

Correo: Secretaria Tribunal Super x Sustentación Ivonne De La Espri x +

outlook.office.com/mail/inbox/id/AAQkAGfKzE5OT12LTeyTMINGZkNC1iZWUxLWVhMDY3ZDIkZTJjMwAQAMjCBtE71dHnQXEkeMtakf%3D

Aplicaciones TYBA KACTUS CROM - Buscar con... ENCUESTA DE VAL...

Outlook Buscar

Mensaje nuevo Eliminar Archivo No deseado Limpiar Mover Categorizar Posponer Deshacer

SALA DE GOBIERNO Y PLENA 3:00 PM

Secretaría Tribun...

Favoritos

Carpetas

Bandeja de en... 23

Borradores 10

Elementos enviad...

Elementos eli... 80

Correo no deseado

Archive

Notas

Conversation Hist...

Dignatarios 2020 11

Elementos detect...

Fuentes RSS

Bandeja de entrada

Solicitud de copia informal de sentencia (2) Mar 6:15 PM

Despacho 01 Sala Civil Familia Laboral Tribunal Superior - Sucre - Correo electrónico para notificación Reenvío para su conocimiento Obtener Outlook para iOS NuevoDocume...

Secretaría Adjunta Tribunal Superior - Seccional Sincelajo: Numa Sustentación Recurso de apelación Rad 2017-002... Mar 4:55 PM

Internotificaciónestuteladelaspavi6 NOTIFICACIÓN AUTO DECLARA NULIDAD CONS... Mar 3:54 PM ASUNTO:CONSULTA DESACATO RADICADO: 70001-22-14-000-201... 70001-22-14-0...

Recursos Humanos Desaj - Seccional Sincelajo ENTREGABLE - DME - CONSEJOS PARA PARARSE BIE... Mar 3:50 PM Buenas tardes apreciados Servidores Judiciales. Cordial Saludo; En c... Consejos para P...

Sustentación Recurso de apelación Rad 2017-00226-01 Dtes: Ivonne de la Espriella vs Clínica María Reina

Secretaría Adjunta Tribunal Superior - Seccional Sincelajo Mar 7:07/2020 4:55 PM

Para: numaoartzoficina@yahoo.es; Secretaría Tribunal Superior - Seccional Sincelajo

Listo recib

Sírva

Aten

Enviar correo electrónico

Karine Stella Beltran Agamez
Secretaría Adjunta
Tribunal Superior De Distrito Judicial De Sincelajo
PBX 2754780 Ext 1267

Gracias. Gracias por su confirmación. Listo.

¿Las sugerencias anteriores son útiles? Sí No

Responder Responder a todos Reenviar

2017-00266-01 - S...pdf

Mostrar todo

12:01 p.m.
ES
08/07/2020

Señores

TRIBUNAL SUPERIOR DE SINCELEJO

SALA III CIVIL – FAMILIA - LABORAL

M.P. Dra. MARIRRAQUEL RODELO NAVARRO.

E. S. D

Asunto: Sustentación del recurso de Apelación.

Acción: Responsabilidad civil extracontractual-responsabilidad Médica

Ref.: Radicado: 70-001-31-03-005-2017-00226-00

Demandante: IVONNE DE LA ESPRIELLA Y OTROS

Demandado: FUNDACION MARIA REINA

HUMBERTO JOSE RODRIGUEZ, mayor de edad, domiciliado en Sincelejo-Sucre, identificado con la cédula de ciudadanía 92.529.319 de Sincelejo, abogado, con tarjeta profesional No. 266.518 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi condición de apoderado judicial de la parte demandante, legalmente reconocido, por medio del presente escrito, respetuosamente a usted le manifiesto que sustento Recurso de Apelación contra la sentencia de primera instancia, mediante la cual fueron negadas las pretensiones, para que en su defecto, sea revocada y así se acceda a la totalidad de las pretensiones de la demanda.

SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

Para entrar en contexto, procederé con un breve resumen de los hechos relevantes de la demanda y contestación de la demanda que fueron de debate probatorio, en donde se logró demostrar la falla médica–negligencia, la Infección nosocomial o intrahospitalaria, la pérdida de la oportunidad o del “chance”, pérdida de la seguridad de la institución en salud–, de la Fundación María Reina.

RESUMEN DE LOS HECHOS DE LA DEMANDA Y CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA.

Se trata de un paciente de 30 años de edad, quien el **día 26 de junio del 2012** recibe agresión por proyectil de arma de fuego. Es llevado al centro de atención FUNDACIÓN MARÍA REINA, en donde lo ingresan y es atendido en urgencias, le solicitan paraclínicos y estudios radiológicos de tórax y abdomen; visto por cirujano general, quien decide por la calidad de las heridas, llevar a cirugía, encontrando en ésta, los siguientes hallazgos: *“Hemoperitoneo de más o menos 1500 centímetros cúbico; lesión de estómago cavo posterior de más o menos 12 centímetro; lesión grado IV del bazo; lesión del colon transverso en espejo hemotorax más o menos 300 centímetros cúbicos; lesión de vasos mesentéricos. Con estos hallazgos, Le Realizan Laparotomía Para Drenaje De Hemoperitoneo, Esplenectomia (Amputación Quirúrgica Del Baso), Sutura De Estomago N° 2, Resección De Colon*

Transverso Y Descendente, por lo cual le dejan una Derivación Tipo Colostomía Tipo Devine. Además, es necesario realizarle Oclusión, Pinzamiento Y Ligadura De Vasos Abdominales, y una de Toracostomia Cerrada Izquierda (colocación de un tubo a una trampa de agua por la perforación del proyectil en el pulmón)". Dejan, además, un dren en abdomen (aditamento médico de silástico que se deja como comunicación de la cavidad abdominal con el medio ambiente, para que por éste salga alguna secreción que se produzca al interior). Refiere el tratante, se termina procedimiento sin complicaciones. Resaltando, que la RX de abdomen solicitada en el servicio de urgencias ese mismo día 26 de junio de 2012, si fue realizada (**VER FOLIOS N° 146 Y 147**), sin embargo, no se avizora en la Historia Clínica que haya sido valorada, o evaluada por personal médico asistencial (VER FOLIO N°153).

El paciente es enviado a UCI por schok hipovolémico y postoperatorio, con soporte ventilatorio, o sea que está conectado a ventilador. En la Historia Clínica, colocada a disposición por la entidad, no se encuentra que, en este día de ingreso a UCI, se hubiese solicitado otros exámenes como los CULTIVOS – HEMOCULTIVOS – UROCULTIVOS, que determinarían en el paciente si las lesiones producidas por el proyectil, algún germen había pasado a la sangre o a la orina del señor SAYAS, acción ésta supremamente importante, ya que marcaría el rumbo del paciente, debido a las lesiones padecidas.

El paciente es valorado el **día 27 de junio** por el médico tratante, quien define en su nota médica "*Elimino por DREN abdominal 30cc serohemático, tubo a torax 1000cc, abdomen blando depresible, no distendido, colostomía viable*" lo cual demostraba que el paciente estaba respondiendo satisfactoriamente al tratamiento, además se ordena exámenes radiográficos de control de tórax y abdomen (**VER FOLIO N° 166 ítem 15**), estudios realizados ese mismo día, prevaleciendo que la radiografía de abdomen simple, no aparece registrada en la Historia Clínica que fuera valorada por médico del servicio de UCI (**VER FOLIO N° 187**), es decir, un (1) día después de habersele realizado el procedimiento quirúrgico, la cavidad abdominal del paciente Sayas continuaba con material fecal abundante (**VER FOLIO N° 510 del expediente, que corresponde al hecho N.º 14 de la contestación de la demanda de la FUNDACIÓN MARÍA REINA**); El paciente sigue en UCI la evolución del **día 28 de junio** refiere "*Análisis paciente hemodinamicamente inestable con tendencia al bajo gasto, con doble soporte inotrópico, con tubo a tórax funcional, pronóstico reservado*". Debido a esta dependencia de medicación y ventilación el paciente seguirá en UCI con pertinencia para esta.

El día 29 de junio, paciente es evaluado en horas de la mañana por intensivista quien define "*Análisis: paciente hemodinamicamente inestable, con doble soporte inotrópico en su día 1 de inmunoglobulina (pentaglobin), quien se encuentra con soporte ventilatorio, tendencia a la hipotensión, con paraclínicos dentro de lo normal, gases arteriales que evidencia de acidosis mixtas, se solicita para el día de hoy Ecografía Abdominal portátil para descartar cualquier eventualidad abdominal postquirúrgica*" en un aclara situación de inestabilidad del paciente por lo que era necesario su permanencia en la Uci. **Ese mismo día 29** es evaluado también por el tratante cirujano general quien define "*Abdomen: blando, depresible, no distendido, DREN elimino 100cc serohemático, tubo a torax 100cc, paciente en estado crítico, Plan igual manejo médico*". La ecografía solicitada es realizada por el doctor **HERNANDO HERNÁNDEZ**, quien en el estudio define, que se trata de una ecografía dentro de

límites normales; no encontró hallazgos de interés, en el contexto de la heridas provocadas por el proyectil de arma de fuego, a pesar de la condición crítica en cuanto a su parte respiratoria. Las lesiones por las cuales ingresó el señor SAYAS a la Clínica MARÍA REINA estaban superadas, no había sangrado abdominal o colecciones (abscesos), y su tubo a torax funcionaba bien. Resalta además la ecografía, que no existen colecciones en el abdomen.

El **día 30 de junio** el paciente continúa en la UCI con soporte ventilatorio. La evolución de CIRUGÍA GENERAL, refiere en sus apartes *"DREN abdominal elimina 10cc, colostomía viable, abdomen no distendido, paciente en estado crítico, tendencia a la mejoría, plan continúa manejo en UCI"*.

