

HONORABLE MAGISTRADA
ÁNGELA GIOVANNA CARREÑO NAVAS
TRIBUNAL SUPERIOR DE CUCUTA SALA CIVIL- FAMILIA
E. S. D.

DTE. Blanca Marlene Contreras - Otros
DDO. Nueva EPS – Clínica San José
RDO. 54-001-31-03-006-2018-00243-00

**REF. SUSTENTACION RECURSO DE APELACION EN CONTRA DE LA SENTENCIA
28.02.2022**

En atención al auto de fecha 05 de septiembre del año 2022, el cual admitió el recurso de apelación dentro del proceso en mención, por medio del presente memorial, estando dentro del término legal para realizarlo, se procede a dar sustentación al recurso vertical, conforme a los siguientes argumentos:

1. Objeto del litigio

De manera concreta, la demanda de responsabilidad medica instaurada por la señora Blanca Marlene Contreras y familiares, se centró en contrastar y enjuiciar, todo el accionar medico durante trece (13) años de atención al paciente, señor Juan Hipólito Jaimes (QEPD), en específico en cuanto a: I. diagnostico técnico científico oportuno y acertado II. Tratamiento adecuado y oportunamente formulado III. Seguimiento diligente y evolución monitoreada al padecimiento del afectado IV. Actuar medico perito y oportuno en cada una de las fases del padecimiento del enfermo; es decir, intervención en el tiempo requerido y de conformidad con los protocolos de la ciencia médica. V. Asistencia integral y aplicación de todos los procedimientos y alivios médicos establecidos hasta el último segundo de vida del paciente.

En breves palabras, por completo la aplicación integral y humana de la *Lex Artis* medica para con el paciente Juan Hipólito Jaimes (QEPD), desde que

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402
E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co
Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102
Cúcuta- Colombia

manifestó signos y síntomas de la enfermedad, hasta el último segundo de su vida.

Corte Suprema de Justicia, ocho (8) de septiembre de dos mil veintiuno (2021), M.P. LUIS ALONSO RICO PUERTA, radicado (SC3724-2021) 20001-31-03-004-2015-00204-01. Consideración judicial, del más alto valor, pues está constituido como **Doctrina Probable**.

“El juez debe interpretar la demanda en su conjunto, con criterio jurídico, pero no mecánico, auscultando en la causa para pedir su verdadero sentido y alcance, sin limitarse a un entendimiento literal, porque debe trascenderse su misma redacción, para descubrir su naturaleza y esencia, y así por contera superar la indebida calificación jurídica que eventualmente le haya dado la propia parte demandante.”

2. Sustentación de los reproches enlistados a la sentencia de primera instancia

2.1 Indebida valoración del material probatorio obrante dentro del proceso, en especial falta al deber que le asiste a los operadores judiciales de valorar en su conjunto todo el acervo probatorio, de cara a hallar la verdad dentro del proceso (artículo 176 del C.G.P.).

Del acervo probatorio obrante en el proceso, en especial, la historia clínica del paciente, es a las claras evidente que se trató de un enfermo de largo y tórpido tratamiento médico, pues el señor Hipólito Jaimes (QEPD), consulto por primer vez en el año 2001, fue diagnosticado técnica y científicamente con colitis ulcerativa crónica desde el 30 de septiembre del año 2005, hasta la fecha de su deceso en el año 2014, es decir, se trató de un paciente con trece (13) años de padecimiento, de una enfermedad plenamente esclarecida, en la cual la patología tuvo picos de agravamiento y alivio, pero que en todo caso, y de manera desafortunada, nunca logró ser eficazmente controlada, ni mucho menos curada.

Conclusión refrendada, con un segundo¹ medio probatorio, pues el mismo Perito medico en la explicación y sustentación de su dictamen², refirió:

¹ El primer medio disuasorio es la Historia Clínica del paciente

² Audiencia de instrucción y juzgamiento

PREGUNTA: doctor, usted trajo el dictamen pericial que obra a folio 192 a 214, entonces se le solicita muy respetuosamente que nos sustente dicho dictamen pericial, entonces y luego ya se le va hacer ronda de preguntas aquí los señores apoderados judiciales van a tener la oportunidad de conainterrogarlo a usted, en relación con dicho informe, entonces si es posible para poder rendir el informe, le dejo de presente el expediente, para que sea directamente del expediente

RESPUESTA: : Para la realización del presente dictamen pericial, se realiza el resumen de la historia clínica donde consta una atención inicial de 01 de abril de 2001, del paciente Juan Hipolito Jaime Pallares, esta atención de abril de 2001, hace referencia, es una referencia del seguro social donde se solicita la realización de una colonoscopia por persistencia de síntomas gastrointestinales (...) hay una realización de una videocolonoscopia con fecha del 30 de septiembre de 2005, esa videocolonoscopia realizada por el doctor Javier de la Rosa gastroenterólogo, describe en uno de sus apartes: "mucosa luce muy congestiva y depulida, frágil, con restos de fibrina y sangrado fácil, al contacto con el instrumento, arrojando un diagnóstico de una colopatía inflamatoria inespecífica tipo CUC" .S.C.U.C significa colitis ulcerativa crónica, entonces a partir de este estudio con fecha de septiembre 30 de 2005, se le hace un diagnostico etiopatogenico de los signos y síntomas padecidos por el paciente, ya este diagnóstico queda esclarecido por videocolonoscopia que es uno de los estudios más específicos para esta realización, sin embargo pues el doctor para esa misma fecha realiza la toma de una muestra de biopsia, de patología perdón, la cual reporta cambios histopatológicos que medicamente concluyen como un diagnostico ya también histopatológico de inflamación aguda y crónica del colon, entonces a partir de la fecha 30 de septiembre de 2005 y 03 de octubre de 2005, el diagnóstico del paciente queda ya establecido como una colitis ulcerativa crónica. (...) . **Llego a la CONCLUSION que el paciente tuvo un cuadro clínico crónico, con fechas desde el 2001 hasta el momento de su deceso con fecha el 2014, pues se confirma el diagnostico con fecha de 2005, ya el diagnostico histopatológico, lo que quiere decir que tuvo un diagnostico establecido de manera etiopatologica con fecha desde el 2005, hizo tratamientos farmacológicos convencionales, y en su ultima instancia el paciente, pues, presenta ya los signos y síntomas más graves que fueron la hemorragia de vías digestivas y la perforación del colon que le produjo al final la sepsis, el choque séptico refractario, y por último la muerte.** – Negrita fuera de declaración original-

Ahora bien, en cuanto al diagnóstico técnico científico oportuno y acertado, se tiene que, desde los inicios de consulta por parte del paciente, se referencio como colitis ulcerativa crónica, patología que fue confirmada a través de examen médico especializado, realizado por el galeno especialista Dr. De la Rosa medico gastroenterólogo, el cual el 30 de septiembre 2005 confirmo con certeza científica la enfermedad del paciente, es decir, **cuatro (04) años después de la primera consulta por parte del enfermo.**

De la anterior afirmación da fe la historia clínica, como también, el dictamen médico pericial rendido por el medico perito Eduardo de la Hoz Merlano.

Por lo anterior, es razonable concluir que en esta primera etapa de atención al paciente, se presentó la mora en la prestación del servicio, pues protuberante y sabido es por todos, que ante los signos y síntomas de una enfermedad, lo recomendable es la confirmación del padecimiento mediante examen médico científico - especializado, el cual, por regla general, se debe realizar a los dos o tres días después de la consulta – a veces en el mismo día o al día siguiente-, atendiendo al principio de que entre más tiempo pase, más se deteriorara la salud del paciente; en este punto, *entre más tiempo pase en establecerse con certeza científica el diagnóstico del paciente, más tiempo transcurrirá para la formulación y aplicación del tratamiento adecuado*, perdiendo en el compás exagerado de tiempo – cuatro (04) años para confirmar con certeza un diagnóstico médico-, entre diagnóstico oportuno y tratamiento acertado, probabilidades para la mejoría o recuperación del paciente.

Señalamiento que igualmente puso en evidencia el perito médico De la Hoz Merlano, el cual afirmó³:

“¿en el evento de haber tenido varias enfermedades, fueron diagnosticadas oportunamente? existe registro inicial en historia clínica con fecha de 2.001 de consulta por enfermedad gastrointestinal, con diagnóstico etiológico determinado y confirmado con fecha de 2.005 lo que implica 4 años para diagnosticar por medio de videocolonoscopia la patología.” - Negrita y subrayado fuera de texto-

En lo atinente a la formulación del tratamiento adecuado y al seguimiento diligente de la evolución de la enfermedad sufrida por Hipólito Jaimes, se tiene que **NO se cumplió total y oportunamente con el deber en la prestación del servicio de salud**, lo que a voces del artículo 1608, numerales 1 y 2 del Código Civil se traduce en incumplimiento⁴, y por ende, en

³ Dictamen pericial, de fecha agosto 2018, rendido por el médico Eduardo De la Hoz Merlano, folio 20 “RESPUESTA A CUESTIONARIO PROPUESTO”

⁴ **ARTICULO 1608. <MORA DEL DEUDOR>**. El deudor está en mora:
1o.) Cuando no ha cumplido la obligación dentro del término estipulado; salvo que la ley, en casos especiales, exija que se requiera al deudor para constituirlo en mora.

2o.) Cuando la cosa no ha podido ser dada o ejecutada sino dentro de cierto tiempo y el deudor lo ha dejado pasar sin darla o ejecutarla.

negligencia médica – artículo 1604 CC-. Aseveración que se individualiza en dos grandes moras en la atención médica: **1. Demora en la atención y seguimiento al paciente por parte de un médico especialista** **2. Demora y reconsideración del tratamiento formulado, ante la no mejoría del paciente** – Falta de aplicación de alternativas terapéuticas ante la ausencia de evolución positiva del enfermo-

Las anteriores afirmaciones se acreditan con declaraciones de los demandantes, historia clínica del paciente y dictamen pericial del galeno Eduardo De la Hoz Merlano, en especial, se citan:

Declaración Blanca Marlene Contreras, esposa del fallecido, responde al interrogatorio desarrollado por la operadora de justicia, audiencia inicial:

PREGUNTA: Cuéntenos acá a los asistentes a esta audiencia cuales eran las patologías que aquejaban al señor Juan Hipólito Jaimés, desde cuando se venían presentando esas patologías y como fueron los servicios médicos que se prestaron, como fue la calidad del servicio, la respuesta médica a cada una de las patologías, haga un recuento desde el inicio de la enfermedad hasta el final de la enfermedad del señor Hipólito y sobre todo nos interesa cual fue la prestación del servicio de salud, como se llevaron a cabo ***RESPUESTA:*** En la EPS cuando fuimos recibidos en la Nueva EPS, el vino con todos sus documentos, traía todo para que fuera atendido normalmente por sus achaques normales, porque esos eran normales, **pero el necesitaba que él tuviera una atención especial debido a que a él le hicieron una radio, no, colonoscopia, colonoscopia, y estaba en estudio y esos documentos todos se pasaron a la Nueva EPS y la Nueva EPS en ese momento no atendió, nos atendía el médico general, nos mandaba la medicina que exactamente venía mandaba por el médico del seguro social, mas no, nunca, en termino de no recuerdo exactamente de cinco o seis años, nunca nos mandaron a un especialista para tratarle el problema del estómago, el mal de él era del estómago, ósea y nunca nos dieron él tiene esta enfermedad le mandamos, no, ósea, el no recibió en su, en el tiempo que estuvo, el no recibió la atención merecida como paciente, como enfermo, que siempre se aquejaba del dolor del estómago, no lo recibió la atención debida, lo mandaban siempre el médico general, el médico general le mandaba la medicina que traía dictaminada del médico anterior del seguro social, ese es el inicio de la historia;**
- Negritas y subrayado fuera de la declaración original-

Declaración Blanca Marlene Contreras, esposa del fallecido, responde al interrogatorio desarrollado por la apoderada de la Nueva EPS, audiencia inicial:

PREGUNTA: su merced le puede decir a este despacho si recuerda, usted dice que hicieron el traslado del seguro social a la Nueva EPS sobre el 2008 que es más o menos la fundación de la EPS, su merced recuerda si sobre el mes de diciembre a él le practicaron una colonoscopia, que es el examen para la patología que su

señor esposo tenía. **RESPUESTA:** es el momento en que lo trasladan? En el seguro social esa colonoscopia se la hicieron y con esa colonoscopia lo enviaron a la Nueva EPS, pero la Nueva EPS en ningún momento tomo acción para continuar, yo pedía que le hicieran exámenes, yo pedía que un especialista lo viera, y siempre le enviaban la misma formula los médicos generales. - Negritas y subrayado fuera de la declaración original-

PREGUNTA: su merce le puede decir a este despacho, si don Hipólito, como su merce bien lo dice lo acompañaba a esas citas médicas, él era un paciente juicioso que iba a sus controles, reclamaba su droga, hacia sus autorizaciones para sus exámenes periódicamente **RESPUESTA:** Si, siempre, yo siempre lo acompañe, yo siempre lo, estaba pendiente de que fuera a sus órdenes de exámenes, cada mes le daban su medicina, se venía con, pedíamos la medicina y se venía para la casa, y se tomaba la medicina que le mandaban, no más, pero nunca hubo esa cuestión que, que el médico diga vamos a mandarlo al especialista, vamos hacer el examen, no, en el término de todo este tiempo hasta que ya lo hospitalizaron y ya se vino todo, todo el proceso, hasta ahí.” - Negritas y subrayado fuera de la declaración original-

Declaración Blanca Marlene Contreras, esposa del fallecido, responde al interrogatorio desarrollado por el apoderado de la Clínica San José de Cúcuta, audiencia inicial:

PREGUNTA: por favor, podría manifestarle a este despacho usted porque asegura que no se le brindaron los debidos tratamientos médicos si usted no tiene conocimiento acerca de la enfermedad **RESPUESTA:** porque lo digo, porque en el tiempo en el que él estuvo desatendido ningún médico le atendió su enfermedad hubo como se llama ineficiencia, falta de preocupación del médico de estar pendiente, el necesitaba un especialista y no se lo dieron a tiempo, por eso su enfermedad se le agrando, por eso se debilito, por falta de atención. - Negritas y subrayado fuera de la declaración original-

Declaración Harold Giovanni Jaime Contreras, hijo del fallecido, responde al interrogatorio desarrollado por la Juez de primera instancia, audiencia inicial:

PREGUNTA: como era el desarrollo de la consulta, cuál era la inconformidad que ustedes permanentemente tenían con la Nueva EPS y con la clínica San José. **RESPUESTA:** claro su señoría, este, nosotros pues nos damos cuenta que íbamos a las citas médicas, y pues el médico general primero que todo, diagnosticaba medicamentos y no veíamos ningún cambio en papa, si, seguía totalmente con el problema, después me imagino yo que fue remitido con el especialista y fue prácticamente igual, nunca le vimos un mejoramiento a papa.” - Negritas y subrayado fuera de la declaración original-

PREGUNTA: En alguna oportunidad la Nueva EPS o la clínica San José, le negó los servicios médicos, los controles, los medicamentos, los procedimientos. **RESPUESTA:** No sabría decirle su señoría, desconozco el tema de la medicina, sé que tuvimos inconvenientes para que lo pudieran remitir a un especialista” - Negritas y subrayado fuera de la declaración original-

Declaración Blanca Belén Jaime Contreras, hija del fallecido, responde al interrogatorio desarrollado por la Juez de primera instancia, audiencia inicial:

“PREGUNTA: se dice en la demanda que el estado de salud, por el traslado que hubo del seguro social a la Nueva EPS, en vez de mejorar lo que hizo fue complicarse, en que consistieron dichas complicaciones **RESPUESTA:** No sé si acá de pronto, bueno todos creo que conocemos como fue Cúcuta en su época del seguro social, el seguro social fue una entidad que de una u otra manera era muy ligada a atender muy bien a sus pacientes, es mi, o de pronto fue nuestro caso, no puedo generalizar, papa en el seguro social, recuerdo mucho, las fechas no recuerdo, pero si sé que inclusive le hicieron junta médica y le dijeron no don Hipolito usted teniendo este tratamiento, usted mantiene su enfermedad preventivamente en ese estado y no se le va a seguir creciendo ni nada, **cuando él fue trasladado a la Nueva EPS sé que no volvieron a ver médicos especialistas, no volvió a tener contacto con ningún médico especialista, la última receta o que le hizo el médico especialista en el seguro social, simplemente la transcribía un médico general en la Nueva EPS, mas no hubo atención especializada para el caso de el cuándo el ya venía, pues con algo que de pronto en una prevención hubiese sido distinto su desenlace** - Negritas y subrayado fuera de la declaración original-

Dictamen pericial, de fecha agosto 2018, rendido por el medico Eduardo De la Hoz Merlano, folio 15 “CORRELACION CLINICA Y MEDICO LEGAL”:

*“ Durante el periodo de 2.008 a 2.013 el paciente asiste en múltiples oportunidades a control por parte de medicina general para cuidados de su patología de base **siendo medicado con tratamiento convencional hasta la exacerbación de los síntomas que obliga a la atención especializada** encontrando a la fecha de 11/10/2013 reporte de Colonoscopia: “...todo el colon desde el recto se encuentra comprometido por lesiones ulcerosas sangrantes y pseudopólipo...” cuadro que por seguimiento en historia clínica no mejora y compromete salud del paciente siendo atendido en servicio de urgencias de CLÍNICA SAN JOSÉ...”*

Dictamen pericial, de fecha agosto 2018, rendido por el medico Eduardo De la Hoz Merlano, folio 17 “CONCLUSION”:

*“ Se trata de paciente con cuadro clínico crónico, (2.001 - 2.014) conocido por el servicio de medicina general, medicina interna, gastroenterología, cirugía y unidad de cuidados intensivos que padece enfermedad gastrointestinal que no mejoró con tratamiento farmacológico convencional, quien durante hospitalización posterior a 12 años de padecimiento de su patología se le ofrece alternativa farmacológica no administrada en en momento de la solicitud de ésta, **controles por especialidad no esclarecidos en historia clínica allegada** y controles médicos que muestran la formulación de medicación convencional al paciente”*

Sustentación dictamen pericial perito De la Hoz Merlano, audiencia de instrucción y juzgamiento, interrogatorio dirigido por la operadora de justicia:

“PREGUNTA: doctor, usted trajo el dictamen pericial que obra a folio 192 a 214, entonces se le solicita muy respetuosamente que nos sustente dicho dictamen pericial, entonces y luego ya se le va hacer ronda de preguntas aquí los señores apoderados judiciales van a tener la oportunidad de conainterrogarlo a usted, en relación con dicho informe, entonces si es posible para poder rendir el informe, le dejo de presente el expediente, para que sea directamente del expediente.
RESPUESTA: Para la realización del presente dictamen pericial, (...) **inicio tramites con su EPS para valoración por gastroenterología, el medico en esta misma nota describe tramites se demoran por lo que el primer control se lo realiza hasta 02 meses...**”

Es tan evidente y notorio⁵ esta verdad sabida y padecida, la de la “espera de la muerte” para recibir tratamiento especializado, digno e integral⁶ por parte del sistema de salud del país, que en la República de Colombia la causa principal de interposición de acciones de tutela es la vulneración al derecho a la salud, fenómeno ya normalizado que se repitió en el presente caso, pues la familia del señor Hipólito Jaimes, hoy extremo demandante, se vio en la obligación ante la desesperación de ver que no atendían a su ser querido y este cada vez se agravaba más, de interponer una acción de tutela para que por fin, y valgo decirlo, ya tarde, lo pudiera tratar un especialista médico. Ello se encuentra acreditado con las declaraciones de la señora Blanca Marlene Contreras – esposa- y Blanca Belén Jaime Contreras – hija-.

⁵ Ley 1564 de 2012, artículo 167, párrafo final

Los hechos notorios y las afirmaciones o negaciones indefinidas no requieren prueba

⁶ Ley 1751 de 2015, artículo 2

ARTÍCULO 2o. NATURALEZA Y CONTENIDO DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. *El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.*

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Declaración Blanca Marlene Contreras, responde interrogatorio desarrollado por la señora Juez de instancia:

PREGUNTA: *En alguna oportunidad se le negó el servicio médico en la clínica San José, o por la Nueva EPS de que usted tuviera que pedir, presentar acciones de tutela, reclamaciones, etc* **RESPUESTA:** *Claro, porque no me daban, no me dieron, no me daban especialistas, él estaba bastante ya decaído por su enfermedad, entonces ya no, ya tuve que recurrir a eso, a pedir y ser negada, porque pedí la cita y me la dieron para cuatro meses después, de tal forma que el necesitaba la atención era inmediata y no cuatro meses después una cita con un especialista, me la negaron.* **PREGUNTA:** *Cuando le negaban los servicios médicos cual era la gestión que usted adelantaba para que la Nueva EPS y la clínica lo pudieran atender o usted esperaba a* **RESPUESTA:** *yo siempre espere, pero ya cuando me di cuenta que ya no había solución de parte de la medicina, fue cuando mi hija y yo metimos una tutela y esa tutela la ganamos, estando hospitalizado, y ahí si empezaron hacer la atención debida, pero ya que, ya era tarde, porque su enfermedad no daba para más, no se la descubrieron a tiempo y no se la atendieron a tiempo, y la medicina no se la dieron a tiempo, si hubiera tenido el estaría todavía vivo, yo estaría con él, mis hijos no hubiera pasado lo que paso.*

Declaración Blanca Marlene Contreras, responde interrogatorio desarrollado por el apoderado de la Clínica San José:

PREGUNTA: *Cual fue la razón de interponerse que servicio se le estaba negando* **RESPUESTA:** *el servicio que se le estaba negando era la atención del especialista en medicina para su enfermedad, que no se lo dieron, que no la tuvieron hasta el 2010, algo, no recuerdo la fecha, porque mi memoria ya por los años me está fallando.* **PREGUNTA:** *Usted tiene prueba alguna de esa acción de tutela* **RESPUESTA:** *de que haya sido contestada, pues por eso fue que la Nueva EPS recibió ese documento y por eso fue que inmediatamente lo mandaron al especialista y lo atendieron en la clínica, de lo contrario no hubiera pasado nada, si yo hubiera seguido callada no hubiera pasado nada*

Declaración Blanca Belén Jaime Contreras, responde interrogatorio desarrollado por la Juez de conocimiento:

PREGUNTA: *Ante esa negativa se interpuso alguna queja, alguna reclamación, alguna tutela, alguna acción judicial.* **RESPUESTA:** *si, si su señoría, instauramos una tutela aproximadamente un año y medio antes de su deceso, precisamente porque el venia presentando que no lo estaban atendiendo, solamente lo veía un médico por urgencias y lo mandaban para la casa, nada más, no lo veía un especialista, aunque traía su historia médica, traía su historia.*

Ahora bien, en referencia a la falta de aplicación de alternativas médicas, el profesional de la medicina, Eduardo de la Hoz Merlano conceptuó que

ante la no mejoría en este tipo de enfermedades⁷, **la literatura médica recomienda intervención quirúrgica electiva y temprana** denominada colectomía, afín de evitar el deterioro y agravamiento de la salud de paciente:

Dictamen pericial, de fecha agosto 2018, rendido por el medico Eduardo De la Hoz Merlano, folio 18 "CONCLUSION":

"podríamos considerar además negligencia médica por parte de los tratantes del paciente, al verse demostrado el cuadro crónico (13 años) que evoluciona entre moderado y severo sin mejoría del paciente; al no ofrecer alternativa quirúrgica de manera electiva y temprana a fin de evitar lo que desafortunadamente llevó al paciente a su fallecimiento. ya que en la literatura se describe como alternativa la colectomía como parte del tratamiento en paciente con COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA que no mejoran con tratamiento farmacológico"

Dictamen pericial, de fecha agosto 2018, rendido por el medico Eduardo De la Hoz Merlano, folio 21 "CUESTIONARIO":

*¿El tratamiento Indicado a Lo largo de la atención, es el indicado para la o las patologías del paciente? A lo largo de la atención del paciente se puede notar que se le administró tratamiento farmacológico convencional y conservador, ante la no mejoría de este y posterior a una hospitalización en el año 2013 se le inició manejo con Remicade (infiximab) ordenado durante su estancia hospitalaria pero administrado de manera ambulatoria al parecer sin los resultados esperados por persistencia de la patología del paciente no controlada que posteriormente se agrava y lo lleva a su deceso, **Es de advertir que ante una patología crónica no controlada como la que presenta este paciente se pudo haber indicado procedimiento quirúrgico de tipo colectomía o hemicolectomía localizada al área comprometida de manera electiva y programada minimizando el riesgo de complicación y mejorando la calidad de vida y la sobrevida del paciente a mediano y largo plazo***

Dictamen pericial, de fecha agosto 2018, rendido por el medico Eduardo De la Hoz Merlano, folio 22 "CUESTIONARIO":

*¿Según lo expuesto anteriormente de haberse realizado una cirugía de manera electiva para tratar la patología del paciente el resultado en su pronóstico cambiaría? **En el caso particular del paciente Juan Hipólito vemos como una complicación derivada de una patología no tratada quirúrgicamente es la que al final conlleva al deceso por lo que se podría considerar que si previamente se hubiese tratado de manera quirúrgica el área afectada, la probabilidad de perforación del colon izquierdo se reduce y por lo tanto el riesgo de una peritonitis se minimiza, siendo esta la que provoca la sepsis, el choque séptico, la falla multisistémica y su posterior muerte.***

⁷ Colitis Ulcerativa Crónica

Sustentación dictamen pericial perito De la Hoz Merlano, audiencia de instrucción y juzgamiento, interrogatorio desarrollado por el apoderado de la clínica San José de Cúcuta:

“ PREGUNTA: Eso nos indica que ya no tiene ninguna solución. RESPUESTA: No, no, no, lo que nos quiere decir esto es que tenemos dos fases de una patología, cualquiera, tenemos una fase aguda y tenemos una fase crónica, al referirse crónica significa que se encontraron hallazgos, en este caso endoscópicos e histopatológicos, que consistían en enfermedad, ciclo de la patología, que es inflamación, cicatrización, y nueva reinflamación, ulceración, cicatrización, entonces eso va lesionado la mucosa y cuando se encuentra en el intestino, cuando se toma la muestra, eso es lo que nos describe que no es un proceso nuevo, que no es un proceso que está comenzando, que es un proceso que ya viene lesionando, cicatrizando y volviendo a lesionar y entonces produce ese aspecto que describen las endoscopia y por eso se le coloca el diagnostico de crónico

PREGUNTA: Es decir, un paciente grave de la enfermedad que tenía RESPUESTA: Mas que grave, puede catalogarse como persistente porque pueden ser condiciones que sean crónicas, pero puedan controlarse o curarse en el transcurso del tiempo...”

