



Tribunal Administrativo de Boyacá

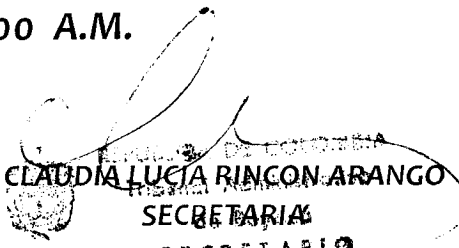
Secretaria

E D I C T O

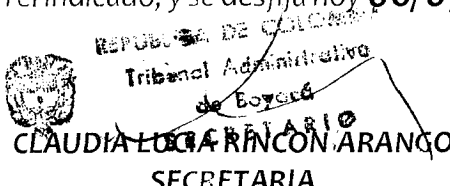
**LA SUSCRITA SECRETARIA DEL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOYACÁ, POR EL
PRESENTE NOTIFICA A LAS PARTES LA SENTENCIA DICTADA**

CLASE DE ACCIÓN	REPARACION DIRECTA
RADICADO	15001-33-31-001-2008-00189-01
DEMANDANTES	ROBIN HERNAN JIMENEZ CANO Y LYDA MARIBEL BONILLA JIMENEZ en nombre y representación del menor HEIDER DUVAN JIMENEZ BONILLA
DEMANDADO	ESE HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES
MG. PONENTE	LUÍS ERNESTO ARCINIEGAS TRIANA
FECHA DE DECISIÓN	26 DE JUNIO DE 2019

PARA NOTIFICAR A LAS PARTES LA ANTERIOR SENTENCIA, SE FIJA EL PRESENTE EDICTO EN LUGAR PUBLICO DE LA SECRETARIA POR EL TERMINO LEGAL DE TRES (3) DÍAS HÁBILES, HOY **04/07/2019 A LAS 8:00 A.M.**


REPUBLICA DE COLOMBIA
CLAUDIA LUCIA RINCON ARANGO
SECRETARIA
SECRETARIO

CERTIFICO: Que el presente EDICTO permaneció fijado en lugar público de la Secretaría del TRIBUNAL, por el término en él indicado, y se desfija hoy **06/07/2019 a las 5:00 p.m.**


REPUBLICA DE COLOMBIA
Tribunal Administrativo
de Boyacá
CLAUDIA LUCIA RINCON ARANGO
SECRETARIA



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOYACÁ
SALA DE DECISIÓN No 2

Tunja,

26 JUN 2019

Acción: **Reparación directa**
Demandante **Robín Hernán Jiménez Cano y Lida Maribel Bonilla Jiménez en nombre propio y en representación de su menor hijo Heider Duván Jiménez Bonilla.**
Demandado: **E.S.E. Hospital Regional de Miraflores**
Expediente : **150013331001-2008-00189-01**

Magistrado ponente: **Luís Ernesto Arciniegas Triana**

Procede la Sala a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia proferida el 10 de febrero de 2017, por el Juzgado Primero Administrativo Oral del Circuito de Tunja que negó las pretensiones de la demanda.

I. ANTECEDENTES

1.-DE LA DEMANDA (fls. 2-15).

En ejercicio de la acción de reparación directa consagrada en el artículo 86 del C.C.A., los señores **ROBÍN HERNÁN JIMÉNEZ CANO** y **LIDA MARIBEL BONILLA JIMÉNEZ** en nombre propio y en representación de su menor hijo **HEIDER DUVÁN JIMÉNEZ BONILLA** solicitaron a esta jurisdicción declarar administrativa y extracontractualmente responsable a la **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES**, por los perjuicios patrimoniales y no patrimoniales que se les produjo como consecuencia de las lesiones personales causadas al señor Jiménez Cano por la equívoca y tardía atención médica - por falla en la prestación del servicio- derivada de la realización de la cirugía practicada el 4 de enero de 2008, que conllevó la pérdida absoluta del movimiento de su pie derecho.

Piden que como consecuencia de lo anterior, se condene a dicha entidad a pagarles los valores de los perjuicios que se relacionan a continuación:

➤ Perjuicios no materiales:

- *Morales*: cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada uno de los demandantes.
- *Daño a la vida en relación*: cuatrocientos (400) salarios mínimos legales mensuales vigentes para Robín Hernán Jiménez Cano que comprenden la compensación de la disminución en el goce de los placeres de la vida y de su disminución física producto de la pérdida del movimiento de su pie derecho o lo que clínicamente se denomina pie equinovaro (pie caído) como consecuencia de la falla en el servicio demandada.

Y a este mismo título de perjuicio, la suma de cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes para Lida Maribel Bonilla Jiménez, cónyuge del señor Robín Hernán Jiménez Cano y Heider Duván Jiménez Bonilla, hijo de este, a efectos de compensar la disminución en el goce de los placeres de la vida al lado de su esposo y padre quien ha perdido el movimiento de una de sus extremidades como consecuencia de la falla en el servicio que se alega.