El **día 01 de Julio del 2012**, en la Unidad de Cuidados Intensivos, el paciente es retirado del ventilador (Extubado), y continúa allí por el soporte hemodinámico (mediación para mantener la presión arterial y la perfusión de los tejidos). Se aprecia mejoría evidente del paciente ya que su dependencia del ventilador ha cesado. En este mismo día, el paciente es evaluado por el cirujano, pero en la Nota de la Historia Clínica no se evidencia referencia alguna al dren de PENROSE, el cual continúa inactivo, sin embargo, no se RETIRA, convirtiéndose en un evidente foco infeccioso para el paciente. Sin embargo, refiere que hay un pico febril y secreción por la herida quirúrgica de carácter seropurulenta (es decir, se infectó la herida que el cirujano realizó el día 26 de junio 2012 durante el acto quirúrgico, no las que ocasionó el proyectil de arma de fuego).

El **día 2 de julio** el paciente en la evaluación de UCI, muy satisfactoria, se registra lo siguiente: *"paciente alerta, consciente, mantiene buen patrón ventilatorio saturando por encima del 95% pulmones con buena entrada de aire en ambos campos, tubo a torax sin secreciones, abdomen no legible, colostomía funcionante sin secreciones, Infectológico afebril, hemodinamia estable sin soporte inotrópico, sin vasodilatadores, valorado por cirugía con probabilidad de alta mañana y retiro de tubo a tórax"*. Evidenciando que la lesiones que el paciente presentó en el tórax y en su abdomen, por los proyectiles de arma de fuego, estaban siendo superadas y la causa de su ingreso a UCI, ídem. La evaluación de cirugía general de ese mismo **día 2 de julio** refiere lo siguiente: *"Abdomen peristalsis (-) distendido leve, sitio operatorio secreción escasa, colostomía viable, elimino por Dren 30cc, ¿elimino x tuvo? Aplicar Neumococo urgente, curaciones, paciente con tendencia a la sepsis"* contrario a lo esbozado por el intensivista, la conducta médica a la luz de la LEX ARTIS MÉDICA, puntualiza, recomienda y manifiesta que el Dren de Penrose se debe retirar como máximo al 5 día de colocado, y que otras literaturas Médicas hablan de que el DREN DE PENROSE, debe ser retirado cuando el volumen eliminado en 24 horas es 25 a 50cc, y fuera de estos dos conceptos médicos, existe una ecografía abdominal realizada el día 29 de Junio de 2012, en la cual informaba que no había líquido en cavidad abdominal, ni colecciones. Era de preverse que la presencia del Dren, sin ser necesaria, convierte a éste, en un foco de entrada de gérmenes al abdomen, reiterativamente refiere un drenaje menor de 20 cc. Es evidente que en este paciente no se cumplió la LEX ARTIX en una clara omisión que derivó en la catástrofe que veremos posteriormente.

El **día 3 de julio** en la evaluación de UCI por el intensivista, se encuentra un DX nuevo, *"TRASTORNO HIDROELECTROLITRO (hipokalemia), le continúa con manejo médico, líquidos endovenosos, antibióticos, oxígeno por ventury, ordena transfundir 2*

unidades de glóbulos rojos". Es muy importante, honorable Magistrada, anotar que ese día se recibió el resultado de cultivos, así: "*cultivo de secreción de abdomen que muestra Bacilo Gram negativo (Positivo) germen aislado KLEBSIELLA OXITOCA- cultivo (+) antibiograma resistente a Ampicilina*". (VER FOLIO N°265). La literatura médica, relacionada al pie de la afirmación, habla con certeza sobre el carácter hospitalario de esta infección, lo que plantea la seguridad que tenemos, honorable Magistrada, de que a esta altura del caso, el señor SAYAS no estaba enfermo por las heridas de proyectil de arma de fuego, provocadas el día 26 de junio de 2012, sino por una bacteria intrahospitalaria que se puede adquirir por diferentes medios, pero todos éstos asociados al cuidado de la atención en salud (o sea, asociados al sitio de hospitalización).

La prevención de la infección, radica en tener controles sanitarios eficientes en los hospitales. También el personal, como médicos, enfermeros y familiares del paciente, deben tener cuidados como un buen lavado de manos, teniendo en cuenta que el paciente se encontraba en la Sala de Cuidados Intensivos y el hecho de tener una colostomía (derivación de su intestino por la que sale la materia fecal), y a sabiendas que el contacto familiar es mínimo en la UCI, está claramente establecido el hecho que esta bacteria entró al señor SAYAS por la manipulación del personal asistencial en salud de la UNIDAD de Cuidados Intensivos, agravado con la presencia de una comunicación externa, como lo hemos mencionado, era el DREN DE PENROSE, dejado muchos días después de su funcionamiento óptimo.

Ese mismo **día 3 de Julio**, ya determinada la infección del señor SAYAS, un nuevo cirujano entra a la evaluación, el Dr. MITRE JOSÉ DE LOS SANTOS CASI], refiriendo en su revisión del paciente, lo siguiente: "*abdomen no distendido herida quirúrgica abierta con secreción purulenta, colostomía funcionando con melena plan: P/R Rx tórax*". Haciendo caso omiso al hecho de que el paciente seguía con un aditamento (DREN DE PENROSE) sin ninguna función y con alto riesgo de comunicación entre el medio externo y la cavidad abdominal, continuando con la conducta OMISIVA del retiro de éste.

FUENTES:

1.

http://microbitosblog.com/2015/04/20/klebsiella_medio_cultivo_infeccion_gram/

2. Rev Clin Esp ACTIONS Search in PubMed Search in NLM Catalog Add to Search . 2006 Dec;206(11):592-4. doi: 10.1157/13096313. [Fever, Dyspnea and Bacteriemia Due to Klebsiella Oxytoca and Enterobacter Cloacae]

El **día 4 de julio**, la evolución de UCI muestra los siguientes: "*Abdomen herida limpia, sin secreciones cicatrizando por segunda intención, colostomía permeable funcional, abdomen blando, no doloroso, extremidades eutróficas, sin edema, SNC sin déficit*". Refieren además, en el análisis, que el pronóstico del paciente es bueno, los doctores Dra. KARINA PERALTA – Médico General, y el Dr. LIBARDO GELIZ COLVO Médico Internista – Intensivista. De la misma manera en la nota medica del doctor Mitre del **día 4 de julio**, no menciona la conducta en cuanto al Dren de Penrose; a esta altura, ya con 9 días de haber sido colocado, tampoco se menciona que este Dren tenga drenaje o el motivo para no retirarlo. Este mismo día 4 de julio, nos damos cuenta honorable Magistrada, como las objeciones de los cirujanos en la revisión del Dren del señor SAYAS, dan al traste con todo el esfuerzo realizado ya que a las 23 horas de este día, el intensivista LIBARDO

GELIZ, menciona y se registra en su nota de evolución: "**se encuentra colección purulenta en pared de Dren izquierdo, aproximadamente 300cc de pus**". Lo que a estas alturas de la enfermedad plantea un retro terapéutico nuevo, una enfermedad que no depende de lo que le sucedió al señor Sayas el día 26 de junio de 2012, sino que está directamente relacionada con la permanencia de un **DREN DE PENROSE**; las lesiones y complicaciones que pudieron presentarse con las heridas de proyectil de arma de fuego ya habían sido superadas, al punto que en la misma nota de evolución del intensivista, menciona el pronóstico como BUENO, sin embargo, se agregan diagnósticos nuevos que no tienen relación con las lesiones producidas por los proyectiles de arma de fuego y que no estaban presentes al momento de ingresar al servicio de UCI el día 27 de junio de 2012, como son; **Los de ISO (infección del sitio operatorio)- ABSCESO DE PARED; - SEPSIS DE TEJIDOS BLANDOS**, diagnósticos estos que comprometerían nuevamente la salud y vida del señor Sayas.

Para una mejor ilustración honorable Magistrada, definiremos la **ISO** (Infección de sitio operatorio): Ocurre en los siguientes 30 días posoperatorios si no se ha dejado un implante, o dentro de un año si se ha dejado un implante y aparentemente la infección se relaciona con el procedimiento quirúrgico. La infección involucra cualquier parte del cuerpo excluyendo la piel, fascia y capas musculares abiertas o manipuladas durante el procedimiento quirúrgico y el paciente presenta al menos uno de los siguientes hallazgos: **1. Secreción purulenta por un dren colocado en la herida quirúrgica en la cavidad u órgano.** 2. Microorganismo aislado de cultivo de líquido o tejido del órgano o cavidad obtenidos asépticamente. 3. Hallazgo de un absceso u otra evidencia de infección de órgano/espacio por medio de visualización directa al reoperar o por examen histopatológico o radiológico. 4. Diagnóstico de ISO órgano/espacio por el cirujano o médico tratante.

En ese contexto de idea, el señor Sayas cumplió con todos los requisitos exigidos por la literatura médica y científica, que acreditan que padeció de ISO, durante su internación en la sala de UCI.