Sustentación dictamen pericial perito De la Hoz Merlano, audiencia de instrucción y juzgamiento, interrogatorio desarrollado por la apoderada de la NUEVA EPS:

“ PREGUNTA: Por favor dígame al despacho sino evoluciona de manera positiva por siempre refractario al tratamiento. RESPUESTA: La refractariedad del tratamiento depende no tanto del tratamiento en sí, sino de la condición del paciente, de la severidad del paciente, de la perpetuación para este paciente de esta patología, no tiene que ver tanto con que si se administre sí o no el tratamiento, o más bien, no tiene que ver con que sino se le administra el paciente empeora, sino que, a pesar de que se le administra al paciente el tratamiento de la manera adecuada este puede ir deteriorándose por la condición propia de la patología, existen personas que responden de manera adecuada al tratamiento, como otras, pudiera ser el caso del señor Juan Hipólito, que no respondió satisfactoriamente al tratamiento farmacológico.”

Sustentación dictamen pericial perito De la Hoz Merlano, audiencia de instrucción y juzgamiento, interrogatorio desarrollado por el apoderado de la parte demandante:

“ PREGUNTA: Con el diagnostico presentado por el señor Juan Hipólito que tratamientos médicos existen para procurar la mejoría del paciente. RESPUESTA: Los tratamientos médicos como pues lo mencione anteriormente, se pueden dividir en dos partes: los farmacológicos, que a su vez se dividen o se escalonan según la severidad y el antecedente del paciente, entonces para no enredarnos en cuanto a tecnicismos, tratamientos médicos iniciales, se hace tratamiento A, sino mejora el paciente en un curso determinado de tiempo se inicia con un tratamiento B, o A+B pues ser, y posteriormente ante la no mejoría, o persistencia o recaídas del paciente, se inicia el tratamiento nivel C, o A+B+C, o B+C, se hace de manera escalonada. Otro tratamiento que se hace ante la persistencia, recaídas, reingresos, rehospitalizaciones, severidad del cuadro, compromiso del cuadro, nutricional, sintomático del paciente, ya es el tratamiento quirúrgico que puede ser localizado, parcial o total, según el grado de compromiso que tenga este en el colon, entonces si es solamente una localización, se le hace la resección localizada del colon, si es ya en una porción más extensa, se le retira parcialmente la mitad del colon afectado, si ya el compromiso es generalizado, se realiza también la resección total; o en su defecto, como este proceso de inflamación, cicatrización, inflamación, cicatrización, tiene una alta probabilidad de convenirse en maligno, entonces muchas veces ante lesiones pequeñas pero de características malinas, por producto de este curso crónico de inflamación y cicatrización, también se hace un procedimiento quirúrgico que es la resección total de la zona afectada, entonces ese es el plan a seguir en el transcurso del tiempo”

PREGUNTA: A riesgo de ser redundante, de lo descrito en la historia clínica, el paciente mejoro en su estado de salud, después de haber sido suministrado el tratamiento farmacológico a lo largo de los años 2005-20014. RESPUESTA: **Haciendo una evaluación retrospectiva doctor, evidenciando que el paciente inicia consultas en 2001 y fallece en 2014, e hizo innumerables consultas, controles, reingresos hospitalarios, pudiera yo inferir que el paciente no tuvo una mejoría, ni un control, pues realmente esta condición, esta patología, no presenta una tasa de curación, de remisión total de la enfermedad, pero si de un control, y una remisión de un control persistente en el tiempo, teniendo cuenta ese aspecto y viendo pues todas las consultas realizadas en el curso desde 2005 hasta 2014, puedo inferir que el paciente no tuvo una mejoría de su condición patológica**

PREGUNTA: Desde la literatura médica, de no presentar mejoría o respuesta positiva un paciente ante un tratamiento médico, que se debe hacer. RESPUESTA: **Cuando hice la exposición del dictamen, hice énfasis en los predictores, en cuanto a la posibilidad de un tratamiento quirúrgico ya que esta es la alternativa ante la no mejoría o la persistencia en los síntomas, entonces por literatura médica la indicación por estudios realizados, la indicación para la realización de la cirugía es la persistencia de los síntomas, y otro predictor que nos sugeriría la realización de un procedimiento quirúrgico son los niveles de albumina, una albumina baja nos está describiendo que es un paciente que tiene cierto grado de desnutrición producto de los síntomas padecidos por los pacientes que sufren de colitis ulcerativa crónica, es decir, cuales son las indicaciones: la no mejoría del tratamiento farmacológico después de haberse escalonado indica que el paciente debe seguir con un tratamiento quirúrgico para la extirpación de la zona comprometida, esto de preferencia de manera electiva para minimizar los riesgos de todo procedimiento realizado de manera emergente o de urgencias.**

PREGUNTA: En el caso del señor Juan Hipólito, era viable pero además necesario, si se quería intentar curar al paciente a toda costa, practicar una intervención

quirúrgica. RESPUESTA: En el caso del señor Juan Hipólito vemos que pues, en el transcurso del tiempo se le dio tratamiento farmacológico sin mejoría, es entonces cuando se pudo plantear la necesidad, la elección, o bajo el criterio profesional, la realización de una intervención quirúrgica, para el señor Juan Hipólito, él se pudo beneficiar de una proctosigmoideitomia ya que la zona del recto y el sigmoides, según las endoscopias realizadas, eran las que se encontraba lesionadas afectadas por dicha patología.

PREGUNTA: Según le entiendo de la respuesta anterior, era viable, pero además necesaria, de acuerdo con la evolución del paciente una intervención quirúrgica. Por favor para los que no somos médicos, como se llama esta intervención quirúrgica o cual es el nombre RESPUESTA: Según lo encontrado en la historia clínica, Si, era viable la realización de esa intervención, y esa intervención se llama colectomía o hemicolectomía o proctosigmoideitomia, todo es según el hallazgo o el compromiso del colon en el momento en que se fuera a realizar la cirugía, es decir, si la cirugía se hubiese programado en un tiempo temprano es posible que se hubiese resecado una porción pequeña depende del tipo o la extensión del compromiso, si se programa ya un poco más tardíamente, ya la cirugía se tendría que hacer, realizar un poco más grande, entonces el nombre de la cirugía, como tal, depende del momento y el compromiso, pero al final concluye lo mismo, la resección parcial o total del colon que se encuentra afectado.

PREGUNTA: Como usted habla de intervenciones quirúrgicas mas gravosas en cuanto a la extracción o porción del órgano dependiendo del tiempo, cuánto tiempo se debe esperar con tratamiento farmacológico, antes de que se plantee una cirugía específicamente en las condiciones en las que estaba el señor Juan Hipólito. RESPUESTA: Hay dos momentos por los cuales se puede decidir la cirugía para el paciente que padece colitis ulcerativa crónica: uno que es la forma electiva y el otro que es la urgencia o emergencia. En la forma electiva depende del tiempo en el que se realice el tratamiento farmacológico, se escalone el tratamiento médico, se pudiera hablar de semanas, la sociedad colombiana de gastroenterología describe un tratamiento muy intensivo y específico en cuanto al escalonamiento de esos medicamentos para la colitis ulcerativa crónica, advierto esta se divide leve, moderada o severa, entonces así mismo se hace el tratamiento farmacológico, habla de un tratamiento que pudiera tardar si se hace de manera escalonada, especifica, sin demoras, de más o menos unas treinta y cuatro (34) semanas, una vez hecho el diagnostico etiopatologico definitivo de colitis ulcerativa crónica y demuestra que la última instancia farmacológica es el tratamiento inmunomodulador infliximab que pues en este caso es el remicade. En este caso, el paciente curso con ese escalonamiento con fecha 2005-2013, en el que se ordena el remicade, esa es en cuanto a la forma electiva de la realización de la cirugía, la forma, la otra decisión, la otra forma en cómo se decide la cirugía, pues es ya la urgencia, pero ya la urgencia más que tratar la patología o la condición específica del paciente, va a tratar también las consecuencias producto de esta patología, que en el caso de Juan Hipólito, la perforación intestinal, la peritonitis y la sepsis

PREGUNTA: Conoce usted o sabe, de acuerdo con la literatura médica, que porcentaje de pacientes que padecen colitis ulcerativa crónica, pueden llegar a requerir cirugía. RESPUESTA: Hay estudios internacionales, por ejemplo, el de la Mayo Clinic, demuestra que un alto porcentaje realmente, entre el 25 y el 40%, de los pacientes con colitis ulcerativa crónica, pueden llegar a requerir tratamiento quirúrgico para resolver su condición patológica

PREGUNTA: Para los que no somos médicos, en la patología que presentaba el señor Juan Hipólito, de hacer una cirugía proctocolectomía, de extraer esa zona afectada nos dice usted, el paciente se curaría **RESPUESTA: Si, si se curaría, ya entraríamos en un campo pues adivinatorio, por así decirlo, si mencionamos que al paciente le quitamos un porción del colon y le da otra colitis en la otra parte del colon, pero si en cuanto a la pregunta es: si el paciente tiene una colitis ulcerativa crónica del lado izquierdo o en el recto y en el sigmoides y lo llevo a cirugía y le retiro esa porción y si el paciente se curaría de esa colitis, si, si remite, si se cura de esa patología**

Síntesis científica que no solo emana de la conceptualización y cualificación como profesional de la medicina, **sino que es refrendada con literatura médica enlistada como referente para la fundamentación del dictamen rendido**, para citar algunas de ellas, artículo científico publicado por REVISTA MEDICA CLINICA LOS CONDES, denominado *Tratamiento Quirúrgico de la Colitis Ulcerosa*, consultable en el link: [TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA COLITIS ULCEROSA | Revista Médica Clínica Las Condes \(elsevier.es\)](#), o bien, MERCK SHARP AND DOHME, [Tratamiento de la colitis ulcerosa, Colitis ulcerosa - Trastornos gastrointestinales - Manual MSD versión para profesionales \(msdmanuals.com\)](#), además, de la pluralidad de referencias bibliográficas que se pueden corroborar en el dictamen médico rendido.

Revista Médica Clínica Las Condes

*“ Frente a un tratamiento farmacológico de CU cada vez más amplio y variado, algunas de las indicaciones quirúrgicos han sido modificadas. **Lo que sigue vigente, son las indicaciones de colectomía de emergencia en pacientes que se encuentran inestables debido a complicaciones graves de la enfermedad como hemorragia digestiva baja masiva, perforación colónica con peritonitis, o megacolon tóxico. En estos casos, el tratamiento médico se debe limitar a terapia de soporte para estabilizar al paciente mientras se procede rápidamente a una colectomía total.***

***La indicación quirúrgica de urgencia incluye a pacientes con crisis grave de colitis ulcerosa que no responden a tratamiento con corticoides intravenosos y a terapias de rescate como anti-TNF (infliximab) o calcineurínicos (ciclosporina/tacrolimus).** En estos pacientes la evaluación multidisciplinaria es esencial. Esta debe ser diaria, permitiendo detectar oportunamente la falta de respuesta al tratamiento médico dentro de los primeros 3-5 días 5. **Mientras más tiempo pasa antes de operar a un paciente con falta de respuesta, empeoran las condiciones clínicas del paciente, aumentan las complicaciones quirúrgicas y se prolonga la hospitalización. Las indicaciones semi-electivas se dan en pacientes que responden parcialmente al tratamiento, pero no logran inducir remisión clínica, y en aquellos que inicialmente respondieron, pero cuya enfermedad se reactiva bajo tratamiento** (corticodependencia sin opción de inmunomoduladores o biológicos, inmunorefractariedad sin opción a*

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

biológicos, falla primaria o secundaria a biológicos y/o moléculas pequeñas)⁸ –
Negrita y subrayado fuera de texto original-

MERCK SHARP AND DOHME, [Tratamiento de la colitis ulcerosa](#)

Enfermedad grave

Los pacientes con 10 deposiciones sanguinolentas por día, taquicardia, fiebre alta o dolor abdominal intenso deben ser hospitalizados para recibir corticoides IV en alta dosis. Se puede continuar la administración de 5-ASA. Se administran líquidos IV y transfusiones de sangre según sea necesario para tratar la deshidratación y la anemia. **Debe observarse estrictamente al paciente para detectar la aparición de colitis tóxica.** En ocasiones, se indica hiperalimentación parenteral para apoyo nutricional, pero no es útil como tratamiento primario; los pacientes que pueden tolerar alimentos deben comer.

Debe considerarse la [ciclosporina](#) IV o el infliximab **o cirugía en los pacientes que no responden en el término de 3 a 7 días.** Los que de hecho responden a un esquema de corticoides son rotados en término de más o menos una semana a prednisona en dosis de 60 mg por vía oral 1 vez al día, que puede reducirse de manera gradual en el domicilio en función de la respuesta clínica. Los pacientes que comienzan con ciclosporina IV y responden al tratamiento son rotados a ciclosporina oral y azatioprina o 6-mercaptopurina concomitante. La ciclosporina oral se continúa durante alrededor de 3 o 4 meses, durante los cuales se reducen gradualmente los corticoides y se controlan en forma estricta los niveles de ciclosporina. Algunos médicos recomiendan [profilaxis contra la neumonía por *Pneumocystis jirovecii*](#) durante el intervalo de tratamiento superpuesto con corticoides, ciclosporina y un antimetabolito. El tacrolimús, un inmunosupresor también usado en pacientes con trasplante, parece tan eficaz como la ciclosporina y se puede considerar para pacientes con colitis ulcerosa grave o refractaria que no requieren internación. Los niveles sanguíneos mínimos deben mantenerse entre 10 y 15 ng/mL (12 a 25 nmol/L).

Colitis fulminante

Si se sospecha colitis fulminante o tóxica, el paciente debe

1. Suspender todos los medicamentos antidiarreicos
2. No tomar nada por boca; se le debe colocar una sonda intestinal larga unida a aspiración intermitente
3. Recibir tratamiento hidroelectrolítico IV agresivo con cloruro de sodio al 0,9%, y cloruro de potasio y sangre según sea necesario
4. Recibir corticoides o ciclosporina IV en alta dosis
5. Recibir antibióticos (p. ej., metronidazol 500 mg IV cada 8 horas y ciprofloxacina 500 mg IV cada 12 horas)
6. Tal vez podría administrarse infliximab

Hacer que el paciente rote del decúbito supino al decúbito prono cada 2-3 horas puede ayudar a redistribuir el gas colónico y prevenir la distensión progresiva. La introducción de una sonda rectal blanda también puede ser útil, pero debe colocarse con extrema precaución para evitar una perforación intestinal. Aunque se logre la descompresión de un colon dilatado, el paciente no está fuera de peligro

⁸ TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA COLITIS ULCEROSA | Revista Médica Clínica Las Condes (elsevier.es)

a menos que se controle el proceso inflamatorio de base; **de lo contrario, aún será necesaria la colectomía.**

Si las medidas médicas intensivas no inducen una mejoría definitiva dentro de las 24-48 horas, se requiere cirugía inmediata; de lo contrario, el paciente puede morir por sepsis secundaria a translocación bacteriana o, incluso, perforación.

Cirugía

Casi un tercio de los pacientes con colitis ulcerosa extensa requiere finalmente cirugía. La rectocollectomía total es curativa: se normaliza la esperanza de vida, y se reduce de forma significativa el riesgo de cáncer de colon. Sin embargo, algunos estudios informan que hasta el 25% de los pacientes desarrollan posteriormente inflamación en la mucosa del intestino delgado compatible con enfermedad de Crohn (1, 2); esto puede ocurrir muchos años después de la cirugía. Después de la proctocollectomía con anastomosis anal con ileal reservorio (AARI), queda un pequeño riesgo de displasia o cáncer en el manguito rectal e incluso en el reservorio ileal. **Después de la proctocollectomía con ileostomía o AARI, la calidad de vida mejora**; sin embargo, se crean nuevos retos para la calidad de vida.

En caso de hemorragia masiva, colitis tóxica fulminante o perforación, está indicada **la colectomía de urgencia. Por lo general, el procedimiento de elección es la colectomía subtotal con ileostomía y cierre del rectosigmoides (procedimiento de Hartmann) o fístula mucosa, porque los pacientes más comprometidos no pueden tolerar una cirugía más prolongada.** Puede researse en forma programada el muñón rectosigmoideo y realizar una anastomosis ileoanal con un reservorio. No se debe dejar indefinidamente el muñón rectal intacto, debido a los riesgos de reactivación de la enfermedad y de transformación maligna.

La cirugía programada está indicada en caso de cáncer, estenosis sintomáticas, retardo de crecimiento en niños o, con suma frecuencia, enfermedad crónica resistente al tratamiento que resulta invalidante o causa dependencia de corticoides.

Finalmente, en este punto - demora y reconsideración del tratamiento formulado, ante la no mejoría del paciente- el mismo representante legal de la Nueva EPS, Dr. Danilo Alejandro Vallejo Guerrero, declaro en audiencia inicial, al interrogatorio dirigido por la señora Juez de instancia, que en cuanto a los protocolos y tratamientos médicos a seguir en el caso del paciente, lo idóneo, lo preferible, era someter esa incógnita a un dictamen pericial, lo que precisamente hizo la parte demandante, y posteriormente apporto como medio probatorio al proceso. Dictamen que fue sustentado y

sometido a contradicción de todas las partes, saliendo avante y solido en cada declaración científica que rindió el medico perito.

PREGUNTA: Doctor, se dice que no se siguieron los protocolos médicos para tratar las diferentes patologías del paciente. Usted que tiene que decir al respecto:
RESPUESTA: Señora Juez, yo como representante legal me queda muy difícil, funjo como representante legal, es muy difícil, NO es un concepto de perito, a pesar de que soy cirujano general, y esta patología es de mi especialidad, es muy difícil emitir un concepto de valor y decir no fue tratado adecuadamente, para eso requeriría un concepto de un perito y que dijera esta patología se maneja de esta forma y esta otra de otra forma. Yo puedo conceptuar o mencionar cosas que en los pacientes que reciben los medicamentos biológicos bajan las defensas y pueden llegar a producir esas esofagitis fúngicas, ósea hongos en el esófago los puede llegar a producir,

Por otro lado, sobre la reflexión y análisis de: *Asistencia integral y aplicación de todos los procedimientos y alivios médicos establecidos hasta el último segundo de vida del paciente*, se tiene que la prestación del servicio fallo por omisión, pues según registra la historia clínica textualmente, **al paciente ya NO se le ofrecieron maniobras de reanimación, aun cuando NO existía certeza científica que declarara la muerte cerebral comprobada técnicamente – NO se aplicó el protocolo médico-**; frente a la presente crítica sobre la negligencia de tratamiento al paciente, hay que advertir y diferenciar, entre el protocolo científico establecido para declarar la muerte cerebral de un paciente, y por otro lado, una valoración criterial y subjetiva a ojos de los médicos tratantes, pues en el caso del señor Hipólito, se realizó lo segundo, y se echó de menos lo primero, y esto es justamente lo que se evalúa y discierne en las acciones de responsabilidad: ***el parangón, el paralelismo, la comparación, entre el actuar del profesional enjuiciado, contrastado con lo que establece la lex artis de su profesión.***

Historia clínica, Juan Hipólito Jaimes

09/11/2014 10:45 pm

análisis: Paciente que desde su ingreso a UCI presenta evolución tórpida con requerimiento de soporte vasopresor e inotrópico mixto en choque séptico refractario con múltiples predictores de mortalidad elevada, quien en la tarde presenta paro cardiorrespiratorio por asistolia con reanimación exitosa pero severo compromiso hemodinámico en el periodo postparo con signos de hipoperfusión severa y ausencia total de respuesta neurológica sin reflejos centrales corneal traqueal, sin

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402
E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co
Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102
Cúcuta- Colombia

respuesta al dolor y con midriasis fija, a las 10:30 hora presenta bradicardia extrema que evoluciona inmediatamente a asistolia se considera que ante la severidad del cuadro y la nula respuesta a la reanimación instaurada las maniobras de compresión torácica no ofrecerán ningún beneficio al pronóstico del paciente por lo que no se realizan y se considera como la hora de muerte. se avisa a los familiares

Salgar V. Edgar - Claudia Yaneth Sandoval Mogollón

En el mismo sentido de la crítica tratada, el perito médico Eduardo de la Hoz, conceptualizado en el dictamen rendido, lo siguiente:

“finalmente podríamos estar frente a negligencia médica asistencial al omitir socorro durante segundo paro cardíaco, ya que si bien reza en la historia clínica la condición neurológica crítica del paciente no existe nota médica de especialidad en neurología, imágenes diagnósticas, paraclínicos, resonancia, test de apnea, gases arteriales, electroencefalograma, etc, que confirme muerte cerebral según se encuentra estipulado en los protocolos para diagnóstico de esta condición ominosa.”⁹

De igual manera, en el cuestionario realizado dentro del dictamen pericial, el profesional de la medicina De la Hoz Merlano, indico:

¿Considera que el tratamiento ordenado, administrado al paciente durante la estancia hospitalaria a su último ingreso fue el adecuado?

En unidad de cuidados intensivos se realiza una primera reanimación cardio pulmonar la cual refieren como exitosa posteriormente el paciente presenta un segundo evento de parada cardiorrespiratoria y reza en historia clínica la no realización de maniobras de reanimación por la no favorabilidad en cuanto a su pronóstico, no existe en historia clínica reportes de exámenes de laboratorio o diferentes paraclínicos junto con la valoración de neuroespecialidad que confirme la muerte cerebral para omitir las maniobras de reanimación cardio pulmonar.

En consonancia con lo arriba citado, el mismo galeno De la Hoz Merlano, absolvió el interrogatorio desarrollado por el apoderado de la clínica San José, en lo atinente a la muerte cerebral, su diagnóstico y declaración desde la ciencia médica, así:

PREGUNTA: *Usted podría manifestarle a este despacho, que se entiende por muerte cerebral. **RESPUESTA:** La muerte cerebral se describe como la ausencia de signos de actividad cerebral alguna, eso quiere decir reflejos autónomos,*

⁹ Dictamen pericial, de fecha agosto 2018, rendido por el medico Eduardo De la Hoz Merlano, “CONCLUSIONES”

quiere decir capacidad de deglución y cualquier signo que demuestre que hay funcionamiento de las capacidades orgánicas superiores del cerebro.

