decir, su intestino comienza mismo a invadir la parte sistémica del paciente, y nosotros tratamos de hacer controles locales... con algo que llamamos tener un abdomen abierto, que se llama laparostomía... y estarlo lavando”, todo lo cual se hace siguiendo “unas guías y protocolos”, frente a los que no respondió adecuadamente la paciente, dando paso a un sepsis generalizada.

En idéntico sentido se pronunció el Dr. GUILLERMO VALLEJO VALLECILLA, quien informa que esta paciente tenía algunos factores de riesgo que pueden haber determinado su desenlace, en primer lugar, un síndrome adherencial severo que se evidencia en las diversas cirugías realizadas durante su estancia hospitalaria, y

el problema infeccioso que desarrolló. Así, al preguntársele de dónde salen las bacterias, respondió, que una fuente *“es el mismo intestino”*, a la paciente se le encontró una obstrucción, no está roto el intestino, pero hay líquido *“que no es por ruptura del intestino”*, y ese líquido aporta unas levaduras que son rastros de hongos, y la *cándida albicans* es un hongo, lo que constituye un componente bacteriano de dicho líquido, aclarando, que el origen de las bacterias en el intestino se puede dar de dos formas, *“porque se rompe el intestino, y pasan directamente de intestino a la cavidad abdominal...o simplemente un fenómeno que se llama translocación bacteriana...se refiere a que el intestino pierde la impermeabilidad y...unas de esas bacterias se aprovechan de esa permeabilidad de esas paredes del intestino..., y pasa a la cavidad peritoneal”*, y se está frente a una paciente desnutrida porque desde el 21 de febrero que fue operada hasta cuando reconsulta *“seguramente no viene comiendo, cierto, pues si está obstruida cómo va a comer, y en la historia se refiere que ha vomitado y que no ha hecho deposiciones, la paciente viene con una desnutrición aguda, entonces eso condiciona que se permeabilice ese intestino y pasen bacterias”*, y así, las *“bacterias vienen del intestino”* [son gérmenes que pueden volverse agresivos e infectantes, generando un proceso séptico], siendo lo más probable que la *cándida* y el *enterobacter* *“haya pasado al peritoneo por translocación bacteriana”*, y para que un proceso infeccioso se resuelva necesita varios aspectos, *“uno es la intervención, otra es la historia natural de la enfermedad, y lo otro es la respuesta inmunológica del paciente”*, pero nada es suficiente *“si el paciente no tiene un condicionante inmunológico”*, porque *“está desnutrido...tiene un factor de riesgo como un cáncer... alguna otra enfermedad inmunológica de base, o toma esteroides o es trasplantado, pues son pacientes que no tienen mucho recurso propio para salir de infecciones y por eso la infección le gana al paciente, a pesar de los antibióticos”*,

Y además, conforme la literatura médica consultada, y lo expresado por los declarantes, especialistas en el área de la medicina, Dres. OTTO GABRIEL MONZON, ROGER ORLANDO BONILLA, JORGE AUGUSTO HERRERA CHAPARRO, y GUILLERMO VALLEJO VALLECILLA, el tratamiento conservador con sonda nasogástrica resulta ser la alternativa adecuada para iniciar el tratamiento de un paciente con obstrucción intestinal, y sólo ante la falta de respuesta del paciente, amerita un tratamiento quirúrgico, como se procedió en el presente asunto, donde incluso, la paciente mostró una leve mejoría al inicio del tratamiento médico, lo que infirma la presunta negligencia médica que sirve de fundamento a las pretensiones de la demanda. Aunado, que se trataba de una

paciente con antecedentes de “*síndrome adherencial severo*”, y cáncer de cérvix, por lo que de alguna manera como lo indican los deponentes, se encontraba inmunocomprometida y cursaba un estado de desnutrición severa producto de que desde hacía varios días no podía comer como consecuencia de la obstrucción intestinal secundaria a bridas o adherencias derivadas del proceso de cicatrización de la intervención quirúrgica realizada el 21 de febrero de 2017.

