



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL TOLIMA
MAGISTRADO PONENTE: LUÍS EDUARDO COLLAZOS OLAYA
Ibagué, nueve (9) de septiembre de dos mil veintiuno (2021)

RADICACIÓN: 73001-33-33-007-2014-00580-02
INTERNO: 2017-1459
ACCIÓN: REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE: LUZ STELLA CADENA NIÑO – OTROS
APODERADO: FRANCISCO REINA
DEMANDADO: CAPRECOM EPS
APODERADO: TRUJILLO POLANIA ASOCIADOS SAS Representado
legalmente por Omar Trujillo Polania
DEMANDADO: HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTAS ESE
APODERADA: LEIXY KARINA LASTRA GÓMEZ
LLAMADO EN GRANTÍA: PREVISORA SA
APODERADA: OSCAR IVÁN VILLANUEVA SEPULVEDA
TEMA: FALLA MÉDICA

Decide la Sala el recurso de apelación interpuesto por parte demandante en contra de la sentencia del 30 de octubre de 2017, proferida por el Juzgado Séptimo Administrativo del Circuito Judicial de Ibagué, por medio de la cual se negaron las pretensiones.

1. ANTECEDENTES

La parte demandante, en ejercicio del medio de control de reparación directa, mediante apoderado, promovió demanda en contra de las entidades demandadas, con el fin de que se declaren administrativa y patrimonialmente responsables por los perjuicios morales, daño a la vida en relación y pérdida de la oportunidad o chance, causados a los demandantes por la falla médica que originó la muerte de Sara Emilia Niño de Cadena (qepd).

Que se condene a las demandadas a pagar a favor de los demandantes los perjuicios por la pérdida de la oportunidad o chance, así: i) A favor de Luz Stella Cadena Niño como hija, Joham Andrés Tapiero Cadena Jhonatan Eduard Tapiero Cadena, Cristian Javier Tapiero Cadena y Rikson Geovanny Tapiero Cadena, en calidad de nietos la suma de 50 SMLMV para cada uno de ellos, y ii) a favor de Graciela Castro Niño, Ligia Castro Niño y Blanca Nelly Niño, en calidad de hermanas la suma de 25 SMLMV.

Que se ordene a las demandadas reconocer a favor de los demandantes perjuicios morales, así: i) A favor de Luz Stella Cadena Niño como hija, Joham Andrés Tapiero Cadena Jhonatan Eduard Tapiero Cadena, Cristian Javier Tapiero Cadena y Rikson Geovanny Tapiero Cadena, en calidad de nietos la suma de 100 SMLMV para cada uno de ellos y ii) a favor de Graciela Castro Niño, Ligia Castro Niño y Blanca Nelly Niño, en calidad de hermanas la suma de 50 SMLMV.

Que se condene a las demandadas a reconocer a favor de los demandantes los perjuicios por daño a la vida en relación, así: i) A favor de Luz Stella Cadena Niño como hija, Joham Andrés Tapiero Cadena Jhonatan Eduard Tapiero Cadena, Cristian Javier Tapiero Cadena y Rikson Geovanny Tapiero Cadena, en calidad de nietos la suma de 100 SMLMV para cada uno de ellos y ii) a favor de Graciela Castro Niño, Ligia Castro Niño y Blanca Nelly Niño, en calidad de hermanas la suma de 50 SMLMV.

Que se ordene a las demandadas actualizar los valores reconocidos.

2. HECHOS

Los que tienen relevancia jurídica son los siguientes:

2.1 El 31 de mayo de 2011, Sara Emilia Niño de Cadena (qepd) asistió a las urgencias del Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué, por quebrantos de salud, en donde le ordenaron una serie de exámenes, con los que le fue diagnosticado “*Aneurisma de la Aorta Abdominal*”; por lo que el médico tratante ordenó un tratamiento integral por cirugía endovascular.

2.2 Debido a los largos meses de hospitalización y ante la negativa de las demandadas de prestar el servicio requerido, se instauró una acción de tutela, el 6 de julio de 2011; y el Juzgado Tercero Administrativo del Circuito de Ibagué, el 18 de julio de 2011, amparó el derecho fundamental a la salud, ordenando a la EPSSCAPRECOM garantizar el procedimiento, tratamiento, cirugía y demás para la patología padecida por Sara Emilia Niño Cadena (qepd).

2.2 Que la EPSS incumplió lo ordenado en el fallo de tutela, por lo que el 13 de septiembre de 2011, se inició incidente de desacato, y dentro de este, el Director Territorial de la EPSS, aportó autorización NUA 3988925 del 19 de septiembre de 2011 de la consulta por medicina especializada para cirugía clínica de Hipertensión y cuidados coronarios CHACC Bogotá, documento que le fue puesto en conocimiento de la accionante, quien indicó que la entidad seguía con trabas para la realización de la cirugía requerida, por lo que se decretó prueba de oficio; así, es que dentro del trámite del incidente la EPSS indicó que mediante autorización No. NUA 4495119 del 16 de diciembre de 2011 estaba autorizado el servicio y que el usuario debía dirigirse a DIACORSA Instituto del Corazón de Ibagué, para el procedimiento, lo anterior fue puesto en conocimiento a la incidentante el 17 de enero de 2012.

2.3 Que Luz Stella Cadena hija de Sara Emilia Niño (qepd) y quien era la tutelante guardó silencio frente a la autorización puesta en conocimiento en el incidente de desacato, pues, dicha autorización se emitió 10 días después del fallecimiento de la paciente.

2.4 El 9 de febrero de 2012 se dio por terminado el incidente de desacato, con decisión excluyente de responsabilidad de CAPRECOM EPS-S, decisión fundada en el silencio de la incidentante pero no por la efectividad en la prestación del servicio de salud, ya que a la fecha de emitir autorización para el procedimiento requerido la paciente ya había fallecido.

3. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

3.1 HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE DE IBAGUÉ

Sostuvo que se opone a las pretensiones de la demanda por carecer de fundamentos de hecho y de derecho.

Que los profesionales que atendieron a Sara Emilia Niño de Cadena (qepd) estuvieron ceñidos a la *lex artis*, de conformidad a lo establecido en la Ley 23 de 1981, en sus artículos 1 al 12 y brindaron todos los medios que estuvieron a su alcance, es decir, que el obrar médico fue diligente y acorde con la capacidad técnica del Hospital, y la cirugía endovascular no fue prestada porque no contaba con los recursos que se requieren para su realización; de todas formas la acción está centrada en la falta de oportunidad de la EPSS CAPRECOM, lo cual es ajena a la responsabilidad de la institución hospitalaria.

Que se trató de una paciente con una patología aortica compleja quien requería manejo especializado con equipos y recursos con los que no contaba el hospital demandado y por lo cual se hicieron las remisiones oportunas; sin embargo, el sitio de atención que el paciente requería es responsabilidad de la EPSS, pues, mientras estuvo en esta institución recibió todos los servicios y atenciones necesarias para su condición en la medida de los recursos que estaban disponibles; pero presentó complicaciones inherentes a su patología y por esta razón falleció.

Que CAPRECOM EPSS es el responsable exclusivo de los perjuicios causados, pues, es el asegurador el responsable de contar con un red que garantice los servicios que demandan sus usuarios, lo cual en el caso en concreto se traduce en la posibilidad de haberle brindado una clínica o IPS que contara dentro de su portafolio de servicios con la práctica de cirugía endovascular; pues, la muerte devino en la demora en la remisión aun centro de mayor complejidad que realizara la cirugía ordenada por los médicos tratantes, sin que en ese contexto exista responsabilidad del hospital.

Que el Hospital no debe ser tenido en cuenta como un sujeto pasivo de la acción, porque los hechos materia de la *litis* no fueron ocasionados por la acción u omisión de esa entidad, sin que el demandante haya probado la falla en el servicio en que pudo incurrir esta entidad.

Que no obran medio de convicción que permitan deducir la responsabilidad de la entidad hospitalaria, pues, resulta más clara la responsabilidad de CAPRECOM EPS-S, pues era el responsable del aseguramiento a sus usuarios, y debía contar con una red de prestadores de servicios de salud, que garantizaran todos los tratamientos que sean requeridos.

3.2 CAPRECOM EPS-S

Guardó silencio

3.3 LLAMADO EN GARANTÍA - LA PREVISORA SA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Indicó que se opone a todas y cada una de las pretensiones, ya que son improcedentes al no existir material probatorio que las sustente.

Que no existe obligación legal, contractual o extracontractual por parte de la entidad de seguros para indemnizar a los actores, más aun, cuando no se probó la existencia del daño en cabeza de cada una de las entidades demandadas.

Que contrario a lo afirmado en la demanda, obra en el proceso la debida actuación del personal médico y de enfermeras pertenecientes a estas instituciones médicas y no existe relación de causalidad entre los actos del servicio y lo alegado por el actor, ya que los procedimientos se practicaron conforme a los protocolos establecidos.

Que el daño alegado no surgió por la mala atención o errores en el procedimiento médico, sino al hecho que el demandante presentó una patología que puso en riesgo su vida, pero debido al servicio médico que se le prestó se salvó la misma.

Que la acción de reparación directa desborda dentro de sus pretensiones el límite del valor asegurado dentro de unos amparos de daño moral, y en caso de una hipotética condena, la aseguradora solo responderá hasta el límite asegurado, conforme a la póliza No. 1002129.

Que estas pólizas operan por reclamación, es decir, la cobertura de responsabilidad civil claims made, la cual exige que tanto el hecho originador de la responsabilidad civil como el reclamo ocurran durante la vigencia de la póliza.

Propuso las excepciones de: Inexistencia de los elementos estructurales de la responsabilidad, inexistencia del daño, inexistencia de mala atención médica o mala praxis médica, inexistencia y falta de acreditación de la obligación que se pretende se indemnice, inexistencia de la obligación a indemnizar y la genérica.

4. SENTENCIA IMPUGNADA

El Juzgado Séptimo Administrativo del Circuito Judicial de Ibagué, el día 30 de octubre de 2017, negó las pretensiones, tras considerar que la parte actora no acreditó el daño alegado en la demanda, siendo una carga que le correspondía, y de esa manera no están probadas las acciones u omisiones por parte del Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué, y finalmente, no existe relación de causalidad entre la omisión de Caprecom EPS-S y los perjuicios alegados por los demandantes, motivo por el cual no hay lugar de ordenar resarcimiento a favor de ellos.

5. RECURSO DE APELACIÓN

La parte demandante en su apelación indicó que su inconformidad radicó en dos puntos, el primero, relacionado con la demostración del daño (fallecimiento de Sara Emilia Niño

de Cadena) ante la supuesta ausencia del registro civil de defunción y el segundo, la ausencia del nexo causal.

Que, en relación con la demostración del daño, indicó que ninguna de las partes cuestionó el hecho de la muerte de Sara Emilia Niño (qepd), pues, dicho supuesto lo dieron, por cierto, sin que haya sido objeto de discusión y los documentos que lo acreditan fueron incorporados al trámite sin objeción alguna; sin que se entienda porque el operador judicial sostiene ausencia de prueba, pues, nunca se cuestionó esa circunstancia.

Que además de lo anterior la muerte de Sara Emilia Niño de Cadena (qepd) fue certificada por el médico tratante tal y como obra en la historia clínica, donde reposa el certificado de defunción; por lo que se debe tener por probado el hecho dañoso; ya sea porque fue aportado el registro civil de defunción o porque el hecho no fue cuestionado, y en caso de duda, dar aplicación al principio de prevalencia de la primacía del derecho sustancial sobre el procesal, teniendo en cuenta los demás elementos probatorios aportados.

Que, frente al segundo punto de inconformidad relacionado con el nexo causal, este se encuentra igualmente acreditado.

Que en el expediente obra concepto emitido por Especialista del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, en donde consta que la paciente ingresó con diagnóstico de ruptura del aneurisma; y que se trataba de una patología aortica compleja quien requería manejo especializado con equipos y recursos con los que el hospital no contaba, por lo que se ordenaron remisiones, pero se presentaron complicaciones inherentes a su patología y por esa razón falleció.

Que, por otra parte, el perito determinó que la paciente tenía una aneurisma disecante de la aorta torácica y abdominal hasta por debajo del tronco celiaco y la presencia de una aneurisma abdominal; y que, en el mes de junio de 2011, el Dr. Alberto Gutiérrez estableció que la paciente presentó una disección de la aorta tipo B.

Que, en agosto de 2011, en valoración por cirugía vascular, se consideró la necesidad de cirugía y se solicitó valoración y procedimiento, conclusión a la que se llegó al presentarse complicaciones de embolismo distal con compromiso de vasos de pie.

Que según el perito, la tasa de mortalidad de pacientes con disección aortica sin tratamiento es elevada, después de tres meses, término a partir del cual la mortalidad excede el 90%, donde el 20% muere el primer día subsiguiente y el restante durante las dos semanas siguientes, tiempo que sobrepasa la víctima, tal y como se evidencia en la historia clínica, donde fueron más de tres meses los que se tardó la EPSS en autorizar y realizar la valoración, por ende el concepto del tratamiento quirúrgico varió según lo expuesto por el perito, toda vez que la disección es una patología degenerativa, considerando tratamiento no quirúrgico ante las complicaciones devenidas por el paso del tiempo, es decir, a esa altura de tiempo el criterio del profesional fue la inoperabilidad

de la paciente, en razón al aumento de los riesgos, el cual como se demostró juega un papel importante en el éxito de los tratamientos de dichas enfermedades.

Que pese a las otras patologías y antecedentes que presentó la paciente, existía una posibilidad de éxito en la cirugía, y así lo manifestó el perito, quien expuso que la mortalidad de personas en condiciones similares a las de la paciente, es de un 70%, es decir, existía un margen o probabilidad de éxito de un 30%, siendo cuestionable la tardanza de la entidad demandada para autorizar la valoración a su tiempo, la cual tuvo incidencia en el daño, pues, la valoración no especializada, fue en junio de 2011, y la especializada en agosto del mismo año, es decir, trascurrieron los dos meses; por lo que al ser valorada de manera adecuada en el Instituto del Corazón de Ibagué, el tratamiento de cirugía ya no era posible por las complicaciones inherentes al paso del tiempo y consecuentes a las enfermedades.

Que de la historia clínica se pudo descartó que la causa del fallecimiento hubiera tenido su génesis en la cetoacidosis diabética, máxime si dicha patología no genera dolor como lo dijo el perito y fueron los dolores abdominales los que hicieron acudir a la paciente a urgencias, es decir, que todos los síntomas que presentó Sara Emilia Niño de Cadena (qepd) dan lugar a inferir que la causa se debió a la disección de la aorta.

Que del material probatorio aportado al proceso se pudo comprobar la falla en el servicio, pues, el desorden administrativo de Caprecom EPSS y ausencia de gestiones pertinentes y urgentes tendientes a lograr la valoración especializada y tratamiento requerido culminó en el deceso de la paciente.

Que en este asunto hubo una pérdida de oportunidad porque existían posibilidades y probabilidades de llevar a cabo un tratamiento exitoso, que hubiese prolongado la vida de la paciente, pues, las mismas no estaban del todo descartadas, máxime que las patologías se conocieron en tiempo y existió orden judicial de tutela desatendida, por tanto, de haberse realizado las actuaciones necesarias en un tiempo razonable y sin tanta negación de servicio, pese a que en el Hospital Federico Lleras Acosta se insistió constantemente en la valoración y se efectuaron un sin número de intentos en diferentes entidades de salud para llevar a cabo una atención adecuada, se hubiese evitado el desenlace final, que fue la muerte de Sara Emilia Niño de Cadena (qepd).

Por lo anterior, solicitó se revoque la sentencia de primera instancia, y en su lugar se accedan a las pretensiones.

6. TRÁMITE PROCESAL

Mediante auto del día 19 de noviembre de 2017, se admitió el recurso de apelación, y el 29 de enero de 2018, se corrió traslado a las partes, por término de 10 días, para que presentaran sus alegatos de conclusión y al agente del Ministerio Público, por un término igual, para que rindiera su concepto; oportunidad en la que la parte demandante y demandada Hospital Federico Lleras Acosta ESE, quienes reiteraron los argumentos expuestos en sus respectivos escritos.

7. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS DE LA SALA

7.1. COMPETENCIA

Es competente el Tribunal Administrativo del Tolima para conocer del presente asunto, conforme a lo dispuesto por el artículo 73 y siguientes de la Ley 270 de 1996 y por los artículos 153 y 243 de la Ley 1437 del 2011, en concordancia con el art. 328 del CGP.

7.2. PROBLEMA JURÍDICO

Corresponde determinar, si

- i) Se encuentra acreditado el daño antijurídico alegado por la parte demandante con ocasión al fallecimiento de Sara Emilia Niño de Cadena (qepd) en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué ESE, el 6 de diciembre de 2011.
- ii) Existió la falla médica alegada que terminó con el fallecimiento de Sara Emilia Niño de Cadena (qepd).
- iii) Existió demora en trámites administrativos por parte de CAPRECOM EPS-S para la remisión de la paciente a centro especializado para consulta por cirugía cardiovascular; en caso afirmativo, esa fue la causa que originó el daño.

7.3. RESPONSABILIDAD DEL ESTADO

A partir de la Constitución Política de 1991, las entidades públicas deben responder patrimonialmente por los daños antijurídicos que causen por acción u omisión siempre que les sean imputables¹, y no es que anteriormente no respondieran, es sólo que con su vigencia, ella dispuso en un articulado ese sentido.

Nuestro órgano de cierre² aduce que *“Esta norma, que se erige como el punto de partida en la estructura de la responsabilidad Estatal en Colombia, afianza sus raíces en los pilares fundamentales de la conformación del Estado Colombiano, contenidos en el artículo 1 superior, a saber, la dignidad humana, el trabajo, la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”*. De igual forma, con ponencia de Jaime Orlando Santofimio, en sentencia del 09 de mayo de 2011, radicación No.: 54001-23-31-000-1994-08654-01(19976), expresó:

¹ La *“responsabilidad patrimonial del Estado se presenta entonces como un mecanismo de protección de los administrados frente al aumento de la actividad del poder público, el cual puede ocasionar daños, que son resultado normal y legítimo de la propia actividad pública, al margen de cualquier conducta culposa o ilícita de las autoridades, por lo cual se requiere una mayor garantía jurídica a la órbita patrimonial de los particulares. Por ello el actual régimen constitucional establece entonces la obligación jurídica a cargo del estado de responder por los perjuicios antijurídicos que hayan sido cometidos por la acción u omisión de las autoridades públicas, lo cual implica que una vez causado el perjuicio antijurídico y éste sea imputable al Estado, se origina un traslado patrimonial del Estado al patrimonio de la víctima por medio del deber de indemnización”*. Corte Constitucional, Sentencia C-333 de 1996. Postura que fue seguida en la sentencia C-892 de 2001, considerándose que el artículo 90 de la Carta Política *“consagra también un régimen único de responsabilidad, a la manera de una cláusula general, que comprende todos los daños antijurídicos causados por las actuaciones y abstenciones de los entes públicos”*. Corte Constitucional, sentencia C-892 de 2001.

² Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, C.P.: Olga Mélida Valle De La Hoz, en sentencia del 30 de enero de 2013, radicación No.: 25000-23-26-000-2001-01156-01(25573).

“Según lo prescrito en el artículo 90 de la Constitución, la responsabilidad extracontractual del Estado tiene como fundamento la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado, y la imputación del mismo a la administración pública tanto por la acción, como por la omisión. Dicha imputación exige analizar dos esferas: a) el ámbito fáctico, y; b) la imputación jurídica, en la que se debe determinar: i) la atribución conforme a un deber jurídico (que opera conforme a los distintos títulos de imputación consolidados en el precedente de la Sala: falla o falta en la prestación del servicio –simple, presunta y probada-; daño especial –desequilibrio de las cargas públicas, daño anormal-; riesgo excepcional), y; adicionalmente a lo anterior, resulta relevante tener en cuenta los aspectos de la teoría de la imputación objetiva de la responsabilidad patrimonial del Estado.

(...)

Sin duda, en la actualidad todo régimen de responsabilidad patrimonial del Estado exige la afirmación del principio de imputabilidad, según el cual, la indemnización del daño antijurídico cabe achacarla al Estado cuando haya el sustento fáctico y la atribución jurídica. Debe quedar claro, que el derecho no puede apartarse de las “estructuras reales si quiere tener alguna eficacia sobre las mismas”.

En cuanto a esto, cabe precisar que la tendencia de la responsabilidad del Estado en la actualidad está marcada por la imputación objetiva, título autónomo que “parte de los límites de lo previsible por una persona prudente a la hora de adoptar las decisiones”. Siendo esto así, la imputación objetiva implica la “atribución”, lo que denota en lenguaje filosófico-jurídico una prescripción, más que una descripción. Luego, la contribución que nos ofrece la imputación objetiva, cuando hay lugar a su aplicación, es la de rechazar la simple averiguación descriptiva, instrumental y empírica de “cuando un resultado lesivo es verdaderamente obra del autor de una determinada conducta”.

Esto, sin duda, es un aporte que se representa en lo considerado por Larenz según el cual había necesidad de “excluir del concepto de acción sus efectos imprevisibles, por entender que éstos no pueden considerarse obra del autor de la acción, sino obra del azar”. Con lo anterior, se logra superar, definitivamente, en el juicio de responsabilidad, la aplicación tanto de la teoría de la equivalencia de condiciones, como de la causalidad adecuada, ofreciéndose como un correctivo de la causalidad, donde será determinante la magnitud del riesgo y su carácter permisible o no.”

En consecuencia, se hace necesario dilucidar en el caso concreto si se configuran los elementos legales para que surja el deber del Estado de responder, esto es, el daño antijurídico, la imputabilidad del mismo al demandado y el nexo causal entre uno y otro.

7.3.1. El daño ha sido tradicionalmente entendido como aquel menoscabo o detrimento que sufre una persona y que puede ser patrimonial o extrapatrimonial; sin embargo, para que genere responsabilidad debe ser: cierto, personal y antijurídico. Es cierto cuando efectivamente ocurre de tal suerte que el *hipotético no puede ser indemnizado*. Así mismo, cuando se menciona que sea personal, se refiere que sólo su víctima está legitimada para la reclamación. El Consejo de Estado³ ha señalado: “*El concepto del daño*

³ Sección Tercera, Subsección A, C. P.: Hernan Andrade Rincón, en sentencia del 26 de mayo 2011, radicación No.: 19001-23-31-000-1998-03400-01(20097),

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

En otro fallo⁴ indicó: “En cuanto al daño antijurídico, debe quedar claro que es un concepto que es constante en la jurisprudencia del Consejo Estado, que debe ser objeto de adecuación y actualización a la luz de los principios del Estado Social de Derecho”, y que la “Corte Constitucional ha entendido que esta acepción del daño antijurídico como fundamento del deber de reparación estatal armoniza plenamente con los principios y valores propios del Estado Social de Derecho debido a que al Estado corresponde la salvaguarda de los derechos y libertades de los administrados frente a la propia Administración”.

El precedente jurisprudencial constitucional considera que el daño antijurídico se encuadra en los “*principios consagrados en la Constitución, tales como la solidaridad (Art. 1º) y la igualdad (Art. 13), y en la garantía integral del patrimonio de los ciudadanos, prevista por los artículos 2º y 58 de la Constitución*”⁵. En efecto, el daño antijurídico se concibe como aquel que la víctima no está obligada a soportar y por tanto, resulta jurídico si se constituye en una carga pública, o, antijurídico si es consecuencia del desconocimiento por parte del mismo Estado del derecho legalmente protegido, dando como resultado el no tener el deber legal de soportarlo.

7.3.2. De la imputación. Al respecto se ha distinguido entre la imputación fáctica (*imputatio facti*) y la imputación jurídica (*imputatio iure*) con el objeto de determinar quién debe entrar a resarcir el daño causado. Así, Enrique Gil Botero, en el salvamento de voto que hace a la sentencia del 26 de mayo de 2010⁶ expresó:

“Ahora bien, en materia del llamado nexo causal, debe precisarse una vez más que este constituye un concepto estrictamente naturalístico que sirve de soporte o elemento necesario a la configuración del daño, otra cosa diferente es que cualquier tipo de análisis de imputación, supone, prima facie, un estudio en términos de atribuibilidad material (imputatio facti u objetiva), a partir del cual se determina el origen de un específico resultado que se adjudica a un obrar – acción u omisión-, que podría interpretarse como causalidad material, pero que no lo es jurídicamente hablando porque pertenece al concepto o posibilidad de referir un acto a la conducta humana, que es lo que se conoce como imputación.

No obstante lo anterior, la denominada imputación jurídica (imputatio iure) supone el establecer el fundamento o razón de la obligación de reparar o indemnizar determinado perjuicio derivado de la materialización de un daño antijurídico, y allí es donde intervienen los títulos de imputación que corresponden a los diferentes sistemas o regímenes de responsabilidad que tienen cabida tal como lo ha dicho la jurisprudencia en el artículo 90 de la Constitución Política⁷.”

⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C, C.P.: Jaime Orlando Santofimio, en sentencia del 09 de mayo de 2011, radicación No.: 54001-23-31-000-1994-08654-01(19976).

⁵ Corte Constitucional, sentencia C-333 de 1996; C-832 de 2001.

⁶ Radicación No. 05001-23-26-000-1994-02405-01(18590) C.P.: Dr. Mauricio Fajardo Gómez,

⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de julio 12 de 1993, expediente 7622, M.P. Carlos Betancur Jaramillo.

El Estado, entonces, es responsable extracontractualmente una vez se haya configurado la existencia de un daño antijurídico y la imputación del mismo desde el punto de vista fáctico y jurídico y, siempre y cuando se predique el nexo de causalidad entre estos.

7.4. HECHOS RELEVANTES QUE SE ENCUENTRAN PROBADOS.

HECHO PROBADO	MEDIO PROBATORIO
1. Sara Emilia Niño de Cadena (qepd) se encontraba afiliada al régimen subsidiado en Caprecom EPSS, y fue atendida el 31 de mayo de 2011 por el servicio de urgencias y desde ese momento hasta el 6 de diciembre de 2011, fecha en que falleció, siendo hospitalizada en tres oportunidades durante ese periodo de tiempo.	Documental. Historia clínica del Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (CD visto en el Fol. 244) Documental.- Historia clínica de DIACORSA Instituto del Corazón de Ibagué (Fol. 191 al 214 del cuaderno principal 1)
2. Luz Stella Cadena Niño en representación de su madre Sara Emilia Niño de Cadena (qepd), instauró acción de tutela en contra del DEPARTAMENTO DEL TOLIMA y CAPRECOM EPSS, con el fin de que se practicaran la cirugía, exámenes, tratamiento y medicamentos requeridos para la enfermedad de Aneurisma de la aorta abdominal que padece, por lo que el Juzgado Tercero Administrativo del Circuito el 18 de julio de 2011, amparó los derechos invocados.	Documental.- fallo de tutela del Juzgado Tercero Administrativo del Circuito de Ibagué (Fol. 16 al 24 del cuaderno principal 1)
3. El 13 de septiembre de 2011, la demandante presentó incidente de desacato en contra de CAPRECOM EPSS, para que se diera cumplimiento al fallo de tutela del 18 de julio de 2011, en el sentido que no se había efectuado ninguna cirugía y los médicos tratantes manifestaban que la paciente debía ser trasladada a un hospital de cuarto nivel, sin que se haya hecho.	Documental.- Escrito de incidente de desacato (Fol. 29 al 31)
4. Luego de poner en conocimiento de la incidentante las autorizaciones aportadas por CAPRECOM EPSS, mediante auto del 9 de febrero de 2012, el Juzgado Tercero Administrativo del Circuito de Ibagué, decidió ante el silencio de la parte actora, declarar que el Director Territorial de CAPRECOM EPSS no había incurrido en desacato frente a la sentencia de tutela.	Documental.- Auto del 9 de febrero de 2012, del Juzgado Tercero Administrativo del Circuito de Ibagué (Fol. 92 al 94)

7.5. PRESUPUESTOS DE RESPONSABILIDAD EN EL CASO CONCRETO

7.5.1. EL DAÑO ANTIJURÍDICO

El daño antijurídico es entendido como la lesión que una persona no tiene el deber jurídico de soportar, y es uno de los presupuestos que estructuran la responsabilidad del Estado, común a todos los regímenes (falla del servicio, presunción de falla, daño especial, trabajos públicos, etc), a tal punto que la ausencia de éste elemento imposibilita el

surgimiento de la responsabilidad endilgada, lo que naturalmente significa que se hace imposible la declaración de responsabilidad a cargo del Estado.

Ahora bien, para que el daño sea resarcible o indemnizable la doctrina y la jurisprudencia han establecido que debe reunir las características de cierto, concreto o determinado y personal.

Sobre el tema nos ilustra el profesor Juan Carlos Henao Pérez, que:

“(...) para que se declare la responsabilidad es menester que se presenten en forma concurrente una falla del servicio, un daño y una relación de causalidad entre uno y otro⁸. (...) Si no hubo daño o no se puede determinar o no se le pudo evaluar, hasta allí habrá de llegarse; todo esfuerzo adicional, relativo a la autoría y a la calificación moral de la conducta del actor resultará necio e inútil. (...) De ahí que no se dé responsabilidad sin daño demostrado, y que el punto de partida de toda consideración en la materia, tanto teórica como empírica, sea la enunciación, establecimiento y determinación de aquel, ante cuya falta resulta inoficiosa cualquier acción indemnizatoria. (...) El daño es, entonces, el primer elemento de la responsabilidad, y de no estar presente torna inoficioso el estudio de la misma, por más que exista una falla del servicio. (...) Primero se ha de estudiar el daño, luego la imputación y, finalmente, la justificación del porqué se debe reparar, esto es, el fundamento. (...) El daño deber ser probado por quien lo sufre, so pena de que no proceda su indemnización. (...) El demandante no puede limitarse, si quiere sacar adelante su pretensión, a hacer afirmaciones sin respaldo probatorio”⁹

En este sentido, la parte actora, indicó su inconformidad con lo expuesto por el juez de instancia, pues, consideró que sí se encuentra demostrado el daño, sin que se haya cuestionado por las partes el hecho de la muerte de Sara Emilia Niño (qepd), pues, dicho supuesto lo dieron, por cierto, sin que haya sido objeto de discusión, lo anterior lo acreditan los documentos que fueron incorporados al trámite sin objeción alguna; sin que se entienda porque el operador judicial sostiene ausencia de prueba, pues, nunca se cuestionó esa circunstancia.

En relación con el daño que originó el presente medio de control, esto es, la muerte de Sara Emilia Niño de Cadena, se aportó al proceso: i) Historia clínica del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué¹⁰, y ii) Registro civil de defunción¹¹ en el que consta que Sara Emilia Niño de Cadena falleció el 6 de diciembre de 2011, tal y como se evidencia en la historia clínica aportada.

En la Historia clínica del Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué, se consignó, lo siguiente¹²:

*“(...) Ingreso: 05-12-11 Urgencias
Causa externa: Enfermedad general.*

⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 24 de septiembre de 1993, C. P.: Daniel Suárez Hernández, exp.: 8298

⁹ HENAO PÉREZ, Juan Carlos. *El Daño Análisis Comparativo de la Responsabilidad Extracontractual del Estado en Derecho Colombiano y Francés*. Ed. Universidad Externado de Colombia. 2010. Págs. 35 – 40.

¹⁰ Visto en CD obrante en el folio 244

¹² Visto en el folio 614

¹² Visto en CD obrante en el folio 244

Diagnóstico de ingreso: Dolor abdominal Cód.: R104

Diagnóstico de complicación: Insuficiencia renal crónica en Hemodiálisis

Estado a la salida: en blanco

Salida: Hora:

Responsable del paciente: En blanco

Estado general al ingreso: Regulares condiciones generales.

Enfermedad actual: paciente con antecedente de aneurisma toraco abdominal, con cuadro clínico de 3 horas de evolución, consistente en dolor lumbar derecho, que se irradia a fosa iliaca derecha, acompañado de palidez mucocutanea, diaforesis, astenia, adinamia.