PREGUNTA: No sé su señoría, yo le ruego con su venia, que me permita leer algo relacionado para ver si es lo mismo, si, dice: “ La muerte cerebral se produce cuando una persona tiene destruido todo el cerebro de forma completa e irreversible con cese de toda actividad, este no recibe sangre ni oxígeno y se muere, en este casos los órganos pueden funcionar durante un tiempo si la persona fallecida está conectada a un respirador, sin embargo, la función del corazón y del pulmón cesan si se desconecta el respirador, la muerte cerebral esta aceptada como una manera de morir desde el punto de vista médico, ético y legal, **los criterios para determinar la muerte cerebral son muy estrictos médica y legalmente**”. Lo que nos explicó es precisamente esto doctor **RESPUESTA: Con algunas palabras. No concuerdo realmente con el termino destruido cuando se refiere al cerebro, destrucción significa, bueno en la parte medica lo tenemos en otro concepto, nosotros hablaríamos más como de alteración en cuanto a la oxigenación o circulación del cerebro.**

PREGUNTA: Doctor de la Hoz, usted podría manifestarle a este despacho, cuales son las obligaciones de atención que tiene un médico con un paciente que presenta muerte cerebral. **RESPUESTA: Claro que sí, hay guías en cuanto a la atención, diagnóstico, bueno ya no tanto como tratamiento no, guías de atención en diagnóstico de muerte cerebral, para hacer un diagnóstico de muerte cerebral primero se hace la, esa impresión diagnostica, se considera la posibilidad, la probabilidad de muerte cerebral, se consigna en la historia clínica, se le hacen estudios complementarios como pueden ser resonancia magnética cerebral, electroencefalograma y se solicita el concepto de neuro-especialidades, neurología neurocirugía, quienes confirmarían el diagnostico de muerte cerebral, ese es el plan a seguir para hacer un diagnóstico de muerte cerebral, es la neuro-especialidad quien realiza el diagnostico de muerte cerebral**

PREGUNTA: Perdón doctor, lo que usted nos explicó precisamente esta en la correspondiente historia clínica, de pronto no me hice entender con respecto a la pregunta, es: el medio como tal, ya ante la presencia de muerte cerebral, este, tiene alguna obligación, o cual es esa obligación, o es simplemente dejar, no sé, sí que. **RESPUESTA: De acuerdo, si estamos haciendo referencia a la historia clínica con un diagnóstico clínico de muerte cerebral, con un diagnóstico realizado por un neuro-especialista quien realiza el diagnostico en muerte cerebral quien lo está confirmando, la conducta a seguir seria la no reanimación. Si nos estamos refiriendo a la historia clínica como tal, pues realmente esto, no vi la evidencia de la valoración por neuro-especialista¹⁰.**

Es tan protuberante el asunto que se reprocha, además de sentido común, pues **declarar la muerte cerebral de un enfermo, NO es cuestión baladí que se pueda dictaminar a simple vista – ya que precisamente el enfermo grave**

¹⁰ Audiencia de instrucción y juzgamiento, interroga apoderado de la Clínica San José – medico perito Eduardo de la Hoz Merlano.

se debate entre la vida y la muerte, y por ende, **NO puede ser descartado de una manera tan sencilla, el deber de auxilio y tratamiento, pues ello conduce inexorablemente a la muerte del indefenso y agravado-**, que el mismo profesional del derecho que defendió a la Clínica San José, y que trajo su defensa preparada en un papel, como se puede observar en la videograbación, que la misma citación científica que hace previo a su pregunta, contiene el imperativo “ **los criterios para determinar la muerte cerebral son muy estrictos médica y legalmente**”

PREGUNTA: *No sé su señoría, yo le ruego con su venia, que me permita leer algo relacionado para ver si es lo mismo, si, dice: “ La muerte cerebral se produce cuando una persona tiene destruido todo el cerebro de forma completa e irreversible con cese de toda actividad, este no recibe sangre ni oxígeno y se muere, en este casos los órganos pueden funcionar durante un tiempo si la persona fallecida está conectada a un respirador, sin embargo, la función del corazón y del pulmón cesan si se desconecta el respirador, la muerte cerebral esta aceptada como una manera de morir desde el punto de vista médico, ético y legal, **los criterios para determinar la muerte cerebral son muy estrictos médica y legalmente**”. Lo que nos explicó es precisamente esto doctor*

En armonía con lo anotado en este punto, de la bibliografía citada por el perito De la Hoz Merlano, en el dictamen rendido, se puede extraer con suma facilidad, pues solo basta una revisión y lectura de las referencias bibliográficas¹¹, lo siguiente:

Dolores Escudero, Diagnóstico de muerte encefálica - *Brain death diagnosis*- Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias. España.

*La muerte encefálica ha sido reconocida como la muerte del individuo por la comunidad científica y aceptada como tal en la legislación de diferentes países. La muerte encefálica se define como el cese irreversible en las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de los hemisferios cerebrales como del troncoencefalo. Esta situación aparece cuando la presión intracraneal supera la presión arterial sistólica del paciente, lo que da lugar a la parada circulatoria cerebral. La etiología más frecuente es la hemorragia cerebral y el traumatismo craneoencefálico. **El diagnóstico debe ser realizado por médicos expertos en el manejo de pacientes neurocríticos y se basa en una exploración neurológica completa y extremadamente rigurosa que constate un coma arreactivo y ausencia de reflejos troncoencefálicos y respiración espontánea. Las pruebas instrumentales pueden ser obligatorios en algunos casos y varían en cada país. Los de tipo electrofisiológico son el electroencefalograma y los***

¹¹ Si es que existía la duda sobre el dicho del perito – pues el Juez no decide conforme a corazonadas o intuiciones, y ante temas que son ajenos a su conocimiento, como lo es justamente la ciencia médica, pues más sentido cobra el DEBER de auscultar juiciosa y diligentemente la literatura científica de la materia.

potenciales evocados. En pacientes tratados con fármacos sedantes se utilizan pruebas que evalúan el flujo sanguíneo cerebral, como la angiografía cerebral, el Doppler transcraneal y la gammagrafía con ⁹⁹Tc-HMPAO. En España, más del 92% de los trasplantes se realizan con órganos procedentes de donantes en muerte encefálica. La declaración de muerte encefálica es un acto de gran responsabilidad, con trascendencia médica, ética y legal, ya que exige retirar todas las medidas artificiales de soporte o realizar la extracción de órganos para trasplante.¹²

Hospital de la Vega, PROTOCOLO MUERTE CEREBRAL AREA ASISTENCIAL

DIAGNÓSTICO DE MUERTE CEREBRAL *El diagnóstico debe ser dado por lo menos por dos médicos certifiquen la muerte encefálica, y que uno de ellos sea especialista en ciencias neurológicas*, sin relación interdependiente.¹³

En igual sentido, la H. Corte Constitucional de Colombia, en sentencia de fecha C-233 de 2014, considero sobre el asunto, que el diagnóstico de muerte cerebral en Colombia está regido por el decreto 2493 de 2004, emanado en su momento por el Ministerio de la Protección Social:

MUERTE CEREBRAL-Concepto/MUERTE ENCEFALICA-Concepto

*El término “muerte cerebral” hace referencia al momento en que se presenta el daño irreversible de las partes del encéfalo que controlan, o de las cuales dependen, las funciones vitales en una persona, incluso cuando dichas funciones vitales – respiratoria o cardíaca- se siguen presentando en virtud de mecanismos artificiales. El estado de muerte cerebral es causado por el cese de funciones del encéfalo -ya sea a causa de daños en el cerebro, en el cerebelo o en el tallo cerebral-, razón por la cual también es conocida como muerte encefálica. Este concepto surgió de a partir de una publicación académica realizada en 1968, en la que se presentaban las conclusiones de The Ad Hoc Committee of Harvard Medical School. Dicho comité, a partir de un equipo interdisciplinario, se encargó de determinar los parámetros que debían determinar cuándo una persona había muerto. Esto por cuanto, anteriormente el cese de las funciones cardíaca o respiratoria eran los parámetros utilizados para determinar la muerte de un ser humano. Sin embargo, debido a los avances en los mecanismos artificiales que ayudan a llevar a cabo las funciones vitales, se encontró la necesidad de establecer nuevos parámetros que determinaran que una persona se encuentra en estado cadavérico. **En su reporte, publicado en the Journal of the American Medical Association, The Ad Hoc Committee tomó como principio la existencia de actividad en el encéfalo humano -o actividad encefálica- para determinar si una persona se encontraba viva o muerta. En este sentido, únicamente ante la ausencia de actividad en todas y cada una de las partes del encéfalo se estaría ante un caso de muerte cerebral. En concordancia con el principio tomado como fundamento de sus conclusiones, el Comité estableció las pruebas que determinarían cuándo una persona tenía un “permanently nonfunctioning brain”. En este estado “dichas personas no responden a estímulos como ruido o dolor; no pueden respirar por sí mismas; el electroencefalograma es totalmente plano (es decir, no se***

¹² [Diagnóstico de muerte encefálica \(isciii.es\)](http://isciii.es)

¹³ [PROTOCOLO-MUERTE-ENCEFALICA-NUEVO.pdf \(eselavega-cundinamarca.gov.co\)](http://eselavega-cundinamarca.gov.co)

aprecia actividad eléctrica en el cerebro); y no responden a ninguno de los signos de reflejo (como la contracción de la pupila en respuesta a la luz o la respuesta ante el golpe recibido con un martillo reflex). La muerte cerebral, y no que el corazón deje de latir, es lo que en el estado de avance actual de la ciencia médica significa que la persona ha muerto". The Ad Hoc Committee expresó que dicha definición evitaba tratamientos crueles e invasivos en pacientes con muerte cerebral, lo que, a su vez, disminuía la carga que debían soportar los familiares y allegados a dichos pacientes. Otra de las razones fue aportar seguridad a los profesionales de la medicina respecto de cuál era el momento a partir del que podían ordenar los procedimientos de trasplante de órganos en un paciente apto a este efecto. El estado de muerte cerebral implica una situación irreversible. Situación que debe diferenciarse de los estados de coma reversible, como pueden ser los estados vegetativos persistentes o los estados vegetativos permanentes, en los que es posible observar que se mantienen las funciones respiratoria y cardíaca sin necesidad de ayudas mecánicas; dilatación de la pupila; y estados REM, entre otras manifestaciones de actividad encefálica. **La declaración de muerte cerebral está sometida a un protocolo casi universalmente aceptado por los profesionales de la ciencia médica, el cual implica la verificación de diversas variables que aportan seguridad acerca de la situación irreversible del paciente. En el ordenamiento colombiano es el decreto 2493 de 2004, en el contexto de la regulación referida a la donación de órganos, el cuerpo normativo en que se establecen los parámetros a tener en consideración al diagnosticar un estado de muerte cerebral. En este sentido el estado de muerte cerebral o muerte encefálica autoriza al profesional forense a expedir el certificado de defunción, en los términos del párrafo del artículo 13 de este decreto, de acuerdo con el cual "el certificado de defunción se expedirá por cualquiera de los médicos tratantes o el médico forense en caso de muerte encefálica, conforme a lo dispuesto en el artículo anterior del presente decreto". En conclusión, el estado de muerte encefálica de acuerdo con lo aceptado por la ciencia médica y lo ratificado por el decreto 2394 de 2004 para el caso colombiano, implica la no realización de las funciones vitales de forma autónoma, como consecuencia de un daño en el encéfalo que se considera irreversible, lo que justifica que se considere a la persona en estado cadavérico y sea posible expedir el certificado de defunción por parte del profesional forense. Actualmente, es ésta la definición de muerte que se emplea para efectos médicos, los cuales abarcan, por ejemplo, la no obligación del médico de brindar tratamientos al paciente que se encuentre en estado muerte cerebral y la posibilidad de autorizar la disposición de órganos para efectos de trasplantes.**

Remisión normativa, es decir, revisión del **Decreto 2493 de 2004, que en el artículo 12 corrobora literalmente lo conceptualizado por el perito médico** de la Hoz Merlano y la literatura científica citada, al establecer que:

Artículo 12. Muerte encefálica en mayores de dos (2) años. En el diagnóstico de muerte encefálica en adultos y niños mayores de dos (2) años, previo a cualquier procedimiento destinado a la utilización de componentes anatómicos para fines de trasplantes, deberá constatarse por lo menos, la existencia de los siguientes signos:

1. Ausencia de respiración espontánea.
2. Pupilas persistentemente dilatadas.
3. Ausencia de reflejos pupilares a la luz.
4. Ausencia de reflejo corneano.
5. Ausencia de reflejos óculo vestibulares.
6. Ausencia de reflejo faríngeo o nauseoso.
7. Ausencia de reflejo tusígeno.

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402
E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co
Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102
Cúcuta- Colombia

El diagnóstico de muerte encefálica y la comprobación sobre la persistencia de los signos de la misma, deben hacerse por dos o más médicos no interdependientes, que no formen parte del programa de trasplantes, uno de los cuales deberá tener la condición de especialista en ciencias neurológicas. Dichas actuaciones deberán constar por escrito en la correspondiente historia clínica, indicando la fecha y hora de las mismas, su resultado y diagnóstico definitivo, el cual incluirá la constatación de los siete (7) signos que determinan dicha calificación.

Parágrafo. Cuando no sea posible corroborar alguno de los siete (7) signos establecidos, se deberá aplicar un test de certeza. – negrita y subrayado fuera de texto original-

En ese punto, el de *Asistencia integral y aplicación de todos los procedimientos y alivios médicos establecidos hasta el último segundo de vida del paciente*, entonces debe tenerse por acreditado al impetu de la contundencia de las evidencias, que : **1. La historia clínica denota que NO se realizó valoración por parte del especialista en neurología, como tampoco se constataron los siete (07) signos que determinan la muerte encefálica, ni mucho menos se realizaron exámenes médicos especializados que arrojaran certeza sobre la muerte cerebral de Hipólito Jaimes, tal cual como lo ordena el Decreto 2493 de 2004** **2. Que el dictamen pericial rendido y sustentado, resalta a todas luces la recriminada negligencia, y,** **3. Que el artículo 12 del Decreto 2493 de 2004, literalmente establece el protocolo a seguir para declarar legalmente la muerte cerebral.**

Así las cosas, en cuanto al punto en reprobación, se prorrumpo de manera estrepitosa la negligencia e impericia médica, además de un literal quebrantamiento a la *Lex artis* conforme al artículo 17 de la Ley 23 de 1981, el cual estatuye la prohibición a los galenos, de privar de tratamiento al paciente, aun cuando el estado del enfermo sea crítico o incurable.

ARTÍCULO 17. *La cronicidad o incurabilidad de la enfermedad no constituye motivo para que el médico prive de asistencia a un paciente.*

Historia Clínica, Juan Hipólito Jaimes

09/11/2014 10:45 pm

*“análisis: ...a las 10:30 hora presenta bradicardia extrema que evoluciona inmediatamente a asistolia **se considera que ante la severidad del cuadro y la nula respuesta a la reanimación instaurada, las maniobras de compresión torácica no ofrecerán ningún beneficio al pronóstico del paciente por lo que no se realizan** y se considera como la hora de muerte. se avisa a los familiares Salgar V. Edgar - Claudia Yaneth Sandoval Mogollon*

De manera concisa y clara, en este punto de reproche, se pone en evidencia que los médicos tratantes de Juan Hipólito Jaimes, **NO DIAGNOSTICARON CORRECTA Y PERITAMENTE LA MUERTE CEREBRAL DEL PACIENTE**, como también, en base a un juicio errado, **LE NEGARON LA ASISTENCIA Y TRATAMIENTO EN UN MOMENTO CRÍTICO DE SU VIDA, CON LO CUAL, ANTE LA OMISIÓN Y LA GRAVEDAD DEL ENFERMO, EL DESENLACE FUE LA MUERTE.**

2.2 Falta de aplicación de las normas contenidas en la Lex Artis medica, en especial, la Ley 23 de 1981.

En relación con la falta de aplicación de la Lex Artis medica, al caso de marras por parte del AD-QUO, se endilga que la falladora paso por alto, los siguientes:

- Falta al artículo 10 de la Ley 23 de 1981, pues como ha quedado reflejado en la historia clínica y el dictamen pericial rendido, **al paciente le demoraron más de cuatro (04) años para realizarle el diagnostico a través de los exámenes especializados** y así poder tener certeza sobre sus padecimientos, lo que género como es lógico, un diagnóstico tardío, y por ende, un tratamiento tardío.

Ley 23 de 1981, artículo 10

ARTÍCULO 10º. El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402
E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co
Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102
Cúcuta- Colombia

Ley 1751 de 2014, artículo 6

ARTÍCULO 6o. ELEMENTOS Y PRINCIPIOS DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. *El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:*

e) **Oportunidad.** *La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones*

- Falta al artículo 13 de la Ley 23 de 1981, pues como ha quedado suficientemente demostrado con el dictamen pericial rendido por el medico perito y la literatura médica puesta de presente textualmente en el presente recurso, **al paciente se le privo de un método terapéutico ampliamente aceptado y comprobado en la ciencia médica, incluso para lograr la total curación de los enfermos** que no mejoran de colitis ulcerativa cronica, el cual consistía en intervención quirúrgica denominada “ colectomia o rectocolectomia”, según el momento y evolución de la enfermedad, en que se practicara.

Ley 23 de 1981, artículo 13

ARTÍCULO 13. El médico usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad. *Cuando exista diagnóstico de muerte cerebral, no es su obligación mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales.*

Literatura médica referenciada

Revista Médica Clínica Las Condes

*“ Frente a un tratamiento farmacológico de CU cada vez más amplio y variado, algunas de las indicaciones quirúrgicos han sido modificadas. **Lo que sigue vigente, son las indicaciones de colectomía de emergencia en pacientes que se encuentran inestables debido a complicaciones graves de la enfermedad como hemorragia digestiva baja masiva, perforación colónica con peritonitis, o megacolon tóxico. En estos casos, el tratamiento médico se debe limitar a terapia de soporte para estabilizar al paciente mientras se procede rápidamente a una colectomía total.***

La indicación quirúrgica de urgencia incluye a pacientes con crisis grave de colitis ulcerosa que no responden a tratamiento con corticoides intravenosos y a terapias de rescate como anti-TNF (infiximab) o calcineurínicos (ciclosporina/tacrolimus).** En estos pacientes la evaluación multidisciplinaria es esencial. Esta debe ser diaria, permitiendo detectar oportunamente la falta de respuesta al tratamiento médico dentro de los primeros 3-5 días 5. **Mientras más tiempo pasa antes de operar a un paciente con falta de respuesta, empeoran

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

las condiciones clínicas del paciente, aumentan las complicaciones quirúrgicas y se prolonga la hospitalización. Las indicaciones semi-electivas se dan en pacientes que responden parcialmente al tratamiento, pero no logran inducir remisión clínica, y en aquellos que inicialmente respondieron, pero cuya enfermedad se reactiva bajo tratamiento (corticodependencia sin opción de inmunomoduladores o biológicos, inmunorefractariedad sin opción a biológicos, falla primaria o secundaria a biológicos y/o moléculas pequeñas)¹⁴ –
Negrita y subrayado fuera de texto original-

MERCK SHARP AND DOHME, [Tratamiento de la colitis ulcerosa](#)

Enfermedad grave

Los pacientes con 10 deposiciones sanguinolentas por día, taquicardia, fiebre alta o dolor abdominal intenso deben ser hospitalizados para recibir corticoides IV en alta dosis. Se puede continuar la administración de 5-ASA. Se administran líquidos IV y transfusiones de sangre según sea necesario para tratar la deshidratación y la anemia. **Debe observarse estrictamente al paciente para detectar la aparición de colitis tóxica.** En ocasiones, se indica hiperalimentación parenteral para apoyo nutricional, pero no es útil como tratamiento primario; los pacientes que pueden tolerar alimentos deben comer.

Debe considerarse la [ciclosporina](#) IV o el infliximab **o cirugía en los pacientes que no responden en el término de 3 a 7 días.** Los que de hecho responden a un esquema de corticoides son rotados en término de más o menos una semana a prednisona en dosis de 60 mg por vía oral 1 vez al día, que puede reducirse de manera gradual en el domicilio en función de la respuesta clínica. Los pacientes que comienzan con ciclosporina IV y responden al tratamiento son rotados a ciclosporina oral y azatioprina o 6-mercaptopurina concomitante. La ciclosporina oral se continúa durante alrededor de 3 o 4 meses, durante los cuales se reducen gradualmente los corticoides y se controlan en forma estricta los niveles de ciclosporina. Algunos médicos recomiendan [profilaxis contra la neumonía por *Pneumocystis jirovecii*](#) durante el intervalo de tratamiento superpuesto con corticoides, ciclosporina y un antimetabolito. El tacrolimús, un inmunosupresor también usado en pacientes con trasplante, parece tan eficaz como la ciclosporina y se puede considerar para pacientes con colitis ulcerosa grave o refractaria que no requieren internación. Los niveles sanguíneos mínimos deben mantenerse entre 10 y 15 ng/mL (12 a 25 nmol/L).

Colitis fulminante

Si se sospecha colitis fulminante o tóxica, el paciente debe

1. Suspender todos los medicamentos antidiarreicos
2. No tomar nada por boca; se le debe colocar una sonda intestinal larga unida a aspiración intermitente
3. Recibir tratamiento hidroelectrolítico IV agresivo con cloruro de sodio al 0,9%, y cloruro de potasio y sangre según sea necesario
4. Recibir corticoides o ciclosporina IV en alta dosis
5. Recibir antibióticos (p. ej., metronidazol 500 mg IV cada 8 horas y ciprofloxacina 500 mg IV cada 12 horas)
6. Tal vez podría administrarse infliximab

¹⁴ TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA COLITIS ULCEROSA | Revista Médica Clínica Las Condes (elsevier.es)

*Hacer que el paciente rote del decúbito supino al decúbito prono cada 2-3 horas puede ayudar a redistribuir el gas colónico y prevenir la distensión progresiva. La introducción de una sonda rectal blanda también puede ser útil, pero debe colocarse con extrema precaución para evitar una perforación intestinal. Aunque se logre la descompresión de un colon dilatado, el paciente no está fuera de peligro a menos que se controle el proceso inflamatorio de base; **de lo contrario, aún será necesaria la colectomía.***

Si las medidas médicas intensivas no inducen una mejoría definitiva dentro de las 24-48 horas, se requiere cirugía inmediata; de lo contrario, el paciente puede morir por sepsis secundaria a translocación bacteriana o, incluso, perforación.

Cirugía

Casi un tercio de los pacientes con colitis ulcerosa extensa requiere finalmente cirugía. La rectocollectomía total es curativa: se normaliza la esperanza de vida, y se reduce de forma significativa el riesgo de cáncer de colon. Sin embargo, algunos estudios informan que hasta el 25% de los pacientes desarrollan posteriormente inflamación en la mucosa del intestino delgado compatible con enfermedad de Crohn (1, 2); esto puede ocurrir muchos años después de la cirugía. Después de la proctocolectomía con anastomosis anal con ileal reservorio (AARI), queda un pequeño riesgo de displasia o cáncer en el manguito rectal e incluso en el reservorio ileal. **Después de la proctocolectomía con ileostomía o AARI, la calidad de vida mejora;** sin embargo, se crean nuevos retos para la calidad de vida.

En caso de hemorragia masiva, colitis tóxica fulminante o perforación, está indicada **la colectomía de urgencia. Por lo general, el procedimiento de elección es la colectomía subtotal con ileostomía y cierre del rectosigmoides (procedimiento de Hartmann) o fístula mucosa, porque los pacientes más comprometidos no pueden tolerar una cirugía más prolongada.**

Porque incluso esta tan estudiada y documentada la enfermedad Colitis Ulcerativa Crónica, que nada más hay que observar como el artículo científico de MERCK SHARP AND DOHME, [Tratamiento de la colitis ulcerosa](#), describió casi a pie de letra lo que sucedió con el señor Juan Hipolito Jaimes; póngase de presente la siguiente similitud entre lo descrito en la historia clínica, lo reseñado en el mencionado artículo y lo considerado por el medico perito.