De otro lado, también se aduce por la parte apelante, que aunque se ordenó a la paciente hospitalización en UCI, tal requerimiento no se cumplió, “*ni siquiera en una sala de cuidados intermedios, trasladándose a la paciente a una sala de hospitalización general*”, lo que conllevó una ausencia de monitoreo; aserto que no es de recibo por la Corporación, porque si bien es cierto que previo a la cirugía realizada el 6 de marzo de 2017 se solicitó reservar cama en UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) posquirúrgica, sin embargo, consultada el área no había disponibilidad, tampoco en UCIN (Unidad de Cuidados Intermedios) de CLINIA LA ESTANCIA; razón por la que se dio inicio al trámite de traslado de la paciente a otro centro asistencial, como consta en las referidas notas de enfermería, siendo incluso admitida la paciente en la ciudad de Cali, en la Clínica Cristo Rey, estando a la espera de la ambulancia medicalizada para su traslado, pero ante “*la adecuada evolución clínica y gasimétrica*” por orden de la médico Anestesióloga se dispuso su traslado al área de hospitalización el día 8 de marzo de 2017 a las 17:01:09, traslado que conforme lo indicado en la historia clínica se hizo efectivo el día 8 de marzo de 2017 a las 19:51:52, mostrándose la paciente “*en estables condiciones generales, afebril, hidratada sin signos de irritación peritoneal*”, de donde se colige, que no es cierto que inmediatamente después de la cirugía la paciente fue trasladada al área de hospitalización, ni tampoco la “*ausencia de monitoreo*” de la paciente, pues tales afirmaciones no pasan de ser un mero dicho de la apelante, porque conforme lo indicado en la historia clínica [detallada con anterioridad], la evolución de la paciente siempre estuvo bajo el cuidado de médicos especialistas, quienes continuaron supervisando el tratamiento farmacológico y los diversos exámenes que se realizaron a la paciente. Frente al tema, explicaron los deponentes, que a la paciente se le brindaron los cuidados necesarios, según lo indicó el Dr. ROGER ORLANDO BONILLA, para el momento en que la paciente salió de cirugía, no había disponibilidad de cama UCI, pero “*mientras se espera hay un área donde la paciente cuenta con enfermera, auxiliar, médico y una monitorización continua de los signos vitales mientras que esa paciente puede tener un acceso a una cama en UCI*”, donde se le dan los cuidados necesarios, y como la paciente se mantuvo “*estable, no hubo deterioro en los signos vitales, no hubo ningún efecto*

contrario...pudo ser trasladada a una unidad de hospitalización”, sin que ello influya en la atención, y por su parte, el Dr. HERRERA CHAPARRO indicó “tenemos unidades que se llaman unidades de cuidados intermedios, que no son intensivos...que están especializadas en hacer la parte del manejo sin entubar el paciente pero se hace el mismo manejo intermedio del paciente”. En el mismo orden, el Dr. GUILLERMO VALLEJO VALLECILLA, refirió que la paciente tanto en la unidad de cuidados intensivos como en la unidad de cuidados intermedios, “sigue recibiendo antibióticos, líquidos endovenosos, valoraciones diarias por especialistas, entonces desde el punto de vista de logística, seguimiento, profesionales y exámenes sigue siendo lo mismo”.

En cuanto a la falta de disponibilidad de “gases arteriales” para el día 20 de marzo de 2017 [Evolución del Dr. LUIS EDUARDO SARRIA AYERBE en la que indica: “se requiere seguimiento con gases arteriales los cuales no se disponen en la institución en el momento por lo que se inician tramites de remisión”], sea del caso precisar, que no se demostró la relación de conexidad entre la ausencia de “gases arteriales” en la CLINICA ese preciso día [dado que la historia clínica da cuenta de las diversas oportunidades en que se toma muestra de gases arteriales a la paciente], y el deceso de la paciente, o incluso, el deterioro de su estado de salud, porque conforme lo indicado por el Dr. ROGER ORLANDO BONILLA, estos sólo “orientan” sobre el estado del paciente, y por lo tanto, “si no hay gases arteriales no significa que no podamos darle toda la atención necesaria” o “tomar decisiones adecuadamente”; criterio que reitera el Dr. HERRERA – Jefe de Cirugía de la CLÍNICA LA ESTANCIA, al explicar, que “si estaba en cuidados intensivos supuestamente, son...situaciones que son secundarias” que “no influyen para que un paciente en determinado momento pueda fallecer porque no tiene gases, porque pues para eso uno tiene otros parámetros que puede manejar..”.