Antecedentes: Patológicos: Insuficiencia renal crónica, glomerulonefritis, aneurisma toraco abdominal. Quirúrgicos: niega Traumáticos: niega Toxicológicos y Alergias: negativo. (...)

06-12-11 01+05 Paciente con aneurisma disecante de aorta torácico y abdominal en progresión, con cuadro de cetoacidosis diabética, síndrome convulsivo, falla ventilatoria aguda.

Valorada por cirugía general quien la considera inoperable. Valorada por UCI quien considera que no tiene indicio de mejora en UCI por no posibilidades terapéuticas, en limitación terapéutica. Con bradicardia extrema y el paciente presenta paro cardiorrespiratorio quien no responde a maniobras y fallece.

Dr. Roosevelt Ibáñez Vargas. Medicina general. RM. 73465/96

(...)

05-12-11 Oscar Acata 23+30 Paciente con patología aortica inoperable, cetoacidosis diabética, síndrome convulsivo, falla ventilatoria aguda, falla renal.

Requerirse UCI.

06-12-11 01+00 Valoración UCI

Paciente con cuadro desierto, no hay pronóstico. En fase terminal, paciente sin tensión arterial, daño encefálico severo, no requiere manejo en UCI por no probabilidad pronostica.

06-12-11 01+05 Fallece.

Intervención quirúrgica. No

Datos de Egreso

Fecha de egreso: 06-12-11

Hora: 01+05

Destino: Morgue

Especialista responsable de la salida: en blanco

Condición a la salida: en blanco

Diagnóstico de egreso principal: Aneurisma disecante aorta.

Diagnostico relacionado: Diabetes con múltiples complicaciones.

Plan de egreso

Destino: Morgue (...)"

Así las cosas, en este asunto se tiene acreditado el daño en el presente caso, pues, solamente con la historia clínica aportada ya se evidencia el fallecimiento de Sara Emilia Niño de Cadena (qepd) el 6 de diciembre de 2011, como lo expone la parte actora; y esto, a su vez, originó el daño sufrido por sus familiares, dado que se aportó el registro civil de nacimiento de los demandantes quienes acuden al proceso en calidad de hija, nietos y hermanas de la víctima directa.¹³

¹³ Visto en los folios 8 al 15

7.5.2 IMPUTACIÓN Y CASO CONCRETO

7.5.2.1 En el *sub júdice* la parte actora pretende que se declare a las entidades demandadas, responsables administrativa y patrimonialmente por los perjuicios morales, daño a la vida en relación y pérdida de la oportunidad o chance, causados a los demandantes por la falla médica que originó la muerte de Sara Emilia Niño de Cadena (qepd).

El Juzgado de instancia negó las pretensiones, tras considerar que la parte actora no acreditó el daño alegado en la demanda, siendo una carga que le correspondía, y de esa manera no están probadas las acciones u omisiones por parte del Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué, y finalmente, no existe relación de causalidad entre la omisión de Caprecom EPS-S y los perjuicios alegados por los demandantes, motivo por el cual no hay lugar de ordenar resarcimiento a favor de ellos.

La parte demandante en su escrito de apelación frente a la responsabilidad de las demandadas indicó que: i) se pudo comprobar la falla en el servicio, pues, el desorden administrativo de Caprecom EPSS y la ausencia de gestiones pertinentes y urgentes tendientes a lograr la valoración especializada y tratamiento requerido culminó en el deceso de la paciente; y ii) que en este asunto, hubo una pérdida de oportunidad porque existían posibilidades y probabilidades de llevar a cabo un tratamiento exitoso, que hubiese prolongado la vida de la paciente, máxime cuando las patologías se conocieron en tiempo y existió orden judicial de tutela desatendida, por tanto, de haberse realizado las actuaciones necesarias en un tiempo razonable y sin tanta negación de servicio, pese a que en el Hospital Federico Lleras Acosta se insistió constantemente en la valoración y se efectuaron un sin número de intentos en diferentes entidades de salud para llevar a cabo una atención adecuada, se hubiese evitado el desenlace final, que fue la muerte de Sara Emilia Niño de Cadena (qepd).

Ahora bien, frente a la responsabilidad del Estado por fallas en la prestación del servicio de salud, el régimen general aplicable es el de falla probada, en el que se requiere la acreditación de todos los elementos que la estructuran, esto es, el daño y su imputación por razón de la actividad médica, así lo ha establecido el Consejo de Estado, y ha indicado:

“(...) 17.1. Previo al análisis de la imputación en el caso concreto, se resalta que el desarrollo inicial de la jurisprudencia estuvo orientado por el estudio de la responsabilidad estatal bajo un régimen subjetivo de falla probada del servicio. En este primer momento, se exigía al demandante aportar la prueba de la falla para la prosperidad de sus pretensiones, pues, al comportar la actividad médica una obligación de medio, de la sola existencia del daño no había lugar a presumir la falla del servicio¹⁴.

17.2. Luego se indicó que los casos de responsabilidad por la prestación del servicio médico se juzgarían de manera general bajo un régimen subjetivo pero

¹⁴ Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 26 de marzo de 1992, exp. 6255, C.P. Julio César Uribe Acosta; Sección Tercera, sentencia del 26 de marzo de 1992, exp. 6654, C.P. Daniel Suárez Hernández; Sección Tercera, sentencia del 14 de febrero de 1992, exp. 6477, C.P. Carlos Betancur Jaramillo y Sección Tercera, sentencia del 13 de septiembre de 1991, exp. 6253, C.P. Carlos Betancur Jaramillo.

con presunción de falla en el servicio¹⁵. En ese segundo momento jurisprudencial se consideró que el artículo 1604¹⁶ del Código Civil debía aplicarse a la responsabilidad extracontractual por actos médicos y, en consecuencia, la prueba de la diligencia y cuidado correspondía al demandado¹⁷. Esta postura se fundamentó en la capacidad en que se encuentran los profesionales de la medicina, dado su “conocimiento técnico y real por cuanto ejecutaron la respectiva conducta”¹⁸, de satisfacer las inquietudes y cuestionamientos que puedan formularse contra sus procedimientos.

17.3. Posteriormente, se morigeró la aplicación generalizada de la presunción de la falla en el servicio, pues se introdujo la teoría de la carga dinámica de la prueba, según la cual el juez debe establecer en cada caso concreto cuál de las partes está en mejores condiciones de probar la falla o su ausencia, pues no todos los debates sobre la prestación del servicio médico tienen implicaciones de carácter técnico o científico¹⁹.

17.4. Finalmente, se abandonó la presunción de falla en el servicio para volver al régimen general de falla probada²⁰. Por tanto, en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados todos los elementos que la estructuran, esto es, el daño y su imputación por razón de la actividad médica²¹, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, como la prueba indiciaria²².(...)²³

De lo probado en el proceso, en especial en la historia clínica del Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué, se logra apreciar que Sara Emilia Niño de Cadena (qepd) se encontraba afiliada al régimen subsidiado en Caprecom EPSS, y fue atendida el 31 de mayo de 2011 por el servicio de urgencias y desde ese momento hasta el 6 de diciembre de 2011, se le prestó la atención médica y estuvo hospitalizada en tres oportunidades, así:

- i) Del 31 de mayo de 2011 hasta el 20 de julio de 2011, tiempo en que se prestó la siguiente atención médica:

¹⁵ Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 24 de octubre de 1990, exp. 5902, C.P. Gustavo de Greiff Restrepo.

¹⁶ “La prueba de la diligencia o cuidado incumbe al que ha debido emplearlo; la prueba del caso fortuito al que lo alega”.

¹⁷ Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 24 de agosto de 1992, exp. 6754, C.P. Carlos Betancur Jaramillo.

¹⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 30 de julio de 1992, exp. 6897, C.P. Daniel Suárez Hernández.

¹⁹ Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 11 de mayo del 2006, exp. 14400, C.P. Ramiro Saavedra Becerra; Sección Tercera, sentencia del 7 de diciembre de 2004, exp. 14421, C.P. Alier Hernández Enríquez y Sección Tercera, sentencia del 10 de febrero del 2000, exp. 11878, C.P. Alier Hernández Enríquez.

²⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 30 de julio de 2008, exp. 15726, C.P. Myriam Guerrero de Escobar; Sección Tercera, sentencia del 30 de noviembre de 2006, exp. 15201, C.P. Alier Hernández Enríquez y Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

²¹ Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 21 de febrero del 2011, exp. 19125, C.P. (E) Gladys Agudelo Ordóñez; Sección Tercera, sentencia del 30 de julio del 2008, exp. 15726, C.P. Myriam Guerrero de Escobar y Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto del 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

²² Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 28 de septiembre de 2012, exp. 22424, C.P. Stella Conto Díaz del Castillo y Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

²³ Consejo De Estado-Sala De Lo Contencioso Administrativo- Sección Tercera-Subsección B; Consejero Ponente: Ramiro Pazos Guerrero, Bogotá, D.C., Veintiocho (28) De Octubre De Dos Mil Diecinueve (2019), Radicación Número: 76001-23-31-004-2007-00539-01 (43327), Actor: Ana Lucía Rotavista de Tapasco

“(...) Ingreso: 31- 05- 11 Hora: 01+36

Motivo de consulta y enfermedad actual: “Dolor en pecho” Paciente con cuadro clínico de 16 horas de evolución, consistente en dolor en región torácica tipo punzada y el cual se irradia hacia región inter escapular, sin otra sintomatología, refiere 2 episodios eméticos.

Hallazgos: Tos sin expectoración en resolución.

Antecedentes: Patológicos: ECA?? Quirúrgicos: apendicetomía.

Traumatológicos:

negativo. Toxicológicos: exfumadora de 10 cigarrillos al día hasta hace 5 meses. Alérgicos: negativos. Farmacológicos: ASA. (...)

31-05-11 06+00 Valoración por cirugía general

Femenina

63 años

Ama de casa

Motivo de consulta: Dolor abdominal (...)

16+15 paciente de 63 años en su primer día de hospitalización con diagnóstico de dolor abdominal.

Paciente presento episodio convulsivo tónico clónico con supra desviación de la mirada de más o menos minuto y medio de duración que (...) con 5 mg de clonazepam quedando en estado postictal. Se interroga a la familiar quien refiere que la paciente fue diagnosticada con sífilis hace 3 meses, pero no recibió tratamiento.

Diagnóstico: Neurosífilis.

Plan: - solicitud VRDL y TAC cerebral simple

- Oxígeno por cánula nasal.

Dr. Oscar Darío Ángel CH. Médico cirujano. RM.No 3461/2008 (...)

31-05-11 18+50 Cirugía general

Paciente de 63 años con diagnóstico de.

1. Aneurisma de aorta abdominal.

2. Neurosífilis

(...)

Análisis: Hemodinámicamente estable, quien presento episodio convulsivo, se dio

manejo, VDRL: 4 diluciones.

Pendiente TAC abdominal contrastado.

Hospitalizar

Valoración por neurología. (...)

01-06-11 06+50 Evolución cirugía general

Paciente con diagnóstico

1. Aneurisma aorta abdominal

2. Neurosífilis

Subjetivo: refiere sentirse bien, niega dolor abdominal, niega nuevos episodios convulsivos, no ha iniciado vía oral.(...)

Pendiente valoración por neurología, TAC abdominal contrastado.

08+35 Condición clínica regular, persiste con dolor en región lumbar. Cifras tensionales persistentemente altas. No Murphy. No dolor abdominal. Tiene aneurisma aorta abdominal suprarrenal de 4,5 cm a la ECO. Se revisa reporte

de TAC en el momento sin urgencia quirúrgica. Requiere concepto por medicina interna (HTA) y neurología clínica (neurosífilis, síndrome convulsivo).

(...)

01-06-11 19+00 Cirugía general

Paciente de 62 años con diagnóstico de:

1. Colecistitis colelitiasis
2. Aneurisma aorto abdominal
3. Neuroinfección
4. Hipertensión arterial

Subjetivo: "Está un poco mejor". Diuresis positiva, deposición negativa, emesis biliar, afebril. (...) Análisis. Paciente en el momento con condición estable, no dolor abdominal, no nuevos episodios convulsivos. Pendiente valoración por neurología y cirugía vascular.

Análisis: **paciente con disección aortica tipo B y colelitiasis, no urge cirugía abdominal en el momento, ni de su aneurisma de aorta abdominal.**

Plan: realizar Angiotac, hospitalizar y valoración por neurocirugía, por medicina interna y neurología.

Dr. Luis G. García Barrero. Cirujano general. RM. 73213.(...)

Concepto: Disección aortica (tipo B?)

Dr. Gutiérrez. Cirugía vascular. RM. No 1096.(...)

02-06-11 01+00 NOTA DE INGRESO (...)

Antecedentes: Sífilis hace 40 años parcialmente tratada. Parálisis facial, enfermedad ácido péptica. Quirúrgicos: apendicectomía.(...)

- Diagnóstico: 1. Dolor abdominal
2. Aneurisma de aorta abdominal
3. Sífilis – neurosífilis
4. Hipertensión arterial.

Análisis: paciente estable sin dolor al ingreso, sífilis en tratamiento.

Plan: - pendiente punción lumbar

- Angiotac de aorta toraco- abdominal

- - eco transesofágico

(...) Se **toma ecografía que descarta signos de inflamación por que se toma TAC abdominal, que muestra aneurisma aórtico, por lo que se realiza valoración por cirugía vascular quien solicita angiotac de aorta abdominal.**

Durante la misma hospitalización y valoraciones presenta tensiones elevadas, por lo cual se solicita valoración por medicina interna, se refiere durante la hospitalización que paciente presento episodio convulsivo, con antecedente de sífilis desde hace 40 años, refiere últimos estudios hace 4 meses, con punción lumbar y tratamiento, actualmente no refiere cefalea, no dolor abdominal, no edema. (...)

08-06-11 evolución cirugía general (...)

Pendiente valoración por anestesiología. Pendiente reporte de angiotac.

Dr. P. Ramírez. RM. No: 73833

08-06-11 15+00 Nota medica

Paciente ya valorado por anestesiología, quien considera:

- Reservar 4 UGRE
- Programar cirugía

- Reservar plasma

- Reservar cama en UCI

Dra. Paola M. Villabón Ochoa. Medica general. CC. 38143873

09-06-11 06+34 Evolución cirugía general

1. Colelitiasis

2. Aneurisma aorto abdominal

3. Neuroinfección

4. Hipertensión arterial

5. S. asintomática (...)

Plan: programar para angiotac – reporte angiotac

Para Programar cirugía

Dr. Oscar Hernando Acosta. Cirujano general. RM. 79963248

10-06-11 Evolución cirugía general (...)

Pendiente reporte angiotac para programar cirugía.

Angiotac. Disección aorto torácica desde por debajo del arco aórtico hasta después del troco celíaco.

Aneurisma de 43 mm abdominal. Patología que requiere manejo endovascular.

Dr. Serrano. RM. 08651 (...)

14-06-14 05+16 Evolución cirugía general

(...)

Pendiente definir conducta por parte de cirugía endovascular.

08+50 remisión a IV nivel.

Dr. Jhoan Manuel Carvajal G. cirugía general. RM. 276/2002.(...)

19-06-11 05+15 Evolución cirugía general

Análisis: Paciente estable hemodinámicamente, asintomática, pendiente remisión

para valoración por cirugía endovascular.

Dr. Oscar Fernando Acosta A. Cirujano general. RM. 1025-01(...)

25-06-11 05+45 Evolución cirugía general (...)

Paciente con alto riesgo de muerte por rotura de aneurisma de aorta, con actual estabilidad hemodinámica, tensiones controladas, pulsos simétricos conservados, pero con dolor torácico. Con EKG sin cambios, se adiciona morfina, continua con LEV. Oxígeno sin necesidad, se explican los riesgos y patología a paciente.

Pendiente remisión urgente a cirugía vascular. (...)

12-07-11 Cirugía

Paciente con diagnósticos anotados, refiere dolor en miembro inferior derecho, diaforesis, sensación de mareo, sin alteración hemodinámica, dolor abdominal.

Pendiente remisión.

Solicitud valoración por cirugía vascular.

Dr. Francisco García Laverde, cirujano especialista. RM. No 012592

(...)