- *Estético*: cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes para Robín Hernán Jiménez Cano por los perjuicios causados al actor que comprenden la compensación del daño estético sufrido producto de la pérdida del movimiento de su pie derecho o lo que clínicamente se denomina pie equinovaro (pie caído) como consecuencia de la falla en el servicio demandada.

➤ Perjuicios materiales:

- *Lucro cesante*: que comprende la indemnización presente vencida como el de la indemnización futura, teniendo en cuenta para su cálculo el ingreso que se demuestre dentro del proceso o en su defecto el salario mínimo legal mensual vigente incrementado en un 25% por concepto de prestaciones sociales, actualizados e incrementados en ambos eventos de acuerdo al IPC y teniendo en cuenta igualmente el grado de disminución de la capacidad laboral sufrida por el actor que

llegue a establecerse, su condición social, la actividad a la que se dedicaba (construcción de obras civiles y agricultura) y, para el reconocimiento de la indemnización futura, se tomará en consideración igualmente el índice o promedio de vida probable para una persona del sexo masculino que le es aplicable al actor.

Y finalmente que se dé cumplimiento a la sentencia en los términos contemplados en los artículos 176, 177 y 178 del C.C.A.

2.-FUNDAMENTOS FÁCTICOS

Narra la demanda que el señor Robín Hernán Jiménez Cano nació el 26 de noviembre de 1979; es casado con la señora Lida Maribel Bonilla Jiménez de cuya unión procrearon a Heider Duván Jiménez Bonilla; ejerce el oficio de la construcción como maestro de obra en el Municipio de Zetaquirá, oficio del cual deriva su sustento y el de su familia.

Relató que el señor Jiménez Cano sufrió un accidente con una guadañadora el día **27 de diciembre de 2007**, cuando efectuaba labores del campo, accidente que le ocasionó una cortadura en su pierna derecha por debajo de la rodilla (tercio superior); en razón a ese hecho fue trasladado inmediatamente por su progenitor a la E.S.E. Centro de Salud de Zetaquirá, lugar al que ingresó aproximadamente a las 9 de la mañana por el servicio de urgencias con un sangrado considerable y dolor intenso.

Manifestó que en ese centro de salud fue valorado generándose impresión diagnóstica de fractura abierta de tibia derecha tercio superior; lo canalizaron y remitieron, de manera inmediata, a la E.S.E. Hospital Regional de Miraflores, entidad del segundo nivel de atención en salud en el que ingresó aproximadamente a la 10 de la mañana, siendo valorado por la doctora Nadia Murillo Pérez, diagnosticándole fractura abierta de peroné derecho y ordenándole la realización de una radiografía de peroné y valoración por ortopedia.

Anotó que el lesionado fue valorado por el doctor José Joaquín Vargas, quien ratificó el diagnóstico de **fractura abierta de epífisis proximal de peroné (parte superior cerca a la rodilla) y déficit total de nervio ciático poplíteo externo**; dicho profesional ordenó lavado quirúrgico de la herida el cual se realizó hacia las 4

de la tarde en la sala de cirugía; se inició manejo de la lesión con antibiótico, colocación de venda y yeso en espera de una evolución de 8 días para realizar osteosíntesis y neurografía.

Señaló que el **4 de enero de 2008**, luego de estar hospitalizado 9 días, dicho ortopedista le realizó estas intervenciones con evolución satisfactoria, razón por la que le dio salida el 6 de enero de 2008, con incapacidad de 6 meses hasta cuando se le retirara el material de osteosíntesis (platina, clavos y tornillo) y con orden de control en 30 días.

Afirmó que desde su salida, el señor Jiménez Cano asistió a controles y terapias físicas con énfasis en ejercicios neurotróficos según lo ordenado por el especialista, pero ante su pésima evolución y nulo movimiento de dorsiflexión del pie (pie caído), el día **6 de mayo de 2008**, la fisioterapeuta dispuso que fuera manejado nuevamente por ortopedia.

Indicó que dicha valoración se llevó a cabo el **17 de mayo siguiente** por el ortopedista, doctor José Ignacio Martínez, quien dispuso aplazar la cirugía para quitarle el material de osteosíntesis ante la posible existencia de una lesión del nervio y le ordenó una electromiografía para determinar el estado del este, examen que fue programado y llevado a cabo en la ciudad de Bogotá.

Aseguró que dicho examen verificó la existencia de una lesión severa y total del nervio peroneo derecho, por lo que dicho galeno programó una segunda cirugía para el día **7 de junio de 2008** a fin de retirar el material de osteosíntesis con la que se había fijado la fractura del peroné e igualmente para **neurólisis del peroneo común** (sutura del peroné) y un injerto de nervio sural y tenorrafia del peroné; todo ello para corregir la primera cirugía que había practicado equívocamente la neurografía.