<p>HISTORIA CLINICA JUAN HIPOLITO JAIME</p>	<p>ARTICULO CIENTIFICO MERCK SHARP AND DOHME, Tratamiento de la colitis ulcerosa</p>	<p>PERITO DE LA HOZ MERLANO SUSTENTACION DEL DICTAMEN</p>
<p>31/08/2.005 Referencia seguro social para valoración por parte de CIRUGÍA por cuadro clínico de 3 meses de evolución de DIARREA, MELENA, PUJO, TENESMO, DOLOR ABDOMINAL INTENSO sin mejoría Diagnóstico de referencia: Colitis indeterminada</p> <p>30/09/2.005 Reporte de VIDEOCOLONOSCOPIA “...mucosa luce muy congestiva y depulida, frágil con restos de fibrina y sangrado fácil al contacto con el instrumento...” Diagnóstico endoscópico: PROCTOSIGMOIDITIS INFECCIOSA. COLOPATIA INFLAMATORIA INESPECÍFICA (TIPO C.U.C.) (COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA) Dr Javier De la Rosa</p> <p>03/10/2.005 Informe de patología: “...Vemos cambios histopatológicos severos que pueden corresponder a una colitis ulcerativa...” DIAGNÓSTICO: • BIOPSIA DE RECTO SIGMOIDE</p>	<p><u>Enfermedad grave</u></p> <p>Los pacientes con 10 deposiciones sanguinolentas por día, taquicardia, fiebre alta o dolor abdominal intenso deben ser hospitalizados para recibir corticoides IV en alta dosis. Se puede continuar la administración de 5-ASA. Se administran líquidos IV y transfusiones de sangre según sea necesario para tratar la deshidratación y la anemia.</p> <p><u>Debe observarse estrictamente al paciente para detectar la aparición de colitis tóxica.</u> En ocasiones, se indica hiperalimentación parenteral para apoyo nutricional, pero no es útil como tratamiento primario; los pacientes que pueden tolerar alimentos deben comer.</p> <p>Debe considerarse la <u>ciclosporina IV</u> o el infliximab <u>o cirugía en los pacientes que no responden en el término de 3 a 7 días.</u> Los que de hecho responden a un esquema de corticoides son rotados en término de más o menos una semana a prednisona en dosis de 60 mg por vía oral 1 vez al día, que puede reducirse de manera gradual en el domicilio en función de la respuesta clínica. Los pacientes que comienzan con ciclosporina IV y responden al tratamiento son rotados a</p>	<p>Interroga la Juez de Primera Instancia:</p> <p>PREGUNTA: doctor, usted trajo el dictamen pericial que obra a folio 192 a 214, entonces se le solicita muy respetuosamente que nos sustente dicho dictamen pericial, entonces y luego ya se le va hacer ronda de preguntas aquí los señores apoderados judiciales van a tener la oportunidad de conainterrogarlo a usted, en relación con dicho informe, entonces si es posible para poder rendir el informe, le dejo de presente el expediente, para que sea directamente del expediente</p> <p>RESPUESTA:</p> <p>(...) cursada con enfermedad acido péptica y en los últimos seis mes cuadro se exacerbo presentando deposiciones diarreicas con mayor frecuencia, asociado a dolor abdominal y distención, para lo cual inicio tramites con su EPS para valoración por gastroenterología, el medico en esta misma nota describe tramites se demoran por lo que el primer control se lo realiza</p>

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

<p>• INFLAMACION AGUDA CRÓNICA SEVERA Y</p> <p>Dra Liney Barrera</p> <p>07/03/2.006 Informe de patología: DIAGNÓSTICO: COLITIS NO ESPECIFICADA CON PRESENCIA DE EOSINÓFILOS FOCOS DE PÓLIPO HIPERPLÁSICO Y ADENOMA TUBULAR Y</p> <p>Dr Leandro Galvis Moreno</p> <p>04/08/2.008 Informe de colonoscopia: COLITIS ULCERATIVA IZQUIERDA PSEUDOPÓLIPOS DE SIGMOIDES MÚLTIPLES PÓLIPO RECTAL DE</p> <p>Dr. Manuel Moros</p> <p>03/03/2.010 Motivo de consulta: CONTROL MEDICAMENTOS Diagnóstico principal: COLITIS ULCERATIVA medicamentos: ACETAMINOFEN, ACIDO FOLICO, OMEPRAZOL, SULFASALAZINA</p> <p>Ignasio Melvis Carreño medicina general</p> <p>11/10/2013 Colonoscopia: "...todo el colon desde el recto se encuentra comprometido por lesiones ulcerosas sangrantes y pseudopólipo..."</p>	<p><i>ciclosporina oral y azatioprina o 6-mercaptopurina concomitante. La ciclosporina oral se continúa durante alrededor de 3 o 4 meses, durante los cuales se reducen gradualmente los corticoides y se controlan en forma estricta los niveles de ciclosporina.</i></p> <p><i>Algunos médicos recomiendan profilaxis contra la neumonía por Pneumocystis jirovecii durante el intervalo de tratamiento superpuesto con corticoides, ciclosporina y un antimetabolito. El tacrolimús, un inmunosupresor también usado en pacientes con trasplante, parece tan eficaz como la ciclosporina y se puede considerar para pacientes con colitis ulcerosa grave o refractaria que no requieren internación. Los niveles sanguíneos mínimos deben mantenerse entre 10 y 15 ng/mL (12 a 25 nmol/L).</i></p> <p><u>Colitis fulminante</u></p> <p><i>Si se sospecha colitis fulminante o tóxica, el paciente debe:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Suspender todos los medicamentos antidiarreicos</i> <i>2. No tomar nada por boca; se le debe colocar una sonda intestinal larga unida a aspiración intermitente</i> <i>3. Recibir tratamiento hidroelectrolítico IV agresivo con cloruro de sodio al 0,9%, y cloruro de potasio y sangre según sea necesario</i> 	<p>hasta 02 meses, se le toma colonoscopia que evidencia colitis ulcerativa, lesiones ulcerosas sangrantes y pseudopólipo en todo el colon y el recto, el 09 de diciembre de 2013 ingresa por cuadro de 08 días de evolución de dolor abdominal asociado a sensación de ardor con episodios eméticos deposiciones diarreicas, se le toma endoscopia que evidencia <u>moniliasis esofágica grado 3, la moniliasis esofágica es una infección causada por hongos en el tracto gastrointestinal,</u> antritis crónica superficial, que es la inflamación de una porción del estómago, deposiciones perdón, con tomas de muestra de tejido del colon que en el reporte histopatológico evidencian cambios de enfermedad intestinal inflamatoria tipo colitis ulcerativa, motivo por el cual se hospitaliza para manejo médico, se solicitan baterías de laboratorios de control para valorar el estado general <u>y se iniciara manejo con remicade, el remicade es un medicamento inmunomodulador cuya característica pues, es que, ante la no mejoría en el tratamiento farmacológico convencional o inicial, uno va escalonando estos medicamentos y como una última opción farmacológica está el inicio de los</u></p>
--	--	--

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

<p>Diagnostico endoscopico: COLITIS ULCERATIVA Dr Gustavo Carvajal</p> <p>16/10/2.013 Resultado de analisis histopatologico. Diagnóstico: MUESTRAS DE COLON CAMBIOS DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA TIPO COLITIS ULCERATIVA Dr Leandro Galvis Moreno Medico Patologo</p> <p>30/11/2.013 Historia clínica GASTROQUIRURGICA Motivo de consulta: CONTROL POR COLITIS ULCERATIVA Plan: MESALAZINA 4 GR DÍA PREDNISONA 40 MG DÍA CON DISMINUCIÓN DE 5 MG SEMANA HASTA 10 MG DÍA Y MANTENER 7AM METRONIDAZOL + CIPROFLOXACINO POR 10 DÍAS Dr José Luis Parada Montes Gastroenterólogo</p> <p>10/12/2.013 1:07 pm Impresión diagnóstica: COLITIS ULCERATIVA analisis: paciente masculino de 71 años de edad con cuadro clínico de +/- 8 años de evolución de colitis con episodios diarreicos múltiples intermitentes que se asociaban a la ingesta de alimentos copiosos o irritantes para lo cual venía en manejo</p>	<p>4. <i>Recibir corticoides o ciclosporina IV en alta dosis</i></p> <p>5. <i>Recibir antibióticos (p. ej., metronidazol 500 mg IV cada 8 horas y ciprofloxacina 500 mg IV cada 12 horas)</i></p> <p>6. Tal vez podría administrarse infliximab</p> <p><i>Hacer que el paciente rote del decúbito supino al decúbito prono cada 2-3 horas puede ayudar a redistribuir el gas colónico y prevenir la distensión progresiva. La introducción de una sonda rectal blanda también puede ser útil, pero debe colocarse con extrema precaución para evitar una perforación intestinal. Aunque se logre la descompresión de un colon dilatado, el paciente no está fuera de peligro a menos que se controle el proceso inflamatorio de base; de lo contrario, aún será necesaria la colectomía.</i></p> <p><u>Si las medidas médicas intensivas no inducen una mejoría definitiva dentro de las 24-48 horas, se requiere cirugía inmediata; de lo contrario, el paciente puede morir por sepsis secundaria a translocación bacteriana o, incluso, perforación.</u></p> <p>Cirugía <u>Casi un tercio de los pacientes con colitis ulcerosa extensa requiere finalmente cirugía. La rectocolectomía total es curativa: se normaliza la esperanza de vida, y se reduce de forma significativa el riesgo de cáncer de colon. Sin embargo, algunos estudios</u></p>	<p><u>inmunomoduladores, en este caso pues, se solicitó el inicio del manejo con remicade con fecha de diciembre 10 de 2012.</u> el 11 de diciembre en una nota, en un análisis en la nota medica que dice “ se encuentra en manejo en conjunto con gastroenterología quien ordena manejo con inmunomodulador con previa toma de exámenes especiales ordenados por dicho servicio”, vemos que estas notas coinciden más o menos con en lo que vienen solicitando, <u>paciente con cuadro de larga data crónica quien no ha correspondido adecuadamente, esta nota es de diciembre 11, no ha respondido adecuadamente a la terapia convencional, además de presentar intolerancia a esta, por lo cual se inicia manejo con remicade ya que este medicamento es un anticuerpo...</u>, bueno hace la especificación de para que se está usando el medicamento remicade; hasta el 13 de diciembre hay una fórmula de medicamento no POS de remicade, y el 14 aún hay una nota que dice análisis colitis ulcerativa en espera de aprobación del medicamento. Pues esto me dice que con fecha de 10 de diciembre de 2013 hasta fecha de 14 de diciembre de 2013, el paciente aún no había iniciado el tratamiento con</p>
---	---	---

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

<p>con el doctor de la Rosa con cuadro controlado. Anexo a esto cursaba con enfermedad ácido péptica y en los últimos seis meses cuadro se Exacerbó presentando deposiciones diarreicas con mayor frecuencia, asociado a dolor abdominal y distensión para lo cual inició trámites con su EPS para valoración por gastroenterología. <u>trámites se demoran por lo que el primer control se lo realiza hasta hace dos meses se le toma colonoscopia que evidencia colitis ulcerativa (lesiones úlceras sangrantes y pseudopólipo en todo el colon desde el recto).</u> El día 9/12/2013 <u>ingresa por cuadro de ocho días de evolución de dolor abdominal asociado a sensación de ardor con episodios eméticos.</u> <u>Deposiciones diarreicas se le toma endoscopia que evidencia moniliasis esofágica grado II</u> antritis crónica superficial deposiciones diarreicas <u>se le toma endoscopia que evidencia moniliasis esofágica grado II</u> artritis crónica superficial con toma de muestras de tejido de colon que en el reporte <u>histopatológico evidencian cambios de enfermedad intestinal inflamatoria tipo colitis ulcerativa</u> motivo por el cual se hospitaliza para iniciar manejo médico se solicita batería de laboratorios de control</p>	<p><i>informan que hasta el 25% de los pacientes desarrollan posteriormente inflamación en la mucosa del intestino delgado compatible con enfermedad de Crohn (1, 2); esto puede ocurrir muchos años después de la cirugía. Después de la proctocolectomía con anastomosis anal con ileal reservorio (AARI), queda un pequeño riesgo de displasia o cáncer en el manguito rectal e incluso en el reservorio ileal.</i></p> <p><u>Después de la proctocolectomía con ileostomía o AARI, la calidad de vida mejora;</u> sin embargo, se crean nuevos retos para la calidad de vida.</p> <p><u>En caso de hemorragia masiva, colitis tóxica fulminante o perforación, está indicada la colectomía de urgencia. Por lo general, el procedimiento de elección es la colectomía subtotal con ileostomía y cierre del rectosigmoides(procedimiento de Hartmann) o fístula mucosa, porque los pacientes más comprometidos no pueden tolerar una cirugía más prolongada.</u></p>	<p>el inmunomodulador para procurar la atención farmacológica de la patología, igual el 15 de diciembre de 2013 en espera de aprobación del medicamento,</p> <p>(...)</p> <p><u>el 27 de diciembre se le hace diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal, colitis ulcerativa, con formula de inflixima que es el mismo medicamento remicade, consulto,</u> en ese momento el 27 de diciembre se le dio egreso. Hace consulta el 20 de enero, nuevamente, de 2014, para control, por parte del doctor José Luis Parada Montes, quien pues emite el mismo diagnóstico de colitis ulcerativa. <u>El 26 de octubre de 2014, el paciente tiene una evolución que describe nuevamente, diagnostico esto es de la clínica San José, tiene un diagnostico nuevamente de colitis ulcerativa y hemorragia de vías digestivas bajas secundario a la primera, a la colitis ulcerativa, describiendo entonces que se encuentra en regulares condiciones generales, que persiste con dolor, que persiste con diarrea</u> y nuevamente solicitan una colonoscopia para definirle conducta, continuando con igual manejo y se solicitó historia clínica antigua del paciente; esa colonoscopia se realiza el día 27 que demuestra</p>
--	---	--

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

<p>para valorar el estado general <u>se iniciará manejo con Remicade</u> se está atentos a evolución.</p> <p>11/12/2.013 9:48 am análisis: "... se encuentra en manejo conjunto con <u>gastroenterología quien ordena manejo con inmunomodulador</u> con previa toma de exámenes especiales ordenados por dicho servicio..."</p> <p>13/12/2.013 FÓRMULA MEDICAMENTO NO POS: REMICADE</p> <p>15/12/2.013 9:40 am análisis: colitis ulcerativa <u>en espera de aprobación del medicamento.</u></p> <p>27/12/2.013 10:50 am plan: salida por medicina interna pendiente nuevo concepto de neumología 18/01/2014 CLÍNICA GASTROQUIRURGICA IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL COLITIS ULCERATIVA CLASIFICACIÓN DE MONTREAL EXTENSA 3 SEVERIDAD S2 formula medica: <u>INFLIXIMAB AMPOLLA 100mg 9 ampollas</u></p>	<p>según lo que describe, la totalidad de la mucosa, del recto y del sigmoide y colon izquierdo, luce depulida, edematosa, con velamiento del patrón vascular submucoso y lesiones ulcerativas superficiales cubiertas de fibrina, y arroja un diagnostico nuevamente de colopatía inflamatoria inespecífica tipo CUC moderada; del día 28 no encontré en la historia clínica una evolución. El 29 el paciente presenta un signo que se llama distensión abdominal, que es el abultamiento y la tensión de las paredes del abdomen, ese es un signo de alarma por así decirlo, con su antecedentes según describe el análisis en el contexto de enfermedad inflamatoria intestinal y colitis ulcerativa, tiene ecografía que demuestra cololitiasis que es cálculos en la vesícula y dilatación asa gruesa, ósea se inflamo el colon, el intestino grueso, se indica manejo antiespasmódico que son medicamentos para evitar que se mueva mucho el intestino y que duela, con trimebutina, y ordena una dosis de dioxina que es para manejo de dolor antiespasmódico, del dolor cólico intestinal, en este caso, nota posterior del 31 de octubre quien comenta según el análisis que persiste con una evaluación estacionaria, ósea sin mejoría, sin deterioro pero sin mejoría;</p>
--	--

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

<p>26/10/2.014 EVOLUCIÓN DIARIA DIAGNÓSTICOS: <u>COLITIS ULCERATIVA</u> <u>HEMORRAGIA DE VIAS</u> <u>DIGESTIVAS BAJAS</u> <u>SECUNDARIA A LA</u> <u>PRIMERA</u> <u>DOLOR ABDOMINAL</u> análisis: paciente masculino de 72 años de edad con diagnóstico anotados quien se encuentra en regulares condiciones quien persiste con dolor leve en marco cólico y persiste con deposiciones diarreicas motivo por el cual el día de mañana se le realizará colonoscopia para definir conducta, continúa igual manejo y se solicita historia clínica antigua del paciente</p>		<p>el 03 de noviembre aún persisten los signos y síntomas, en objetivo que es donde uno describe los hallazgos al paciente, colocan en abdomen, blando deprecible doloroso a la palpación en región de hipogastrio, al igual que el 04 de noviembre colocan pues una nota idéntica doloroso a la palpación en región de hipogastrio; el 05 de noviembre colocan persiste con dolor abdominal de predominio de abdomen inferior. El 05 de noviembre hay un análisis donde se le hace una muestra de albumina, la albumina es un predictor de la necesidad de realización de un, bueno de tomar, es un predictor de decidir qué hacer con un paciente que no mejora, entonces este reporte muestra una albumina de 2.35, esta baja, esta alterada, dice paciente con hipoproteinemia, con hipoalbuminemia, asociado a esto, escasa ingesta de alimentos, con episodios eméticos y dolor abdominal, sigue describiendo las condiciones del paciente y reporta una hemoglobina de 9.8 con hemoglobina de ingreso de 11.9, esto quiere decir que el paciente en el transcurso de esta hospitalización actual redujo en más o menos 2 puntos la hemoglobina, es un signo, para nosotros es un signo de alarma de probable,</p>
<p>27/10/2014 COLONOSCOPIA “... la totalidad de la mucosa recto sigmoide y colon izquierdo luce depulida, edematosa con velamiento del patrón vascular submucoso y lesiones ulceradas superficiales cubiertas de fibrina. se observan además varias lesiones polipoideas tipo yamada II de unos 0.5 cm estas lesiones se extiende hasta la proximidad del ángulo esplénico DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO <u>colopatía inflamatoria inespecífica. Tipo CUC moderada</u></p>		

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

<p>29/10/2.014 8:05am analisis: <u>paciente quien presenta distensión abdominal en contexto enfermedad inflamatoria intestinal y colitis ulcerativa tiene ecografía abdominal que demuestra colelitiasis y dilatación de asa gruesa se indica antiespasmódico,</u> trimebutina en dosis previamente instaurada recomendaciones dietarios acompañados de deambulacion</p>		<p><u>probable sangrado, paciente asintomático de su anemia que es secundaria a cuadro de ingreso de hemorragia de vías digestivas ya resuelto, se solicita hemograma de control; el 06 de noviembre un día después colocan que persiste con dolor abdominal en la misma localización predominio en el abdomen inferior, igual el 07, y el 09 aun hospitalizado, coloca paciente con dolor abdominal de intensidad severa con deposiciones con sangre,</u> entonces hacen la descripción de lo que encuentran en el examen físico y en el análisis colocan que el paciente se encuentra en regulares condiciones generales, con nutrición parenteral, eso quiere decir que se le apoyo la nutrición corporal ya por vía venosa a través de un catéter venoso central y <u>describen que se observa sonda nasogástrica con salida de secreción de color fecaloide drenando 500CC, color fecaloide, esta descripción significa más o menos, que lo que está saliendo por la sonda que tiene instaurada en su estómago tiene características de materia fecal; una colonoscopia demuestra nuevamente, de esa fecha, demuestra nuevamente una colitis ulcerativa severa y un reporte anatomopatológico que</u></p>
<p>31/10/2.014 10:27am "... <u>quien continúa con una evolución estacionaria</u> por lo cual se decide ordenar paraclínicos de control coproscopico coprocultivo Colprotectina y anexar al tratamiento médico enterogermina y Loperamida"</p>		
<p>03/11/2014 12:18 pm objetivo: "...abdomen: blando, depresible <u>doloroso a la palpación en región de hipogastrio,</u> ruidos intestinales presentes"</p>		
<p>04/11/2014 12:18 pm objetivo: "...abdomen: blando, depresible <u>doloroso a la palpación en región de hipogastrio,</u> ruidos intestinales presentes"</p>		
<p>05/11/2014 12:18 pm subjetivo: Paciente refiere que <u>persiste con dolor</u></p>		

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

<p>abdominal en predominio hemiabdomen inferior mal localizado análisis: Paciente adulto mayor con diagnósticos anotados en el momento hemodinámicamente estable tolerando vía oral se recomienda movilización del paciente con reporte proteínas totales 4.52 y albúmina 2.35 paciente con hipoproteinemia con hipoalbuminemia asociado a esto a escasa ingesta de alimentos por episodios eméticos y dolor abdominal postprandial se solicita valoración por nutrición para evaluar pertinencia de nutrición parenteral se recibe reporte de TAC de abdomen que evidencia colelitiasis y abundante materia fecal en colon derecho no patologías agudas ni de requerimiento quirúrgico en el momento con función renal control que se encuentra normal y hemograma sin leucocitosis plaquetas normales hemoglobina 9.18 con hemoglobina de ingreso 11.9 del 25/10/ 2014 paciente asintomático de su anemia que es secundaria a cuadro de ingreso de hemorragia de vías digestivas ya resuelto se solicita hemograma control para el día de mañana y se continúa resto de manejo igual. atento a evolución se explica paciente quien refiere entender y aceptar</p>		<p><u>dice que en vista de la evolución del cuadro clínico crónico sin buena respuesta al tratamiento médico, se solicita interconsulta a cirugía general para estudiar la posibilidad de una coleptomia total y atención en UCI. se arroja nuevamente el 09 de noviembre del 2014, ante los hallazgos pues iniciales de la sonda nasogástrica y eso, hay una impresión diagnóstica de postoperatorio inmediato de laparotomía más hemicoleptomia izquierda más lavado peritoneal por peritonitis por perforación del colon sigmoide por colitis ulcerativa y un segundo diagnóstico de megacolon toxico.</u> Bueno en el curso de la condición del paciente hubo un deterioro progresivo, el paciente fue llevado a la Unidad de Cuidados Intensivos, <u>hay una descripción quirúrgica cuyo hallazgo es la peritonitis severa generalizada, de más o menos 2 litros de líquido purulento, la perforación de su colon izquierdo y una colitis ulcerativa izquierda hasta la mitad del colon. El 09 de noviembre de 2014, a las 7.30 (pm) de la noche, se hace una impresión diagnóstica de sepsis severa y choque séptico, la sepsis severa es la manifestación sistémica de una infección</u></p>
---	--	---

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

<p>06/11/2014 8:41 am subjeto: Paciente refiere que persiste con dolor abdominal en predominio hemiabdomen inferior mal localizado</p> <p>07/11/2014 7:31 am subjeto: Paciente refiere que persiste con dolor abdominal en predominio hemiabdomen inferior mal localizado deposiciones número 3 episodios</p> <p>09/11/2.014 10:37am subjeto: Paciente refiere dolor abdominal de intensidad severa deposiciones con sangre Objetivo: "...Abdomen: distendido timpánico depresible doloroso la palpación superficial y profunda en toda la región abdominal" análisis: paciente adulto mayor <u>se encuentran regulares condiciones generales con nutrición parenteral por catéter venoso central se observa sonda nasogástrica con salida de secreción de color fecaloide drenando 550cc en 24 horas</u> en preparación para realización de colonoscopia el día de hoy se continuará resto de manejo igual se explica a paciente quien refiere entender y aceptar.</p> <p>COLONOSCOPIA:</p>		<p><u>localizada en un sitio específico y el choque séptico es lo anteriormente mencionado asociado ya a la manifestación hemodinámica</u> y cardiovascular, ya hay un compromiso de su hemodinamia, de su sistema cardiovascular, donde se produce una tensión arterial muy baja que compromete la vida del paciente y la cual requiere de medicamentos para subirle dicha tensión, entonces esa nota describe como análisis: paciente muy grave en la Unidad de Cuidados Intensivos, cursando con choque séptico refractario, quiere decir que no mejora, con requerimiento de una dosis elevada de vasopresores norepinefrina a una dosis muy alta, la norepinefrina es el medicamento que mencionaba que se usa para subir las presiones arteriales, requerimiento de soporte hormonal vasopresina que es otro medicamento también para subir presión arterial, y requerimiento de soporte ventilatorio con parámetros elevados, el soporte ventilatorio consiste en sedar al paciente intubarlo y conectarlo a un ventilador mecánico, y la referencia de parámetros altos quiere decir que necesita bastante ayuda de ese ventilador mecánico para mantener una adecuada oxigenación corporal, y dice: "con persistencia de tensiones</p>
--	--	--

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

<p>Diagnostico endoscopico: colitis ulcerativa severa</p> <p>Diagnóstico anatomopatológico: En vista de la evolución del cuadro clínico crónico sin buena respuesta al tratamiento médico se solicita interconsulta a cirugía general para estudiar la posibilidad de una colectomía total y atención en UCI</p> <p>09/11/2.014 3:20 pm impresión diagnóstica: POSTOPERATORIO INMEDIATO DE LAPAROTOMÍA + HEMICOLECTOMÍA IZQ + LAVADO PERITONEAL POR PERITONITIS POR PERFORACIÓN DE COLON SIGMOIDE POR COLITIS ULCERATIVA MEGACOLON TÓXICO análisis: tolera procedimiento quirúrgico</p> <p>09/11/2.014 3:25 pm Descripción quirúrgica: Hallazgos: <u>Peritonitis severa generalizada más o -2000 cc de líquido purulento abundantes membranas fibrinopurulentas perforación del colon izquierdo Colitis ulcerativa izquierda hasta la mitad de colon transverso megacolon tóxico</u></p>		<p>arteriales bajas, quien a las 5.20(pm) de la tarde, presenta paro cardiorrespiratorio presenciado en ritmo de línea isoeletrica”, eso quiere decir que el corazón no tenía ni latido ni impulso eléctrico para iniciar un latido, reanimado por 25 minutos exitosamente con requerimiento de administración de 6 ampollas de adrenalina y compresiones torácicas de lo cual presenta retorno a circulación espontanea en ritmo sinusal, quiere decir que después de 25 minutos, 6 ampollas de adrenalina y compresiones torácicas, el paciente salió del paro cardiaco a un ritmo nuevamente normal. Sin embargo sigue refiriendo que el paciente está en malas condiciones con trastorno severo de la perfusión de aspecto toxico y lactato mayor de 8, el lactato es un predictor de no oxigenación corporal, lo cual pues se puede traducir en un predictor de la mortalidad del paciente, recibiendo oxigeno del 100 por ciento, ventilado, bueno hace la descripción de cómo se encuentra la ventilación mecánica, describe la diuresis, y dice ausencia de reflejos centrales con sofapredicador de mortalidad elevada, sindico se hacen las indicaciones médicas para el caso, esa es la nota de las 7.30pm. A las 10.45(pm) de la noche, una nota que está firmada digitalmente, bueno</p>
--	--	---