19-07-11 cirugía vascular

Remisión de angiotac (Bogotá – Medtronic)

Se evidencia compromiso subclavio y de tronco celiaco por la disección aortica, pero el diámetro mayor de la aorta es de 4,4 cm torácico y 4,3 abdominal. Se comentó con el Dr. Muñoz. (Cirujano endovascular Bogotá), el concepto que se trata de una disección aortica tipo B, no dilatada por lo cual tiene similar pronóstico con el manejo médico observacional y el tratamiento seguido al cual se le adiciona las posibles complicaciones quirúrgicas.

Se decide manejo ambulatorio.

Control por cirugía vascular en un mes.

Dr. Gutiérrez. Cirugía vascular. RM. No 1096. (...)

20-07-11 cirugía general

Diagnóstico:

1. Aneurisma aorta abdominal infrarenal con trombo intramural
2. disección aorta torácica
3. Hipertensión arterial difícil manejo
4. Colelitiasis

S: Asintomática

Signos vitales TA: 120/80 mmHg, FC: 80X' FR: 18X' T°: 37°C. C/C: mucosas húmedas, normocromicas. C/P: Normal. Abdomen: No evaluado, extremidades normocromicas, no edemas, pulsos positivos simétricos. Neurológico sin déficit. Análisis: paciente estable hemodinámicamente, asintomática valorada por cirugía vascular y considera manejo ambulatorio.

Plan: salida.

Dr. Serrano. RM. 08651 (...)

Datos de Egreso

Fecha de egreso: 20-07-11

Destino: casa

Especialista responsable de la salida: Dr. García – Dr. Gutiérrez

Condición a la salida: Estable

Diagnóstico de egreso principal: Aneurisma aorta abdominal.

Plan de egreso

Destino: casa

Control en el Hospital Federico Lleras Acosta

Consulta de Cirugía Vascular

Recomendaciones dietéticas: dieta hiposódica.

Limitaciones vida diaria: No recibir golpes abdominales, no usar fajas abdominales.

Signos de alarma: Dolor abdominal, desmayo, alteración de la conciencia. (...)"

Conforme a lo anterior, se evidencia que en esta primera atención Sara Emilia Niño de Cadena (qepd), estuvo hospitalizada del 31 de mayo de 2011 al 20 de julio de 2011; pues, ingresó por urgencias del Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué, el 31 de mayo de 2011 con dolor en el pecho, dolor abdominal con antecedentes de sífilis; luego de los exámenes practicados le diagnosticaron; i) colecistitis, ii) aneurisma aorta abdominal, iii) neurosífilis - síndrome convulsivo, iv) neuroinfección, y v) hipertensión arterial; siendo valorada por cirugía vascular el 2 de junio de 2011, en donde se le ordenó Angiotac; el 10 de junio de 2011, se solicitó manejo endovascular, y el 19 de julio de 2011, fue valorada por cirugía vascular en donde existió a su vez concepto de medico endovascular de la ciudad de Bogotá, quien determinó que al practicar cirugía se podría presentar complicaciones quirúrgicas, por lo que se dio manejo ambulatorio y se ordenó la salida el 20 de julio de 2011.

Es decir, que en esta primera atención la paciente fue valorado además de medicina general, por cirugía general y cirugía vascular, existiendo además concepto de cirujano endovascular, quien descartó la posibilidad de practicar procedimiento quirúrgico para dar manejo ambulatorio; también, se debe destacar que durante el tiempo de la hospitalización se ordenó exactamente el 10 de junio de 2011 valoración endovascular, lo cual se dio el 19 de julio de 2011, donde se practicó consulta vascular en la que existió concepto de cirujano endovascular frente a la situación de la paciente; por tanto, se puede inferir que se prestó atención médica a las patologías que presentó Sara Emilia Niño de Cadena (qepd) y se practicaron las consultas requeridas en ese momento.

- ii) La segunda atención médica, se dio desde el 14 de agosto de 2011 al 3 de diciembre de 2011, periodo en el que estuvo hospitalizada Sara Emilia Niño de Cadena (qepd) en el Hospital Federico Lleras Acosta, así:

“(…) Ingreso: 14-08- 11

Hora: 20+48

Motivo de consulta y enfermedad actual: “Tengo los dedos morados”
Paciente de 63 años de edad que consulta por cuadro clínico de 8 días de evolución, de dolor en dedos de los pies, acompañado de frialdad distal y cianosis, presenta además dolor en las piernas tipo claudicación. Consulta por aumento de cianosis. Antecedentes: patológicos: aneurisma de aorta abdominal diagnosticada hace mes y medio; hipertensión arterial. Farmacológico: losartan 50mg 2 v/día, metoprolol 50 mg 2v/día, amlodipino 5mg 2 tabletas c/12h, hidroclorotiazida 20 mg en ayunas, hiosina 10 mg c/8h, naproxeno 250 mg con dolor. Quirúrgicos: apendicitis. Hospitalarios: por patologías enumeradas. Toxicológico: Niega. Traumatológicos: niega. Familiares: niega. (…)

Diagnóstico principal: Aneurisma de aorta abdominal

Cód.: I 714

Diagnostico relacionado: Hipertensión arterial

Cód.: I 10X(…)

Conducta: Solicitud de valoración por cirugía general y vascular. (…)

14-08-11 22+00 Cirugía general

Motivo consulta: “se me moretearon los dedos de los pies”

Paciente con cuadro clínico de más o menos 15 días de evolución consistente en presencia de cianosis, que aparece súbitamente en el segundo de pie derecho y progresivamente en el resto de los dedos del pie derecho e izquierdo, a la palpación refiere dolor en el segundo y tercer dedo del pie derecho, refiere frialdad distal de los pies y dolor en piernas tipo claudicación, no refiere ninguna otro síntoma.

Antecedentes: Patológicos: Aneurisma abdominal diagnosticado desde hace 2 meses, hipertensión arterial hace 2 meses, y convulsión hace 2 meses.(…)

15-08-11 13+45 Cirugía Vascular – piso

Paciente conocida por el servicio a quien se le documento disección aortica toraco abdominal Tipo B (distal al origen de la arteria subclavia) con dilatación de 4,7cm y

reentrada inmediatamente distal al origen del tronco celiaco, adicionalmente aneurisma abdominal infrarenal de 4,3cm de diámetro.

El angiotac fue realizado con equipo de 2 detectores por lo cual la reconstrucción tridimensional no es precisa y no permitió definir con precisión el punto de origen y de finalización de dilatación de aorta torácica.

Ingresas por episodio de isquemia de arto de origen embólico arterio – arterial (dedos azules), por lo cual se considera que hay complicación

tromboembólica del aneurisma la cual sería indicación de manejo quirúrgico endovascular o híbrida.

Nota: presenta pulsos periféricos normales, incluso pedio bilateral.

Cta: Se requiere angiografías multicorte de aorta toraco abdominal con reconstrucción tridimensional para programar el procedimiento.

Se hace solicitud, se hospitaliza y se anticoagula. Adicionalmente solicitud de ecocardiograma transesofágico.

Dr. Gutiérrez. Cirugía vascular. RM. No 1096 (...)

16-08-11 Evolución cirugía general

Diagnóstico:

1. Aneurisma aorta torácica y abdominal
2. Complicación tromboembólica arterio-arterial en artejos (...)

10+15 se continúa estudios pre quirúrgico por cirugía vascular.(...)

17-08-11 Cirugía general

Paciente con diagnóstico:

1. Aneurisma aorta torácica y abdominal
2. Complicación tromboembólica arterial en artejos

Subjetivo: paciente continúa con dolor en miembros inferiores.

Objetivo: hemodinámicamente estable. TA: 128/80 FC: 08 FR: 20. C/P: Sin cambios auscultatorios. Abdomen: no doloroso, blando. Cianosis de ambos pies.

Pendiente valoración por nefrología.

Firma ilegible sin sello.

17-08-11 Nefrología

Sara E. Niño 63 años

Ingreso por cuadro interpretado como embolia múltiple arterial de miembros inferiores a partir de aneurisma abdominal. Se **palabras ilegibles**, elevación nitrogenados que revisando la historia clínica anterior, se ha dado desde mayo de 2011.

No refiere otra sintomatología. Niega otros antecedentes.

Examen físico: TA: 140/90 FC: 72.

C/P: No agregados.

Abdomen: no presenta masas.

Lesiones isquémicas dedos de los pies bilaterales.

Paraclínicos: CH. Hb: 10 Plaquetas. 408

Creatinina: 6,39 (16-08-11)

Parcia orina: proteinuria, hematuria. TAC: con riñones normales.

Concepto: pareciera corresponder a una glomerulonefritis rápidamente progresiva.

Dada la evolución de los nitrogenados y la actividad en el sedimento urinario.

C: 1. Se hará junta para definir pertinencia de biopsia renal y/o tratamiento con palabra ilegible y esteroides. (...)

18-08-11 Evolución cirugía general (...) Remisión a cirugía cardiovascular.

Agoto 18/11 Nefrología (...)

Por el momento se cita para iniciar terapia renal con hemodiálisis. Se cita unidad renal mañana 9 am. Se autorizó Angiotac (...)

20-08-11 06+00 Cirugía general

Paciente con 63 años y diagnóstico:

- 1- Aneurisma de aorta abdominal y torácica
- 2- Complicación tromboembólica arterial en artejos (...)

22-08-11 Valoración medicina interna

Paciente de 63 años con diagnóstico:

1. Aneurisma orto abdominal
2. Insuficiencia renal crónica
3. POP D1 toracostomía cerrada por hemoneumotorax
4. Síndrome coronario agudo?
5. Tabaquismo pesado
6. Hipertensión arterial crónica
7. Síndrome convulsivo

Paciente que ingresa por sintomatología arterial periférica, con antecedente de aneurisma abdominal de la aorta, hipertensión arterial crónica, síndrome convulsivo en manejo con carbamazepina, durante la hospitalización se pasa catéter venoso central para hemodiálisis presentando hemoneumotorax, por lo que se pasa tubo de tórax con posterior dificultad respiratoria, se solicita EKG que se reportó con infradesnivel menor a 1mm en cara anterior septal, se solicita enzimas cardíacas con Troponina I positiva. CK MB elevado con un radio de 14%, se interroga a la paciente niega dolor precordial, refiere que presento dificultad para respirar, actualmente persiste con disnea y dolor en área de toracostomía niega angor.

Objetivo: paciente con signos vitales FC: 90X' FR: 16 T°: afebril PA: 130/80 hidratada. C/P: Ruidos cardíacos rítmicos, ruidos respiratorios murmullo vesicular conservado, dolor a la palpación superficial, tubo de toracostomía permeable y funcional. Abdomen no se palpa, ruidos intestinales positivos. Extremidades<. No edemas, pulsos periféricos disminuidos en miembro inferior derecho. SNC:

somnolienta, orientada, glasgow15/15, responde a estímulos exteriores, no focalizaciones.

Análisis: Síndrome coronario agudo

Plan: manejo en UCI

Cr. Carlos A. Acosta. Medicina interna. RM. A-62

23-08-11 Evolución cirugía general

Paciente con diagnóstico

1. Infarto agudo de miocardio sin elevación del ST
2. Insuficiencia renal crónica hemodiálisis
3. Aneurisma de aorta tipo B
4. POP toracostomía a drenaje cerrado por hemoneumotorax **palabra ilegible**

Paciente refiere mejoría de dolor en tórax. No algica, no disnea.

*FC. 88X' FR: 16 C/P. murmullo vesicular conservado, **palabra ilegible**, ruidos cardíacos rítmicos. Extremidades: edema, no **palabra ilegible***

Tubo tórax se conectó a succión pleurovac mal colocado.

Cuadro hemático leu: 800 Hb: 9,4 INR: 0,9

Palabras ilegibles

Manejo en UCI

Sin Firma y sello.

23-08-11 Evolución UCI adultos

Diagnósticos:

1. Síndrome coronario agudo SEST
2. IAM SEST
3. Insuficiencia renal aguda

4. *Glomerulonefritis rápidamente*
5. *Aneurisma torácica y abdominal*
6. *Isquemia de artejos origen(...)*

24-08-11 Evolución UCI adultos

Diagnósticos:

1. *Síndrome coronario agudo SEST*
2. *IAM SEST*
3. *Insuficiencia renal aguda (GNRP)*
4. *Glomerulonefritis rápidamente*
5. *Aneurisma torácica y abdominal*
6. *Isquemia de artejos origen embolico*

Tipo de estancia: Intensiva

*Condiciones generales: Regulares
(...)*

Agosto 25/11 Nefrología

Paciente con azoados persistentemente altos, pero con dosis de diálisis adecuada. Estable hemodinamicamente.

Creatinina: 3,6 BUN: 39 K: 5,9

Hemodiálisis interdiaria Xenian 170 x 3 litros.

25-08-11 03+30 Psicología

Paciente de 60 años con diagnóstico: Insuficiencia renal aguda, Aneurisma de aorta. La paciente fue valorada por psicología inicialmente en el piso quien considera importante continuar realizado apoyo psicoterapéutico en la unidad. Al examen mental se observa a la paciente el día de hoy: en cama, consiente, alerta, se comunica con el medio, presentación personal acorde al medio hospitalario, colaboradora con la psicoterapia. Estable poco contacto visual, pensamiento lógico, inteligencia impresiona promedio, afecto de fondo triste por su situación actual, introspección parcial, prospección en elaboración, sin ideas delirantes de muerte, sin alteración de la percepción. Se realiza psicoterapia de apoyo con la paciente, para expresión de sus emociones y manejo de su situación actual.

Se continúa realizando apoyo psicoterapéutico con la paciente y la familia.

(...)

26-08-11 06+00 cirugía general

63 años con diagnostico

1. *Síndrome coronario*
2. *Hemoneumotorax resuelto (...)*

Continua monitoria en UCI . (...)

26-08-11 18+00 Ingreso a piso

Paciente de 63 años conocida en el servicio con diagnóstico: aneurisma aorta torácica abdominal, hemoneumotorax resuelto. Durante la hospitalización presento episodio de dolor torácico con biomarcadores cardiacos (+), por lo cual se trasladó a UCI adultos para monitoreo.

Se traslada hoy al piso para continuar manejo por medicina interna, actualmente no refiere sintomatología, excepto "episodios de llenura" y distensión abdominal, deposiciones positivas, diuresis positiva.

Examen físico:

Aceptable estado general, conciente, alerta, con oxígeno por cánula nasal.

(...)

Diagnóstico: Síndrome coronario agudo sin elevación del ST, IAM sin elevación del ST tipo 2.

Insuficiencia renal aguda en hemodiálisis.

Aneurisma aorta toraco abdominal

Isquemia artejos origen embolico arterial

Plan: pendiente gammagrafía de perfusión miocárdica el próximo 30 de agosto/11.

Manejo medico igual, mañana hemodiálisis.

(...)

29-08-11 Medicina interna

Paciente con diagnóstico:

1. Síndrome coronaria agudo SEST

2. Infarto agudo de miocardio SETS

3. insuficiencia renal aguda

4. glomerulonefritis rápidamente progresiva

5. aneurisma de aorta torácica y abdominal

6. EAOC isquemia de artejos origen embolico arterio arterial Fontaine IV

S/ Paciente persiste con dolor en miembros inferiores en reposo, niega síntomas cardiovasculares, diuresis positiva, deposiciones positivas.

(...) A/ paciente hemodinámicamente estable, asintomática cardiovascular, se revisa

historia clínica antigua donde cirugía solicita angiotac, el cual está pendiente el reporte para definir conducta quirúrgica.

Plan: continuar manejo antihipertensivo y anti isquémico.

Pendiente gammagrafía perfusión miocárdica (mañana)

(...) 31-08-11 Cirugía Vasculat

Perfusión coronaria, necrosis lateral con isquemia severa. Angiotac demuestra disección con compromiso de todo el arco aórtico. Aun no tiene el informe desde 19-08-11.

Persiste asintomática, con terapia de sustitución renal (ERC) hemodiálisis.

Eventos embolicós con probabilidad de dos sitios de origen. Disección aortica tipo

A torácica y aneurisma aórtico infrarenal.

Por la complejidad del caso y el elevado riesgo quirúrgico además de indicación quirúrgica por cirugía cardíaca más vascular periférica, se decide remisión a centro de cirugía cardíaca y cardiovascular.