FUENTE:

Guía para la prevención y vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias; Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C., Dirección de Salud Pública Área de Vigilancia en Salud, Calle 13 n° 32-69, cuarto piso Bogotá-Colombia www.saludcapital.gov.co

<http://www.saludcapital.gov.co/Politicasy%20en%20Resolucion/POLITICA%20DE%20PREVENCIÓN,%20VIGILANCIA%20DE%20INFECCIONES%20INTRAHOSPITALARIAS.pdf>

SEPSIS: La sepsis consiste en una respuesta inflamatoria del cuerpo humano que actúa como un mecanismo de defensa ante una infección grave, generalmente producida por bacterias, aunque también puede estar desencadenada por otros microorganismos como hongos, virus o parásitos. Esta reacción exagerada del sistema inmune es realmente grave y puede llegar a causar la muerte en aproximadamente uno de cada tres casos, ya que impide que la sangre realice sus funciones con normalidad, pudiendo formarse coágulos de pequeño tamaño que interrumpen el flujo sanguíneo a órganos vitales

INFECCIONES DE TEJIDOS BLANDOS: Las infecciones de piel y partes blandas constituyen un motivo de consulta frecuente y originan gran parte de las

prescripciones de antibióticos en la práctica médica diaria. El espectro clínico abarca desde procesos leves hasta letales. Dentro de estos últimos debemos destacar las infecciones necrosantes que conllevan una alta tasa de mortalidad si no se diagnostican y se intervienen de forma precoz. Este tipo de patología es atendida por diversos profesionales, en atención primaria y especializada, tanto del área médica como quirúrgica, de hecho, los casos más graves requieren un abordaje eminentemente multidisciplinario. La piel es la principal barrera estructural del organismo, y todo proceso que produzca una alteración en la misma favorece el desarrollo de infección. Esta puede ser local o diseminarse por vía sanguínea (bacteriemia) o vasos linfáticos (linfangitis). Igualmente, la afección de la piel puede venir en sentido contrario, desde una bacteriemia o viremia desde un punto remoto (por ejemplo, faringe) con siembra en la piel, y las consecuente lesiones/exantema características (por ejemplo, varicela).

FUENTE:

Valores de procalcitonina en pacientes diagnosticados como sepsis bacteriana en una Unidad de Cuidado Intensivo Julio Alberto Velandia

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-93922014000300003&script=sci_abstract&lng=es

Escobar a, Erwin Fernando Bermúdez Riveraa, Pablo Cesar Romero Porras a, Fred Gustavo Manrique Abril b,c,* y Juan Manuel Ospina Diaz d
http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/infecto/guias/2_inf_ecc_tejidos_blandos.pdf
<https://cyberleninka.org/article/n/979547>

El **día 5 de julio**, el DREN de PENROSE es retirado a la luz de la Nota de Enfermería en donde se registra: "07/05/12 hora: 08:20 paciente valorado por el Dr. Libardo Geliz, médico intensivista quien realiza procedimiento de DRENAJE por paredes del DREN DE PENROSE, eliminando abundante secreción purulenta, se retira dicho DREN por el mismo Dr. Geliz", ¡por el intensivista!, asunto este que no es de su resorte, ya que para los aspectos quirúrgicos quien debe intervenir al paciente es el cirujano general del caso, quien tiene la experticia y no agravaría la situación del señor SAYAS, sobre todo en este caso, en el cual ya está demostrado mediante la Historia Clínica que el DREN DE PENROSE es la causa de la infección generalizada que se plantea como diagnóstico en el paciente. **Todos los conceptos anteriores están basados en las evoluciones de la Historia Clínica y no responden a una interpretación del demandante, sino a la misma interacción de los médicos tratantes.**

La impericia del doctor GELIZ al retirar el DREN, se nota. La literatura Médica Quirúrgica (MANUAL: DRENAJES EN CIRUGÍA), explica que el DREN DE PENROSE "debe ser retirado en forma progresiva, unos 2 cm diarios para que el DREN no se pegue a la piel, y que al terminar de retirarlo, se deberá cortar también el punto de fijación a la piel", esta indicación fue omitida y desapercibida por el Médico Internista Dr. Geliz, ya que retiró el DREN DE PENROSE de forma inmediata, este procedimiento médico configura su negligencia, imprudencia e impericia. Se resalta que en el sello Médico, el Dr. LIBARDO GELIZ, registra ser Médico Internista – Intensivista, que llama la atención, que no aparece que fuera también

Médico Especialista en Cirugía General, además de esto se sabe por los antecedentes de la Historia Clínica que la institución FUNDACION MARIA REINA, sí contaba con el recurso de **MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL**, o sea, que NO existía razón de peso o ausencia del profesional idóneo para la realización del procedimiento de retiro del **DREN DE PENROSE**, lo que configura el procedimiento por fuera de la experticia del doctor **GELIZ**.

FUENTE:

<http://files.fistulaquirurgica.webnode.es/200000697-21b8c22bb2/Drenajes%20en%20Cirugi%CC%81a.pdf> (**VER PÁGINA N° 7**).

EL CIRUJANO Dr. MITRE JOSÉ DE LOS SANTOS CASIJ, evalúa el paciente seis horas después de ese mismo día, y registra y realiza, según la nota médica, "*secreción purulenta abundante por orificio de DREN, en flanco izquierdo, la cual se drena y se realiza lavado, se deja gasa, plan: continuar manejo en UCI, curaciones tres veces al día*", drenaje del sitio donde estaba el DREN de PENROSE, lo cual indica que el procedimiento anterior, realizado por el doctor GELIZ, no fue el idóneo, fue un procedimiento anómalo por su inexperiencia en este tipo de acciones médicas.

El **día 6 de julio**, según nota médica de intensivista, se consigna en Historia Clínica "*Paciente con diagnósticos anotados, alerta, consciente, Glasgow 15/15 hemodinámica se continúa estable, regulando cifras tensionales, sin soporte vasoactivo, ritmo diurético conservado, Infectológico con foco abdominal, modulando respuesta inflamatoria sistémica, actualmente se encuentra tolerando la vía oral, afebril, metabólicamente compensado. Plan: De alta continuar manejo por cirugía general*". Lo cual indica de que el paciente sea tratado, manejado por fuera de la UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, con lo que se configura el hecho que las lesiones iniciales provocadas por el proyectil de arma de fuego, que llevaron a su hospitalización en UCI, habían sido superadas, el remanente de su tratamiento era secundario a unas complicaciones infecciosas de carácter INTRAHOSPITALARIO, es decir, asociado a la atención médica y de enfermería, sin embargo ese mismo día 06 de julio de 2012, el cirujano tratante, Dr. Mitre, considera que el paciente presenta fiebre y secreción purulenta por lo que debe seguir en UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

El paciente, a pesar de la recomendación del cirujano tratante, es trasladado a la Sala de Hospitalización General. Aproximadamente tres horas después de estar allí, se encuentra nota médica que refiere lo siguiente: "*Paciente masculino de 30 años de edad con diagnósticos ya descrito en regular estado general, ha presentado hematemesis en cantidad de 3 de aproximadamente 1000cc en cada vómito, presenta dificultad respiratoria fue valorado por intensivista quien ordenó SNG, metoclopramida, infusión de omeprazol, control de Hb y Hcto, actualmente persiste con disnea, mareo, vómito, hemograma reporto Hb: 6.5, se ordena transfundir 2 unidades de GRE, 02 a 5 litros por minuto, CSV, T/A 120/70 FC: 80; FR: 30 X*". Es decir, que la condición Clínica del señor SAYAS nuevamente se encontraba comprometida.

Es importante resaltar y preguntarse ¿Cómo un paciente puede salir de UCI y descompensarse casi que inmediatamente? No es esto lo que sucede habitualmente. El paciente es llevado a UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS nuevamente el día **07 de julio de 2012**, y es evaluado por el cirujano Dr. Mitre quien determina, ante la imposibilidad de realizar una ENDOSCOPIA, llevar a procedimiento quirúrgico-laparotomía exploratoria por ulcera de CURLING. La

descripción quirúrgica en los hallazgos refiere *"SE COMPRUEBA LA PRESENCIA DE ABSCESO SUBFRENICO, AL CUAL SE REALIZA LAVADO Y DRENAJE PERITONEAL. SE REALIZA GASTROTOMIA EN SU CARA ANTERIOR, SE CONSTATA LA PRESENCIA DE ABUNDANTE COAGULOS Y SANGRADO EN NAPA MINIMO, SE REALIZA DRENAJE Y LAVADO EXHAUSTIVO DE COAGULOS EN ESTOMAGO, SE REALIZA GASTROTOMIA LA CUAL SE EXTERIORIZA A PIEL CON SONDA DE FOLEY Nº 24 DE DOS VIAS"*.

Quedó demostrado con la Historia Clínica y literatura médica científica y protocolos, honorable Magistrada, que las complicaciones presentadas en la actualidad **SHOCK SEPTICO**, son producto de la ineficiencia, la negligencia por omisión en la que incurrió el personal asistencial de la UCI, al no valorar la radiografía de abdomen simple de fecha 27 de junio de 2012, estudio que informaba del material fecal abundante disperso en la cavidad abdominal que presenta el paciente. Esta OMISION, en el diagnóstico, no permitió una conducta quirúrgica oportuna (laparotomía más lavado peritoneal), lo cual hubiera prevenido el Absceso intrabdominal y el SHOCK SEPTICO, del señor Sayas. A esto le sumamos también, la negligencia y la iatrogenia con que fue manejado el DREN de Penrose. Primero, por el largo tiempo en el cual los cirujanos ni siquiera lo evaluaron para su retiro, y segundo, por la impericia al ser retirado por profesional no idóneo para este fin, teniendo como consecuencia que la infección que se encontraba en la pared abdominal, pasara a la cavidad intrabdominal; de ello el absceso subfrénico y la sepsis que el señor SAYAS presentaba, es claro su Señoría que las lesiones de estómago, bazo y colon, presentadas por las heridas por proyectil de arma de fuego el día 26 de junio de 2012, ya habían sido superadas, hechos estos sustentados en la Historia Clínica por los profesionales, cuando mencionan *"suturas de estómago en buen estado, colostomía en buen estado"*

Es de anotar su señoría, que la condición del paciente ante una reciente intervención de laparotomía abdominal y la aparición de un absceso en el DREN de Penrose indicaba la necesidad de investigar cómo estaba el abdomen en su interior, y más aún si existía un estudio radiológico de abdomen simple de fecha 27 de junio de 2012, que indica material fecal abundante en cavidad abdominal. En este orden de ideas, la realización de una **TOMOGRAFÍA DE ABDOMEN** era el método diagnóstico para establecer la conducta antes de que el paciente llegara al SHOCK SEPTICO, asunto este que nunca se realizó y no se le dio la oportunidad al señor SAYAS, de un tratamiento oportuno de la complicación SUBFRENICA presentada.