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

<p>09/11/2.014 7:30pm <u>impresión diagnóstica:</u> <u>sepsis severa/choque séptico</u> <u>estado postparo postoperatorio</u> inmediato de laparotomía + hemicolecotomía izq + lavado peritoneal por peritonitis por perforación de colon sigmoide colitis ulcerativa análisis: Paciente muy grave en unidad de cuidados intensivos, cursando con choque séptico refractario con requerimiento de dosis elevada de vasopresores norepinefrina a dosis muy alta 0.9µg/kg/min requerimiento de soporte hormonal vasopresina 2 U hora, requerimiento de soporte ventilatorio con parámetros elevados, con persistencia de tensiones arteriales bajas quien a las 17:20 horas presenta paro cardiorrespiratorio presenciado en ritmo de línea isoelectrica reanimado por 25 minutos exitosamente con requerimientos de administración de 6 ampollas de adrenalina y compresiones torácicas luego de lo cual presenta retorno a la circulación espontánea en ritmo sinusal actualmente con trastorno severo de la Perfusión distal con aspecto tóxico y coloración marmórea por hipoperfusión generalizada con hiperlactatemia de 16 (lactato <8 es indicación independiente de mortalidad elevada) pulsioximetría no registra</p>		<p>que esta descrita en la historia por parte del Dr. Edgar Salgar y Claudia Yaneth Sandoval Mogollón describe, hace un describe de que ocurre desde que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos y dice: <u>a las 10.30 hora presenta bradicardia extrema que evoluciona inmediatamente a asistolia, bradicardia es una frecuencia cardiaca baja y que viene bajando hasta que se hace parocardiaco, inmediatamente asistolia, se considera que ante la severidad del cuadro y la nula respuesta a la reanimación instaurada, las maniobras de compresiones torácicas no ofrecerá ningún beneficio al pronóstico del paciente por lo que no se realiza y se considera la hora de muerte, se avisa a los familiares.</u></p>
---	--	---

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

<p>por la hipoperfusión recibiendo suplencia oxígeno al 100% ventilado en modo asistido controlado. en el posparo inmediato presenta diuresis 65cc posterior a lo cual se presenta anúrico a pesar de carga de líquidos endovenosos 3000cc y se continúa fluidoterapia enérgica. Hipotérmico ingresa con leucocitosis severa, neurológicamente sin respuesta a los estímulos externos con Midriasis fija bilateral ausencia de reflejos centrales sofa 13 predictor de elevada mortalidad.</p> <p>09/11/2014 10:45 pm análisis: Paciente que desde su ingreso a UCI presenta evolución tórpida con requerimiento de soporte vasopresor e inotrópico mixto en choque séptico refractario con múltiples predictores de mortalidad elevada, quien en la tarde presenta paro cardiorrespiratorio por asistolia con reanimación exitosa pero severo compromiso hemodinámico en el periodo postparo con signos de hipoperfusión severa y ausencia total de respuesta neurológica sin reflejos centrales corneal traqueal, sin respuesta al dolor y con midriasis fija, a las 10:30 hora presenta bradicardia extrema que evoluciona inmediatamente a asistolia se considera que ante la severidad del cuadro y la nula</p>		
---	--	--

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

<p>respuesta a la reanimación instaurada las maniobras de compresión torácica no ofrecerán ningún beneficio al pronóstico del paciente por lo que no se realizan y se considera como la hora de muerte. se avisa a los familiares Salgar V. Edgar - Claudia Yaneth Sandoval Mogollon</p>		
--	--	--

Así de claras las cosas, a la luz de la contundente evidencia, es innegable que al paciente Hipólito Jaimes, se le negó la alternativa de tratamiento terapéutico denominada *colectomía* o *recolectomía*, cirugías que, incluso, como lo describe la literatura médica, pudieron haber curado al paciente y mejorado su calidad de vida, pues se rememora que el enfermo padeció la malignidad por alrededor de trece (13) años, en los cuales, lo ideal, lo perito, era ir escalonando el tratamiento, desde los fármacos hasta la alternativa quirúrgica, opción médica que le fue negada a JUAN HIPOLITO JAIMES.

Audiencia de instrucción y juzgamiento, interrogatorio perito médico. Interroga apoderado de la parte demandante

PREGUNTA: Con el diagnostico presentado por el señor Juan Hipólito que tratamientos médicos existen para procurar la mejoría del paciente. **RESPUESTA:** **Los tratamientos médicos como pues lo mencione anteriormente, se pueden dividir en dos partes: los farmacológicos, que a su vez se dividen o se escalonan según la severidad y el antecedente del paciente, entonces para no enredarnos en cuanto a tecnicismos, tratamientos médicos iniciales, se hace tratamiento A, sino mejora el paciente en un curso determinado de tiempo se inicia con un tratamiento B, o A+B pues ser, y posteriormente ante la no mejoría, o persistencia o recaídas del paciente, se inicia el tratamiento nivel C, o A+B+C, o B+C, se hace de manera escalonada. Otro tratamiento que se hace ante la persistencia, recaídas, reingresos, rehospitalizaciones, severidad del cuadro, compromiso del cuadro, nutricional, sintomático del paciente, ya es el tratamiento quirúrgico que puede ser localizado, parcial o total, según el grado de compromiso que tenga este en el colon, entonces si es solamente una localización, se le hace la resección localizada del colon, si es ya en una porción más extensa, se le retira parcialmente la mitad del colon afectado, si ya el compromiso es generalizado, se realiza también la resección total; o en su defecto, como este proceso de inflamación, cicatrización, inflamación, cicatrización, tiene una alta probabilidad de convertirse en maligno, entonces**

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

muchas veces ante lesiones pequeñas pero de características malinas, por producto de este curso crónico de inflamación y cicatrización, también se hace un procedimiento quirúrgico que es la resección total de la zona afectada, entonces ese es el plan a seguir en el transcurso del tiempo.

PREGUNTA: Doctor de la Hoz, sírvase infórmarnos de lo leído en la historia clínica, que tratamientos medico se le aplicación al señor Juan Hipólito. **RESPUESTA:** Al señor Juan Hipólito se le hizo tratamiento médico farmacológico, desde, pues evidente, desde el 2005, pues realmente no pudiera confirmar que medicamentos se le administraron en la valoración de referencia del 2001, pero se le hizo tratamiento farmacológico con fecha del 2005, el cual se fue escalonando en el transcurso de los años, con una indicación ya de ese medicamento por así decirlo, C, tipo C, ya con fecha diciembre de 2013. Es hasta su última instancia hospitalaria con fecha de 2014, con fecha de noviembre de 2014, que se le hace un procedimiento de urgencia que fue la laparotomía exploratoria, más el drenaje de peritonitis, más la hemicoleptomia, para el manejo pues, ya de las consecuencias causadas por el cuadro de su sepsis abdominal.

PREGUNTA: Desde la literatura médica, de no presentar mejoría o respuesta positiva un paciente ante un tratamiento médico, que se debe hacer. **RESPUESTA:** Cuando hice la exposición del dictamen, hice énfasis en los predictores, en cuanto a la posibilidad de un tratamiento quirúrgico ya que esta es la alternativa ante la no mejoría o la persistencia en los síntomas, entonces por literatura médica la indicación por estudios realizados, la indicación para la realización de la cirugía es la persistencia de los síntomas, y otro predictor que nos sugeriría la realización de un procedimiento quirúrgico son los niveles de albumina, una albumina baja nos está describiendo que es un paciente que tiene cierto grado de desnutrición producto de los síntomas padecidos por los pacientes que sufren de colitis ulcerativa crónica, es decir, cuales son las indicaciones: la no mejoría del tratamiento farmacológico después de haberse escalonado indica que el paciente debe seguir con un tratamiento quirúrgico para la extirpación de la zona comprometida, esto de preferencia de manera electiva para minimizar los riesgos de todo procedimiento realizado de manera emergente o de urgencias.

PREGUNTA: En el caso del señor Juan Hipólito, era viable pero además necesario, si se quería intentar curar al paciente a toda costa, practicar una intervención quirúrgica. **RESPUESTA:** En el caso del señor Juan Hipólito vemos que pues, en el transcurso del tiempo se le dio tratamiento farmacológico sin mejoría, es entonces cuando se pudo plantear la necesidad, la elección, o bajo el criterio profesional, la realización de una intervención quirúrgica, para el señor Juan Hipólito, él se pudo beneficiar de una proctosigmoideitomia ya que la zona del recto y el sigmoides, según las endoscopias realizadas, eran las que se encontraba lesionadas afectadas por dicha patología.

PREGUNTA: Según le entiendo de la respuesta anterior, era viable, pero además necesaria, de acuerdo con la evolución del paciente una intervención quirúrgica. Por favor para los que no somos médicos, como se llama esta intervención quirúrgica o cual es el nombre **RESPUESTA:** Según lo encontrado en la historia clínica, Si, era viable la realización de esa intervención, y esa intervención se llama coleptomia o hemicoleptomia o proctosigmoideitomia, todo es según el hallazgo o el compromiso del colon en el momento en que se fuera a realizar la cirugía, es decir, si la cirugía se hubiese programado en un tiempo temprano es posible que se hubiese resecado una porción pequeña depende del tipo o la extensión del compromiso, si se programa ya un poco más tardíamente, ya

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co
Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102
Cúcuta- Colombia

la cirugía se tendría que hacer, realizar un poco más grande, entonces el nombre de la cirugía, como tal, depende del momento y el compromiso, pero al final concluye lo mismo, la resección parcial o total del colon que se encuentra afectado.

- Falta al artículo 17 de la Ley 23 de 1981, pues como ha quedado reflejado en la historia clínica, el dictamen pericial rendido, y lo establecido en el Decreto 2493 de 2004¹⁵, al otrora paciente, Juan Hipólito Jaimes, se le despojo de asistencia y tratamiento médico, en un punto crítico de su existencia, sin la debida comprobación científica que pudiera descartar cualquier probabilidad de vida.

Ley 23 de 1981, artículo 17

ARTÍCULO 17. *La cronicidad o incurabilidad de la enfermedad no constituye motivo para que el médico prive de asistencia a un paciente.*

Historia clínica, Juan Hipólito Jaimes

09/11/2014 10:45 pm

*análisis: Paciente que desde su ingreso a UCI presenta evolución tórpida con requerimiento de soporte vasopresor e inotrópico mixto en choque séptico refractario con múltiples predictores de mortalidad elevada, quien en la tarde presenta paro cardiorrespiratorio por asistolia con reanimación exitosa pero severo compromiso hemodinámico en el periodo postparo con signos de hipoperfusión severa y ausencia total de respuesta neurológica sin reflejos centrales corneal traqueal, sin respuesta al dolor y con midriasis fija, **a las 10:30 hora presenta bradicardia extrema que evoluciona inmediatamente a asistolia se considera que ante la severidad del cuadro y la nula respuesta a la reanimación instaurada las maniobras de compresión torácica no ofrecerán ningún beneficio al pronóstico del paciente por lo que no se realizan y se considera como la hora de muerte. se avisa a los familiares***

Salgar V. Edgar - Claudia Yaneth Sandoval Mogollón

2.3 Falta de cumplimiento de los requisitos contemplados en el artículo 279 y 280 de la Ley 1564 de 2012.

En este punto de la alzada, se recrimina que la administradora de justicia de primera instancia erro en la apreciación crítica de las pruebas, al pasar por alto y no dar aplicación a los postulados más esenciales del derecho

¹⁵ Falla medica descrita prolijamente en el presente recurso acápite 2.1, *Asistencia integral y aplicación de todos los procedimientos y alivios médicos establecidos hasta el último segundo de vida del paciente.*

probatorio, en especial, **el principio de libertad probatoria** y, por ende, proscripción de cualquier tarifa legal de la prueba; **apreciación en conjunto de todo el acervo probatorio** para dar forma sustentada a la convicción a la que llega el operador de justicia sobre lo que realmente sucedió en el caso bajo estudio; **explicación razonada del mérito que se le otorga a cada medio de prueba**; abanico probatorio en el derecho procesal colombiano – **distintos medios de prueba, en especial, prueba documental, pericial, declaración de parte, prueba testimonial, indiciaria-**; **falta de aplicación de la sana crítica, la lógica y las reglas de la experiencia en los casos de responsabilidad medica – humanización de la administración de justicia-**; **falta de aplicación de los precedentes jurisprudenciales en materia de responsabilidad médica, en especial, en cuanto a la carga de la prueba.**

Código General del Proceso, artículos 280 y 176

ARTÍCULO 280. CONTENIDO DE LA SENTENCIA. La motivación de la sentencia deberá limitarse al examen crítico de las pruebas con explicación razonada de las conclusiones sobre ellas, y a los razonamientos constitucionales, legales, de equidad y doctrinarios estrictamente necesarios para fundamentar las conclusiones, exponiéndolos con brevedad y precisión, con indicación de las disposiciones aplicadas. El juez siempre deberá calificar la conducta procesal de las partes y, de ser el caso, deducir indicios de ella.

ARTÍCULO 176. APRECIACIÓN DE LAS PRUEBAS. Las pruebas deberán ser apreciadas en conjunto, de acuerdo con las reglas de la sana crítica, sin perjuicio de las solemnidades prescritas en la ley sustancial para la existencia o validez de ciertos actos.

El juez expondrá siempre razonadamente el mérito que le asigne a cada prueba

Dogmática del derecho de pruebas, revestido de precedente jurisprudencial proferido por la H. Corte Suprema de Justicia, en reciente sentencia del 07 de febrero del año 2022, M.P. Álvaro Fernando García Restrepo, radicado (SC042-2022) 73001-31-03-006-2008-00283-01, a propósito de un debate en la apreciación de las pruebas, dentro de una Responsabilidad Medica.

“Por expreso mandato del artículo 176 del Código General del Proceso, las pruebas deberán ser apreciadas en conjunto, de acuerdo con las reglas de la sana crítica, sin perjuicio de las solemnidades prescritas en la ley sustancial para la existencia o validez de ciertos actos” (se subraya).

Ese criterio de ponderación -la sana crítica- traduce para el juez la obligación de valorar los medios de convicción con sujeción a las reglas, en primer lugar, de la lógica, integrada básicamente por los principios de identidad, conforme el cual una cosa solo puede ser igual a sí misma; de contradicción, con el que se significa que una cosa no puede ser y no ser al mismo tiempo y en el mismo sentido; de razón suficiente, que informa que los hechos tienen que estar sustentados en un supuesto que los explique suficientemente; y del tercero excluido, alusivo a que, frente a dos proposiciones contradictorias, sólo una puede ser cierta.

Y, en segundo término, de la experiencia, que corresponden, según lo tiene señalado esta Corporación, a “postulados obtenidos de la regularidad de los acontecimientos cotidianos, es decir que se inducen a partir de lo que generalmente ocurre en un contexto social específico”, dentro de las cuales puede ubicarse el “conocimiento científico”, esto es, “las teorías, hipótesis o explicaciones formuladas por la comunidad científica o ilustrada, respaldadas por la evidencia de sus investigaciones o experimentos”, que por lo general “se encuentran publicadas en textos académicos, revistas indexadas, artículos especializados, memorias de conferencias o simposios, etc.” (CSJ, SC 9193 del 28 de junio de 2017, Rad. N° 2011-00108-01).

Por lo tanto, unas son las pruebas y otras las reglas de la sana crítica, esto es, los referentes que sirven al juez para desentrañar el verdadero significado de aquellas, esto es, para determinar si son o no representativas de hechos admisibles, en procura de la reconstrucción de lo ocurrido.

posición que comparte el alto tribunal constitucional, en cuanto al deber, metodología, razonabilidad y objetividad, en como los Jueces de la Republica tienen que analizar cada prueba dentro del proceso, como también, todas en su conjunto a efectos de hallar la verdad de lo sucedido, so pena de incurrir en defecto fáctico, cuando al momento de apreciar el material probatorio no se observan las reglas de la sana crítica, es decir, la razonabilidad y la proporcionalidad, decayendo el análisis en fenómenos Torcidos, como pueden ser: subjetividad, prejuicios, sesgo o caprichos del juzgador.

Corte Constitucional, sentencia T-174.2022

97. *Defecto fáctico. La jurisprudencia constitucional ha reconocido que, en virtud de la independencia judicial, los jueces son titulares de la facultad discrecional para valorar y analizar las pruebas en cada caso concreto²⁵⁴. Sin embargo, dichas autoridades **deben ejercer esta facultad de manera razonable y proporcional, so pena de incurrir en defecto fáctico.** Este defecto “se configura cuando: (i) existe una omisión en el decreto de pruebas que eran necesarias en el proceso; (ii)*

se da una valoración caprichosa y arbitraria de las pruebas presentadas; o (iii) el material probatorio no se valora en su integridad¹²⁵⁵. La Corte ha resaltado que este defecto tiene dos dimensiones: negativa y positiva. La primera, “surge ‘de las omisiones o descuido de los funcionarios judiciales en las etapas probatorias, verbi gratia, (i) cuando sin justificación alguna no valora los medios de convicción existentes en el proceso, los cuales determinan la solución del caso objeto de análisis; (ii) resuelve el caso sin tener las pruebas suficientes que sustentan la decisión; y (iii) por no ejercer la actividad probatoria de oficio, es decir, no ordenar oficiosamente la práctica de pruebas, cuando las normas procesales y constitucionales así lo determinan”¹²⁵⁶. **La segunda, “se configura en los eventos en que las pruebas son: (i) interpretadas erróneamente (ya sea porque se da por probado un hecho que no aparece o porque se examinan de manera incompleta); (ii) valoradas a pesar de que eran ilegales o ineptas, o (iii) indebidamente practicadas o recaudadas**¹²⁵⁷.

Critica que se hace a la sentencia del AD-QUO, y que se expone de la siguiente manera:

*“ Establecido ese presupuesto medular del proceso, pasa el despacho a establecer la existencia de los elementos de la responsabilidad civil extracontractual médica, en particular la existencia del daño, el acto o hecho dañoso imputable a título de dolo o culpa y la relación de causalidad, **cuya carga probatoria corresponde al demandante**”¹⁶ – negrita y subrayado fuera de texto-*

(falta de aplicación de los precedentes jurisprudenciales en materia de responsabilidad médica, en especial, en cuanto a la carga de la prueba.)

En cuanto a la falta de aplicación de los precedentes jurisprudenciales en el escenario de la responsabilidad médica y los subsistemas de aligeramiento y distribución de la carga de la prueba, este apoderado en el punto 2.4 del presente recurso, desarrolla *in extenso*, los fundamentos de la inconformidad en cita, los cuales de manera resumida, se pueden concretar en el hecho de que en materia de Responsabilidad Médica, las altas cortes de país, como también, la doctrina especializada, han concluido que la relación probatoria se encuentra desbalanceada, ya que la víctima del actuar médico, se enfrenta a todo un macro sistema – el sistema de salud-, especializado en temas de salud, al igual que siempre se encuentra en posición desventajosa en la prestación del servicio del cual es paciente- *sujeción adhesiva-*, en especial, en cuanto a: **(I)**. No es quien realiza la conducta **(II)**. La ignorancia en temas médicos **(III)**. No se le informa debidamente lo que se le está realizando, y si le informa, no tiene el

¹⁶ Sentencia de primera instancia, pág. 26

conocimiento para entenderlo **(IV)** En muchas intervenciones, por lo general, las más complejas y graves, el paciente se encuentra anestesiado, por tanto, inconsciente de todo lo que está sucediendo – cirugía; UCI-, y los familiares por regla general, son obligados abandonar la sala o salón donde se ejecuta el acto médico. **Circunstancias que de bulto demuestran las condiciones de inferioridad probatoria en que se encuentran los demandantes en este tipo de acciones civiles, por lo que se han desarrollado sistemas para aligerar y distribuir la carga de la prueba en favor del demandante, parte débil en la relación procesal, en aras de hacer materiales dentro del proceso, principios procesales superiores, como la igualdad de las partes, y por ende, la justicia material.**

Código General del Proceso, artículo 4

ARTÍCULO 4o. IGUALDAD DE LAS PARTES. *El juez debe hacer uso de los poderes que este código le otorga para lograr la igualdad real de las partes.*

Juzgado Sexto Civil del Circuito de Cúcuta, radicado 54-001-31-03-006-2018-00243-00, Sentencia de primera instancia, página 28

“ porque no obra medio de prueba diferente que permita inferir a esta juzgadora que se materializó la falta de control y seguimiento debido y oportuno con medicina especializada, exámenes especializados, diagnóstico oportuno, un correcto tratamiento para la sintomatología que presentaba el señor JUAN HIPOLITO y la falta de oportunidad para el paciente por falta de reanimación en su estado crítico, de allí que se puede concluir que las manifestaciones efectuadas por el petente se hicieron basadas en investigaciones o conceptos propios, sin aportar evidencia científica aceptada por las sociedades médicas especializadas sobre la materia, pues si bien aporta un dictamen pericial, el médico no cuenta con especialidad específica en la sintomatología que presentaba el paciente y por ello no es de recibo, que permitan a esta funcionaria concluir que se cumplió con la carga necesaria para soportar los supuestos fácticos alegados.” – negrita y subrayado fuera de texto-

Al contrario de lo sostenido por la juzgadora de instancia, es palmario que si obran en el proceso una pluralidad de medios probatorios, debidamente aportados, solicitados, decretados y practicados, los cuales permiten realizar inferencias lógicas deductivas, al realizar un juicio cognitivo objetivo acompasado con el sentido común, la lógica, la sana crítica y las reglas de

la experiencia¹⁷, para determinar que efectivamente los demandados si cometieron culpa médica y con ello, merecedores de la condena para reparar los perjuicios sufridos por los demandantes. Así, por ejemplo:

- **La historia clínica** de Juan Hipólito Jaimes, Si acredita que se demoraron más de cuatro (04) años, desde la primera consulta del paciente en el año 2001, hasta que finalmente le practicaron el examen científico especializado en el año 2005, el cual conclusivamente estableció con certeza científica la patología que le aquejaba; En el mismo sentido, refrendo el **perito médico** Eduardo de la Hoz Merlano, al momento de rendir su dictamen, indicando en el cuestionario realizado, que al señor Jaimes le retardaron cuatro (04) años para la clarificación y certeza de la malignidad que en vida padeció.

Historia Clínica, Juan Hipólito Jaimes

30/09/2.005

Reporte de **VIDEOCOLONOSCOPIA**

*“...mucosa luce muy congestiva y depulida, frágil con restos de fibrina y **sangrado fácil al contacto con el instrumento...**”*

Diagnóstico endoscópico: **PROCTOSIGMOIDITIS INFECCIOSA. COLOPATIA INFLAMATORIA INESPECÍFICA (TIPO C.U.C.) (COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA)**

Dr Javier De la Rosa

Dictamen pericial, de fecha agosto 2018, rendido por el médico Eduardo De la Hoz Merlano, folio 20 “RESPUESTA A CUESTIONARIO PROPUESTO”

*“¿en el evento de haber tenido varias enfermedades, fueron diagnosticadas oportunamente? existe registro inicial en historia clínica con fecha de 2.001 de consulta por enfermedad gastrointestinal, **con diagnóstico etiológico determinado y confirmado con fecha de 2.005 lo que implica 4 años para diagnosticar por medio de videocolonoscopia la patología.**” - Negrita y subrayado fuera de texto-*

¹⁷Corte Suprema de Justicia, en reciente sentencia del 07 de febrero del año 2022, M.P. Álvaro Fernando García Restrepo, radicado (SC042-2022) 73001-31-03-006-2008-00283-01

“de la experiencia, que corresponden, según lo tiene señalado esta Corporación, a postulados obtenidos de la regularidad de los acontecimientos cotidianos, es decir que se inducen a partir de lo que generalmente ocurre en un contexto social específico”

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

Lo que, de una lectura acuciosa a la historia clínica, como también en aplicación del sentido común, y las reglas de la experiencia – en Colombia es sabido por todos los estratos socio-económicos que componen la sociedad, que el sistema de salud se encuentra en un estado catastrófico, agonizante y fallido – **permite inferir que un término de cuatro (04) años para realizar un examen médico especializado para clarificar con certeza científica una patología, es a las claras desproporcionado y fuera del termino para dar tratamiento diligente a un paciente.** Lo que como es lógico, quiebra la afirmación de la juzgadora en cuanto a que no pudo inferir que no se materializo *la falta de exámenes especializados y diagnóstico oportuno*, pues se insiste, el diagnóstico especializado fue en exceso a destiempo, lo que riñe con el postulado del diagnóstico oportuno.