Dr. Gutiérrez. Cirugía vascular. RM. No 1096.

(...)

01-09-11 7+00 Evolución cirugía general

Diagnóstico: - aneurisma toraco- abdominal.

- disección aortica tipo A.

- isquemia arterial severa.

- IAM SEST.

- Insuficiencia renal aguda (...)

A/ Paciente valorado por cirugía vascular quien por complejidad del cuadro y elevado riesgo quirúrgico se decide remitir a centro de cirugía cardíaca y cardiovascular.

Dr. Carlos A. Sabogal G. cirugía general. RM. 73835-05

(...)

Plan: pendiente remisión a centro cardiovascular.

*Dr. Carlos A. Acosta. Medicina interna. RM. A62 Tolima.
(...)*

05-09-11 Medicina interna

Paciente de 63 años con diagnóstico:

- 1. Síndrome coronario agudo*
- 2. Infarto agudo de miocardio*
- 3. Insuficiencia renal aguda*
- 4. Aneurisma toraco abdominal*
- 5. EAOC isquemia artejos embolia arterio arterial Fontaine IV*

Paciente refiere dolor en 1 y 2 dedo de pie derecho. (...)

Análisis: Paciente con evolución clínica estacionaria, sin cambios a nivel cardiovascular, nitrogenados en comparación al día de ayer en aumento.

Plan: Continuar control diario de función renal y electrolitos. Hoy implante percutáneo de majurca. Se insiste en remisión a IV nivel para manejo por nefrología y cirugía cardiovascular.

Dr. Carlos A. Acosta. Medicina interna. RM. A62 Tolima.

(...)

06-09-11 Medicina interna

Paciente de 63 años con diagnóstico:

- 1. Síndrome coronario agudo*
- 2. Infarto agudo de miocardio*
- 3. Insuficiencia renal aguda*
- 4. Aneurisma toraco abdominal*
- 5. EAOC isquemia artejos embolia arterio arterial Fontaine IV*

(...) Análisis: paciente sin cambios hemodinámicos, asintomática. Nitrogenados en

aumento diario comparativamente. Cardiovascular en el momento sin SIRS.

Plan:

- 1. Vigilancia hemodinámica y patrón respiratorio*
- 2. Control diario de nitrogenados*
- 3. Remisión a IV nivel para manejo por nefrología y cirugía cardiovascular.*
- 4. La oficina de referencia no se ha manifestado en relación a la remisión a IV nivel.*

Dr. Carlos A. Acosta. Medicina interna. RM. A62 Tolima.

(...)

07-09-11 07+20 medicina interna

Paciente de 63 años con diagnóstico:

- 1. Síndrome coronario agudo*
- 2. Infarto agudo de miocardio*
- 3. Insuficiencia renal aguda*
- 4. Aneurisma toraco abdominal*
- 5. EAOC isquemia artejos embolia arterio arterial Fontaine IV*

Subjetivo: Refiere sentirse bien

(...) Análisis: paciente asintomática cardiovascular, afebril, nitrogenados en aumento

comparativamente a ayer, se insiste en el proceso de remisión a IV nivel, en referencia y se informa que Caprecom es el encargado directamente de agilizar el

proceso, sin aun pronunciarse.

Plan:

1. Vigilancia hemodinámica y del patrón respiratorio
 2. Continuar control diario de nitrogenados
 3. Hoy hemodiálisis
 4. Pendiente remisión a IV nivel para manejo por nefrología y cirugía cardiovascular.
- Dr. Carlos A. Acosta. Medicina interna. RM. A62 Tolima.
(...)

09-09-11 08+57 Nota medica

Andrea Flórez oficina de apoyo diagnostico refiere que el jefe Guillermo de regional Caprecom solicito ultimas evoluciones medicas sobre el caso y solicito que se enviara nuevamente la remisión para comentar la paciente a clínica Shaio en Bogotá, están comentando paciente con la red contratada de ellos, o sea Caprecom. Y Caprecom está comentando el paciente que cuando haya una ubicación del paciente ellos nos informan.

Dra. Gladys n. Sánchez. Medicina general. RM. 73735-03
(...)

11-09-11 Medicina interna

Paciente de 63 años con diagnósticos anotados, que refiere persistencia de dolor en miembros inferiores.

Conciente con FC: 68X' FR: 16X' PA: 130/80. C/C: Pupilas isocóricas normoreactivas. C/P: no agregados, no soplos. Abdomen: no palpable.

Extremidades: tejido necrótico 1, 2y 3 dedo de pie derecho. SNC: sin déficit.

Análisis: paciente hemodinámicamente estable, con electrolitos dentro de límites normales, con función renal fluctuante con tendencia a la elevada.

Paciente refiere que familiar acudió el viernes a Caprecom EPS donde tuvo fuerte discusión, por no dar rápida solución al proceso. En oficina de referencia refieren que posiblemente aceptan en clínica Shaio de Bogotá, aunque eso depende de Caprecom EPS.

Plan:

1. Vigilar signos vitales
2. Pendiente remisión a IV nivel para manejo por cirugía cardiovascular
3. Mañana nuevo control de nitrogenados de nitrogenados.

Dr. Carlos A. Acosta. Medicina interna. RM. A62 Tolima.
(...)

19-09-11 07+00 Cirugía general (...)

Análisis: Paciente sin deterioro clínico, con estabilidad hemodinámica.

Plan: pendiente remisión a cirugía cardiovascular.

(...)

21-10-11 Cirugía general (...)

Análisis: Evolución estacionaria, hemodinámicamente estable, sin dificultad respiratoria.

Plan: pendiente valoración por cirugía cardiovascular. (...)

01-11-11 Cirugía general

Paciente de 63 años con diagnóstico:

1. aneurisma toraco abdominal
2. necrosis artejos
3. Enfermedad renal crónica en hemodiálisis

Subjetivo: paciente refiere sentirse bien

Objetivo: Conciente sin dificultad respiratoria. FC: 80X' FR: 16X' PA: 120/70.

Pupilas isocóricas normoreactivas a la luz. C/P: Tórax simétrico, no agregados, no soplos. Abdomen no se palpa. Extremidades eutróficas. SNC. Sin déficit aparente.

Análisis: Paciente valorada por cirugía cardiovascular, quien considera disección de aorta tipo B, cierra interconsulta y solicita valoración por cirugía vascular periférica.

Dr. Pineda. Cirujano general. RM. 136794

02-11-11 Cirugía general

Paciente de 63 años con diagnóstico:

- 1. aneurisma toraco abdominal*
- 2. Enfermedad renal crónica en hemodiálisis*
- 3. necrosis artejos*

Subjetivo: Paciente asintomática tolerando la vía oral. Diuresis positiva, deposiciones positivas.

Objetivo: Alerta, orientada globalmente.

TA: 110/70 FC: 76 FR: 17

Cabeza: mucosa oral húmeda, conjuntivas hipocrómicas. Tórax: murmullo vesicular conservado, ruidos cardiacos rítmicos.

Abdomen: plano, blando, depresible, no masas no megalias.

Extremidades: Necrosis de artejos.

Plan: pendiente valoración cirugía vascular periférica.

Dr. Pineda. Cirujano general. RM. 136794

02-11-11 18+50 Cirugía Vascular

Paciente conocida por el servicio con aneurisma de aorta torácica y abdominal no operable.

Presenta embolia arterio arterial con necrosis isquémica de artejos.

Actualmente no tiene opción quirúrgica y debe continuar manejo con anticoagulación.

Dr. Gutiérrez. Cirugía vascular. RM. No 1096.

03-11-11 Cirugía general

Paciente con diagnóstico:

- 1. aneurisma aorto abdominal*
- 2. Enfermedad renal crónica en hemodiálisis*
- 3. necrosis artejos pie derecho*

Subjetivo refiere dolor plantar para la marcha en pie derecho.

Objetivo: Paciente hemodinamicamente estable, en regulares condiciones generales. C/Mucosa oral húmeda, C/P: Normal. Abdomen soplo sistólico en epigastrio, no valorado por patología de base. Extremidades necrosis de 2 y 3 dedo pie derecho. SNC: Sin déficit en el momento.

Pendiente valoración por cirugía cardiovascular.

Dr. Ramírez. Cirugía general. RM. 73333

(...)

20-11-11 Cirugía general

Cirugía Vascular

Paciente con aneurisma de aorta torácica y aneurisma aorto abdominal, con arterio embolia y síndrome dedos azules (necrosis embolica).

Insuficiencia renal crónica en diálisis.

La dificultad que ha presentado este caso consiste en la complejidad de la lesión, en vista de que la lesión aortica torácica se origina distal a arteria subclavia izquierda y termina en el tronco celiaco (hay diferencia de opinión de los radiólogos, si supra o infraceliaco).

La endoprotesis no debe cubrir el tronco celiaco por riesgo de isquemia intestinal y si no se incluye debe haber margen para prevenir endoleak (endofugas).

Actualmente se han desenvuelto prótesis fenestradas con sistema fre-flap (no cubierto) que podría ser una opción sin embargo el concepto que se pidió a meditronic llega solo hasta mañana se espera para definir conducta.

Dr. Gutiérrez. Cirugía vascular. RM. No 1096.

(...)

22-11-11 Nutrición y dietética

Paciente de 63 años con diagnóstico: 1. Aneurisma aorto abdominal 2. Necrosis artejos pie derecho.

Anamnesis alimentaria: Paciente refiere diagnóstico de enfermedad renal crónica

desde hace 6 meses, no sigue dieta adecuada para la patología, informa emesis con los alimentos, ya que son hiposódicos.

Antropometría peso usual. 58 kg (hace 6 meses)

Peso actual 38,5 kg Talla: 150cm

Laboratorio HgB 10,1 g/dl Hto: 30,5%

Plan: se prescribe dieta hiperproteica, hiposódica, se vigilará adherencia a la dieta-

Martha Cuesta. Nutricionista. MND 03291

Cirugía Vascular

Se enviaron imágenes topográficas para evaluación del caso con el fin de ofrecer

tratamiento endovascular.

La conclusión es que el TAC no cumple con las características necesarias para dar una conducta de tratamiento con certeza.

Se envía protocolo para la realización de nuevo TAC. Se hace la solicitud a radiología.

Dr. Gutiérrez. Cirugía vascular. RM. No 1096.

(...)

25-11-11 07+00 Cirugía general

Paciente 63 años, diagnóstico:

1. Aneurisma aorto abdominal y torácica

2. Necrosis embolica de artejos

3. Enfermedad renal crónica en hemodiálisis

Subjetivo: Paciente refiere dolor en miembro inferior

Objetivo: Alerta, hidratada FC: 80X' FR: 16X' TA: 130/85. Conjuntivas

normocromicas. C/P: Sin alteraciones. Abdomen no examinable por diagnósticos

anotados. Extremidades: necrosis de pulpejo de 2 y 3 dedo pie izquierdo y 1y2 dedos pie derecho. SNC: sin déficit.

Análisis: paciente en aceptable estado general, sin SIRS, evolución estacionaria.

Pendiente angiotac aorto abdominal, se deja orden de remisión debido a que el TAC del hospital está en reparación.

Dr. Francisco García Laverde, cirujano especialista. RM. No 012592

(...)

29-11-11 Cirugía general

Diagnóstico:

1. Aneurisma aorto abdominal y torácica

2. Necrosis isquémica distal artejos de pies

3. Enfermedad renal crónica en hemodiálisis

Subjetivo: Paciente refiere dolor persistente en pies.

Objetivo: Aceptables condiciones generales, signos vitales, TA: 120/70 FC: 78X' FR: 18X'. Normocefala. C/P: Murmullo vesicular conservados, ruidos cardiacos rítmicos. Abdomen: blando, no signos de irritación. Extremidades con necrosis de

2 artejo pie derecho y 2y3 dedo pie izquierdo. Neurológico sin déficit.

Análisis: Paciente estable hemodinamicamente. Pendiente angiotac aorto abdominal reporte.

Nueva valoración cirugía vascular.

Dr. Oscar Hernando Acosta. Cirugía general. RM. 79963248.

(...)

Cirugía vascular

Se realizó el angiotac con el protocolo solicitado sin embargo en los segmentos críticos como el cuello distal del aneurisma torácico los cortes son de 6mm y no de 2mm (placas).

No ha sido posible que se entregue la información en CD formato DICOM por parte de imágenes diagnósticas.

En vista de que tiene que enviar de nuevo las placas y proveedor tiene el CD se decide salida mientras se obtiene nuevo concepto por cirujanos endovascular de medtronic. (Proveedor endoprotesis). Se suspenderá enoxaparina y se inicia clopidogrel.

Manejo ambulatorio por la unidad renal.

Dr. Gutiérrez. Cirugía vascular. RM. No 1096.

04-12-11 11+00 Cirugía general

Paciente en buenas condiciones generales con salida urgente.

Sin firma y sello.

(...)

Datos de Egreso

Fecha de egreso: 03-12-11

Destino: casa

Especialista responsable de la salida: Cirujano vascular

Condición a la salida: buena

Diagnóstico de egreso principal: Aneurisma aorto abdomino torácico

Diagnóstico Relacionado: Necrosis Isquemia distal de artejos de pie.

Diagnóstico Relacionado: Enfermedad renal crónica en hemodiálisis

Plan de egreso

Destino: casa

Control en el Hospital Federico Lleras Acosta

Consulta de: Cirugía Vascular

Recomendaciones dietéticas: dieta hiposódica, continuar con medicación, asistir a control por consulta externa

Limitaciones vida diaria: Ninguna, no haber presión sobre el abdomen.

Signos de alarma: Palidez generalizada, desmayos, dolor importante.

Dr. Gutiérrez. Cirugía vascular. RM. No 1096. (...)"

Frente al trámite para la remisión de la paciente a cirugía cardiovascular y cardíaca de un centro especializado, obra en el expediente el formato de referencia y contrareferencia del Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué, en donde constan los trámites administrativos realizados para lograr ese servicio²⁴:

“(...) Fecha: Sep. 02/2011 (...)”

Entidad Remite: CAPRECOM EPS S

Diagnóstico: ANEURISMA DE ARTERIA RENAL

Especialidad: CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Observaciones: 9+57 AM SE RECIBE ORDEN DE REMISIÓN A CIRUGÍA CARDIOVASCULAR Y CARDIACA, MÁS TRASLADO MEDICALIZADO REDONDO.

(...)

Fecha: Sep 02/2011 Hora: 11:32

Observaciones: SE ENVÍAN SOPORTES AL CORREO DE LINEA NAL. CAPRECOM, SE LOGRA COMUNICACIÓN CON JEISSON PINZÓN, QUIEN TOMA DATOS PA INICIAR TRÁMITES, REFIERE LLAMAR MÁS TARDE, PARA CONFIRMAR EL RECIBIDO DE LOS SOPORTES.

(...)

Fecha: Sep 07/2011 Hora: 11:38

Observaciones: SE LOGRA COMUNICACIÓN CON LEIDY CARDENAS DE LINEA CAPRECOM, SE LE PREGUNTA POR EL TRÁMITE DE REMISIÓN DE LA PACIENTE, MANIFIESTA QUE ESTÁN ESPERANDO LA RESPUESTA POR PARTE DE CAPRECOM, YA QUE ELLOS TIENEN QUE DAR RESPUESTA PORQUE TIENE TUTELA.

(...)

Fecha: Sep 08/2011 Hora: 09:30

Observaciones: SE RECIBE LLAMADA DEL JEFE GUILLERMO DONDE PIDE SE LE ENVIE EVOLUCIONES MÉDICAS RECIENTES Y LA REMISIÓN NUEVAMENTE PUESTO QUE ESTÁN COMENTANDO EL PACIENTE CON LA CLÍNICA SHAI O Y ESTOS LA ESTÁN SOLICITANDO, SE SUBE A PISO Y SE ENVIAN LOS SOPORTES SOLICITADOS A EL CORREO DEL JEFE GUILLERMO, PENDIENTE RESPUESTA. (...)

Fecha: Sep 12/2011 Hora: 11:05

Observaciones: SE LOGRA COMUNICACIÓN CON SANDRA LÓPEZ DE LINEA NACIONAL CAPRECO QUIEN MANIFIESTA QUE ESTÁN COMENTANDO A LA PACIENTE EN FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE NEIVA. (...)