"Los abscesos pueden localizarse en cualquier parte del abdomen y el retroperitoneo. Se forman principalmente después de una cirugía, un traumatismo o de enfermedades que implican una infección o una inflamación abdominal, en particular cuando se produce peritonitis o perforación. Los síntomas son malestar general, fiebre y dolor abdominal. El diagnóstico se efectúa por Tomografía Computarizada. El tratamiento consiste en drenaje, quirúrgico o percutáneo. Los antibióticos son complementos "

FUENTES:

Abscesos intraabdominales Por Parswa Ansari, MD, Hofstra Northwell-Lenox Hill Hospital, New York Professional.Manuals. TopicPage. LastRevisionDate

<https://www.msmanuals.com/es-co/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterolog%C3%ADa-quir%C3%BArgica/abscesos-intraabdominales>

<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1717§ionid=114919088>

Ese mismo **día 7 de julio**, mediante exámenes paraclínicos, **se determina otra infección INTRAHOSPITALARIA "Infección por Pseudomona Aeurginosa "**. (VER FOLIO 346). Este germen tiene la capacidad de infectar pacientes en salas de UCI, de hecho, uno de los mayores riesgos de padecerlo es la estancia en esta sala, luego entonces se demuestra una vez más que este factor de SEPSIS fue adquirido intrahospitalariamente.

El **día 8 de julio**, ya posterior a su segunda cirugía, y día dos (2) de reingreso a UCI, el señor SAYAS está nuevamente conectado al respirador artificial, según la Nota de Evolución del intensivista DR. GELIZ, con diagnósticos críticos de "1.- SHOCK HIPOVOLEMICO; 2.- SEPSIS INTRABDOMINAL; 3.- HVDA; 4.- LAPAROTOMIA EXPLORATORIA +ESPLENECTOMIA + RAFIA GASTRICA; 5.- HPPAF-TORACOABDOMINAL; 6.- SX ANEMICO; 7.- ABSCESO SUBFRENICO"; Además de que su abdomen no pudo ser cerrado, quedando abierto con bolsa de BOGOTÁ., En esta circunstancia el paciente presenta una infección NOSOCOMIAL, la cual a la luz de la literatura actual debe ser manejada en o con el concurso de **INFECTÓLOGO. La Infectología es una especialidad médica que se encarga del estudio, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades producidas por agentes infecciosos (bacterias, virus, hongos, parásitos y priones)**. Es decir, que el **Médico Infectólogo**, era el Médico idóneo, competente, experto, diligente y cuidadoso para tratar este tipo de infecciones graves adquiridas en la UCI, ya que la formación académica Médica y Científica así lo acredita, de tal manera que desde que se infectó la primera herida quirúrgica (01/07/12) y se aisló la bacteria intrahospitalaria **Klebsiella Oxitoca** resistente al antibiótico **AMPICILINA**, el día 03 de Julio de 2012, JHON JAIRO SAYAS DÍAZ, debió haber sido valorado, examinado, diagnosticado y manejado por este Médico Especialista en Infectología, y habían pasado ya ocho (8) días, y no hay registro en la Historia Clínica, que se haya solicitado interconsulta o remisión requiriendo este Especialista Infectólogo.

FUENTE:

CONSENSO COLOMBIANO EN SEPSIS Guillermo Ortiz, Marcela Granados, Carlos Alvarez, Carlos Acosta, Arturo Arias, Luis H. Atehortúa, Rubén Camargo, Martín Carvajal, Gisela De la Rosa, Julio Durán, Juan L. Echeverri, Ernesto Martínez, Juand D. Vélez

<http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v11n1/v11n1a02.pdf>

El paciente continúa en UCI, el **día 10 de julio** es llevado a su tercera (3) intervención quirúrgica. La primera fue por las heridas que ocasionó el proyectil de arma de fuego en tórax y abdomen (26 de Junio de 2012), y las siguientes dos (2) cirugías (07 de Julio de 2012 y 10 de Julio de 2012), realizadas con la intención de controlar la infección - sepsis y erradicar la infección intrabdominal, provocada, desarrolla y adquirida en la UCI de la FUNDACIÓN MARÍA REINA. Se registra en la Historia Clínica, Notas médicas que a pesar de cambiar el tratamiento antibiótico,

la infección – sepsis, nunca mostró alguna mejoría según la descripción quirúrgica "**colección subfrénica de 200cc**". Es por eso que, como parte demandante, insistimos, en la falta de oportunidad que tuvo el señor **SAYAS**, de realizarle HEMOCULTIVOS, UROCULTIVOS, CULTIVOS de control y ser valorado por un Médico Especialista en Infectología como uno de los factores desencadenantes de su muerte.

FUENTE: <http://www.venelogia.com/archivos/4333/>

La Nota Médica realizada por el tratante el **día 11 de julio** refiere explícitamente lo siguiente: "*paciente conocido ayer lavado quirúrgico + drenaje de peritonitis, hoy consciente, despierto, sin inotrópicos, diuresis adecuada colostomía viable, funcionando, recibe polimicrobianos, A: paciente hemodinamicamente estable, continúa manejo en UCI, PLAN: lavado quirúrgico en 48 horas*", sin embargo se nota la ausencia de la participación del especialista en **INFECTOLOGÍA** a pesar de los diagnósticos Infecciosos GRAVES, anotados como hemos venido insistiendo.

El paciente se sigue manejando en UCI sin concurso de infectología y el **día 13 de julio** se torna nuevamente con compromiso hemodinámico y ventilatorio que obliga a su intubación y soportes hemodinámicos, se lee en la Nota Médica "*13/07/12 hora 11:00 am paciente quien ha evolucionado con inestabilidad hemodinámica, presencia o estigmas de nuevo sangrado abdominal, en menor proporción se evidencia salida de líquido serohemático por anterior herida de DREN, posteriormente se torna oscuro, característico de sangrado*".

El señor SAYAS, es llevado a cirugía nuevamente por cuarta vez, y en esta se encuentran los siguientes HALLAZGOS: "*Hemoperitoneo de más o menos 2000 cc. con abundantes coágulos, sangrado en napa a nivel subfrenico izquierdo, meso colon izquierdo, corredera parietocolica izquierda. fuga de contenido gástrico por paredes de gastrostomía. abdomen semicongelada.*" En lo que podemos determinar como una catástrofe abdominal, pérdida sanguínea y contaminación masiva del abdomen, secundaria a la sepsis severa intrabdominal presente desde hace varios días, y a la cual no se le dio la relevancia necesaria para su tratamiento. Se hace además evidente que estamos ante otra complicación intrahospitalaria como lo es la fuga de material gástrico por las paredes de la sonda de gastrostomía, lo cual indica que esta sonda no cumplió su objetivo y antes por el contrario agravó el problema drenando material gástrico (muy irritante por el contenido de enzimas y ácidos gástricos) al peritoneo, lo cual nuevamente produce una respuesta inflamatoria sistémica de origen abdominal.

El **día 14 de julio** en la nota medica se registra: "*14/07/12 hora 08:50 am Hemodinamia muy inestable con doble soporte inotrópico (Noradrenalina- Dopamina) a altas dosis y continúa choqueado con sangrado y coágulos por herida quirúrgica T/A 118/51 TAM 68 FC 163 FR 18 Tº. 36.5, SAO2 99%*" una crítica condición secundaria a la sepsis.

Debido a la inestabilidad hemodinámica que presenta y su proceso infeccioso severo, es nuevamente llevado a cirugía, encontrando sangre libre en la cavidad 1000 cc (Un litro) sale de cirugía y se le agrega un nuevo diagnóstico de CID (coagulación intravascular diseminada) "*La coagulación intravascular diseminada (CID) es una entidad Clínica frecuente que se presenta como fenómeno secundario a diversas*

*enfermedades entre las cuales se destacan las infecciones graves” como consecuencia de su **SHOCK SEPTICO**; "Infecciones y sepsis: son la principal causa mundial de CID; se sabe que entre 25 y 50% de los pacientes sépticos desarrollan esta condición. El estrecho vínculo entre sepsis y CID se relaciona con la activación secundaria de la cascada de la coagulación y con la merma de anticoagulantes endógenos que se presenta en las infecciones graves. En este grupo de individuos el desarrollo de CID se asocia con mayor disfunción orgánica y peor pronóstico”*

FUENTE: <http://www.redalyc.org/pdf/1805/180515586004.pdf>

Finalmente, el señor SAYAS fallece el **día 15 de julio** a las 03:00 a.m., secundario a una sepsis severa de origen abdominal y con la consecuente falla multisistémica.

Es claro su señoría, tal como quedó plasmado y demostrado en esta sustentación del recurso de apelación, hubieron (5) cinco factores fundamentales que llevaron al **Sr. JHON JAIRO SAYAS**, a la muerte. Pero primero, hay que hacer énfasis y resaltar que a pesar de que las heridas sufridas por el señor SAYAS, en su desafortunado incidente el día 26 de junio de 2012, fueron abordadas y tratadas inicialmente de manera efectiva, llevando a la resolución de estas heridas. Sin embargo, se puede observar en el tiempo de hospitalización y su muerte, que existieron de plano conductas Clínicas claramente contrarias a la **LEX ARTIX** y que en su cascada de omisiones y acciones, se relaciona directamente con la causa de la muerte del señor **SAYAS**, las cuales hemos dejado claramente establecidas en este escrito.