- **Las declaraciones de parte**, en especial las rendidas por Blanca Marlene Contreras – esposa- y Blanca Belén Jaime Contreras – hija- donde ponen en conocimiento de la operadora de justicia, la falta de control y seguimiento debido y oportuno con medicina especializada, tanto es así, que se vieron forzadas a interponer una acción de tutela para que su ser querido pudiera recibir tratamiento especializado, fenómeno nada ajeno en nuestro actual y decadente sistema de salud, bien conocido por los juristas y el público en general – **reglas de la experiencia**-; Del mismo modo, ratifica lo declarado **el perito médico al momento de rendir su dictamen**; como también, **la historia clínica** que refleja la anotación de que el paciente estuvo a la espera de que le asignaran cita con especialista.

Sustentación dictamen pericial perito De la Hoz Merlano, audiencia de instrucción y juzgamiento, interrogatorio dirigido por la operadora de justicia:

“PREGUNTA: doctor, usted trajo el dictamen pericial que obra a folio 192 a 214, entonces se le solicita muy respetuosamente que nos sustente dicho dictamen pericial, entonces y luego ya se le va hacer ronda de preguntas aquí los señores apoderados judiciales van a tener la oportunidad de conainterrogarlo a usted, en relación con dicho informe, entonces si es posible para poder rendir el informe, le dejo de presente el expediente, para que sea directamente del expediente.
RESPUESTA: Para la realización del presente dictamen pericial, (...) **inicio tramites con su EPS para valoración por gastroenterología, el medico en esta**

misma nota describe tramites se demoran por lo que el primer control se lo realiza hasta 02 meses...

Declaración Blanca Marlene Contreras, responde interrogatorio desarrollado por la señora Juez de instancia:

PREGUNTA: En alguna oportunidad se le negó el servicio médico en la clínica San José, o por la Nueva EPS de que usted tuviera que pedir, presentar acciones de tutela, reclamaciones, etc **RESPUESTA:** Claro, porque no me daban, no me dieron, no me daban especialistas, él estaba bastante ya decaído por su enfermedad, entonces ya no, ya tuve que recurrir a eso, **a pedir y ser negada, porque pedí la cita y me la dieron para cuatro meses después, de tal forma que el necesitaba la atención era inmediata y no cuatro meses después una cita con un especialista, me la negaron.** **PREGUNTA:** Cuando le negaban los servicios médicos cual era la gestión que usted adelantaba para que la Nueva EPS y la clínica lo pudieran atender o usted esperaba a **RESPUESTA:** yo siempre espere, pero ya cuando me di cuenta que ya no había solución de parte de la medicina, **fue cuando mi hija y yo metimos una tutela y esa tutela la ganamos, estando hospitalizado, y ahí si empezaron hacer la atención debida, pero ya que, ya era tarde, porque su enfermedad no daba para más, no se la descubrieron a tiempo y no se la atendieron a tiempo, y la medicina no se la dieron a tiempo, si hubiera tenido el estaría todavía vivo, yo estaría con él, mis hijos no hubiera pasado lo que paso.**

Historia Clínica, Juan Hipólito Jaimes

10/12/2.013 1:07 pm

Impresión diagnóstica: COLITIS ULCERATIVA análisis: paciente masculino de 71 años de edad con cuadro clínico de +/- 8 años de evolución de colitis con episodios diarreicos múltiples intermitentes que se asociaban a la ingesta de alimentos copiosos o irritantes para lo cual venía en manejo con el doctor de la Rosa con cuadro controlado. Anexo a esto cursaba con enfermedad ácido péptica y en los últimos seis meses cuadro se Exacerbó presentando deposiciones diarreicas con mayor frecuencia, asociado a dolor abdominal y distensión **para lo cual inició trámites con su EPS para valoración por gastroenterología. trámites se demoran por lo que el primer control se lo realiza hasta hace dos meses** se le toma colonoscopia que evidencia colitis ulcerativa (lesiones úlceras sangrantes y pseudopólipo en todo el colon desde el recto).

- **Historia clínica del paciente**, que acredita que se declaró la muerte cerebral del enfermo, siguiendo un criterio personal de los médicos que lo asistieron en su momento más crítico, considerando subjetivamente los galenos, que NO era necesario ni útil, realizar maniobras de reanimación; **dictamen pericial**, profesional de la medicina Eduardo de la Hoz Merlano donde se evidencia que para la declaratoria de muerte cerebral de un paciente se requieren exámenes especializados y por lo menos la valoración de un médico especialista en neurología; **literatura médica**, que pone de presente

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

cuales son los criterios y el protocolo para la declaratoria de muerte cerebral de un enfermo, refrendando que se requieren exámenes especializados y valoración de médico especialista; **normatividad legal**, en materia médica, que determina el protocolo para declarar la muerte cerebral de un enfermo; **conducta procesal de la parte demanda al negarse, pese a los reiterados requerimientos de la Juez de primera instancia para que allegaran los protocolos médicos ejecutados en el caso de Hipólito Jaimes – prueba indiciaria-**, acervo probatorio generoso – más de seis (06) medios de prueba – que aniquilan por completo la afirmación de la administradora de justicia en cuanto a que no se logró demostrar la falla del servicio, la negligencia médica, en el momento más crítico de la vida de Juan Hipólito Jaimes.

Historia clínica, Juan Hipólito Jaimes

09/11/2014 10:45 pm

*análisis: Paciente que desde su ingreso a UCI presenta evolución tórpida con requerimiento de soporte vasopresor e inotrópico mixto en choque séptico refractario con múltiples predictores de mortalidad elevada, quien en la tarde presenta paro cardiorrespiratorio por asistolia con reanimación exitosa pero severo compromiso hemodinámico en el periodo postparo con signos de hipoperfusión severa y ausencia total de respuesta neurológica sin reflejos centrales corneal traqueal, sin respuesta al dolor y con midriasis fija, **a las 10:30 hora presenta bradicardia extrema que evoluciona inmediatamente a asistolia se considera que ante la severidad del cuadro y la nula respuesta a la reanimación instaurada las maniobras de compresión torácica no ofrecerán ningún beneficio al pronóstico del paciente por lo que no se realizan y se considera como la hora de muerte. se avisa a los familiares***

Salgar V. Edgar - Claudia Yaneth Sandoval Mogollón

Dictamen pericial, de fecha agosto 2018, rendido por el medico Eduardo De la Hoz Merlano, "CONCLUSIONES"

"finalmente podríamos estar frente a negligencia médica asistencial al omitir socorro durante segundo paro cardíaco, ya que si bien reza en la historia clínica la condición neurológica crítica del paciente no existe nota médica de especialidad en neurología, imágenes diagnósticas, paraclínicos, resonancia, test de apnea, gases arteriales, electroencefalograma, etc, que confirme

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

muerte cerebral según se encuentra estipulado en los protocolos para diagnóstico de esta condición ominosa.”¹⁸

Dolores Escudero, Diagnóstico de muerte encefálica - *Brain death diagnosis*- Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias. España.

*La muerte encefálica ha sido reconocida como la muerte del individuo por la comunidad científica y aceptada como tal en la legislación de diferentes países. La muerte encefálica se define como el cese irreversible en las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de los hemisferios cerebrales como del troncoencefalo. Esta situación aparece cuando la presión intracraneal supera la presión arterial sistólica del paciente, lo que da lugar a la parada circulatoria cerebral. La etiología más frecuente es la hemorragia cerebral y el traumatismo craneoencefálico. **El diagnóstico debe ser realizado por médicos expertos en el manejo de pacientes neurocríticos y se basa en una exploración neurológica completa y extremadamente rigurosa que constate un coma arreactivo y ausencia de reflejos troncoencefálicos y respiración espontánea. Las pruebas instrumentales pueden ser obligatorios en algunos casos y varían en cada país. Los de tipo electrofisiológico son el electroencefalograma y los potenciales evocados. En pacientes tratados con fármacos sedantes se utilizan pruebas que evalúan el flujo sanguíneo cerebral, como la angiografía cerebral, el Doppler transcraneal y la gammagrafía con ⁹⁹Tc-HMPAO. En España, más del 92% de los trasplantes se realizan con órganos procedentes de donantes en muerte encefálica. La declaración de muerte encefálica es un acto de gran responsabilidad, con trascendencia médica, ética y legal, ya que exige retirar todas las medidas artificiales de soporte o realizar la extracción de órganos para trasplante.**¹⁹*

Decreto 2493 de 2004, artículo 12

Artículo 12. Muerte encefálica en mayores de dos (2) años. En el diagnóstico de muerte encefálica en adultos y niños mayores de dos (2) años, previo a cualquier procedimiento destinado a la utilización de componentes anatómicos para fines de trasplantes, deberá constatarse por lo menos, la existencia de los siguientes signos:

1. Ausencia de respiración espontánea.
2. Pupilas persistentemente dilatadas.
3. Ausencia de reflejos pupilares a la luz.
4. Ausencia de reflejo corneano.
5. Ausencia de reflejos óculo vestibulares.
6. Ausencia de reflejo faríngeo o nauseoso.
7. Ausencia de reflejo tusígeno.

El diagnóstico de muerte encefálica y la comprobación sobre la persistencia de los signos de la misma, deben hacerse por dos o más médicos no interdependientes, que no formen parte del programa de trasplantes, uno de los cuales deberá tener la condición de especialista en ciencias neurológicas.

¹⁸ Dictamen pericial, de fecha agosto 2018, rendido por el medico Eduardo De la Hoz Merlano, “CONCLUSIONES”

¹⁹ [Diagnóstico de muerte encefálica \(isciii.es\)](http://isciii.es)

Dichas actuaciones deberán constar por escrito en la correspondiente historia clínica, indicando la fecha y hora de las mismas, su resultado y diagnóstico definitivo, el cual incluirá la constatación de los siete (7) signos que determinan dicha calificación.

Parágrafo. Cuando no sea posible corroborar alguno de los siete (7) signos establecidos, se deberá aplicar un test de certeza. – negrita y subrayado fuera de texto original-

Intervención de la Juez, audiencia de instrucción y juzgamiento (11.36am – 2020.01.31)

“Entonces se termina el interrogatorio al perito creo está debidamente sustentado su dictamen, como no hay pruebas, queda pendiente, entonces los dos testimonios de los dos médicos tratantes, el medico Salgar y del auditor médico. Se le había requerido a la Clínica San José para que allegara los protocolos médicos aplicables frente a la sintomatología presentada por el paciente en cada una de sus fases de agravamiento y evolución, en el periodo que estuvo bajo su cuidado y hasta su fallecimiento, NO se ha allegado creo, si en la audiencia esta, entonces no se ha allegado hasta este momento por parte de la Clínica San José. Si eso quedo en el acta de la diligencia pasada quedo que se allegarían los protocolos médicos por parte de la Clínica San José en relación con toda la evolución del paciente hasta su fallecimiento, entonces hoy voy a dejar constancia que hasta este momento no se ha allegado.

Declaración de parte, audiencia inicial, interroga la juez, al señor Danilo Alejandro Vallejo Guerrero, medico, representante legal de Nueva EPS.

PREGUNTA: Doctor, se dice que no se siguieron los protocolos médicos para tratar las diferentes patologías del paciente. Usted que tiene que decir al respecto: RESPUESTA: Señora Juez, yo como representante legal me queda muy difícil, funjo como representante legal, es muy difícil, NO es un concepto de perito, a pesar de que soy cirujano general, y esta patología es de mi especialidad, es muy difícil emitir un concepto de valor y decir no fue tratado adecuadamente, para eso requeriría un concepto de un perito y que dijera esta patología se maneja de esta forma y esta otra de otra forma. Yo puedo conceptuar o mencionar cosas que en los pacientes que reciben los medicamentos biológicos bajan las defensas y pueden llegar a producir esas esofagitis fúngicas, ósea hongos en el esófago los puede llegar a producir, pacientes que reciben medicamentos para esta enfermedad, que es una enfermedad que todavía no se conoce su causa, pero que en muchas ocasiones se considera autoinmune, y produce bajas de las defensas, pues recibió múltiples medicamentos, antibióticos, recibió analgésicos, recibió antiinflamatorios, PERO como le digo NO puedo yo decir que exista un protocolo, y yo lo pueda comparar con el tratamiento que recibió, porque no tengo digamos las características de perito especializado

- **Dictamen pericial y literatura médica**, que ratifican que en el caso de Juan Hipólito Jaimes, lo viable, necesario y útil, para mejorar la salud y

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

preservar la vida del paciente, era la aplicación del tratamiento quirúrgico ya que el paciente fue refractario al tratamiento farmacológico. Lo que desdibuja la conclusión del AD-QUO al no dar por acreditada la falta de tratamiento correcto para la sintomatología que presentó Juan Hipólito Jaimes durante la evolución de su enfermedad.

MERCK SHARP AND DOHME, [Tratamiento de la colitis ulcerosa](#)

Colitis fulminante

Si se sospecha colitis fulminante o tóxica, el paciente debe

- 1. Suspender todos los medicamentos antidiarreicos*
- 2. No tomar nada por boca; se le debe colocar una sonda intestinal larga unida a aspiración intermitente*
- 3. Recibir tratamiento hidroelectrolítico IV agresivo con cloruro de sodio al 0,9%, y cloruro de potasio y sangre según sea necesario*
- 4. Recibir corticoides o ciclosporina IV en alta dosis*
- 5. Recibir antibióticos (p. ej., metronidazol 500 mg IV cada 8 horas y ciprofloxacina 500 mg IV cada 12 horas)*
- 6. Tal vez podría administrarse infliximab*

*Hacer que el paciente rote del decúbito supino al decúbito prono cada 2-3 horas puede ayudar a redistribuir el gas colónico y prevenir la distensión progresiva. La introducción de una sonda rectal blanda también puede ser útil, pero debe colocarse con extrema precaución para evitar una perforación intestinal. Aunque se logre la descompresión de un colon dilatado, el paciente no está fuera de peligro a menos que se controle el proceso inflamatorio de base; **de lo contrario, aún será necesaria la colectomía.***

Si las medidas médicas intensivas no inducen una mejoría definitiva dentro de las 24-48 horas, se requiere cirugía inmediata; de lo contrario, el paciente puede morir por sepsis secundaria a translocación bacteriana o, incluso, perforación.

Cirugía

Casi un tercio de los pacientes con colitis ulcerosa extensa requiere finalmente cirugía. La rectocolectomía total es curativa: se normaliza la esperanza de vida, y se reduce de forma significativa el riesgo de cáncer de colon. Sin embargo, algunos estudios informan que hasta el 25% de los pacientes desarrollan posteriormente inflamación en la mucosa del intestino delgado compatible con enfermedad de Crohn (1, 2); esto puede ocurrir muchos años después de la cirugía. Después de la proctocolectomía con anastomosis anal con ileal reservorio (AARI), queda un pequeño riesgo de displasia o cáncer en el manguito rectal e incluso en el reservorio ileal. **Después de la proctocolectomía con ileostomía o AARI, la calidad de vida mejora;** sin embargo, se crean nuevos retos para la calidad de vida.

En caso de hemorragia masiva, colitis tóxica fulminante o perforación, está indicada la colectomía de urgencia. Por lo general, el procedimiento de elección es la colectomía subtotal con ileostomía y cierre del rectosigmoides (procedimiento de Hartmann) o fístula mucosa, porque los pacientes más comprometidos no pueden tolerar una cirugía más prolongada. Puede researse en forma programada el muñón rectosigmoideo y realizar una anastomosis ileoanal con un reservorio. No se debe dejar indefinidamente el muñón rectal intacto, debido a los riesgos de reactivación de la enfermedad y de transformación maligna.

La cirugía programada está indicada en caso de cáncer, estenosis sintomáticas, retardo de crecimiento en niños o, con suma frecuencia, enfermedad crónica resistente al tratamiento que resulta invalidante o causa dependencia de corticoides.

Sustentación dictamen pericial perito De la Hoz Merlano, audiencia de instrucción y juzgamiento, interrogatorio desarrollado por el apoderado de la parte demandante:

“ PREGUNTA: Con el diagnostico presentado por el señor Juan Hipólito que tratamientos médicos existen para procurar la mejoría del paciente. RESPUESTA: Los tratamientos médicos como pues lo mencione anteriormente, se pueden dividir en dos partes: los farmacológicos, que a su vez se dividen o se escalonan según la severidad y el antecedente del paciente, entonces para no enredarnos en cuanto a tecnicismos, tratamientos médicos iniciales, se hace tratamiento A, sino mejora el paciente en un curso determinado de tiempo se inicia con un tratamiento B, o A+B pues ser, y posteriormente ante la no mejoría, o persistencia o recaídas del paciente, se inicia el tratamiento nivel C, o A+B+C, o B+C, se hace de manera escalonada. Otro tratamiento que se hace ante la persistencia, recaídas, reingresos, rehospitalizaciones, severidad del cuadro, compromiso del cuadro, nutricional, sintomático del paciente, ya es el tratamiento quirúrgico que puede ser localizado, parcial o total, según el grado de compromiso que tenga este en el colon, entonces si es solamente una localización, se le hace la resección localizada del colon, si es ya en una porción más extensa, se le retira parcialmente la mitad del colon afectado, si ya el compromiso es generalizado, se realiza también la resección total; o en su defecto, como este proceso de inflamación, cicatrización, inflamación, cicatrización, tiene una alta probabilidad de convenirse en maligno, entonces muchas veces ante lesiones pequeñas pero de características malinas, por producto de este curso crónico de inflamación y cicatrización, también se hace un procedimiento quirúrgico que es la resección total de la zona afectada, entonces ese es el plan a seguir en el transcurso del tiempo”

PREGUNTA: A riesgo de ser redundante, de lo descrito en la historia clínica, el paciente mejoro en su estado de salud, después de haber sido suministrado el tratamiento farmacológico a lo largo de los años 2005-20014. RESPUESTA: Haciendo una evaluación retrospectiva doctor, evidenciando que el paciente inicia consultas en 2001 y fallece en 2014, e hizo innumerables consultas, controles, reingresos hospitalarios, pudiera yo inferir que el paciente no tuvo una mejoría, ni un control, pues realmente esta condición, esta patología, no presenta una tasa de curación, de remisión total de la enfermedad, pero si de un control, y una remisión de un control persistente en el tiempo, teniendo cuenta ese aspecto y viendo pues todas las consultas realizadas en el curso desde 2005 hasta 2014, puedo inferir que el paciente no tuvo una mejoría de su condición patológica

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

PREGUNTA: Desde la literatura médica, de no presentar mejoría o respuesta positiva un paciente ante un tratamiento médico, que se debe hacer. **RESPUESTA:** Cuando hice la exposición del dictamen, hice énfasis en los predictores, en cuanto a la posibilidad de un tratamiento quirúrgico ya que esta es la alternativa ante la no mejoría o la persistencia en los síntomas, entonces por literatura médica la indicación por estudios realizados, la indicación para la realización de la cirugía es la persistencia de los síntomas, y otro predictor que nos sugeriría la realización de un procedimiento quirúrgico son los niveles de albumina, una albumina baja nos está describiendo que es un paciente que tiene cierto grado de desnutrición producto de los síntomas padecidos por los pacientes que sufren de colitis ulcerativa crónica, es decir, cuales son las indicaciones: la no mejoría del tratamiento farmacológico después de haberse escalonado indica que el paciente debe seguir con un tratamiento quirúrgico para la extirpación de la zona comprometida, esto de preferencia de manera electiva para minimizar los riesgos de todo procedimiento realizado de manera emergente o de urgencias.

PREGUNTA: En el caso del señor Juan Hipólito, era viable pero además necesario, si se quería intentar curar al paciente a toda costa, practicar una intervención quirúrgica. **RESPUESTA:** En el caso del señor Juan Hipólito vemos que pues, en el transcurso del tiempo se le dio tratamiento farmacológico sin mejoría, es entonces cuando se pudo plantear la necesidad, la elección, o bajo el criterio profesional, la realización de una intervención quirúrgica, para el señor Juan Hipólito, él se pudo beneficiar de una proctosigmoideitomia ya que la zona del recto y el sigmoides, según las endoscopias realizadas, eran las que se encontraba lesionadas afectadas por dicha patología.

Finalmente, en cuanto al desmerito que la operadora de justicia otorgo al dictamen pericial rendido por el perito médico Eduardo de la Hoz Merlano, se echa de menos la aplicación de un discernimiento y valoración más profundo, matizado desde diferentes ópticas o dimensiones, a fin de no desechar de un tajo la prueba especializada y de utilidad para hallar la verdad dentro del proceso – *legitima sana critica*-. Análisis que, bajo un estándar de mejor razonamiento probatorio podría describirse de la siguiente manera:

Juzgado Sexto Civil del Circuito de Cúcuta, radicado 54-001-31-03-006-2018-00243-00, Sentencia de primera instancia, páginas 42,43

Por otra parte, allegada a la conclusión por el Despacho de ausencia de responsabilidad de los demandados, **debe hacerse referencia al dictamen pericial que allega como prueba la parte demandante,** para indicar que si bien este hace alusión a que según su concepto, 1. Hubo retraso en la realización inicial de los métodos diagnósticos; 2.- Control y seguimiento de la enfermedad por parte de médico no especializado en la patología a cargo de su EPS; 3.- Omisión de tratamiento quirúrgico por una patología que no respondía al tratamiento; 4.- No reanimación cardio cerebro pulmonar de paciente críticamente enfermo; **lo cierto es que el CONCEPTO CIENTIFICO que ha dado no es de recibo para el Despacho dado que el doctor EDUARDO JOSE DE LA HOZ MERLANO, según**

la copia de los estudios que anexa es MEDICO Y CIRUJANO y se estima que para la patología de base que presentaba el paciente y que condujo a su fallecimiento este fue tratado por la especialidad de "GASTROENTEROLOGIA" entonces si bien y muy respetable su concepto médico, para el tipo de responsabilidad alegada, se requería que un par médico en esta misma especialidad le indicara al Juez si los procedimientos, tratamientos y respuesta médicas fueron o no la adecuada, salvo mejor opinión de mis superiores, claro está, además observo que no se anexo la experiencia relacionada pues el médico perito informa que no había rendido dictámenes periciales con anterioridad, siendo así no se dan los presupuestos de que trata el artículo 226 del C. G. del P. y no es dable considerarlo como soporte para adoptar la decisión de fondo.

Dimensión formal del dictamen: El galeno perito acredita ser médico titulado, además de haber ejercido por alrededor de diez (10) años en las Unidades de Cuidados Intensivos –UCI- de reconocidas IPS de la ciudad, así como también, de haber ejercido la docencia universitaria – Folios 216 y SS del cuaderno principal – demanda y anexos-.

Audiencia de Instrucción y Juzgamiento, perito Dr. EDUARDO JOSE DE LA HOZ MERLANO– INTERROGA LA JUEZ

PREGUNTA: Doctor infórmele al despacho y acá a los presentes sus generales de ley **RESPUESTA: Mi nombre es Eduardo José de la Hoz Merlano, documento de identidad 72.252.979 domiciliado en la ciudad de Cúcuta avenida 5 # 4-78, mi profesión es médico y cirujano, en mi perfil profesional coordinador médico servicios de urgencias clínica de cuarto nivel, docente para las facultades de salud como fueron psicología, medicina, fonoaudiología, terapia ocupacional para la universidad de pamplona para los periodos 2012-2014, medico de unidad de cuidados intensivos desde 2006 hasta 2019**

Dimensión procesal del dictamen: El dictamen cumplió con los requisitos contemplados en el artículo 226 del C.G.P., para acreditar su plena validez formal; De igual manera fue expuesto y rendido de manera profesional, clara, coherente y versada, bajo la gravedad de juramento; al igual que fue sometido a contradicción por parte del extremo demandado saliendo avante, sólido y coherente en su declaración científica; de otro lado, el extremo demandado no allego dentro de la oportunidad debida, dictamen pericial adicional que buscara confrontar y romper científica y técnicamente el dicho del perito de la Hoz Merlano, de conformidad con el artículo 228 del C.G.P.

Código General del Proceso, artículo 228

ARTÍCULO 228. CONTRADICCIÓN DEL DICTAMEN. *La parte contra la cual se aduzca un dictamen pericial podrá solicitar la comparecencia del perito a la audiencia, aportar otro o realizar ambas actuaciones. Estas deberán realizarse dentro del término de traslado del escrito con el cual haya sido aportado o, en su defecto, dentro de los tres (3) días siguientes a la notificación de la providencia que lo ponga en conocimiento. En virtud de la anterior solicitud, o si el juez lo considera necesario, citará al perito a la respectiva audiencia, en la cual el juez y las partes podrán interrogarlo bajo juramento acerca de su idoneidad e imparcialidad y sobre el contenido del dictamen. La contraparte de quien haya aportado el dictamen podrá formular preguntas asertivas e insinuantes. Las partes tendrán derecho, si lo consideran necesario, a interrogar nuevamente al perito, en el orden establecido para el testimonio. Si el perito citado no asiste a la audiencia, el dictamen no tendrá valor.*

En la misma línea de desatención y desacato, la parte demandada tampoco, se dignó a cumplir con diligencia la carga probatoria distribuida por la Juez de primera instancia, en el sentido de aportar la literatura médica y los protocolos aplicados para dar tratamiento al señor Hipólito Jaimes; ni que decir de lo declarado por el representante legal de la Nueva EPS, Dr. Danilo Alejandro Vallejo, quien pese a afirmar ser especialista en la materia, rehusó a declarar científicamente sobre el asunto²⁰.