Fecha: Sep 14/2011 Hora: 10:06

²⁴ Visto en los folios 264 al 273 del cuaderno principal Tomo I

Observaciones: SE LLAMA AL JEFE GUILLERMO DE CAPRECOM REGIONAL QUIEN REFIERE Q POR EL MOMENTO CONTINUA EN TRÁMITE REMISIÓN, YA QUE ESTÁN EN ESPERA DE LA COTIZACIÓN POR PARTE DE LA CLÍNICA DE SHACC Y LA SHAIO, ASÍ QUE EN EL MOMENTO EN Q ENVÍEN LA COTIZACIÓN, NOS INFORMARÁN. (...)

Fecha: Oct. 13/2011 Hora: 11:06

Observaciones: 10:45 en comunicación con regional caprecom Tolima jefe GUILLERMO INFORMA Q EN ESPERA QUE HAYA CONTRATACIÓN CON DIACORSA (HOY ESTAN CERRANDO) IGUALMENTE ESTA ESPERANDO RESPUESTA DE CARDIOVASCULAR DEL NIÑO EN BOGOTÁ. QUEDA PENDIENTE DE LLAMAR EN LA TARDE.(...)

Fecha: Oct. 25/2011 Hora: 17:25

Observaciones: 25/10/2011 10:00 SE LLAMA A LA JEFE SANDRA PEÑA DE DIACORSA PARA CONFIRMAR CITA PERO INFORMA QUE NO HAN FIRMADO CONTRATO CON CAPRECOM EPSS POR LO CUAL NO SE HA CEPTADO PACIENTE SE LLAMA PTE LLAMAR AL JEFE GUILLEMRO (...)

Fecha: Oct. 28/2011 Hora: 11:30

Observaciones: 11:05 DE DIACORSA GUSTAVO INFORMA QUE ASIGNARON CITA PARA EL 31-10-11 A LAS 8:30 PARA VALORACIÓN POR CX CARDIOVASCULAR, SE DEBE ENVIAR FAX DE LA AUTORIZACIÓN. ETORRES SE INTENTA COMUNICACIÓN CON JEFE GUILLERMO PERO NO CONTESTA (...).

Del mismo modo, según historia clínica de DIACORSA Sucursal Instituto del Corazón de Ibagué, se consignó²⁵:

“(...) CONSULTA PRE-QUIRÚRGICA AMBULATORIA -31/oct/11

Especialidad: Cirugía Cardio vascular (...)

Diagnósticos

- Disección de aorta (cualquier parte) (...)

ANÁLISIS Y PLAN:

- PACIENTE DE 63 AÑOS DE EDAD CON DISECCIÓN DE AORTA TIPO B, ANEURISMA DE ARTERIA INFRA-RENAL Y NECROSIS DE DEDOS AMBOS PIES
- DEBE PERMANENCER HOSPITALIZADA
- SS. VALORACIÓN POR CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA
- SS. DOPPLER ARTERIO-VENOSO MMII (...)

“(...) CONSULTA PRE-QUIRÚRGICA AMBULATORIA -09/nov/11

Especialidad: Cirugía Cardio vascular (...)

Diagnósticos

- Disección de aorta (cualquier parte)
- Aneurisma infrarrenal
- Necrosis dedos ambos pies (...)

²⁵ Visto en los folios 191 al 214 del cuaderno principal 1

PACIENTE DE 63 AÑOS DE EDAD CON DISECCIÓN DE AORTA TIPO B, ANEURISMA DE ARTERIA INFRA-RENAL Y NECROSIS DE DEDOS AMBOS PIES

HOSPITALZIAR A CARGO DE CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA

- *DEBE PERMANENCER HOSPITALIZADA*
- *SS. VALORACIÓN POR CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA*
- *SS. ANGIOGRAFIA POR SUSTRACCIÓN DIGITAL*
- *SS VALORACIÓN POR NEFROLOGIA (...)*”

Según la consulta de servicios autorizados a afiliado de CAPRECOM EPSS, en el caso de Sara Emilia Niño de Cadena (qepd), se autorizaron los siguientes servicios médicos en relación con las consultas especializadas para enfermedad del sistema circulatorio después del 31 de agosto de 2011²⁶:

- El 16 de diciembre de 2011, consulta por primera vez de medicina especializada con servicio No. 890202.
- El 05 de diciembre de 2011, consulta por primera vez por medicina especializada con servicio No. 890202.
- El 28 de octubre de 2011, consulta de control o seguimiento por medicina especializada de enfermedad del sistema circulatorio con servicio No. 890302.
- El 8 de noviembre de 2011, consulta de primera vez por medicina especializada, enfermedad del sistema circulatorio con servicio No 890202.

Por otra parte, se evidencia que la demandante Luz Stella Cadena Niño en representación de su madre Sara Emilia Niño de Cadena (qepd), instauró acción de tutela en contra del DEPARTAMENTO DEL TOLIMA y CAPRECOM EPSS, con el fin de que se practicaran la cirugía, exámenes, tratamiento y medicamentos requeridos para la enfermedad de Aneurisma de la aorta abdominal que padece, por lo que el Juzgado Tercero Administrativo del Circuito el 18 de julio de 2011, amparó los derechos invocados.²⁷

El 13 de septiembre de 2011, la demandante presentó incidente de desacato en contra de CAPRECOM EPSS, para que se diera cumplimiento al fallo de tutela del 18 de julio de 2011, en el sentido que no se había efectuado ninguna cirugía y los médicos tratantes manifestaban que la paciente debía ser trasladada a un hospital de cuarto nivel, sin que se haya hecho.²⁸

Luego de poner en conocimiento de la incidentante las autorizaciones aportadas por CAPRECOM EPSS, mediante auto del 9 de febrero de 2012, el Juzgado Tercero Administrativo del Circuito de Ibagué, decidió ante el silencio de la parte actora, declarar que el Director Territorial de CAPRECOM EPSS no había incurrido en desacato frente a la sentencia de tutela.²⁹

Por lo antes expuesto, se puede inferir que en la segunda atención médica Sara Emilia Niño de Cadena (qepd) nuevamente ingresó por urgencias del Hospital Federico Lleras

²⁶ Vista en los folios 75 al 84

²⁷ Visto fallo de tutela en los folios 16 al 24

²⁸ Visto en los folios 29 al 31

²⁹ Visto en los folios 92 al 94

Acosta de Ibagué, y su hospitalización duró del 14 de agosto de 2011 al 3 de diciembre de 2011, con un cuadro clínico complejo, de isquemia artejos origen embólico, además de sufrir de otras patologías, como: i) Aneurisma aorta abdominal (enfermedad detectada en la anterior atención médica); ii) insuficiencia renal crónica, la cual requirió atención por nefrología el 17 de agosto de 2011, y en esa misma fecha se llevó a cabo la valoración del nefrólogo; iii) POP toracotomía a drenaje cerrado por hemoneumotorax; iv) Síndrome coronario agudo; v) hipertensión arterial crónica; vi) síndrome convulsivo y vi) infarto agudo miocardio.

Estas patologías llevaron a que la paciente fuera atendida por distintas especialidades, entre estas, cirugía general, cirugía vascular, medicina interna, nefrología, UCI, psicología y nutrición, todas prestadas en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué.

Igualmente, se aprecia que desde el 31 de agosto de 2011, se ordenó por parte del especialista en cirugía vascular remisión a centro especializado en cirugía cardíaca y cardiovascular; sin embargo, CAPRECOM EPS no ordenó la remisión inmediata sino que debido a trámites administrativos se logró solo hasta el 31 de octubre de 2011 y el 9 de noviembre de 2011; en DIACORSA Institución del Corazón de Ibagué, en donde el médico especialista en cirugía cardiovascular ordenó valoración por cirugía vascular periférica; cabe advertir que el 2 de noviembre de 2011, en valoración por cirugía vascular del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, se consideró que la paciente era inoperable y no tenía opción de cirugía, por lo que para ese momento se debía continuar con el manejo ambulatorio; posterior a la atención por cirugía cardiovascular en DIACORSA, se efectuó valoración el 20 de noviembre de 2011, con diagnóstico de insuficiencia renal crónica en diálisis y el 3 de noviembre de 2011, se dio salida quedando para ese momento pendiente la valoración por cirugía vascular periférica.

- iii) Tercera atención médica, se dio desde el 5 de diciembre de 2011 al 6 de diciembre de 2011, en esta última fecha falleció Sara Emilia Niño de Cadena (qepd) en el Hospital Federico Lleras Acosta, así:

“(…) Ingreso: 05-12-11

Hora: 16+50

Motivo de consulta y enfermedad actual: paciente con antecedente de aneurisma toraco abdominal. Con cuadro clínico de 3 horas de evolución consistente en dolor lumbar derecho que se irradia a región de fosa iliaca derecha, acompañada de palidez mucocutanea, diaforesis, astenia y adinamia. ***Antecedentes patológicos:*** Insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, glomerulonefritis, aneurisma aorta abdominal. ***Alérgicos:*** niega, ***Toxicológicos:*** niega.

(…)

Diagnostico relacionado: - Insuficiencia renal crónica

- Aneurisma palabra ilegible.

- Diabetes mellitus descompensada

05-12-11 22+30 urgencias

Respondo al llamado de enfermería encontrado paciente con frialdad distal de 4 extremidades, polipneica, palidez cutánea. TA: 70/40 FC: 100X'. Ruidos cardíacos

y respiratorios no soplos, murmullo vesicular ok.

Abdomen no masas, se palpa pulsación abdominal.

Extremidades: **palabra ilegible** cianosis y necrosis de dedos de los pies. Catéter de hemodiálisis.

Neurológico: desorientada, hipoactivo

Glucometria 476 mg/dl

Paciente en tratamiento con diálisis

Se evidencia en paraclínicos **aumento azoados**, glicemia 329

Angiotac abdomino torácico: Evidencia disección aortica a nivel subclavio y aneurisma con disección aórtico a nivel abdominal.

Plan: traslado a reanimación.

Dr. Roosevelt Ibáñez Vargas. Medicina general

05-12-11 23+30 Cirugía general

Paciente conocida por el servicio de cirugía general y vascular, con aneurisma disecante de aorta torácica y abdominal, quien se considera no candidata para manejo quirúrgico, por lo cual se dio salida por la institución, con manejo con antiagregación doble, (ASA, clopidogrel). El día de hoy consulta a urgencias por dolor en región sacro iliaca derecha, sin síntomas asociados. Se valora paciente encontrando dolor a la palpación sacro iliaca derecha. Pulsos pedios presentes, cianosis y necrosis en pulpejos de dedos de ambos pies, estable hemodinámicamente.

Se considera que no cursa con patología quirúrgica, sin embargo, se realiza rastreo topográfico abdominal, sin cambio con respecto a estadios previos, **se descarta ruptura de aneurisma**. Por tal motivo no pasan interconsulta. En el momento se atiende llamado de medicina general porque la paciente presenta cuadro convulsivo, asociado a apneas y requerimiento de intubación orotraqueal y aplicación de diazepam intravenoso.

En el momento bajo efectos de sedación, con ventilación con ambú, con signos vitales TA: 85/51 FC: 86 FR: 20 Saturación de oxígeno: 100% Tensión arterial media: 63. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido, globalmente sin agregados. Abdomen: masa pulsátil a la inspección. No se palpa.

Extremidades superiores sin alteraciones, miembros inferiores con cianosis y necrosis de pulpejos bilaterales. Pulsos poplíteos y pedios presentes, simétrico y disminuidos.

Neurológico: no valorable.

Diagnóstico:

1. Cetoacidosis diabética
2. Síndrome convulsivo secundario a uno}
3. Falla ventilatoria aguda
4. Falla renal crónica en hemodiálisis
5. Aneurisma disecante de aorta torácica y abdominal en progresión.

Análisis: Paciente con patología aortica inoperable, quien además cursa con patología medica descompensada, quien requiere manejo en unidad de cuidado intensivo.

Pronóstico reservado.

Plan: Hospitalizar en UCI

Ventilación mecánica asistida

Medidas de soporte vital (...)

06-12-11 01+00 Valoración UCI Adultos

Paciente con historia clínica anotada, diagnóstico Aneurisma disecante aorta abdominal y torácico en progresión, inoperable, cursa con cetoacidosis diabética e insuficiencia respiratoria aguda. Requirió intubación orotraqueal y soporte ventilatorio con AMBU, se encuentra sin tensión arterial, pupilas desiguales izquierda 8mm, derecha 4mm no reactivas. Se considera paciente en fase terminal, con daño encefálico cebero, sin posibilidad terapéutica. No tienen indicación de manejo en UCI. Limitación terapéutica.

06-12-11 01+05 Paciente con aneurisma disecante de aorta torácico y abdominal en progresión, con cuadro de cetoacidosis diabética, síndrome convulsivo, falla ventilatoria aguda.

Valorada por cirugía general quien la considera inoperable. Valorada por UCI quien considera que no tiene indicio de mejora en UCI por no posibilidades terapéuticas, en limitación terapéutica. Con bradicardia extrema y el paciente presenta paro cardiorespiratorio quien no responde a maniobras y fallece. (...)

En esta tercera atención, se evidencia que Sara Emilia Niño de Cadena (qepd); ingresó nuevamente con cuadro clínico de dolor lumbar con un diagnóstico inicial de Insuficiencia renal crónica, Aneurisma palabra ilegible y Diabetes mellitus descompensada, por lo que se le efectuó rastreo tomográfico abdominal sin que se observara cambios a los estudios previos y se descartó ruptura de aneurisma; de igual forma, la paciente presentó cuadro convulsivo y posteriormente, se establece como diagnóstico: i) Cetoacidosis diabética; ii) Síndrome convulsivo secundario a uno; iii) Falla ventilatoria aguda; iv) Falla renal crónica en hemodiálisis y v) Aneurisma disecante de aorta torácica y abdominal en progresión; siendo trasladada a la UCI donde se consideró que era una paciente en fase terminal con daño encefálico cerebral, sin que se hiciera precisión de lo que originó ese daño; igual presentó paro cardiorespiratorio y falleció; sin embargo, no se logró precisar la causa exacta que originó el paro cardiorespiratorio, pues, la víctima sufría varias patologías.