La **primera** de ellas, es la **OMISION** por parte del personal asistencial médico y especializado de la UCI – FUNDACION MARIA REINA, al no valorar y examinar la radiografía de abdomen simple postquirúrgica, ordenada y realizada el día 27 de julio de 2012, con la gravedad de su informe *"abundante resto de material fecal"*. Al haber incurrido en una OMISION, de diagnóstico, el manejo y conducta médica también iban hacer equívocas o contrarias al verdadero estado de salud del paciente. Además de la omisión repetitiva de los cirujanos tratantes en la evaluación y resolución del retiro del **DREN de PENROSE**, el cual terminó infectado y produciendo una sepsis de origen abdominal.

Como **segundo** criterio, la manipulación y retiro de este **DREN**, por personal **NO** idóneo para ello (**Médico internista de la UCI**), diseminando así una infección que se encontraba localizada en la pared abdominal y que ayudó a que el cuadro de sepsis se agravará.

Tercero, la omisión de estudios especializados tempranos HEMOCULTIVOS, CULTIVOS de control, TAC de abdomen (TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA), que según la literatura médica y científica son fundamentales en el diagnóstico para tomar las conductas y manejos precoces en las bacteriemias y colecciones abdominales.

Cuarto, por otro lado, es claro su señoría, que el señor **SAYAS**, durante su internación en UCI, fue invadido por bacterias de origen intrahospitalarias, **KLEIBSELLA OXITOCA** Y **PSEUDOMONA AEURIGINOSA**. Ante todas las fuentes de literatura médica revisados, este tipo de **INFECCION** debe ser tratada y manejada por Médico especialista en **INFECTOLOGÍA**, lo cual fue una falta de cuidado y **OMISION** franca, ya que el señor Sayas nunca tuvo la oportunidad de

ser tratado por este especialista, disminuyendo ostensiblemente sus posibilidades de salir adelante en la enfermedad adquirida en UCI.

Y por último, pero más importante en el contexto de la muerte del señor SAYAS, los mecanismos fisiopatológicos de su muerte como son la SEPSIS y la CID (Coagulación intravascular diseminada), son directamente dependientes de las infecciones adquiridas intrahospitalariamente, y no corresponden en dependencia directa a las lesiones por proyectil de arma de fuego, las cuales fueron tratadas y superadas a los pocos días de su ingreso. Es claro y queda sustentado entonces en este escrito, y tomando como fundamento médico y jurídico la Historia Clínica del paciente, que las reales causas de su muerte fueron secundarias a la inobservancia y no valoración de la radiografía de abdomen simple realizada el día 27 de junio de 2012, las infecciones nosocomiales o intrahospitalarias relacionadas y producto del mal manejo del DREN, manipulación inadecuada, diagnóstico NO oportuno de colección intrabdominal, ausencias de hemocultivos, cultivos de control, y la omisión de tratamiento por infectología, factores que hubiesen sido fundamentales para que el señor Sayas no falleciera.

De lo declarado y sustentado anteriormente podemos resaltar y señalar los siguientes interrogantes:

La FUNDACION MARIA REINA incurrió 1 - ¿En falla Médica – negligencia; 2.- Infección nosocomial o intrahospitalaria; 3.- Pérdida de la oportunidad o del "chance"; 4.- Pérdida de la seguridad en la institución en salud?

La respuesta a estos interrogantes los fundamentaré y sustentaré con base en la Historia Clínica como elemento probatorio Médico–Jurídico, pruebas testimoniales, peritazgos, literatura médica científica y protocolos.

Al **PRIMER INTERROGANTE**, ¿Hubo falla médica o negligencia por parte del personal asistencial que atendió a Jhon Jairo Sayas durante internación en la Clínica FUNDACION MARIA REINA?

La respuesta es, **SÍ**, y quedó demostrado en el proceso con todos los elementos probatorios aportados y el fundamento es el siguiente:

SUSTENTO DOCUMENTAL- Historia Clínica_(Ley 23 de 1981 – Resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud); Al señor Sayas, el **día 26 de junio** de 2012, se le ordena dos (2) radiografías, una de tórax y otra de abdomen, las cuales ambas fueron realizadas ese mismo día, se registra en la Historia Clínica, que de los dos (2) estudios, solo fue valorada la radiografía de tórax, más no así la de abdomen (**primera negligencia**); El **día 27 de junio** de 2012, estando el señor Sayas internado en UCI, el médico Internista, solicita y ordena exámenes de control postquirúrgico, dentro de ellos dos (2) radiografías una de tórax y otra abdomen, siendo nuevamente valorada solo la de tórax, más no la radiografía de abdomen, resaltado informe de la radiografía de abdomen era grave (abundante resto de material fecal), este informe no fue valorado por ninguno de los médicos de UCI, por lo tanto la gravedad de dicho informe no fue tenido en cuenta por el personal médico tratante de la UCI, incurriendo en OMISION en el diagnóstico, con esta inobservancia al señor Sayas, se le lesionó el derecho a recibir atención oportuna y eficaz. De esta manera el personal asistencial de la UCI, en vez de mitigar y prevenir una infección y abscesos intrabdominales, lo que hicieron fue provocar

esa infección colocando en riesgos la salud y vida del paciente y posterior deceso. **(segunda negligencia)**.

SUSTENTO DOCUMENTAL. A folio 510 del expediente, que corresponde al hecho N.º 14 de la contestación de la demanda, la FUNDACIÓN MARÍA REINA, declara y expresa lo siguiente:

"En palabras simples, la lesión del colon que le ocasionó el proyectil al señor Jhon Jairo Sayas Díaz, trajo como consecuencia que la materia fecal (alojada en el colon) se le derramara en la cavidad abdominal, y la materia fecal es altamente contaminante y causa múltiples infecciones, pero la infección no se materializa sino entre 8 y 10 días después del derrame de la materia fecal, por eso, la infección o la colección no se evidencio en el caso concreto sino transcurrido varios días después de la herida ocasionada por el proyectil. Para corroborar el derrame de materia fecal basta con remitirnos al informe de la radiografía de abdomen simple de fecha 27 de junio de 2012, suscrito por la Dra. Aleyda Beatriz Wilches Llanos del centro de imagenología de la Fundación María Reina, en la que se describe que existe abundante resto de material fecal, que reposa en la Historia Clínica aportada"

SUSTENTO TESTIMONIAL; En audiencia de prueba celebrada el día 14 de marzo de 2019, en las horas de la tarde, en donde se recepta el testimonio del Médico Especialista en Cirugía General Dr. Jorge Díaz Gómez, Md. tratante del Sr. Jhon Jairo Sayas Díaz en la UCI de la Fundación María Reina, manifiesta al despacho lo siguiente: **(VER Y ESCUCHAR AUDIO RÉCORD 01:23:00 HASTA 01:39:48)**.

1. Cuando se le solicita al Dr. Díaz, que valore el informe encontrado en la radiografía de día 26 de junio de 2012, y se le pregunta que le explique al despacho ¿qué significa material fecal abundante y dónde se encontraba? Él responde, que el material fecal abundante se encontraba en la cavidad abdominal y que los hallazgos radiológicos coincidían con el abundante material fecal encontrados en la cirugía.
2. Cuando se le solicita al Dr. Jorge Díaz Gómez, como Médico Especialista en Cirugía General, que explicara, ya que soy abogado, ¿si el tratamiento Médico y quirúrgico, de un paciente con abundante material fecal en abdomen, era la cirugía y lavado peritoneal?, él contestó, que ese era el procedimiento indicado, es decir, que un paciente con material fecal abundante en abdomen, hay que abrir y lavar.
3. En esa misma audiencia, el Dr. Díaz le manifiesta al despacho, no haber valorado las radiografías de los días 26 y 7 de junio de 2012.

SUSTENTO JURISPRUDENCIAL; En Sentencia 2003-03842/35613 de mayo 18 de 2017 CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN C - Consejero Ponente: Dr. Jaime Orlando Santofimio Gamboa Rad.: 76-001-23-31-000-2003-03842-01 (35.613).

"Responsabilidad médica por error de diagnóstico.
La Sección Tercera de esta Corporación ha definido el diagnóstico como el elemento determinante del acto médico, toda vez que es a partir de sus resultados que se elabora todo el tratamiento propiamente dicho.

Al respecto, se lee:

"Puede afirmarse que el diagnóstico es uno de los principales momentos de la actividad médica, pues a partir de sus resultados se elabora toda la actividad posterior conocida como tratamiento propiamente dicho.

De allí que el diagnóstico se termina convirtiendo en un elemento determinante del acto médico, ya que del mismo depende el correcto tratamiento o terapéutica.

Cronológicamente el diagnóstico es el primer acto que debe realizar el profesional, para con posterioridad emprender el ...".

La **tercera negligencia**, nace por la demora y retraso sin justificación médica en el retiro del DREN (nueve días). Ahora aparece otro interrogante, podría el Dr. Libardo Geliz como Médico internista – Intensivista, ¿retirar un DREN de PENROSE?, la respuesta es, **SÍ**. Ahora bien, ¿ese actuar médico de retirar el DREN, por el Dr. Geliz, fue de forma diligente o negligente? La respuesta es, fue un actuar totalmente negligente, y el fundamento y sustento está basado en la LEX ARTIS MEDICA – Protocolo, y es el siguiente:

SUSTENTO MÉDICO. El protocolo retiro de DREN DE PENROSE - MANUAL: DRENAJES EN CIRUGÍA, establece lo siguiente:

"retiro debe hacerse a partir del día 3, 4, o 5, después de colocado, y en forma progresiva, unos 2 cm diarios para que el dren no se pegue a la piel, y que, al terminar de retirarlo, se deberá cortar también el punto de fijación a la piel".

SUSTENTO DOCUMENTAL- Historia Clínica (Ley 23 de 1981 – Resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud); ¿Cómo retiró el DREN de PENROUSE, el Dr. Libardo Geliz?

Nota de evolución de enfermería.