Recuérdese además, que de acuerdo con la jurisprudencia desarrollada por la Honorable Corte Suprema de Justicia - Sala de Casación Civil, tratándose de asuntos de responsabilidad médica, cobra importancia la práctica de un dictamen pericial que permita al juez dilucidar la causa efectiva del daño²¹; medio de prueba

²¹ CSJ SC003-2018, 12 ene. 2018, Radicación: 2012-00445-01, manifestó: “...la historia clínica, en sí misma, no revela los errores médicos imputados a los demandados. Esto, desde luego, no significa la postulación de una tarifa probatoria en materia de responsabilidad médica o de cualquier otra disciplina objeto de juzgamiento. Tratándose de asuntos médicos, cuyos conocimientos son especializados, se requiere esencialmente que las pruebas de esa modalidad demuestren la mala praxis.

Existiendo en la materia libertad probatoria, al ser el juez ajeno al conocimiento médico, la Corte tiene sentado que “(...) un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar (...) sobre las reglas (...) que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga (...)”²¹. **Las historias clínicas y las fórmulas médicas, por lo tanto, en línea de principio, por sí, se insiste, no serían**

que en el caso concreto se echa de menos, pues la parte interesada – demandante, solamente allegó al acervo probatorio la copia de la historia clínica de la paciente, que por cierto, da cuenta paso a paso, día a día, de la atención esmerada prestada a la paciente por los diversos galenos, y además, es corroborada con los testimonios de los especialistas traídos por la parte demandada, quienes dan cuenta que todos los procedimientos practicados a la señora OFELIA MENDEZ se enmarcaron en la *lex artis*, respetando las guías y protocolos para el manejo de la obstrucción intestinal secundaria a bridas.

Así, conforme a los elementos de convicción allegados al expediente, ninguna responsabilidad puede atribuirse a la entidad demandada, pues la atención prestada a la paciente se ajusta a la *lex artis*, y prueba de ello, es que la paciente evolucionó favorablemente al inicio del tratamiento con sonda nasogástrica, pero las complicaciones propias de la paciente llevaron a iniciar un tratamiento quirúrgico, que se brindó oportunamente, pero al que no respondió favorablemente la señora OFELIA MENDEZ, quien posteriormente desarrolló un proceso infeccioso que no fue capaz de superar, pese el tratamiento quirúrgico [limpieza de la cavidad abdominal] y antibiótico brindado.

En este orden de ideas, correspondía a la parte actora demostrar de manera técnico - científica que hubo negligencia en la prestación del servicio de salud, y no proceder en tal sentido, da paso a denegar las pretensiones de la demanda, pues la negligencia que se endilga a la demandada, y que se dice desencadenó en el fallecimiento de la señora OFELIA MENDEZ, no pasa de ser una mera especulación, no admisible en los casos de responsabilidad médica²².

Por último, no se accederá a la solicitud de exoneración de costas para los demandantes, pedida en el escrito de sustentación del recurso de apelación, bajo el argumento de que se trata de personas “campesinas”, sin una profesión, y que carecen de recursos, pues de considerar la profesional del derecho que sus prohijados no se hallaban en capacidad de atender los gastos del proceso sin menoscabo de lo necesario para su propia subsistencia, incluido, el valor de las costas procesales, bien pudo acudir al beneficio de amparo de pobreza, previsto

bastantes para dejar sentado con certeza los elementos de la responsabilidad de que se trata, porque sin la ayuda de otros medios de convicción que las interpretara, andaría el juez a tuestas en orden a determinar, según se explicó en el mismo antecedente inmediatamente citado, “(...) si lo que se estaba haciendo en la clínica era o no un tratamiento adecuado y pertinente según las reglas del arte (...)”...