Por otra parte, obra en el proceso, la declaración del perito Doctor German Alfonso Vanegas Cabezas, médico y abogado, quien indicó:

*“(..).Mis conclusiones son las siguientes, la paciente fallece a consecuencia de las complicaciones dadas por las patologías de base de la paciente. ¿Cuáles son esas patologías? Primero una cardiopatía, sí, que había sido con antecedente de presentar infarto agudo del miocardio; segundo, disección de aorta torácica y disección de aorta abdominal, por debajo del tronco celiaco, quiere decir, por debajo, sí, del nacimiento de las arterias renales, con compromiso de las arterias renales; tercero, es apaciente por ese compromiso de las arterias renales y la descompensación metabólica, se llegó a un punto de insuficiencia renal aguda que requirió de manejo, de diálisis, de hemodiálisis y esa hemodiálisis, para poderla manejar, tuvieron que colocarle un catéter yugular, que sufre como complicación una perforación pleural y tienen que hacerle una toracotomía con colocación de tubo de tórax, manejo en unidad de cuidados intensivos y finalmente la paciente, el día de su fallecimiento, presenta una descompensación metabólica severa, producto de deshidratación, **producto seguramente del dolor y de alguna patología intra abdominal que no le puedo definir señorita porque la historia clínica no aporta suficiente información y porque no me fue entregado, ni se si le fue practicada necropsia clínica o necropsia médico-legal a esta paciente y que determina la condición en la cual finalmente, la paciente, muy seguramente fallece***

por un cuadro de un agravamiento de la disección aortica con embolismos, y esos embolismos son los que tapan la circulación distal y causan las manifestaciones severas con liberación de agentes químicos, que son cuerpos atónicos, que en un paciente diabético o un paciente con trastorno abdominal, muy seguramente, además del daño renal, tenía daño pancreático, lo llevan a un cuadro irreversible que desemboca en el fallecimiento, a pesar de la atención medica que recibía en ese momento, entonces en conclusión lo que yo encuentro es que esta paciente fallece por una patología vascular severa, que inicialmente está ubicada en una determinada área de la de la sutura aortica torácica y abdominal, que es progresiva y que al ser progresiva, al avanzar el proceso de la disección aortica, que para ilustración de las personas presentes en la audiencia, que no tengan el conocimiento sobre la patología, **la disección significa que las paredes de la aorta se separan en sus partes y al separarse en sus partes entonces se debilita la pared de la aorta, existiendo la posibilidad, muy certera, de ruptura de la aorta, que si es hacia el exterior termina generando una hemorragia que casi siempre termina en la muerte del paciente más del 90% de los casos, y si es hacia dentro termina desprendiendo partes de la arteria que viajan por el mismo torrente sanguíneo, tapando las regiones inferiores de los vasos por los cuales están viajando estos remanentes vasculares, produciendo un trastorno isquémico severo que también, habitualmente, por encima del 80%, causa la muerte en los pacientes,** quiere decir que la patología que se de la que se habla, es una patología extremadamente severa, que requiere un manejo especializado, un manejo oportuno de acuerdo a la literatura del propio Ministerio de la Protección Social, que en las guías de manejo de urgencias, para este tipo de patologías, establece, indica que la mortalidad superior a los 4 meses, del paciente con disección aortica, es superior al 97%, quiere decir que es una patología severa, que normalmente lleva a la muerte si no se atiende de forma oportuna los requerimientos que se puedan dar. Quiero realizar una última observación, hay circunstancias en las cuales la potencialidad de realizar un procedimiento es viable y hay circunstancias propias de un caso en particular en el cual las circunstancias de realizar esa potencialidad de un procedimiento no es aconsejable, entonces llegado el momento en el cual, de acuerdo a la información de la historia clínica que yo analice, los especialistas que miraron, indicaron la condición de inoperable, ya del paciente, significa ya el paso el tiempo oportuno para haber desarrollado, en su forma eficiente, algún tipo de procedimiento que evitara la progresión de la disección aortica, hubo un paciente que es conocido desde marzo y fallece en noviembre, es una gran cantidad de tiempo invertido tratando de conseguir la valoración especializada y los tratamientos que pudieran recibir y que finalmente, pues, en el momento en que ya se hacen las valoraciones, pues, la paciente ya no tiene oportunidad quirúrgica, ya en ese momento no conviene hacer la cirugía, sí, llevarla a cirugía significaría, prácticamente, condenarla a muerte porque la cirugía es una cirugía extensa y no se puede responder la aorta en su totalidad como era lo que estaba comprometido en el caso presente señorita. LA JUEZ, PREGUNTÓ. El infarto del miocardio, según lo que usted nos indica, ¿fue posterior a mayo del 2011 o fue anterior? Respondió. (...), el día 31 de octubre dice la información de la historia clínica CAPRECOM consigue que la paciente sea valorada por cirugía endovascular, quiere decir hasta el 31 de octubre es cuando físicamente es valorada por un especialista del área endoquirurgica, mientras tanto, de acuerdo a la información que yo tengo la valoración que se ha hecho es de cirugía vascular periférica que es el Doctor Alberto Gutiérrez y la participación, como ya mencione, de un Doctor Muñoz en Bogotá al que le consultaron, sí, para la toma de decisión, entonces vamos en octubre y en octubre ya la paciente es valorada

por cirugía vascular, entiéndase que para esta época la paciente ya ha tenido infarto, ya tiene la necrosis en los dedos, sí, ya se sabe que hay una aneurisma tipo A y tipo B, entonces que el compromiso es bastante severo, entonces en ese momento la conceptualización que hace el especialista, cuando la ve, es una paciente que pues ya en ese momento no puede ser manejada desde el punto de vista quirúrgico, porque no se puede reposicionar toda la arteria, de acuerdo a la información que, como le he indicado señorita, es lo que yo tengo de la historia clínica, esa secuencia a la que estoy haciendo referencia hace que la paciente pues siga haciendo objeto de manejo médico, que tiene entradas y salidas al Hospital Federico Lleras y que el día 5 de diciembre la paciente ingresa con dolor abdominal severo irradiado a la región lumbar, acompañado de palidez, diaforesis que es sudoración, distermia que es trastorno de la temperatura, adinamia, que ingresa con diagnóstico de ruptura de la aneurisma, pero cuando yo revise la historia clínica, como lo digo en mi informe en la historia clínica se menciona que existe masa pulsátil, entonces al existir la masa pulsátil de entrada hace que el médico que examine pueda entender que existe la aneurisma porque lo está percibiendo en forma física, entonces indicar que hay ruptura de la aneurisma con hallazgo de que yo puedo palpar la zona abdominal donde la aneurisma está presente, sugiere que no se rompe.(...) Si doctora, es que la masa pulsátil constituye la existencia de la aneurisma abdominal, sí señora, el aneurisma de acuerdo a la literatura y de acuerdo a la experiencia de cirugía, el aneurisma como tal solamente es una dilatación sacular, es una aumentar el diámetro de la arteria, pero en general lo que se encuentra es que las fibras elásticas de la arteria se están débiles y la arteria entre comillas se conserva, la experiencia personal como médico que yo he tenido es que los pacientes con aneurismas de esas características que se denominan aneurisma micótico, hacen que mientras estén controlados es mejor dejarlos quietos, pero el principal enemigo de un aneurisma es la hipertensión arterial, el trauma que se pueda presentar y entonces si se llega a romper eso es una emergencia, eso es un caos y la mortalidad de los pacientes es extremadamente alta, permitiendo que la cirugía de reemplazo específico y exclusivamente de la aorta abdominal, puede ser electiva, programada, con calma, que se organice, que este el equipo quirúrgico y que se haga cuando el paciente lo requiere, diferente es la disección aortica señorita. (...) LA JUEZ, PREGUNTÓ **JUEZ**: ¿Pero aquí no hubo ruptura de la aneurisma? Respondió. No señora, a mi juicio y de acuerdo a la historia clínica, lo que los médicos escriben en la historia clínica en parte tienen contradicciones, hacen un diagnóstico de ruptura de aneurisma, pero la descripción de la del examen dice que la aneurisma está y luego más adelante aparece una nota donde dice que ya no se palpa, entonces pues finalmente uno no sabe a quién creerle, en cuanto a la información que está en la historia clínica, ¿por qué razón? porque es que él la información de la doctora Serrano hace es un estudio la historia clínica, pero el médico, doctor Roosevelt, que es el que atiende en ese momento y escribe, es el que está frente a la paciente y es el que menciona las cosas, y el principio dice que palpa la masa pulsátil, entonces ante esta circunstancia y **ya cuando entra en la fase final catastrófica, y la paciente hace paro y hacen maniobras, y no lo pude recuperar pues la determinación que el hospital establece es que fallece como consecuencia del daño vascular, no lo menciona de qué manera, porque dice que es de acuerdo a las patologías inherentes o las complicaciones inherentes a su patología, o sea, qué pena pero la doctora Serrano tampoco se compromete decir, fue que la disección de aorta llegó hasta tal parte y tampoco se compromete a decir, fue que se rompió la aneurisma, tampoco dicen que la paciente se muere solamente por el cuadro metabólico específico, se menciona la historia clínica que la paciente presenta cifras de hipoglicemia, cambios encefálico severos, que los estudios**

demuestran daño cerebral y eso entonces es diagnosticado como una cetoacidosis diabética y la cetoacidosis diabética es una consecuencia terrible de la los cuadros hiperglicemicos en los pacientes, ¿pero que desencadena ese cuadro hiperinglicemico tan agudo en esa paciente? porque es que la paciente hasta ese momento no se menciona como que tuviera problemas de manejo severo de control de cifras de azúcar, solamente hasta ese momento, entonces hay factores que pueden producir hiperglucemia en un paciente que tiene un trasfondo de base diabético, infecciones, dolor, crisis agudas de algo, por ejemplo el infarto, por ejemplo una infección renal o eventualmente se puede presentar un cuadro de hiperglicemia de estas características cuando el páncreas falla, ¿por qué puede fallar el páncreas? porque la disección de aorta se lleva la adveración de páncreas y eso muy seguramente fue lo que pudo haber pasado señoría, porque la diabetes no duele y los cuadros hiperglucemicos no duelen, pero la paciente ingresa desde la historia clínica el día 5 de diciembre con dolor abdominal severo y es un dolor que se irradia hacia la región lumbar, lo cual ubica específicamente el daño a nivel de la zona del tronco celiaco, ese es un dolor referido en la zona media del abdomen y además que se irradia hacia las regiones celiacas como describe el informe, y con eso se permite también conocer que había entonces necesariamente algún compromiso de los vasos en esa región que son los que llevan la delegación a los miembros inferiores, circunstancia esta que se demuestra con la mención de los daños isquémicos, necrosis de los dedos que la paciente presenta, ya decirle a su señoría que sucedió realmente y en ultimas condiciones, pues no me es posible con la información disponible, porque está sería un caso que hubiese requerido en cumplimiento de la ley y la investigación forense, porque no hay certeza sobre la causa de muerte (...) Señoría, tiene toda la razón y la interpretación es la exacta en la información que he suministrado y para apoyar esta afirmación que acabo de hacer quiero trasladarme nuevamente el documento donde se dice que para esa época se menciona y considera que no tiene opción quirúrgica en el momento, entonces esa circunstancia hace que pues ya aunque uno vea que el cuadro avanza es como una bola de nieve por una pendiente, no me puedo atravesar en el camino para detenerla, ya no hay nada que hacer, hay patologías como estas que son extremadamente severas y que por eso toda la literatura indica sobre la necesidad de la atención lo más pronto posible y dependiendo de eso, existen las posibilidades terapéuticas, ahí lo que se determina es tratamientos paliativos, o sea, ya uno sabe que era, la paciente no tiene reversa en su patología, sabe que cualquier día va a presentarse un desenlace no deseado y lo que hace uno es tratar de mantener las mejores condiciones del paciente para darle condiciones de vida, eso muy seguramente es que en este momento ya se presentaba con la paciente cuando ya se considera en este instante que el procedimiento no es viable, que la paciente no es operable porque los riesgos implícitos de cualquier tipo de procedimiento quirúrgico le restarían la única oportunidad de vida que puede tener si la dejan quieta y controlan los factores de riesgo que están asociados, pues esa es una decisión que normalmente se toma entre los médicos que atienden la paciente y la familia, dejar a la evolución natural de la enfermedad para darle un poco más de tiempo y esperar al desenlace natural, porque el procedimiento quirúrgico puede significar a cortar ese período, quitarle esa oportunidad al paciente, la mayoría de esos pacientes fallecen dentro del procedimiento quirúrgico o inmediatamente en días posteriores al procedimiento, la mortalidad muy alta es 97%. (...) Señoría, en los elementos de información sobre antecedentes son valiosos, el riesgo de que un paciente cualquiera desarrolle un tipo de patología como ésta, está asociado fundamentalmente con la hipertensión arterial y factores externos de carácter tóxico, como por ejemplo, el fumar, que hacen que los componentes del cigarrillo

faciliten que se produzca esa disección de la aorta, entonces esos dos factores de importancia a tener en cuenta, más el momento en el que el cirujano especialista valora el paciente, es el que le da la oportunidad de terminar si el paciente está en condiciones de favorecerse por el tratamiento quirúrgico y le da la oportunidad de que ese procedimiento quirúrgico sea desarrollado en forma eficaz y eficiente para ese paciente y que está condicionado fundamentalmente en el tiempo, en la medida en que el tiempo va pasando, pues la disección se va avanzando, el procedimiento quirúrgico es mucho más extenso, más severo, más riesgoso y cada vez el paciente tienen menos posibilidad de darle la oportunidad del manejo quirúrgico, entonces por eso señorita atendiendo a las conclusiones que muy bien el despacho ha hecho y que yo también he mencionado en el mismo sentido, la determinación inicial que hubiese podido tener con la paciente es posible que le hubiera dado la oportunidad de un manejo quirúrgico pero ya en los momentos en los cuales aparecen las valoraciones, se hacen los estudios, con el paso de ese tiempo y el transcurso de la evolución de la enfermedad, llega el momento en el cual a pesar de que se diagnostique las características del daño Ya ese daño no aconseja el manejo quirúrgico y se considera entonces inoperable, esa es la razón para des decisión (...) LA JUEZ PREGUNTÓ. Pero es que yo no le estoy preguntando sobre la patología sino el manejo quirúrgico, o sea, la cirugía en sí. Respondió. Ah sí señorita, la cirugía tiene un índice de posibilidad de éxito que tiene un porcentaje muy alto, ese porcentaje de éxito, cuando las condiciones así lo permiten y se efectúa con todas las precauciones del caso, puede llevar a una sobre vida de los pacientes superior al 60%, pero depende de las características del paciente, si el paciente presenta inconvenientes, como por ejemplo lo tenían esa señora, de una insuficiencia renal, eso le va restando progresivamente la eficiencia del procedimiento quirúrgico, haciendo que llegue el momento en el que uno dice si esa paciente la ingreso para arreglarle la aorta pero como acaba de salir de un infarto se me va a morir y es por la isquemia miocárdica y luego el tratamiento de diálisis, de hemodiálisis al que estaba sostenida significa que la paciente tiene que pasar por equipos de hemodiálisis, pero yo tengo que tener medicación anticoagulante que no me permite la hemodiálisis o sea ya llega el momento en el cual pulsaciones. LA JUEZ PREGUNTÓ. No, pero yo me estoy refiriendo al momento en el que determinamos, del mes y medio del que determinamos que era viable la operación, ella tenía esos factores de riesgo y sus antecedentes que hacían que esa probabilidad, a mi juicio, no estoy mal, no fuese del 60%, entonces yo quisiera saber, ella como paciente en ese momento que probabilidades tendría. Respondió. Señorita, a mi juicio, en ese periodo, con esos factores de riesgo y las condiciones en las que estaba la paciente, su posibilidad de mortalidad ante el procedimiento quirúrgico, o sea, desarrollado el procedimiento quirúrgico, era extremadamente alta, superior a 70% en ese momento para esa paciente en ese caso concreto. (...) de acuerdo a la información de la historia clínica que yo estudié, lo que observé es que el Hospital Federico Lleras, de acuerdo a su capacidad instalada y de acuerdo a los servicios que le han sido habilitados y a la oportunidad que tenía de brindarle atenciones a la paciente, pues le prestó los servicios hasta donde su condición lo permite, y dentro de lo que yo vi, es que existía una necesidad de recurrir a servicios especializados de cuarto nivel que no son servicios que tiene para prestar el hospital Federico Lleras, en consecuencia, de acuerdo a la capacidad instalada, lo que yo encuentro es que los servicios prestados en el hospital, pues fueron los que tenían capacidad de prestarle a la paciente, y que se ven avocadas a la situación de severidad del cuadro clínico de la señora Sara, que finalmente por evolución natural de la enfermedad, le lleva al fallecimiento como ya lo he indicado en esta audiencia. APODERADO DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS, PREGUNTÓ. Conforme a

la revisión de las historias clínicas allegadas al proceso y revisadas para la misión del dictamen, ¿considera usted que si la E.P.S Caprecom hubiera generado las autorizaciones de servicio necesarias o tramitado las revisiones solicitadas conforme a los padecimientos de la paciente, ¿no se habría presentado la pérdida de oportunidad que se indica en el dictamen? Respondió. Doctor mire, en las diferentes anotaciones de solicitudes para que Caprecom gestionara la ubicación o la valoración o para que hiciera con su condición de EPS la ubicación de la paciente, para que pudiera tener las valoraciones o las atenciones terapéuticas que requería, hace que efectivamente encuentre que hubo un fenómeno de insistencia en procura de esos elementos y que finalmente el paso del tiempo, se denota en las notas de historia clínica y que el desenlace de la paciente era un desenlace esperado, digamos, si se hubiese atendido en forma mucho más ágil o precoz, el requerimiento del hospital, es posible que hubiese podido darse una oportunidad diferente, dado que las condiciones de ese instante, eran diferentes de la paciente; estamos hablando de una patología que es progresiva.(...)”