"07/05/12 hora: 08:20 paciente valorado por el Dr. Libardo Geliz, médico intensivista quien realiza procedimiento de drenaje por paredes del DREN DE PENROUSE, eliminando abundante secreción purulenta, se retira dicho Dren por el mismo Dr. Geliz"

Honorable Magistrada, al comparar lo establecido por la LEX ARTIS MEDICA – Protocolos, se observa como el Dr. Libardo Geliz, no mostró conocimiento y adherencia en el procedimiento de retiro del DREN de PENROUSE, lo cual a prima facie configura una negligencia médica y las complicaciones que este actuar provocó en la salud y vida del paciente.

FUENTE:

<http://files.fistulaquirurgica.webnode.es/200000697-21b8c22bb2/Drenajes%20en%20Cirugi%CC%81a.pdf> (**VER PÁGINA N° 7**).

Cuarta negligencia:

SUSTENTO DOCUMENTAL – Historia Clínica (Ley 23 de 1981 – Resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud). El profesional asistencial médico de la UCI – Fundación María Reina, omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos y científicos a su alcance (TAC de abdomen, Hemocultivos, Urocultivos, cultivos respiratorios y cultivos de control). No obra en la Historia Clínica de UCI, que dichos estudios y tomografía hayan sido solicitados y ordenados, la necesidad de estos estudios tal como lo establece la literatura médica y científica era para determinar con precisión cuál era la causa que estaba provocando en el señor Sayas, una desmejoría en su tratamiento y evolución de la enfermedad de sepsis, en el contexto de que ya se le habían aislado e identificado dos (2) bacterias, y estas estaban recibiendo tratamiento antibiótico específico (antibiograma) para estos dos

microorganismo; sin embargo, su infección en la sangre nunca mejoró, persistió con leucocitosis (glóbulos blancos aumentados), neutrofilia (aumentados) y fiebre que persistió hasta el día que falleció.

SUSTENTO PERICIAL. Así lo confirmó el perito Dr. ERICK MARTIN a record 01:09:12 de Audiencia de pruebas: *"Bueno, los antibióticos que estaban colocados si tenían un espectro-acción para esas bacterias, pero la Clínica de la leucocitosis, y el estado de choque séptico, indican que el paciente no tenía respuesta frente a la terapéutica antibiótica, ahora, otra vez hago hincapié en la documentación del hemocultivo, entonces hago punto de realce en ese punto, puesto que si yo puedo tener una infección localizada, y estoy tratando unos gérmenes que están localizados, no pueden ser los mismos gérmenes o microorganismo que tiene el fenómeno bacterémico, porque dentro de la Historia Clínica no hay un reporte de hemocultivos que me diga que la bacteriemia era por alguno de estos dos microorganismos, y el paciente iba con elevación de leucocitosis, entra en estado de choque y luego de eso albuminuria, falla multiorgánica, coagulación intravascular diseminada y el deceso finalmente.*

SUSTENTO MEDICO Y CIENTIFICO; Técnicas microbiológicas.

"De manera precoz, ante la sospecha Clínica de sepsis /SG- sepsis grave/SS shock séptico, se recomienda la toma de muestras Clínicas mas apropiadas para el diagnostico etiológico, como son la de sangre y otros líquidos orgánicos habitualmente estériles, para su cultivo en medios microbiológicos, antes del inicio del tratamiento antimicrobiano empirico. La identificación de los agentes etiológicos mejorará si se obtienen un mínimo de dos sets de hemocultivos. Los cultivos de otras muestras Clínicas representativas como secreciones respiratorias, orina, heridas y otros fluidos orgánicos deben ser cuantitativos o al menos semicuantitativos"

FUENTE:

<https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2016/SEPSIS-DOCUMENTO-DE-CONSENSO.pdf> (ver pagina N° 12).

Honorable Magistrada, al señor Sayas, durante los diecinueve (19) días que permaneció internado en la UCI de la Fundación María Reina, nunca le fue ordenado HEMOCULTIVOS, como tampoco CULTIVO de secreción respiratoria, UROCULTIVO, a pesar de haber cursado con sepsis grave y shock séptico como se registra en los diagnósticos de la Historia Clínica; La literatura Médica y Científica, recomienda que se le debió realizar como mínimo dos (2) sets de hemocultivos, configurándose de esta manera una negligencia médica.

Quinta negligencia, al señor Sayas, durante los diecinueve (19) días que permaneció internado en la UCI de la Fundación María Reina, no fue valorado por médico Especialista en Infectología, ni tampoco se le realizó junta médica, ante los diagnósticos graves de sepsis de tejidos blandos, sepsis intrabdominal y shock séptico.

SUSTENTO MÉDICO; ¿Qué es una junta médica?

"Una junta médica consiste en la conformación de un grupo de médicos con la finalidad de evaluar a una persona para realizar un diagnóstico y/o plantear el tratamiento y pronóstico. Puede estar integrada, según el caso, por profesionales de una o varias especialidades".

FUENTE: **<https://www.reeditor.com/columna/16887/5/medicina/junta/medica>**

SUSTENTO JURISPRUDENCIAL DE LA FALLA MÉDICA O NEGLIGENCIA. En la sentencia de la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA SALA CIVIL Bogotá D.C., treinta (30) de septiembre (09) de dos mil dieciséis (2016). Radicación: 05001-31-03-003-2005-00174-01 SC13925-2016 Magistrado Ponente: ARIEL SALAZAR RAMÍREZ (Aprobado el 24 de agosto de 2016), reza lo siguiente:

"El numeral 9º del artículo 153 de la Ley 100 de 1993 consagra entre las normas rectoras del servicio público de salud la garantía a los usuarios de una atención de calidad, oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua de acuerdo a los estándares profesionales. Y para lograr una atención segura y de calidad es imprescindible la capacidad de la organización para transmitir información a otros prestadores, entre su personal, y entre éstos y los pacientes y sus familiares. La atención de calidad, oportuna, humanizada, continua, integral y personalizada hace parte de lo que la literatura médica denomina "cultura de seguridad del paciente", que por estar suficientemente admitida como factor asociado a la salud del usuario y por ser un mandato impuesto por la Ley 100 de 1993, es de imperiosa observancia y acatamiento por parte de las empresas promotoras e instituciones prestadoras del servicio de salud, por lo que su infracción lleva implícita la culpa de la organización cuando tal omisión tiene la virtualidad de repercutir en los eventos adversos".

"Así, no consignar en forma clara, precisa y según los estándares legales y técnicos los resultados obtenidos por el médico en un diagnóstico inicial, aumenta las probabilidades de que ante la presencia de un error, el profesional que atiende al paciente en una oportunidad futura persista en tal equívoco, y de esa forma se aumente la cadena de errores constitutivos de culpa por no actuar de conformidad con las pautas establecidas para la prevención, disminución y erradicación de eventos adversos".

"En un sentido similar, el ocultamiento de los errores propios o ajenos detectados en los diagnósticos, tratamientos o procedimientos que realizan los profesionales de la salud aumenta considerablemente las posibilidades de que el error inicial se incremente por una conducta negligente. Mientras que el descubrimiento y la denuncia oportuna de tales errores demuestran una conducta prudente, honesta y ética encaminada a la disminución de los daños y a una atención humana, continua, integral y de calidad, como lo ordena la ley".

"Ninguno de los operadores sanitarios podrá excusarse y liberarse de responsabilidad con el argumento simplista de que "fue el otro quien lo hizo", puesto que existe una responsabilidad conjunta y solidaria en virtud de la cual se exige al último que haya intervenido en la prestación del servicio mayor diligencia que al anterior facultativo, con el fin de revertir el efecto dañoso que el "error" antecedente hubiese causado». (Gustavo López-Muñoz y Larraz. El error sanitario. Madrid, 2003. p. 21)"

"El error al que aquí se alude es el "error negligente", «más claro aún: el que se origina cuando se quiebran por el agente causante del error los criterios y niveles exigibles y esperables de conducta profesional sanitaria y que, además, como consecuencia del cual se produce [o ha existido el riesgo de que se produzca] en el paciente un efecto lesivo y/o perjudicial. El hecho de que la medicina sea, aún en nuestros días de gran progreso tecnológico, más un arte que una ciencia dura como, por ejemplo, la matemática, la física, la química y que, debido al factor reaccional propio de cada enfermo no pueda predecirse un resultado exacto del tratamiento prescrito para curar una enfermedad o dolencia, NO significa que el "error", dentro del contexto sanitario en que nos movemos, sea permisible ni tolerable. Muy al contrario, la propia inexactitud e impredecibilidad de las ciencias médicas actuales

exigen el agotamiento, la extenuación de la diligencia, de la actividad personal y de la prestación de todos los medios de diagnóstico y tratamiento disponibles, precisamente con el fin de reducir al mínimo posible y tolerable ese margen de inseguridad sobre los resultados». (Gustavo López Muñoz y Larraz. El error sanitario. Madrid, 2003. p. 20)“.

Al **SEGUNDO INTERROGANTE**. Jhon Jairo Sayas durante internación en UCI de la Clínica FUNDACION MARIA REINA ¿Adquirió infecciones nosocomiales o intrahospitalaria?

La respuesta es, **SÍ. Y** quedó demostrado con los elementos probatorios aportados al proceso, y el fundamento es el siguiente:

SUSTENTO DOCUMENTAL – Historia Clínica (Ley 23 de 1981 – Resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud); Quedó registrado en la Historia Clínica de UCI, que el señor Sayas, durante su internación en UCI, fue diagnosticado de ISO (Infección del sitio operatorio); Sepsis de tejidos blandos; Sepsis de pared abdominal; Shock séptico; Sepsis de origen abdominal, además de esas infecciones severas y graves que provocaron su deceso, se lograron aislar dos (2) microorganismos – bacterias, Klebsiella Oxytoca y Pseudomona Aeurginosa resistentes a antibióticos.