²² CSJ SC1815-2017, 15 feb. 2017, Rad. No. 2002-01182-01, en la que se puntualizó: “...tórñase importante advertir que la cuestión aquí, como en todos los casos de responsabilidad médica, es determinar si las actuaciones realizadas en desarrollo de la atención que se brindó a la víctima, guardan o no conformidad con la *lex artis*, **sin que, por lo tanto, haya lugar a especular sobre si, con la utilización de unos procedimientos distintos, se hubiera evitado la afectación sufrida por el paciente o conseguido otro resultado**”.

en el artículo 151 y s.s. del C.G.P., y para cuyo reconocimiento, como lo señala la sentencia T – 339 de 2018, traída a colación por la parte actora, *“deben cumplirse, en todos los casos, dos presupuestos fácticos esenciales. En primer lugar, debe presentarse la solicitud de amparo de pobreza de manera personal, afirmando bajo juramento que está en las condiciones previstas en el artículo 151 del Código General del Proceso. En otras palabras, la persona interesada **debe presentar una petición formal y juramentada ante el juez competente...** su procedencia, en específico, dependerá de la solicitud que haga la persona que no cuenta con la capacidad económica sufragar los gastos del proceso, constituyéndose en una carga procesal para la parte o el interviniente que pretenda beneficiarse de esta institución. En segundo término, este beneficio no puede otorgarse a todas las personas que de manera indiscriminada lo soliciten, sino únicamente a aquellas que **reúnan objetivamente las condiciones para su reconocimiento**, a saber, que soliciten de forma personal y **motivada** el amparo, y **acrediten** la situación socioeconómica que lo hace procedente”*, sin que en el caso concreto, la parte actora haya elevado tal solicitud. Ahora bien, en cuanto al monto de las agencias en derecho impuestas por el funcionario de primer grado, bien puede la parte actora hacer uso de los recursos dispuestos por el legislador contra el auto que apruebe la liquidación de costas, en los precisos términos del numeral 5° del artículo 366 del C.G.P.

5. Decisión:

Sin más consideraciones, se procederá a confirmar la sentencia apelada proferida el 27 de enero de 2022, por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Popayán, dada la falta de elementos probatorios que acrediten con claridad y persuasión la *“negligencia médica”* que se atribuye a la entidad demandada y su relación de conexidad con el daño, y por lo tanto, no acreditados los elementos estructurales de la responsabilidad civil extracontractual que se endilga a la CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., las pretensiones de la demanda no encuentran ninguna prosperidad, y tampoco es procedente exonerar de costas a la parte demandante.

6. Costas:

De conformidad con el artículo 365 del Código General del Proceso, y el Acuerdo No. PSAA16-10554 del 05 de agosto de 2016 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, se condenará en costas a la parte apelante (demandante), en la suma equivalente a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Popayán - Sala Civil Familia, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: Confirmar la sentencia apelada, proferida el 27 de enero de 2022 por el JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE POPAYÁN, por las razones indicadas con anterioridad.

SEGUNDO: Condenar en costas a la parte apelante (demandante). Tásense

TERCERO: Señalar como agencias en derecho en esta instancia la suma equivalente a dos (02) salarios mínimos legales mensuales vigentes, que será incluida en la liquidación de costas. La liquidación se surtirá en la forma y términos previstos en el artículo 366 del Código General del Proceso.

CUARTO: Devolver las actuaciones al juzgado de origen²³, previas las anotaciones correspondientes.

Notifíquese y cúmplase,



DORIS YOLANDA RODRÍGUEZ CHACÓN
Magistrada



MANUEL ANTONIO BURBANO GOYES
Magistrado



JAIME LEONARDO CHAPARRO PERALTA
Magistrado

²³ Teniendo en cuenta que el trámite del recurso se surtió con base en las actuaciones digitales que integran el expediente.