Código General del Proceso, artículos 241,280

ARTÍCULO 241. LA CONDUCTA DE LAS PARTES COMO INDICIO. *El juez podrá deducir indicios de la conducta procesal de las partes.*

ARTÍCULO 280. CONTENIDO DE LA SENTENCIA. (...)

El juez siempre deberá calificar la conducta procesal de las partes y, de ser el caso, deducir indicios de ella.

Dimensión sustancial del dictamen rendido: El perito de la Hoz Merlano, en audiencia de instrucción y juzgamiento, sustentó y defendió de manera exhaustiva, precisa y experta, la investigación científica realizada – dictamen pericial-, **reflejando maestría, coherencia y conocimiento de fondo sobre lo declarado, percepciones que a simple vista – sana crítica- se**

²⁰ Las partes deben actuar en el proceso con lealtad, probidad y buena fe, y deben colaborar con el esclarecimiento de la verdad, de modo que cuando la prueba se usa para tratar de ocultar o deformar la verdad, para tratar de inducir al juez a engaño, este debe deducir indicios en contra de la parte que así procede.

pueden observar durante todo el tiempo en que el perito estuvo declarando con tranquilidad, claridad, pedagogía, coherencia y dominio del tema²¹; en la misma línea, de una revisión, incluso ligera de la bibliografía que esgrimió el perito como soporte y fundamentación del dictamen, se puede leer al alcance de la visión y la comprensión de lectura, que el dicho del profesional de la medicina, se encuentra refrendado por la literatura especializada en la materia.

Ejercicio de corroboración del conocimiento, que la misma Corte Suprema de Justicia, ha indicado debe ser la metodología a seguir por los juzgadores de instancia, en aquellos casos en que no estén plenamente convencidos, o cuando el dicho del perito arroje dudas o confusiones, o cuando la credibilidad del profesional este en entre dicho.

Corte Suprema de Justicia, en reciente sentencia del 07 de febrero del año 2022, M.P. Álvaro Fernando García Restrepo, radicado (SC042-2022) 73001-31-03-006-2008-00283-01.

*Ahora bien, **en casos donde se evalúan actividades profesionales o técnicas, la apreciación probatoria exige del juez, en la mayoría de las veces, confrontar el contenido de los elementos de juicio con el conocimiento científico relacionado con el arte u oficio sobre el que versa el proceso, en procura de comprender su genuino sentido, toda vez que “el conocimiento científico afianzado, como parte de la reglas de la sana crítica, tiene la misma implicación que consultar una enciclopedia, un libro de texto especializado, o un diccionario con el fin de desentrañar el significado de los conceptos generales que permiten comprender y valorar la información suministrada por los medios de prueba”, puesto que “si la técnica probatoria permite y exige valorar las pruebas de acuerdo con las máximas de la experiencia común, con mucha más razón es posible analizar las probanzas según los dictados del conocimiento científico afianzado, sin el cual muchas veces no será posible saber si el órgano de prueba brinda o no una información que corresponde a la realidad”** (CSJ, ib.; se subraya).*

Porque incluso, el perito hizo tan clara, explicativa y coherente su declaración, que **la misma Juez de instancia, en su primera consideración, estando el dictamen fresco en su memoria, acabado de rendir, asevero que el mismo estaba bien sustentado**; lo que quiere decir, que, en ese momento, persuadida por lo declarado por varias horas por parte del perito, la

²¹ Ver la videograbación de la audiencia de instrucción y juzgamiento

juzgadora dio forma a su sano convencimiento, para emitir un juicio de conformidad y credibilidad con lo sostenido pericialmente.

Audiencia de Instrucción y Juzgamiento, Intervención de la Juez (11.36am – 2020.01.31)

“Entonces se termina el interrogatorio al perito creo está debidamente sustentado su dictamen.”

Analizada de una manera más profunda y virtuosa la prueba pericial aportada, se debe tener por probada a la fuerza, su utilidad para alimentar y conducir, verdad científica al proceso y de esta manera proceder a contrastar lo que hicieron los médicos tratantes de Hipólito Jaimes, con lo que la ciencia médica, en un estado óptimo y bajo un estándar de calidad, establece que se debió haber realizado. **Lo que a todas luces parece más coherente, lógico, razonable y de conformidad con la regla probatoria establecida en el artículo 232 del C.G.P. el cual establece la directriz para que los Juzgadores aprecien los dictámenes periciales.**

Código General del Proceso, artículo 232

ARTÍCULO 232. APRECIACIÓN DEL DICTAMEN. *El juez apreciará el dictamen de acuerdo con las reglas de la sana crítica, teniendo en cuenta la solidez, claridad, exhaustividad, precisión y calidad de sus fundamentos, la idoneidad del perito y su comportamiento en la audiencia, y las demás pruebas que obren en el proceso.*

Hermenéutica de la norma adjetiva – 232 C.G.P.- que la misma Corte Suprema de Justicia, ya ha tenido la oportunidad de considerar:

Corte Suprema de Justicia, M.P. OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE, Radicado (STC2066-2021) nº 05001-22-03-000-2020-00402-01, Bogotá, D.C., tres (3) de marzo de dos mil veintiuno 2021.

Por último, terminada esta fase y escuchados los alegatos finales de las partes, cuando a ello haya lugar, el fallador apreciará el dictamen en su sentencia; labor que emprenderá de acuerdo con las reglas de la sana crítica y en la que evaluará la solidez, claridad, exhaustividad, precisión y calidad de sus fundamentos, la idoneidad del perito y su comportamiento en la audiencia, así como las demás pruebas que obren en el proceso (art. 232).

Es este el momento, entonces, en el que se deberá examinar con rigor el trabajo pericial en todas sus dimensiones a efectos de asignarle fuerza demostrativa.

Todo ello en disparidad, desafortunadamente, con el minusvalor que la Juez de primera instancia le otorgo a la declaración científica, apuntalando flacamente, con un fundamento superficial o de forma, aduciendo entre líneas, que el perito médico no le ofrecía credibilidad científica por cuanto no era médico especialista en la materia; fundamento que se encuentra lejos de constituirse en criterio de razonable aceptabilidad, y que degenera, más bien, como un prejuicio, sesgo, corazonada o intuición personal²² de la operadora de justicia, lo que a las claras se encuentra proscrito en los ordenamientos jurídicos occidentales, amén de que hace siglos se superó el oscurantismo judicial.

El juez produce una decisión para resolver el caso, no a través de su voluntad, sino siguiendo unas reglas que establecen que la decisión es objetiva y controlable. Separar la intuición de la racionalidad objetiva producida dentro del proceso, de acuerdo con los medios validos de producción de conocimiento.

*La sana crítica no contiene los conocimientos vulgares o científicos, que es lo que son las máximas de experiencia; sino que **la sana crítica constituye un metalenguaje epistémico con que debe contar el juez para criticar y, por consiguiente, poder valorar y ponderar la prueba científica. En tanto el juez, no puede sustituirse en el científico para valorar el fondo de sus conclusiones, lo que si puede hacer es criticarlo con elementos epistémicos que aprecien tanto el método como las conclusiones***

Así entonces, se reprocha la manera inapropiada y falta de técnica metodológica, con que la Juez de instancia descarto el elemento probatorio, despreciando su contenido sin realizar un adecuado y aceptable razonamiento probatorio, quebrantando desastrosamente la técnica objetiva para la valoración de las pruebas, conforme lo dictamina y ordenan los artículos 165 y 176 del Código General del Proceso. **LO QUE, DE MANERA SENCILLA, ES TRADUCE EN QUE LA JUEZ NO APRECIO DE MANERA CRÍTICA, RAZONADA, INDIVIDUAL Y EN SU CONJUNTO, LA PRUEBA PERICIAL.**

²² Es como sostener que la Juez no era idónea para conocer el proceso por cuanto no tiene postgrados en Responsabilidad medica, ni mucho menos carrera de medicina. O bien, que los apoderados no podían llevar la representación en el proceso porque no son especialistas en responsabilidad médica. Inferencia que se torna absurda por sí sola, y que no guarda coherencia con la teoría probatoria, la cual establece que el Juez debe valorar las pruebas en su conjunto para clarificar y concretar su convencimiento sobre lo sucedido.

Falencia gravísima en un proceso de la naturaleza que se ventila en el presente, pues, aunque existe libertad probatoria, y una pluralidad de medios de prueba, lo cierto es, que las grandes y más significativas pruebas directas en la Responsabilidad Médica, por regla general, son la historia clínica y el dictamen pericial.

Corte Suprema de Justicia, M.P. OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE, Radicado (STC2066-2021) nº 05001-22-03-000-2020-00402-01, Bogotá, D.C., tres (3) de marzo de dos mil veintiuno 2021.

En el nuevo proceso civil colombiano, en el que las partes acuden a confirmar, y no averiguar, sus aseveraciones, el derecho a probar se lleva a efecto conforme a los parámetros que reflejan los principios de libertad y de apreciación probatoria. Ello significa, de un lado, que a modo de regla general cualquiera de los medios de convicción enlistados en el artículo 165 del estatuto procesal, entre otros, sirven para ese fin, salvo que la ley diga lo contrario. Y que allegado al proceso el elemento suasorio, este debe ser apreciado de manera crítica, razonada, individual y en conjunto por el sentenciador.

2.4 Falta de aplicación de los precedentes jurisprudenciales que rigen la óptica de la responsabilidad civil médica en Colombia, en especial, la subreglas que determinan los sistemas de aligeramiento de la carga probatoria en favor de la víctima del daño, parte más débil dentro de la relación médico legal.

En lo que respecta a la carga de la prueba en materia de responsabilidad médica, se tiene que de tiempo atrás los altos tribunales del país, como también, la doctrina especializada, han reflexionado sobre lo complejo de endilgar la Responsabilidad médica a los galenos tratantes, al igual que a las Empresas Promotoras de Salud, e Instituciones Prestadoras de salud, toda vez que es notorio que la relación procesal en este aspecto se encuentra *prima face* catastróficamente desbalanceada, ya que la víctima del actuar médico, se enfrenta a todo un macro sistema – el sistema de salud-, especializado en temas de salud, al igual que siempre se encuentra en posición desventajosa en la prestación del servicio del cual es paciente-*sujeción adhesiva-*, en especial, en cuanto a: **(I)**. No es quien realiza la conducta **(II)**. La ignorancia en temas médicos **(III)**. No se le informa debidamente lo que se le está realizando, y si le informa, no tiene el conocimiento para entenderlo **(IV)** En muchas intervenciones, por lo general, las más complejas y graves, el paciente se encuentra anestesiado,

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

por tanto, inconsciente de todo lo que está sucediendo – cirugía; UCI-, y los familiares por regla general, son obligados abandonar la sala o salón donde se ejecuta el acto médico. **Circunstancias que de bulto demuestran las condiciones de inferioridad probatoria en que se encuentran los demandantes en este tipo de acciones civiles.**

Al respecto, la literatura jurídica especializada, ha declarado:

Eduardo Coutre, FUNDAMENTOS DERECHO PROCESAL CIVIL, Bs. As, Depalma, 1958, pago. 247

“Es que, para el caso de prueba muy difícil, los jueces deben atemperar el rigorismo del derecho a fin de que no se hagan ilusorios los intereses legítimos”

Luis Guillermo Serrano Escobar, EL REGIMEN PROBATORIO EN LA RESPONSABILIDAD MEDICA, Ediciones Doctrina y Ley LTDA, pág. 62

“ Así las cosas, lo que queda es que esta postura favorece a los victimarios, que además de constituir la parte fuerte en esta relación, pues están constituidas por grandes organizaciones inasibles para las víctimas y, por tanto, para hacerse a las pruebas que estas administran, hoy se ven favorecidas con tendencias retardatarias, que establecen de manera inflexible que es la víctima la que tiene que probar los hechos de los cuales pretende derivar su derecho, exigencia de imposible cumplimiento que en la práctica conduce a la extinción de la responsabilidad médica, y no porque no sigan existiendo irregularidades en la prestación del servicio médico oficial, sino porque el juez inclino la balanza a favor de los victimarios, en una práctica que es contraria a la tendencia universal, que propugna por relaciones cada vez más equitativas entre las partes, y que admite mecanismos de flexibilización probatoria tendiente a la realización de la justicia del caso concreto.

Y es un argumentos extraño, porque pareciera que el juez desconoce las condiciones en que tiene lugar la prestación medica en nuestro país, donde el paciente se enfrenta a un andamiaje gigantesco donde interactúan EPS y varias IPS, frente a las cuales el paciente asume una posición absolutamente pasiva, en una relación adhesiva, en las cuales no participa de las decisiones, ni escoge a su médico, y su voluntad es muy poco lo que cuenta, y asume lo que le coloquen, y en lo que tiene que ver con la historia clínica esta queda difuminada en cantidad de instituciones, donde reciben instrucciones y le realización procedimientos que no comprende, porque en la mayoría de las veces su formación le impide asimilar lo que están haciendo con su vida, amén de que los galenos no tienen tiempo para explicarle al paciente, pues en esa cadena productiva de la salud, lo que se trata es de evacuar la mayor cantidad de clientes en el menor tiempo posible.

Esquema en que la prioridad no es el paciente, sino la obtención de ganancia para estas empresas, pues esta es simplemente un cliente, una mercancía más, cuya utilidad depende de evacuarlos en masa, independientemente de su condición, por

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

esoa los médicos les restringen el tiempo de atención, los medicamentos y los procedimientos.”

En este aspecto, la H. Consejo de Estado, radicado 13001-23-31-000-1995-00196-01, Aclaración de Voto, Consejero Enrique Gil Botero, de fecha 11 de noviembre de 2009, manifestó:

*“ Así las cosas, de manera sistemática he sostenido que la línea jurisprudencial sobre la materia se ha distorsionado, comoquiera que, por un lado, la Sala dice prohiar un esquema rígido de prueba a partir de la aplicación estricta y exegética del artículo 177 del Código de Procedimiento Civil, para radicar en cabeza de la parte demandante la acreditación de los elementos de la responsabilidad y, por el otro lado, **se acepta la existencia de figuras o instrumentos de aligeramiento probatorio como la culpa virtual, la prueba prima fase, la res ipsa loquitur, cuyo objetivo es, precisamente, evitar el sometimiento de los demandantes a una probatio diabólica**, ya que, como lo reconoce expresamente el fallo, **el paciente o sus familiares no tienen los conocimientos especializados sobre la materia, en la mayoría de los casos no se encuentran presentes a la hora de la práctica del respectivo procedimiento, y adicionalmente, quien consigna la información en la historia clínica es el propio cuerpo médico y paramédico.***

(...)

Se avala la existencia de instrumentos de aligeramiento probatorio – basados en la proporción o magnitud del daño o de la culpa-, que no hacen otra cosa que reconocer, se insiste la regla de la experiencia según la cual pacientes y sus familiares se enfrentan a significativas dificultades a la hora de acreditar el mal llamado nexa causal y la falla del servicio.”

En consonancia con la doctrina más autorizada en el tema, la H. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, en sentencia de fecha 22 de julio de 2010, radicado 41001-3103-004-2000-00042-01, M.P. Pedro Octavio Munar Cadena, reflexiono:

*“(...) no es menos cierto que, en tratándose de la ejecución del acto médico propiamente dicho, deberá indemnizar, en línea de principio y dejando a salvo alguna excepciones, los perjuicios que ocasione mediando culpa, en particular la llamada culpa profesional, o dolo, cuya carga probatoria asume el demandante, sin que sea admisible un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos (sents.,mar.5/40 sep. 12/85 y ene 30/2001, entre otras). Empero, **a esa conclusión no se opone que el juez, atendiendo los mandatos de la sana crítica y mediante diversos procedimientos racionales que flexibilizan el rigor de las reglas de la carga de la prueba, asiente determinadas inferencias lógicas enderezadas a deducir la culpabilidad médica, en el caso en concreto.** En efecto, comoquiera que es posible que una rigurosa aplicación de la disposición contenida en el artículo*

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

177 del Código de Procedimiento Civil pueda aparejar en este ámbito el fracaso de la finalidad reparadora del régimen de la responsabilidad civil, particularmente, por las dificultades probatorias en las que se puede encontrar la víctima, no es insensible la Corte ante esta situación, motivo por el cual asienta que, teniendo en consideración las particularidades de cada caso en concreto, lo que repele indebidos intentos de generalización o de alteración de los principios o mandatos legales, y en la medida en que sea posible, puede el juez acudir a diversos instrumentos que atenúan o “dulcifican” (como lo denominan la doctrina y la jurisprudencia españolas) el rigor del reseñado precepto. Así, dependiendo de las circunstancias del asunto, se insiste una vez más, es posible que el juez, con sujeción a las normas jurídicas y de la mano de las reglas de la experiencia, el sentido común, la ciencia o la lógica, deduzca ciertas presunciones (simples o de hombre) relativas a la culpa galénica; o que lo haga a partir de indicios endoprocesales derivados de la conducta de las partes (artículo 249 ibidem); o que acuda a razonamientos lógicos como el principio res ipsa loquitur; o teniendo en consideraciones la manifiesta anormalidad de las consecuencias del acto médico deduzca una “culpa virtual” o un “resultado desproporcionado”, todo lo anterior, se reitera aun a riesgo de fastidiar, sin que sea admisible la aplicación de criterios generales que sistemática e invariablemente quebranten las reglas de distribución de la carga de la prueba previstos en el ordenamiento”

Consideración que se ha mantenido como línea Jurisprudencial pacífica, rastreable en diversas decisiones del máximo Tribunal de la jurisdicción ordinaria civil, para citar algunas de ellas:

Corte Suprema de Justicia, sala de Casación Civil, M.P. Margarita Cabello Blanco, del quince 15 de septiembre de 2014. Exp. SC12449-2014:

El régimen que gobierna la eventual responsabilidad está marcado por el de culpa probada empero e igualmente, su disciplina probativa no debe responder a la rigidez de antaño, sino que, ya el médico ora el paciente, debe asumir ese compromiso demostrativo, atendiendo la real posibilidad de hacerlo; aquél que se encuentre en mejores condiciones para acreditar los supuestos de hecho configurantes del tema a establecer, deberá asumir esa carga.

En esa misma providencia se citó la SC de 5 nov. 2013, rad. 2005-00025, en la cual se adujo, que:

(...) en relación con el onus probandi, es dable al juzgador aplicar criterios de flexibilización o racionalización probatoria en algunos supuestos excepcionales, atendiendo las circunstancias del caso concreto, v.gr., la regla res ipsa loquitur, la culpa virtual, o la presencia de un resultado desproporcionado, entre otros (cfr. Cas. Civ. Civ. 30 de enero de 2001, exp. 5507, 22 de julio de 2010, exp. 41001 3103 004 2000 00042 01, y de 30 de noviembre de 2011, exp. 76001-3103-002-1999-01502-01). Igualmente, es menester recordar al respecto que ya esta corporación, en el mencionado fallo de 30 de enero de 2001, destacó que “es precisamente en este sector del comportamiento en relación con las prestaciones debidas, donde no es posible sentar reglas probatorias absolutas con independencia del caso concreto, pues los habrá donde el onus probandi permanezca inmodificable, o donde sea dable hacer actuar presunciones judiciales,

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

como aquellas que en ocasiones referenciadas ha tenido en cuenta la Corte, pero también aquellos donde cobre vigencia ese carácter dinámico de la carga de la prueba, para exigir de cada una de las partes dentro de un marco de lealtad y colaboración, y dadas las circunstancias de hecho, la prueba de los supuestos configurantes del tema de decisión. **Todo, se reitera, teniendo en cuenta las características particulares del caso: autor, profesionalidad, estado de la técnica, complejidad de la intervención, medios disponibles, estado del paciente y otras circunstancias exógenas, como el tiempo y el lugar del ejercicio, pues no de otra manera, con justicia y equidad, se pudiera determinar la corrección del acto médico (lex artis)". Esta última referencia es particularmente importante en situaciones excepcionales, en las que exista una evidente dificultad probatoria para el paciente o sus familiares en orden a obtener los medios de prueba que sirvan para acreditar la culpa médica, y por el contrario, por cercanía o disponibilidad, la demostración de la diligencia resulte de mayor facilidad para el facultativo o la institución hospitalaria demandada.**

Corte Suprema de Justicia, sala de Casación Civil, M.P. Álvaro Fernando García Restrepo, del quince 19 de diciembre de 2017, radicado (SC21828-2017) 08001-31-03-009-2007-00052-01

Fruto de la evolución jurisprudencial que en Colombia ha tenido la responsabilidad médica, desde hace algún tiempo se viene aplicando la "teoría de la carga dinámica de la prueba", en virtud de la cual debe identificarse si "es el paciente quien se encuentra en mejor posición para demostrar ciertos hechos" o si, por el contrario, esa facilidad la tiene la parte opuesta, tanto en lo que refiere a la "falla del servicio" como a la "relación de causalidad",

De esta manera, clarificada la línea de reflexión del máximo Tribunal de lo Civil, entorno al ejercicio probatorio inmerso en las acciones de Responsabilidad Medica, este recurrente **reprocha con dureza** que la Juez de primera instancia aplico un sistema probatorio rígido al más puro, férreo y tradicional principio *onus probandi incumbit actori*, exigiendo prueba directa en cada uno de los elementos de la responsabilidad galénica, en especial, culpa y nexo causal, **haciendo más gravosa la posición de los demandantes.**

"Ante el escaso material probatorio, el Despacho con las pruebas allegadas al plenario, arriba a las siguientes conclusiones"²³ - negrita y subrayado fuera de texto-

²³ Juzgado Sexto Civil del Circuito de Cúcuta, sentencia de primera instancia, radicado 54-001-31-03-006-2018-00243-00, de fecha 28 de febrero de 2022, folio 41.

De igual manera, en línea de la desafortunada cognición, también desconoció y dejó de aplicar el precedente supra citado, y con ello, se faltó y cerceno la posibilidad de que a través de la prueba indirecta²⁴ se diera por acreditada la legítima responsabilidad médica que se achaca a las demandas; valga decirlo, elementos probatorios que de manera directa e indirecta demuestran lo acaecido en el caso de Hipólito Jaimes, para citar algunos de ellos y que obran en el expediente: **1. La Historia Clínica 2. El dictamen pericial 3. La literatura médica consignada en el dictamen médico rendido 4. Las declaraciones de los familiares del fallecido 4. La conducta procesal de las partes, en especial, la renuencia de los médicos tratantes de Hipólito Jaimes a declarar dentro del proceso 5. La renuencia de la Clínica San José aportar los protocolos de atención médica empleados en el caso de Hipólito Jaimes, incumpliendo directa y despreocupadamente la orden de la Juez, y, 6. Finalmente la conducta procesal del representante legal de la Nueva EPS, doctor Danilo Alejandro Vallejo, quien declaró en la audiencia inicial, trayendo preparado el informe de lo que debía manifestar, pero de igual manera, y pese a ser especialista en la materia, rehusándose con evasivas a conceptualizar y expresar verdad técnico-científica, cuando se le requirió en el contrainterrogatorio realizado por la señora Juez y este apoderado.**

Intervención de la Juez, audiencia de instrucción y juzgamiento (11.36am – 2020.01.31)

“Entonces se termina el interrogatorio al perito creo está debidamente sustentado su dictamen, como no hay pruebas, queda pendiente, entonces los dos testimonios de los dos médicos tratantes, el médico Salgar y del auditor médico. Se le había requerido a la Clínica San José para que allegara los protocolos médicos aplicables frente a la sintomatología presentada por el paciente en cada una de sus fases de agravamiento y evolución, en el periodo que estuvo bajo su cuidado y hasta su fallecimiento, NO se ha allegado creo, si en la audiencia esta, entonces no se ha allegado hasta este momento por parte de la Clínica San José. Si eso quedo en el acta de la diligencia pasada quedo que se allegarían los protocolos médicos por parte de la Clínica San José en relación con toda la evolución del paciente hasta su fallecimiento, entonces hoy voy a dejar constancia que hasta este momento no se ha allegado.

²⁴ Indicios – conducta procesal de las partes

Declaración de parte, audiencia inicial, interroga la juez, al señor Danilo Alejandro Vallejo Guerrero, medico, representante legal de Nueva EPS.