SUSTENTO MÉDICO Y CIENTÍFICO; INSTITUTO NACIONAL DE SALUD adscrito al MINISTERIO DE SALUD y PROTECCION SOCIAL. Esta autoridad en documento público PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – INFECCIONES ASOCIADAS A PROCEDIMIENTOS MÉDICO QUIRÚRGICOS en la página 20 de 49 que se transcribe a continuación:

INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO DE ÓRGANO/ESPACIO.

Una ISQ de órgano/espacio debe cumplir con los siguientes criterios: La infección se presente dentro de los 30 a 90 días posteriores al procedimiento quirúrgico (donde el día uno, equivale a la fecha del procedimiento), (4,5). Y Que comprometa cualquier parte del cuerpo, excluyendo la incisión en la piel, en la fascia o en las capas musculares, que sea abierta o manipulada durante el procedimiento quirúrgico (4,5). Y Que el paciente tenga al menos uno de los siguientes signos: a) Secreción purulenta de un drenaje que sea colocado a través de una herida comunicada con el órgano/espacio (4,5). b) Organismos aislados de un cultivo de fluido o de tejido obtenido asépticamente en el órgano/espacio (4,5). c) Un absceso u otro tipo de evidencia de infección que comprometa el órgano/espacio, el cual sea encontrado en el examen directo, durante una reintervención o por examen histopatológico o radiológico (4,5). d) Diagnóstico de ISQ de órgano/espacio realizado por un cirujano o médico tratante (4,5).

De lo anterior, quedó demostrado que el señor JHON JAIRO SAYAS, cumplió con los criterios exigidos por la LEX ARTIS MEDICA para INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO DE ÓRGANO / ESPACIO.

SUSTENTO PERICIAL; en audiencia de pruebas celebrada el día 14 de Marzo de 2019.

APODERADO DE LA PARTE DEMANDANTE: A record 05:33: *¿Muchas gracias señoría. Doctor Will, se ha utilizado un término a lo largo de esta diligencia que su sigla es ISO, que significa infección de sitios operatorios, y se ha dicho que esa infección de sitios operatorios está asociada a un proceso de atención en salud, esa infección de sitio*

operatorio que presentó efectivamente el paciente John Sayas, que según el decir de otros especialistas está asociado a una atención en salud, tiene un origen o una etiología del ambiente hospitalaria siempre o puede estar relacionada con situaciones endógenas del paciente?

DR. WILL: a record 06:25: "Sí claro, aquí sería hablar de la etiología microbiológica de la infección asociada a la atención en salud".

SUSTENTO JURISPRUDENCIAL; En sentencia de la **CORTE SUPREMA DE JUSTICIA - Sala de Casación Civil, M.P. MARGARITA CABELLO BLANCO, SC2202-2019, Radicación N° 05001-31-03-004-2006-00280-01 (Aprobado en sesión de seis de febrero de dos mil diecinueve) Bogotá, D. C., veinte (20) de junio de dos mil diecinueve (2019)**. Se invoca en aclaración de voto lo siguiente:

"Tratándose de infecciones intrahospitalarias, el contagio que sufren los pacientes es un riesgo creado por la actividad la prestación del servicio de salud; no es obra de la mala fortuna ni es culpa del paciente. De hecho, es altamente previsible que ello ocurra. Por lo tanto, no es un menoscabo que el usuario esté obligado a soportar. Cuando los perjuicios sufridos por el paciente no son el producto colateral de los esfuerzos asistenciales ni de los riesgos necesarios para la recuperación o preservación de la salud, sino el resultado de eventos que el prestador tenía el deber jurídico de evitar -aun siendo imprevisibles, los daños derivados de ese incumplimiento deben ser asumidos e indemnizados por el deudor contractual o agente extracontractual, aunque su conducta se hubiere ajustado a los deberes profesionales de diligencia y cuidado. En ello consiste la obligación de seguridad. Por consiguiente, es una contradicción en los términos suponer que existen obligaciones "de seguridad de medios", e s decir que no garantizan la seguridad del paciente, o de las cuales el prestador se puede eximir demostrando el cumplimiento de los deberes de prudencia. Hacer tal afirmación equivale a suponer que ha y obligaciones de seguridad que no son de seguridad sino de simple previsión. De ahí que en caso de infecciones nosocomiales el prestador debe extremar las medidas precautorias, tales como la asepsia en quirófanos e instrumental, la disminución del tiempo de la operación lo máximo posible, la limpieza de tejidos y la eliminación de materia residual, la evitación de cuerpos extraños, la práctica de antibioterapia e, incluso, medidas tan sencillas como el correcto lavado de manos. Mas, si aun después de tomar esas medidas el paciente contrae la infección, hay razones para pensar que el proceso de desinfección falló, pues esa es la conclusión más probable, en vez de conjeturar que la consecuencia adversa se debió a la mala suerte del paciente o a la obra del destino. Cuando la infección es considerada por el conocimiento científico afianzado como de carácter "intra-hospitalaria", se debe concluir que se contrajo a l interior del centro médico. Tal correlación no es causal sino probabilística, y una vez demostrada no es posible refutarla sino mediante la prueba de la causa extraña o de la culpa exclusiva de la víctima, que en todo caso son elementos que forman parte de la carga probatoria de la entidad demandada para desvirtuar la hipótesis indiciaria".

Al TERCER INTERROGANTE, ¿Hubo pérdida de la oportunidad o "chance" en la atención médica desplegada a Jhon Jairo Sayas durante internación en UCI de la Clínica FUNDACION MARIA REINA?

La respuesta es, **SÍ**, y quedó demostrado con los elementos probatorios aportados al proceso, y el fundamento es el siguiente:

SUSTENTO DOCUMENTAL – Historia Clínica (Ley 23 de 1981 – Resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud). Como ya se ha mencionado y demostrado anteriormente, no se registra en la Historia Clínica del señor Sayas, que el personal médico asistencial de la Fundación María Reina, hubiese revisado las dos (2) radiografías de abdomen, de fecha 26 y 27 de junio 2012, incurriendo en OMISION DEL DIAGNÓSTICO, que, de haberse valorado a tiempo, en el momento que estaba el informe por parte de la médico especialista en imágenes que diagnosticas "*abundante resto de material fecal*", el manejo, conducta, tratamiento médico y quirúrgico hubiese sido oportuno y diferente, al manejo que se le dio. Este mismo personal médico **OMITIÓ**, solicitar y ordenar Hemocultivos, Urocultivos, Cultivo de secreción respiratoria, Cultivo de la secreción del absceso intrabdominal, como lo exige la LEX ARTIS MEDICA, además de no retirar el DREN de PENROUSE a los cinco (5) días como lo establece el protocolo médico.

SUSTENTO DOCUMENTAL. A folio 510, del expediente, que corresponde al hecho N.º 14 de la contestación de la demanda, la FUNDACIÓN MARÍA REINA, declara y expresa lo siguiente:

"En palabras simples, la lesión del colon que le ocasiono el proyectil al señor Jhon Jairo Sayas Díaz, trajo como consecuencia que la materia fecal (alojada en el colon) se le derramara en la cavidad abdominal, y la materia fecal es altamente contaminante y causa múltiples infecciones, pero la infección no se materializa sino entre 8 y 10 días después del derrame de la materia fecal, por eso, la infección o la colección no se evidencio en el caso concreto sino transcurrido varios días después de la herida ocasionada por el proyectil. Para corroborar el derrame de materia fecal basta con remitirnos al informe de la radiografía de abdomen simple de fecha 27 de junio de 2012, suscrito por la Dra. Aleyda Beatriz Wilches Llanos del centro de imagenología de la Fundación María Reina, en la que se describe que existe abundante resto de material fecal, que reposa en la Historia Clínica aportada"

Es decir, en ese contexto de idea, la FUNDACION MARIA, reconoce la radiografía de fecha 27 de junio de 2012 que fue portada al proceso y la gravedad de los hallazgos y diagnóstico, sin embargo, dicho estudio no fue valorado y tenido en cuenta por el personal asistencial de la UCI.

SUSTENTO JURISPRUDENCIAL. La pérdida de oportunidad o de chance -como es llamada en otras legislaciones-, es una teoría proveniente del Derecho Francés, la cual tiene lugar cuando una persona tenía la posibilidad de obtener un provecho o no sufrir un perjuicio y ello se ve truncado por el acaecimiento de un hecho antijurídico imputable a un tercero, generando incertidumbre sobre si el efecto beneficioso o dañino se habría producido o no, pero quedando absolutamente clara la cercenación de modo irreversible de una expectativa. Su consideración como perjuicio autónomo cuenta posturas doctrinales antagónicas frente a las cuales la Jurisprudencia colombiana ya ha sentado una postura.

En Sentencia **2000-00645 de abril 5 de 2017 CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN B** Consejero Ponente: **Ramiro Pazos Guerrero Bogotá, D.C., cinco (05) de abril de dos mil diecisiete (2017). Exp.: 25706 Rad.: 170012331000200000645-01**

"La pérdida de oportunidad como daño autónomo"

14.1. Esta postura jurisprudencial al interior de la Sección Tercera del Consejo de Estado precisa que la pérdida de oportunidad es un daño en sí mismo con identidad y características propias, diferente de la ventaja final esperada o del perjuicio que se busca eludir y cuyo colofón es la vulneración a una expectativa legítima, la cual debe ser reparada de acuerdo al porcentaje de probabilidad de realización de la oportunidad que se perdió. Al respecto, la Sección Tercera del Consejo de Estado en sentencia del 11 de agosto de 2010⁽⁶³⁾, señaló:

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 éste 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 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 (...). En consecuencia, tratándose de eventos en los cuales se accede a la reparación de la pérdida de un chance, lo indicado no puede ser el reconocimiento, en favor de la víctima, del valor total de la ventaja de la cual fue privado o del deterioro patrimonial que no pudo evitar a raíz del hecho del demandado, sino tener en cuenta que la oportunidad desaparecida tenía un valor y que es éste el que debe ser restablecido; ese valor, según antes se indicó, ha de resultar indiscutiblemente inferior a aquél que hubiere correspondido en caso de haberse demostrado el vínculo causal entre la pérdida del beneficio esperado por la víctima y el hecho de aquel a quien se imputa la correspondiente responsabilidad resarcitoria; es más, como también precedentemente se indicó, el monto de la indemnización por la pérdida de la oportunidad habrá de establecerse proporcionalmente respecto del provecho que finalmente anhelaba el afectado, en función de las mayores o menores probabilidades que tuviere de haber alcanzado ese resultado en el evento de no haber mediado el hecho dañino.(...) En cuanto corresponde a esta clase perjuicios, dado que ninguna incompatibilidad existe entre el reconocimiento de los perjuicios ocasionados por el daño autónomo consistente en la pérdida de oportunidad que aquí se ha detallado y la aflicción, angustia y congoja que en el plano puramente moral o inmaterial les generó la mencionada pérdida de oportunidad —que no los perjuicios morales por la muerte de la víctima directa— se hará un reconocimiento por este específico concepto".