De lo expuesto por el perito, es claro que aunque este hace un análisis del desarrollo de la patología vascular de Sara Emilia Niño de Cadena (qepd) y la atención médica, en donde aseguró que el paso del tiempo pudo determinar que su condición fuera inoperable frente a la enfermedad vascular que sufría, pues, se trató de una enfermedad progresiva; lo cierto, es que a pesar de ese análisis, el perito es claro en afirmar que la historia clínica no aportó suficiente información para establecer la condición en la cual finalmente falleció la paciente; pues, en dicho documento se indicó que existió daño vascular, pero no se establece de qué manera, pues, solo hace referencia a que se dio por las patologías inherentes o las complicaciones inherentes a su patología y concluyó que no tiene certeza sobre la causa de la muerte.

Pues bien, con todo es evidente que desde que Sara Emilia Niño de Cadena (qepd), ingresó por el servicio de urgencias del Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué, se le prestó y garantizó el servicio de salud por parte de las demandadas, ya que en la historia clínica se aprecia que se trata de una paciente que presentó un cuadro clínico complejo, pues, no solo fue diagnosticada con aneurisma aórtico que requería de valoración por parte de cirugía vascular, cirugía cardiovascular y cirugía vascular periférica; sino que padecía otras patologías complejas que aquejaban su salud, como el síndrome convulsivo, cetoacidosis diabética, falla ventilatoria aguda, falla renal crónica en hemodiálisis y Aneurisma disecante de aorta torácica y abdominal en progresión, las cuales requerían de especialistas en nutrición, nefrología, cirugía general, cirugía vascular, medicina interna, UCI, y psicología, servicios que le fueron prestados.

Cabe aclarar que no se desconoce que por parte de CAPRECOM EPSS existió una demora en el trámite administrativo de remisión a valoración por cirugía cardiovascular a DIACORSA Instituto del Corazón de Ibagué, del 31 de agosto de 2011 al 31 de octubre de 2011; pero finalmente dicha valoración se realizó en esta última fecha y el 9 de noviembre de 2012, sin que se pueda considerar que la tardanza en la remisión fue la causa del daño, y aunque el perito indicó que ello pudo afectar la salud de la paciente al tratarse de una enfermedad progresiva, lo cierto, es que en la historia clínica en la fecha en que se realizó la atención (31 de octubre de 2011), ello no fue establecido por el médico tratante especialista en cirugía cardiovascular, quien solo ordenó valoración por cirugía vascular periférica.

Es necesario resaltar que el pronóstico médico de Sara Emilia Niño de Cadena (qepd) siempre fue complejo, pues, desde el 19 de julio de 2011, cuando fue valorada por cirugía vascular con concepto de cirujano endovascular de Bogotá, se descartó la posibilidad de practicar cirugía y se decidió implementar manejo ambulatorio, pues, para ese momento ya estaba diagnosticada con colelitiasis, aneurisma aorto abdominal, neuroinfección y hipertensión arterial; y luego del segundo reingreso por urgencias al Hospital Federico Lleras Acosta ESE, a pesar de que se remitió a cirugía vascular, cardiovascular y vascular periférica, para una posible intervención quirúrgica el diagnóstico seguía siendo complejo, pues, padecía de aneurisma torácico, enfermedad renal crónica y necrosis arteriales y el 2 de noviembre de 2011, y se consideró por parte del cirujano vascular que era una paciente inoperable.

Por tanto, se reitera que no se desconoce que CAPRECOM EPSS omitió o se tardó en autorizar la remisión de la paciente desde el 31 de agosto de 2011 hasta el 31 de octubre de 2011 por trámites administrativos de contratación con DIACORSA Instituto del Corazón de Ibagué; sin embargo, ello no es suficiente para endilgar responsabilidad a la entidad demandada, pues, como se indicó previamente se trató de una paciente que presentó un cuadro clínico complejo, el cual no solo dependía de la especialidad de cirugía cardiovascular que era la autorización que se tardó en emitir, ya que era atendida por otras especialidades por distintas patologías síndrome convulsivo, cetoacidosis diabética, falla ventilatoria aguda, falla renal crónica en hemodiálisis y Aneurisma disecante de aorta torácica y abdominal en progresión, tanto así que estuvo internada en UCI del 23 de agosto de 2011 al 26 de agosto de 2011, sin que existe certeza que de haberse llevado a cabo la valoración por cirugía cardiovascular antes del 31 de octubre de 2011, se hubiese evitado el daño, pues, aun cuando el fallecimiento se produjo por un paro cardiorespiratorio, no se logró establecer cuál fue la causa que lo originó, pues, en la historia clínica solo esa fue la referencia, tal y como, lo dijo el perito.

Por tanto, pese a la demora por parte de CAPRECOM EPSS, para autorizar la remisión para valoración por cirugía cardiovascular, lo cierto es que no se tiene certeza que ello fue lo que dio lugar al fallecimiento de la paciente, pues, esta padecía de varias enfermedades crónicas, sin que se tenga conocimiento de cual fue la que detonó el resultado final, máxime si se tiene en cuenta que en la historia clínica para la fecha del deceso (6 de diciembre de 2011) se consignó *“paciente con cuadro desierto, no hay pronóstico”*; es decir, que no existía certeza si la valoración por cirugía cardiovascular antes del 31 de octubre de 2011, hubiese evitado el resultado final; más aún, cuando no se aportó al proceso una necropsia o cualquier otro documento que permita establecer cuál de las patologías originó el deceso.

Cabe advertir que para el momento del fallecimiento de Sara Emilia Niño de Cadena (qepd), también quedó pendiente la autorización de la valoración por cirugía vascular periférica, la cual se emitió en virtud de un incidente de desacato el 5 y 16 de diciembre de 2011, fechas en las que la paciente ya estaba en estado terminal y falleció; sin embargo, se insiste en que no existe certeza que la realización de esta valoración por la especialidad de vascular periférica, hubiese impedido el resultado final, ante el complejo cuadro clínico que presentó la víctima.

Frente a la tesis de la pérdida de la oportunidad de vida a legada en la apelación, es necesario indicar que el Consejo de Estado, la ha definido así³⁰:

“(...) Igualmente, resulta claro que aunque la omisión del personal médico podía no configurar la causa adecuada del daño, resumido en la muerte, debido a las patologías padecidas con anterioridad por el paciente, sí fue la causante de la pérdida de oportunidad o pérdida de chance de ser atendido con tiempo y de tener la posibilidad de recuperarse, frente a la cual esta Corporación ha sostenido:

*“Se ha señalado que las expresiones ‘chance’ u ‘oportunidad’ resultan próximas a otras como ‘ocasión’, ‘probabilidad’ o ‘expectativa’ y que todas comparten el común elemento consistente en remitir al cálculo de probabilidades, en la medida en que se refieren a un territorio ubicable entre lo actual y lo futuro, entre lo hipotético y lo seguro o entre lo cierto y lo incierto (...) **Es decir que para un determinado sujeto había probabilidades a favor y probabilidades en contra de obtener o no cierta ventaja patrimonial, pero un hecho cometido por un tercero le ha impedido tener la oportunidad de participar en la definición de esas probabilidades.***

*“En ese orden ideas, la pérdida de oportunidad o pérdida de chance alude a **todos aquellos eventos en los cuales una persona se encontraba en situación de poder conseguir un provecho, de obtener una ganancia o beneficio o de evitar una pérdida**, pero ello fue definitivamente impedido por el hecho de otro sujeto, acontecer o conducta ésta que genera, por consiguiente, la incertidumbre de saber si el efecto beneficioso se habría producido, o no, pero que al mismo tiempo da lugar a la certeza consistente en que se ha cercenado de modo irreversible una expectativa o una probabilidad de ventaja patrimonial; dicha oportunidad perdida constituía, en sí misma, un interés jurídico que si bien no cabría catalogar como un auténtico derecho subjetivo, sin duda facultaba a quien lo ha visto salir de su patrimonio —material o inmaterial— para actuar en procura de o para esperar el acaecimiento del resultado que deseaba, razón por la cual la antijurídica frustración de esa probabilidad debe generar para el afectado el derecho a alcanzar el correspondiente resarcimiento.*

“La pérdida de oportunidad constituye, entonces, una particular modalidad de daño caracterizada porque en ella coexisten un elemento de certeza y otro de incertidumbre: la certeza de que en caso de no haber mediado el hecho dañino el damnificado habría conservado la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar una pérdida para su patrimonio y la incertidumbre, definitiva ya, en torno de si habiéndose mantenido la situación fáctica y/o jurídica que constituía presupuesto de la oportunidad, realmente la ganancia se habría obtenido o la pérdida se hubiere evitado; expuesto de otro modo, a pesar de la situación de incertidumbre, hay en este tipo de daño algo actual, cierto e indiscutible consistente en la efectiva pérdida de la probabilidad de lograr un beneficio o de evitar un detrimento (...).

“Por otra parte, con el fin de precisar los alcances de la noción de ‘pérdida de oportunidad’ conviene identificar con la mayor claridad posible sus límites: así,

³⁰ Consejo De Estado-Sala De Lo Contencioso Administrativo-Sección Tercera-Subsección A; Consejera Ponente: Marta Nubia Velásquez Rico, Bogotá D.C. Ocho (8) De Mayo De Dos Mil Veinte (2020), Radicación Número: 73001-23-31-000-2011-00575-01(57689)

de un lado, en caso de que el ‘chance’ constituya en realidad una posibilidad muy vaga y genérica, se estará en presencia de un daño meramente hipotético o eventual que no resulta indemnizable y, de otro lado, no puede perderse de vista que lo perdido o frustrado es la oportunidad en sí misma y no el beneficio que se esperaba lograr o la pérdida que se pretendía eludir, los cuales constituyen rubros distintos del daño. En consecuencia, la oportunidad difuminada como resultado del hecho dañoso no equivale a la pérdida de lo que estaba en juego, sino a la frustración de las probabilidades que se tenían de alcanzar el resultado anhelado, probabilidades que resultan sustantivas en sí mismas y, por contera, representativas de un valor económico incuestionable que será mayor, cuanto mayores hayan sido las probabilidades de conseguir el beneficio que se pretendía, habida consideración de las circunstancias fácticas de cada caso.

“La pérdida de oportunidad como rubro autónomo del daño demuestra que éste no siempre comporta la transgresión de un derecho subjetivo, pues la sola esperanza probable de obtener un beneficio o de evitar una pérdida constituye un bien jurídicamente protegido cuya afectación confiere derecho a una reparación que debe limitarse a la extensión del ‘chance’ en sí mismo, con prescindencia del resultado final incierto, frente a lo cual resulta lógico que dicha oportunidad perdida ‘tiene un precio por sí misma, que no puede identificarse con el importe total de lo que estaba en juego, sino que ha de ser, necesariamente, inferior a él’, para su determinación (...)”³¹.

Por tanto, se consideran como elementos esenciales para su configuración que haya i) certeza acerca de la existencia de una oportunidad legítima, que sea seria, verídica, real y actual; ii) imposibilidad concluyente de obtener el provecho o evitar el detrimento y iii) que la víctima se encontrara en una situación fáctica y jurídicamente idónea para obtener el resultado esperado³².(...)”

Conforme a lo expuesto, para que se pueda configurar la pérdida de la oportunidad de vida, es necesario que la posibilidad que existe no deba ser muy vaga y genérica, además de cumplirse con los siguientes parámetros: i) certeza acerca de la existencia de una oportunidad legítima, que sea seria, verídica, real y actual; ii) imposibilidad concluyente de obtener el provecho o evitar el detrimento y iii) que la víctima se encontrara en una situación fáctica y jurídicamente idónea para obtener el resultado esperado.

Pese a lo anterior, la parte actora, no logró acreditar la configuración de estos parámetros establecidos por el Honorable Consejo de Estado, para la aplicación de la tesis de la oportunidad de vida, pues, se reitera no existió certeza de que la realización de la valoración por cirugía cardiovascular antes del 31 de octubre de 2011, o la realización de la valoración por cirugía vascular periférica, hubiese dado una oportunidad a la paciente de seguir viviendo ante el cuadro clínico complejo que esta presentaba, pues, no solo padecía de una enfermedad vascular, sino que fue diagnosticada con síndrome convulsivo, cetoacidosis diabética, falla ventilatoria aguda, falla renal crónica en hemodiálisis y Aneurisma disecante de aorta torácica y abdominal en progresión, sin que se tenga la convicción de que fue la patología vascular la que originó la muerte.

³¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 30 de agosto de 2017, C.P. Carlos Alberto Zambrano Barrera, exp. 43.646.

³² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, M.P: Margarita Cabello Blanco, Bogotá, 4 de agosto de 2014, expediente No. 11001-31-03-003-1998- 07770-01.

También se logró apreciar que mientras estuvo hospitalizada en el Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué, se le prestaron todos los servicios médicos y fue atendido por cada uno de los especialistas que requerían sus patologías, sin que se pueda determinar que el fallecimiento se dio por la presunta demora en la asignación o remisión por valoración de cirugía cardiovascular y vascular periférica.

Del mismo modo, se debe advertir que el régimen aplicable en la responsabilidad del estado por fallas en la prestación del servicio de salud, es el de falla probada, es decir, que le corresponde a la parte actora acreditar todos los elementos que la estructuran, esto es, el daño y su imputación por razón de la actividad médica, pues, esa es su carga procesal demostrar las imputaciones en las que basó sus pretensiones, en los términos del artículo 90 de la Constitución Política; sin que en este caso lo haya hecho.

Por lo anterior, se debe concluir que no puede atribuirse responsabilidad a las demandadas por el daño alegado por la parte demandante; en consecuencia, se confirmará la sentencia que ha sido objeto de apelación, y se negarán las pretensiones.

8. DE LA CONDENA EN COSTAS

El CPACA en el artículo 188 señala que en la sentencia se dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código de Procedimiento Civil, pese a ello y como quiera que este compilado fue derogado por el Código General del Proceso, serán estas las normas aplicables en el caso para la liquidación y ejecución de las agencias en derecho.

Por lo anterior, se condenará a la parte demandante en costas de segunda instancia siempre y cuando se encuentren acreditadas en el proceso. Para el efecto, se señalará un (1) salario mínimo mensual legal vigente como agencias en derecho y se ordenará a la secretaría del *a-quo* que liquide tales costas, conforme a las reglas mencionadas.

9. OTRAS CONSIDERACIONES

Advierte la Sala que, dada la situación actual de emergencia sanitaria generada por el COVID-19 la presente providencia fue estudiada y aprobada mediante la utilización de medios electrónicos, en cumplimiento a las directrices del Gobierno Nacional y del Consejo Superior de la Judicatura -distanciamiento social aislamiento, trabajo en casa, uso de medios electrónicos-, para evitar la propagación de los efectos adversos de este virus.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Administrativo del Tolima, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

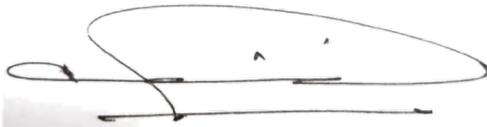
FALLA:

PRIMERO.- CONFIRMAR la sentencia del 30 de octubre de 2017, proferida por el Juzgado Séptimo Administrativo del Circuito Judicial de Ibagué, mediante la cual se negaron las pretensiones de la demanda.

SEGUNDO. Condenar en costas de segunda instancia a la parte demandante, conforme lo preceptuado en el artículo 188 del CPACA, para lo cual se fija el equivalente a un (1) salario mínimo legal mensual vigente, como agencias en derecho. Por Secretaría del Juzgado de origen se deberán liquidar.

TERCERO. Una vez en firme, devuélvase el expediente al Juzgado de origen, previas las constancias secretariales correspondientes

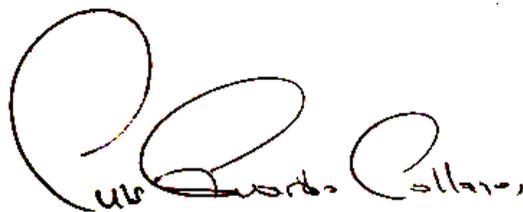
NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



CARLOS ARTURO MENDIETA RODRÍGUEZ
Magistrado



JOSÉ ANDRÉS ROJAS VILLA
Magistrado



LUÍS EDUARDO COLLAZOS OLAYA
Magistrado