PREGUNTA: Doctor, se dice que no se siguieron los protocolos médicos para tratar las diferentes patologías del paciente. Usted que tiene que decir al respecto: RESPUESTA: Señora Juez, yo como representante legal me queda muy difícil, funjo como representante legal, es muy difícil, NO es un concepto de perito, a pesar de que soy cirujano general, y esta patología es de mi especialidad, es muy difícil emitir un concepto de valor y decir no fue tratado adecuadamente, para eso requeriría un concepto de un perito y que dijera esta patología se maneja de esta forma y esta otra de otra forma. Yo puedo conceptuar o mencionar cosas que en los pacientes que reciben los medicamentos biológicos bajan las defensas y pueden llegar a producir esas esofagitis fúngicas, ósea hongos en el esófago los puede llegar a producir, pacientes que reciben medicamentos para esta enfermedad, que es una enfermedad que todavía no se conoce su causa, pero que en muchas ocasiones se considera autoinmune, y produce bajas de las defensas, pues recibió múltiples medicamentos, antibióticos, recibió analgésicos, recibió antiinflamatorios, PERO como le digo NO puedo yo decir que exista un protocolo, y yo lo pueda comparar con el tratamiento que recibió, porque no tengo digamos las características de perito especializado

Consejo de Estado, sección tercera, sentencia de 31 de agosto de 2006, C.P. Ruth Stella Correa Palacio, radicado 15772

“así, por ejemplo, de la renuncia a suministrar la historia clínica, o hacerlo de manera incompleta, o no documentar datos relevantes de la prestación médica, puede inferirse el interés de la parte de ocultar un hecho que le resulta adverso a sus intereses”

De esta manera, se reitera, **la juez de primera instancia paso por alto al momento de proferir la decisión, la línea jurisprudencial que nivela la desigualdad procesal en materia de derecho de pruebas, en el ámbito de la presente responsabilidad médica, y con ello, quebró principios fundamentales superiores, al igual que principios procesales elementales²⁵, lo que generó una afectación a la parte demandante – parte procesal débil-**, omisión que debe ser enmendada a fin de aplicar la justicia material en la presente causa judicial.

Código General del Proceso, artículos 4 y 7.

²⁵ Código General del Proceso, artículo 4

ARTÍCULO 4o. IGUALDAD DE LAS PARTES. El juez debe hacer uso de los poderes que este código le otorga para lograr la igualdad real de las partes.

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402
E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co
Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102
Cúcuta- Colombia

ARTÍCULO 7o. LEGALIDAD. Los jueces, en sus providencias, están sometidos al imperio de la ley. Deberán tener en cuenta, además, la equidad, la costumbre, la jurisprudencia y la doctrina.

Quando el juez se aparte de la doctrina probable, estará obligado a exponer clara y razonadamente los fundamentos jurídicos que justifican su decisión. De la misma manera procederá cuando cambie de criterio en relación con sus decisiones en casos análogos.

2.5 Falta de análisis y pronunciamiento sobre la pretensión subsidiaria de “perdida de oportunidad”.

La pérdida de oportunidad entendida esta como un daño autónomo, se configura en el caso sub lite, desde dos frentes: **(I). LA NO APLICACIÓN OPORTUNA DEL TRATAMIENTO MEDICO** que requería el señor Juan Hipólito Jaime, conforme a la sintomatología presentada y la no mejoría, o respuesta positiva, frente al tratamiento conservador inicialmente establecido.

De las circunstancias fácticas reveladas en la historia clínica frente a los padecimientos de salud que presentaba el señor Juan Hipólito, lo adecuado conforme a la literatura médica especializada, teniendo en cuenta la no evolución satisfactoria del paciente frente al diagnóstico de COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA, era **UNA INTERVENCION MEDICA QUIRURJICA INMEDIATA** denominada “COLECTOMIA”, con el objeto de intentar por otro medio médico, igualmente recomendado y eficaz, restaurar la salud del paciente.

Procedimiento que se realizó tardíamente, restando de esta manera, probabilidades de sanación o curación al señor Juan Hipólito Jaime, el cual tristemente falleció, a consecuencia de la no curación de la Colitis Ulcerativa, patología que solo fue agravándose y agravándose, cada vez más, durante todo el tratamiento y seguimiento médico aplicado.

De igual manera constituye perdida de oportunidad **(II) LA NO APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS PARA REANIMACION CARDIO CEREBRO PULMONAR DEL PACIENTE CRÍTICAMENTE ENFERMO SIN DIAGNÓSTICO DE MUERTE CEREBRAL**

POR PARTE DE NEUROESPECIALIDAD. Omisión ocurrida al final del estado crítico del paciente, día nueve (09) de noviembre del año 2014, fecha en la que ocurrió su deceso estando en la UCI de la clínica San José; Si bien no existe certeza, de que de haber aplicado la mencionada REANIMACION, el paciente continuara con vida, dicha omisión sí que le resta probabilidades de sanación y por ende de oportunidades de seguir viviendo.

Ley 23 de 1989 " Por lo cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica "

ARTICULO 17. La cronicidad o incurabilidad de la enfermedad no constituye motivo para que el médico prive de asistencia a un paciente.

En relación con este tipo de daño, la Sección Tercera del Consejo de Estado en sentencia del 12 de febrero de 2014, interno:34125, preciso que la pérdida de oportunidad es un daño resarcible de carácter autónomo, y reitero los criterios expuestos en sentencias del 11 de agosto de 2010²⁶ y del 7 de julio de 2011²⁷, así:

"2- La " pérdida de oportunidad" o "pérdida de chance" cómo modalidad del daño a reparar.

"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 de 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, o 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 esta que genera, por consiguientes, 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 si misma, un interés jurídico que si bien no cabría catalogar como un auténtico derecho subjetivo, sin duda facultaba a quien

²⁶ Consejo de Estado, expediente 18.593

²⁷ Consejo de Estado, expediente 20.139

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, entorno 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 hubiera 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, 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 si 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 resultan sustantivas en si 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 de cada caso.

“La pérdida de oportunidad como rubro autónomo del daño demuestra que este no siempre comporta 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 si mismo, con prescindencia del resultado final incierto, frente a lo cual, resulta lógico que dicha oportunidad perdida “tiene un precio por si misma, que no puede identificarse con el importe total de lo que estaba en juego, sino que ha de ser, necesariamente, inferior a el”, para su determinación (...).”

Por su parte la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, con ponencia de la Magistrada Margarita Cabello Blanco²⁸, en sentencia del

²⁸ SC 10261-2014, Expediente No. 1101-31-03-003-1998-07770-01

cuatro (04) de agosto de 2014, preciso en relación con la pérdida de oportunidad, lo siguiente:

"1. Tiene establecido la Corte, que los "presupuestos de la responsabilidad civil del médico no son extraños al régimen general de la responsabilidad (un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia y cuidado propios de la profesión, que el obrar antijurídico sea imputable subjetivamente al profesional, a título de dolo o culpa, el daño patrimonial o extrapatrimonial y la relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento medico primeramente señalado). (Cas. Civ. Sentencia 001 de 30 de enero de 2001, expediente 5507).

(...)

En tiempos recientes, la sala abordo lo atañedero a la perdida de oportunidad, también conocida como "de la chance" y sin vacilaciones, reitero su posición en torno a que es una cuestión distinta al lucro cesante.

(...)

La pérdida de oportunidad...constituye una especie de daño independiente, provisto de unas singularidades características y que, en últimas, se ve concretado en el desvanecimiento de la posibilidad de obtener una ganancia o de evitar que se produzca un evento, frustración que correlativamente, coloca a quien sufre el menoscabo en la posición de poder demandar la reparación de los perjuicios

(...)

Aquella, en si misma considerada, causa daño a quien se privó o se fruto de ese "chance", razón por la cual tiene un valor en sí misma, independientemente del hecho futuro, pues la lesión consistente en la desaparición absoluta de una probabilidad objetiva, posee una naturaleza cierta y directa.

(...)

Sus presupuestos axiológicos, para que pueda considerarse como daño indemnizable según la elaboración jurisprudencial de esta corporación refieren a: (I). Certeza respecto de la existencia de una legítima oportunidad, y aunque, la misma envuelva un componente aleatorio, la "chance" diluida debe ser seria, verídica, real y actual; (II). Imposibilidad concluyente de obtener el provecho o de evitar el detrimento por razón de la supresión definitiva de la oportunidad para conseguir el beneficio, pues si la consolidación del daño dependiera aun del futuro, se trataría de un perjuicio eventual e hipotético, no susceptible del reconocimiento de una indemnización que el porvenir podría convertir en inconveniente; y (III) La víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado; no es cualquier expectativa o posibilidad la que configura el daño, porque si se trata de oportunidades débiles, lejanas o frágiles, no puede aceptarse que, incluso, de continuar el normal desarrollo de las cosas, su frustración inevitablemente conllevaría en la afectación negativa del patrimonio u otros intereses lícitos. Dicho de otro modo, el afectado tendría que hallarse, para el momento en el cual ocurre el hecho dañino, en un escenario tanto factico como jurídicamente idóneo para alcanzar el provecho por el cual propugnaba"

Con lo anterior, queda claro Honorable Magistrada que la pérdida de oportunidad es un daño autónomo e independiente apto para reparar e indemnizar, en la medida de que la posición jurisprudencial tanto de la

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

Corte Suprema de Justicia, como del Consejo de Estado, lo establecen unánimemente, admitiendo la pérdida de oportunidad, como la constitución de un daño independiente, autónomo, provisto de unas singulares características.

4. Análisis de los elementos configuradores de la responsabilidad medica

4.1 Daño

Concretado en dos situaciones: **(I)**. El innecesario padecimiento y deterioro en la salud y calidad de vida del señor Juan Hipólito Jaimes **(II)**. La muerte de Hipólito Jaimes el día nueve (09) de noviembre del año 2014, según reza en la historia clínica del paciente, como también, en el certificado de defunción serial No.08603464.

Corte Suprema de Justicia, radicado” (SC 5516-2016) n.º 08001-31-03-008-2004-00221-01, del 29 de abril de 2016.

“ En el plano jurídico y, más exactamente, en el del derecho de daños, el daño es todo detrimento, menoscabo o deterioro, que afecta bienes o intereses lícitos de la víctima, vinculados con su patrimonio, con su esfera espiritual o afectiva, o con los bienes de su personalidad” y, como tal, es “el elemento estructural más importante de la responsabilidad civil, contractual y extracontractual, al punto que, sin su ocurrencia y demostración, no hay lugar a reparación alguna”

4.2 Culpa médica en la atención a Juan Hipólito Jaimes

- Diagnostico técnico - especializado exageradamente tardío – cuatro (04) años después de consulta del paciente-.
- Demora en la atención y seguimiento al paciente por parte de un médico especialista.
- Demora y reconsideración del tratamiento formulado, ante la no mejoría del paciente – No se le brindó en tiempo la alternativa de la cirugía colectomía o recolectomía.
- Se declaró la muerte cerebral del paciente, sin seguir y cumplir el protocolo médico, desechando cualquier probabilidad de auxilio y tratamiento para seguir conservando la vida del enfermo.
- Muerte del paciente por omisión en aplicación de las alternativas terapéuticas, frente a una patología de larga data, que pudo haber sido conjurada.

Corte Suprema de Justicia, radicado (SC12947-2016) 11001 31 03 018 2001 00339 01, de fecha 15 de septiembre de 2016, M.P. Margarita Cabello Blanco

*“ Justamente, **la civil médica, es una especie de la responsabilidad profesional sujeta a las reglas del ejercicio de la profesión de la medicina, y cuando en cualquiera de sus fases de prevención, pronóstico, diagnóstico, intervención, tratamiento, seguimiento y control, se causa daño**, demostrados los restantes elementos de la responsabilidad civil, hay lugar a su reparación a cargo del autor o, in solidum si fueren varios los autores, pues ‘el acto médico puede generar para el profesional que lo ejercita obligaciones de carácter indemnizatorio por perjuicios causados al paciente, como resultado de incurrir en yerros de diagnóstico y de tratamiento, ya porque actué con negligencia o impericia en el establecimiento de las causas de la enfermedad o en la naturaleza misma de esta, ora porque a consecuencia de aquello ordene medicamentos o procedimientos de diversa índole inadecuados que agravan su estado de enfermedad, o bien porque ese estado de agravación se presenta simplemente por exponer al paciente a un riesgo injustificado o que no corresponda a sus condiciones clínico – patológicas*

4.3 Nexo causal

La causalidad es un concepto que permite reconocer, de entre una pluralidad de acontecimientos, aquel o aquellos que hacen posible la producción de un resultado.

En sentido jurídico, es uno de los elementos esenciales de la responsabilidad civil, de suerte que quien comete un hecho dañoso con culpa o dolo, está obligado a repararlo; aunque ese hecho no tiene que ser el resultado del despliegue de un acto positivo, pues bien puede acontecer por abstenerse de ejecutar una acción cuando se tiene el deber jurídico de actuar para evitar o prevenir una lesión. Es decir, que la responsabilidad también puede tener lugar por una abstención u omisión en la acción.

Ahora bien, para establecer ese nexo de causalidad es preciso acudir a las máximas de la experiencia, a los juicios de probabilidad y al buen sentido de la razonabilidad, pues solo estos permiten aislar, a partir de una serie de regularidades previas, el hecho con relevancia jurídica que pueda ser considerado como la causa del daño generador de responsabilidad civil.

Al respecto del caso de marras, estalla a simple vista, que **se produjeron una cadena de acciones tardías y omisiones por parte de los médicos tratantes,**

que conllevaron a la muerte de Hipólito Jaimes. Así, en este punto del desarrollo del presente recurso es claro que la EPS-IPS demoraron en primer lugar la aplicación de los exámenes médicos especializados para diagnosticar con certeza la enfermedad de Hipólito Jaimes – cuatro (04) años; de igual manera, le relentizaron la atención por parte de especialistas médicos, tanto fue la situación, que los familiares se vieron en la obligación de interponer acciones de tutela ante el agravamiento de su ser querido y la nula respuesta por parte de la IPS; en el mismo sentido, los médicos tratantes omitieron el escalonamiento del tratamiento al paciente ante la no mejoría, privándole de la cirugía colectomía que pudo haberlo incluso curado; y finalmente, ante la falta de un tratamiento adecuado y efectivo, como el avance de la cronicidad en la enfermedad de Hipólito Jaimes, la aparición de infecciones – moniliasis-, perforaciones intestinales – megacolon toxico- lo que lo llevo a un estado de salud crítico, el cual desencadenó desafortunadamente en la muerte, no sin antes haberle negado auxilio y tratamiento en el momento más álgido de su enfermedad – estando en UCI-, al declararlo muerto encefálicamente, sin el cumplimiento del protocolo médico para este tipo de declaraciones tan extremas y gravosas.

En palabras del perito médico:

Audiencia de instrucción y juzgamiento, interrogatorio perito médico. Interroga apoderado de la Clínica San José

PREGUNTA: Doctor de la Hoz, usted pudo identificar dentro de su estudio, porque no nos lo menciona, cual fue la causa de la muerte de este paciente. ***RESPUESTA:*** **Si señor, según lo que se describe y se desprende de la historia clínica final de la clínica San José, puedo pues, darle un escalonamiento de la causa de muerte del paciente, el señor Juan Hipólito fallece por una condición que se llama choque séptico, ese choque séptico fue producto de esa sepsis severa, entonces la sepsis severa a su vez, fue consecuencia de una perforación intestinal, esa perforación intestinal fue producto de una colitis ulcerativa crónica severa que produjo al final ese megacolon y esa perforación, conclusión es como hinchar un globo y por la parte más delgadita, donde más lesionado este, se perfora y todo el contenido de adentro pase hacia afuera y produzca toda la infección, entonces la causa de muerte del paciente por descripción clínica fue el choque séptico secundario a sepsis, secundario a peritonitis generalizada, producto de una perforación del colon**

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402
E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co
Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102
Cúcuta- Colombia

En contraste con el artículo científico MERCK SHARP AND DOHME, Tratamiento de la colitis ulcerosa, en especial en los acápites denominados "COLITIS FULMINANTE – CIRUGIA"

Colitis fulminante

Si se sospecha colitis fulminante o tóxica, el paciente debe

1. Suspender todos los medicamentos antidiarreicos
2. No tomar nada por boca; se le debe colocar una sonda intestinal larga unida a aspiración intermitente
3. Recibir tratamiento hidroelectrolítico IV agresivo con cloruro de sodio al 0,9%, y cloruro de potasio y sangre según sea necesario
4. Recibir corticoides o ciclosporina IV en alta dosis
5. Recibir antibióticos (p. ej., metronidazol 500 mg IV cada 8 horas y ciprofloxacina 500 mg IV cada 12 horas)
6. Tal vez podría administrarse infliximab

*Hacer que el paciente rote del decúbito supino al decúbito prono cada 2-3 horas puede ayudar a redistribuir el gas colónico y prevenir la distensión progresiva. La introducción de una sonda rectal blanda también puede ser útil, pero debe colocarse con extrema precaución para evitar una perforación intestinal. **Aunque se logre la descompresión de un colon dilatado, el paciente no está fuera de peligro a menos que se controle el proceso inflamatorio de base; de lo contrario, aún será necesaria la colectomía.***

Si las medidas médicas intensivas no inducen una mejoría definitiva dentro de las 24-48 horas, se requiere cirugía inmediata; de lo contrario, el paciente puede morir por sepsis secundaria a translocación bacteriana o, incluso, perforación.

Cirugía

Casi un tercio de los pacientes con colitis ulcerosa extensa requiere finalmente cirugía. La rectocolectomía total es curativa: se normaliza la esperanza de vida, y se reduce de forma significativa el riesgo de cáncer de colon. Sin embargo, algunos estudios informan que hasta el 25% de los pacientes desarrollan posteriormente inflamación en la mucosa del intestino delgado compatible con enfermedad de Crohn (1, 2); esto puede ocurrir muchos años después de la cirugía. Después de la proctocolectomía con anastomosis anal con ileal reservorio (AARI), queda un pequeño riesgo de displasia o cáncer en el manguito rectal e incluso en el reservorio ileal. **Después de la proctocolectomía con ileostomía o AARI, la calidad de vida mejora;** sin embargo, se crean nuevos retos para la calidad de vida.

En caso de hemorragia masiva, colitis tóxica fulminante o perforación, está indicada **la colectomía de urgencia. Por lo general, el procedimiento de elección es la colectomía subtotal con ileostomía y cierre del rectosigmoideas (procedimiento de Hartmann) o fístula mucosa, porque los pacientes más comprometidos no pueden tolerar una cirugía más prolongada.** Puede researse en forma programada el muñón rectosigmoideo y realizar una anastomosis ileoanal con un reservorio. No se debe dejar indefinidamente el

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia

muñón rectal intacto, debido a los riesgos de reactivación de la enfermedad y de transformación maligna.

La cirugía programada está indicada en caso de cáncer, estenosis sintomáticas, retardo de crecimiento en niños o, con suma frecuencia, enfermedad crónica resistente al tratamiento que resulta invalidante o causa dependencia de corticoides.

5. Petición

Por las anteriores razones de derecho y, de hecho, sustancialmente expuestas a lo largo del presente recurso de alzada, se ruega a la H. Magistrada proceda a revocar la decisión de primera instancia, y en su defecto, **ACCEDA A LA SUPPLICAS DE LA DEMANDA, ORDENANDO A LOS RESPONSABLES EL PAGO DE LAS CORRESPONDIENTES INDEMNIZACIONES** a que haya lugar de acuerdo con las pretensiones solicitadas y la **doctrina probable** de la Corte Suprema de Justicia en cuanto a la tasación de los perjuicios extrapatrimoniales.

Corte Suprema de Justicia, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona, radicado (AC3265-2019) 11001-02-03-000-2019-02385-00, doce (12) de agosto de 2019

Así las cosas, para la ponderación de los daños extrapatrimoniales, se acude al denominado “arbitrium iudicis”²⁹ o “recto criterio del fallador”, atendiendo “(...) el marco fáctico de circunstancias, condiciones de modo, tiempo y lugar de los hechos, situación o posición de la víctima y de los perjudicados, intensidad de la lesión a los sentimientos, dolor, aflicción o pesadumbre y demás factores incidentes conforme al arbitrio judicial ponderado del fallador (...)”³⁰.

Bajo ese contexto, la tasación realizada por esta Corte en algunos eventos donde se ha reclamado indemnización del perjuicio moral para los padres, hijos y esposo(a) o compañero(a) permanente de la persona fallecida o víctima directa del menoscabo, se ha establecido regularmente en \$60´000.000,oo.,³¹ lo cual implica, prima facie, que dicha cuantía podrá ser guía para su determinación.

En igual sentido, respecto al daño a la vida de relación o alteración a las condiciones de existencia, conforme a los criterios orientadores señalados por la jurisprudencia de esta Sala³², se ha llegado a reconocer \$140´000.000,oo., cantidad que servirá,

²⁹ De ningún modo “arbitrario” o “irracional”.

³⁰ CSJ AC 240 de 14 de sep. de 2000, exp. 9033-97.

³¹ **Doctrina probable consolidada en las sentencias SC1395-2016, SC15996-2016, y SC9193-2017. No obstante, si bien dicho montó en la sentencia SC5686-2018**

³² CSJ SC 9 de Dic. de 2013, rad. 88001-31-03-001-2002-00099-01. La Sala, en fallo sustitutivo, fijó en \$140´000.000,oo el perjuicio de la vida de relación de un señor de 25 años de edad que perdió el 75% de su capacidad laboral, como consecuencia de un accidente de tránsito, el cual “*le produjo graves y permanentes lesiones que afectaron su desenvolvimiento personal, familiar y social por el resto de su vida*”.

razonadamente, de faro para su cómputo.

Corte Suprema de Justicia, Magistrada ponente Margarita Cabello Blanco, radicado (SC5686-2018) 05736 31 89 001 2004 00042 01. Presunción de perjuicios para grupo familiar.

“está circunscrito a la lesión de la esfera sentimental y afectiva del sujeto, ‘que corresponde a la órbita subjetiva, íntima o interna del individuo’ (sentencia de 13 de mayo de 2008), de ordinario explicitado material u objetivamente por el dolor, la pesadumbre, perturbación de ánimo, el sufrimiento espiritual, el pesar, la congoja, aflicción, sufrimiento, pena, angustia, zozobra, desolación, impotencia u otros signos expresivos”, que se concretan “en el menoscabo de los sentimientos, de los afectos de la víctima y, por lo tanto, en el sufrimiento moral, en el dolor que la persona tiene que soportar por cierto evento dañoso”. (Sentencia de Casación Civil de 18 de septiembre de 2009. Exp.: 2005-406-01). (SC10297-2014 de 5 ag. 2014, Rad: 11001-31-03-003-2003-00660-01) (...)

*Tratándose de perjuicios morales, las máximas de la experiencia, el sentido común y **las presunciones simples o judiciales que brotan las más de las veces de la situación de hecho que muestra el caso sometido a consideración del juez serán suficientes a los efectos perseguidos.** Es sabido que no hay prueba certera que permita medir el dolor o la pena, ni menos cuando han pasado años desde el acaecimiento del evento dañoso. De tal modo que, ante la imposibilidad de una prueba directa y de precisar con certidumbre absoluta si existe o no y en qué grado el dolor, congoja, pánico, padecimiento, humillación, ultraje y, en fin, el menoscabo espiritual de los derechos inherentes a la persona de la víctima, como consecuencia del hecho lesivo, opta válidamente el juez por atender a esas particularidades del caso e inferir no sólo la causación del perjuicio sino su gravedad. Es que el daño moral se manifiesta in re ipsa, es decir, por las circunstancias del hecho y la condición del afectado. (...)*

*De esas presunciones judiciales o de hombre, de la mayor importancia, como lo ha reconocido de antaño esta Corporación, **es la que procede de los estrechos vínculos de familia a efectos de deducir los perjuicios morales que padecen los allegados a la víctima directa, en atención a que se presume, por los dictados de la experiencia, que entre ésta y aquellos existen fuertes lazos de afecto** por lo que, sin duda, el interés jurídico tutelado y transgredido con el acto dañoso no es, en criterio de la Corte, únicamente el dolor psíquico o físico dado que este suele ser una consecuencia (pero no la única) de la trasgresión a un derecho inherente a la persona, a un bien de la vida o un interés lícito digno de protección, como en este caso son las relaciones de la familia como núcleo esencial de la sociedad, dolor que quizás no se manifiesta en infantes ni menos en recién nacidos, pero no por ello ha de concluirse que el menoscabo a un bien extrapatrimonial de que gozaba o podía llegar a gozar ese menor no deba ser objeto de resarcimiento.*

Con el acostumbrado respeto a la administración de justicia

EDWARD FABIÁN LATORRE OSORIO

C.C. 1.090.385.618

T.P. 214.001 C.S.J.

Cel: 3208146713– 322 475 1168- 575 3402

E-mail: Latorre.abogadocivil@gmail.com– javierandres@perozobg.co

Av. Diagonal Santander N° 10-133, Edificio Max Millas, Oficina 102

Cúcuta- Colombia