Al CUARTO INTERROGANTE. ¿Hubo pérdida en la obligación de seguridad en la atención médica desplegada a Jhon Jairo Sayas durante internación en UCI de la Clínica FUNDACION MARIA REINA?

La respuesta es, **SÍ**, y quedó demostrado con los elementos probatorios aportados al proceso, y el fundamento es el siguiente:

SUSTENTO DOCUMENTAL – Historia Clínica (Ley 23 de 1981 – Resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud). Como ya se ha mencionado y demostrado

anteriormente, no se registra en la Historia Clínica de UCI, que el personal médico asistencial de la Fundación María Reina, hubiera revisado las dos (2) radiografías de abdomen de fecha 26 y 27 de junio 2012, realizadas al señor Sayas, OMISIÓN EN EL DIAGNÓSTICO, que de haberse valorado a tiempo, en el momento que estaba el informe por parte de la médico especialista en imágenes diagnósticas "abundante resto de material fecal", el manejo, conducta, tratamiento médico y quirúrgico hubiese sido diferente, al que se le dio. Además el señor Sayas fue víctima de infecciones asociadas a la atención en salud–infecciones nosocomiales.

SUSTENTO LEGAL. La Ley 100 de 1993, en su artículo 153, numeral 9 reza lo siguiente:

9. Calidad. El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.

SUSTENTO JURISPRUDENCIAL; En sentencia de la **CORTE SUPREMA DE JUSTICIA - Sala de casación civil, M.P. MARGARITA CABELLO BLANCO, SC2202-2019, Radicación N° 05001-31-03-004-2006-00280-01 (Aprobado en sesión de seis de febrero de dos mil diecinueve) Bogotá D. C., veinte (20) de junio de dos mil diecinueve (2019).** Invoca lo siguiente:

"Obligaciones de seguridad. - En virtud de los denominadas obligaciones de seguridad, el deudor de ellos "está obligado a cuidar de la integridad corporal del acreedor o la de las cosas que éste le ha confiado" (CS J SC259-200 5 de oct 1 8 2005, rad. N°. 14.491). Se trata de una distinción jurisprudencial, proveniente del derecho francés y que se encuentra aclimatada entre nosotros de tiempo atrás (Cfr . S C del 2 5 de noviembre de 193 8 en G.J. T. XLVII, págs. 41 1 y ss. , sobre todo en punto de la obligación del transportador , de donde proviene incluso en Frelana) que explica el alcance de ese deber secundario de conducta que puede estar expresamente pactado , establecido en la ley , o derivado de la naturaleza del contrato o de su ejecución de buena fe, pero en todo caso dirigido a la protección de la confianza que el acreedor deposita en su deudor en el sentido de que sus bienes o su persona quedarán a salvo (integridad de las cosas y corporal) , y que confía a este en el cumplimiento de la prestación principal, por lo que además de satisfacer ese débito el deudor garantiza o al menos -ello es objeto de discusión de e procurar la indemnidad de su acreedor respecto de tales intereses. En el ámbito hospitalario, además de la prestación de los servicios médicos, paramédicos y asistenciales, y además del suministro de medicamentos y tratamientos pertinentes, de hospedaje especial, etc., que debe prestar la entidad nosocomial, tiene ésta a su cargo la obligación de seguridad de tomar todas las medidas necesarias para que no sufra ningún accidente en el curso o con ocasión del cumplimiento de las prestaciones esenciales que por razón del contrato dicho centro asume" (G.J. T.CLXXX, pág. 421, citada en SC-00 3 de: de 1º febrero de 1993, rad. N°. 3532)".

Para que una entidad de salud, como lo es la Fundación María Reina, sea exonerada de la responsabilidad civil Médica, como el caso en cuestión, debió demostrar en el proceso que su personal asistencial actuó con diligencia, prudencia, y bajo lo establecido y reglado por la LEX ARTIS MEDICA – Protocolos.

Así mismo, que contaba con los protocolos de lavado de mano, protocolos de seguridad del paciente, protocolo de higiene y desinfección quirúrgica, protocolo de infecciones nosocomiales. Sin embargo, ninguna de estas pruebas documentales fue aportada con la contestación de la demanda, es decir, no hay en el acervo probatorio prueba alguna, que la FUNDACION MARIA REINA, tenía implementado y adoptados cada uno de esos protocolos.

Ahora nace otro interrogante, ¿La muerte de Jhon Jairo Sayas, se debió a las infecciones, sepsis, shock séptico adquiridas en la UCI?

La respuesta es, **SÍ**, y quedó demostrado con los elementos probatorios aportados al proceso y el fundamento es el siguiente:

SUSTENTO DOCUMENTAL – Historia Clínica (Ley 23 de 1981 – Resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud). Durante su internación en UCI, quedó registrado en la Historia Clínica que el señor Sayas fue diagnosticado de ISO (Infección del sitio operatorio); Sepsis de tejidos blandos; Sepsis de pared abdominal; Shock séptico; Sepsis de origen abdominal, absceso subfrénico.

SUSTENTO DOCUMENTAL; A folio 123, del expediente que corresponde al informe de necropsia realizado por Medicina Legal y Ciencias Forenses, en el ítem principales hallazgos de necropsia se registra: ***"material purulento en escasa cantidad en Ángulo subfrénico izquierdo"***

Es decir, que Jhon Jairo Sayas fallece, con la infección intrabdominal que fue adquirida en UCI de la FUNDACION MARIA REINA.

SUSTENTO PERICIAL; audiencia de prueba celebrada el día 14 de marzo de 2019.

JUEZ: 40:14: *"Te hago una pregunta Erick, por qué él fallece, manifiestas tú, por sepsis abdominal, choque por gran y no por coagulopatía intravascular diseminada"*.

DR. ERICK: 40:26: *"Bueno la coagulopatía intravascular diseminada es un fenómeno de la sepsis, es la principal condición de la sepsis, donde hay hipofibrinólisis o sea donde hay hipofibrinogeno, unas sustancias que nos mantienen las plaquetas para ser coagulación se disminuyen, aquí tengo un documento que lo adjunto donde tengo relación, hago entrega, y acá está el conceso Colombiano de sepsis, donde también solicitan el hemocultivo y el protocolo de salud. En ese documento se da la interacción, coagulopatía intravascular y sepsis, o sea coagulopatía intravascular es un fenómeno muy primario de la sepsis, cuando se entra en sepsis fácilmente el paciente tiene disminución de sus tiempos de coagulación, disminución de su consumo de plaquetas, porque también puede hacer un conceso hitroposito y además que hace una hiperproduccion de una sustancia que nosotros conocemos como trombina entonces hace hiperpruducción de trombina, y hace proteurico de unas encinas de degradación en la cascada de coagulación, entonces es un fenómeno que es de origen muy realmente bacteriano, secundado a la sepsis, o sea choque séptico más coagulación intravascular diseminada están asociadas"*.

JUEZ: 01:45:54: *"Indíqueme a este despacho por qué hace referencia a la sepsis dentro de esa cadena de causas como la última"*.

DR. WILL ANDERSON: 01:46:02: *"Porque en la coagulación intravascular diseminada una de las principales causas de aparición es la sepsis o sea las causas infecciosas"*.

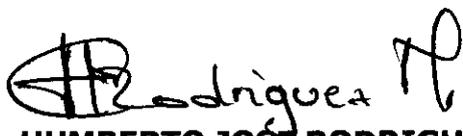
JUEZ: 01:47:31: *"Entonces te hago una pregunta, entonces tu manifiesta anemia aguda, sangrado CID, y luego sepsis".*

DR. WILL ANDERSON: 01:48:05: *"Este es el orden un shock hipovolémico con anemia aguda, coagulación intravascular diseminada, allí hago un paréntesis para decir que tiene una etiología mixta, esto es infecciosa por un shock séptico de foco abdominal y además una etiología por politransfusiones, luego de eso el tercer diagnóstico es una sepsis de foco abdominal y el ultimo un trauma asociado por proyectil de arma de fuego, ese es el orden".*

Con lo anterior, se logró demostrar, los elementos que sirven de fundamento a la responsabilidad civil, como son el HECHO, EL DAÑO, LA CULPA Y EL NEXO DE CAUSALIDAD, y por ende la obligación de la entidad hoy demanda de indemnizar. Por tanto, muy comedidamente solicito al H. Tribunal Superior de Sincelejo, revocar la sentencia de primera instancia, y en su defecto acceder a todas las pretensiones.

De esta manera doy por terminado mi sustentación del recurso de apelación.

Atentamente,



HUMBERTO JOSÉ RODRIGUEZ

C.C. No. 92.529.319 de Sincelejo

T.P. No. 266.518 del C.S. de la J.