Indicó que luego de practicada la segunda cirugía y realizadas las terapias físicas, el actor presenta un pie derecho equinovaro (pie caído), que ha perdido la función de su miembro inferior derecho que le impide ejecutar naturalmente las actividades a las que se dedicaba, como la construcción de obras civiles y agricultura.

Arguyó que ello es consecuencia de una falla en el servicio en la que incurrió la entidad demandada, pues ante la presencia de un trauma tan específico de la pierna (fractura abierta de epífisis proximal de peroné y déficit total del nervio ciático

poplíteo externo), la técnica médica imponía a los galenos tratantes de la E.S.E. Hospital Regional de Miraflores, practicar inmediatamente una cirugía encaminada a restablecer de manera óptima la función de la extremidad, lo cual no ocurrió, pues esta (la neurografía) se realizó 9 días después del evento traumático, lo cual da cuenta de la impericia, negligencia y descuido con que se trató el trauma y que sin lugar a dudas implicó la pérdida del movimiento del pie derecho y de la oportunidad de salvar el movimiento de dicho miembro inferior, causándole además un daño estético, moral y a la vida en relación al lesionado como a su esposa e hijo.

II. TRAMITE PRIMERA INSTANCIA

La demanda fue presentada el 4 de febrero de 2009 ante los Juzgados Administrativos de esta ciudad (fl. 15) correspondiéndole por reparto al Juzgado Primero, despacho que por auto del 4 de febrero de 2009, admitió la demanda contra la E.S.E. Hospital Regional de Miraflores (fl. 21). El Ministerio Público fue notificado personalmente el 6 de febrero de ese año (fl. 22).

Mediante auto del 1 de abril de 2009, el citado Estrado Judicial negó la solicitud de llamamiento en garantía realizada por el Agente del Ministerio Público (fl. 28).

El representante legal de la E.S.E. Hospital Regional de Miraflores fue notificado personalmente el día 11 de junio de 2009 (fl. 45). Seguidamente el proceso se fijó en lista entre los días 14 y 28 de julio de 2009 (fl. 46), término dentro del cual la entidad accionada contestó la demanda y llamó en garantía a la Compañía de Seguros La Previsora S.A. (fl. 47-56).

Mediante auto del 4 de agosto de 2009, aceptó el llamamiento en garantía solicitado (fl. 118-120); en proveído del 17 de febrero de 2010, se continuó el trámite del proceso teniendo en cuenta que la entidad demandada no notificó al llamado en garantía y decretó las pruebas del proceso (fls. 123-126).

En auto del 6 de octubre de 2010, se requirieron las pruebas documentales faltantes del proceso (fl. 290-292); en proveídos del 6 de abril y 9 de junio de 2011, se proveyó para la práctica de la prueba pericial ordenada a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Boyacá y al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, respectivamente (fl. 325, 328).

Por medio de auto del 9 de noviembre de 2011, se corrió traslado del dictamen practicado por el citado Instituto y puso en conocimiento información necesaria para lo propio por la aludida Junta Regional (fl. 349-350); término dentro del cual la parte actora solicitó aclaración y complementación de aquel dictamen (fl. 351-354).

Mediante auto del 30 de noviembre de 2011, se accedió parcialmente a la solicitud de aclaración al considerar que algunos puntos de aclaración constituían nueva pericia (fls. 356-357). Contra esta providencia la parte actora interpuso recurso de apelación (fls. 358-365), recurso que fue concedido por auto del 14 de diciembre de 2011 (fl. 366).

A través de auto del 21 de marzo de 2012, este despacho admitió el recurso de apelación interpuesto (fl. 371); en auto del 2 de mayo de 2012 se dispuso correr traslado del escrito de apelación a la parte contraria (fl. 373). En auto del 21 de noviembre de 2013, la Sala No. 10 de Decisión de Descongestión de este Tribunal dejó sin valor y efecto jurídico las actuaciones surtidas en esa instancia a partir del auto del 21 de marzo de 2012 por medio del cual se admitió el recurso de apelación y rechazó por improcedente dicho recurso (fl. 381-383).

Por medio de auto del 23 de abril de 2014, el Juzgado Primero Administrativo de Descongestión de Tunja avocó conocimiento del presente proceso y obedeció y cumplió lo resuelto por la citada Sala de Descongestión en providencia del 21 de noviembre de 2013 (fl. 386) y se ordenó dar cumplimiento a lo dispuesto en auto del 30 de noviembre de 2011 y requerir pruebas faltantes (fl. 386).

Mediante auto del 16 de diciembre de 2014, ese Estrado Judicial ordenó poner en conocimiento la respuesta del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses relativa a la imposibilidad de aclarar o complementar el dictamen ante la desvinculación de la profesional que lo practicó y la inexistencia de galeno especialista en ortopedia y en la que se planteaba alternativas ante dicha falencia (fl. 390).

El proceso volvió al Juzgado Primero Administrativo del Circuito de Tunja el 23 de febrero de 2015, y en proveído del 4 de marzo de 2015 ese despacho dispuso avocar conocimiento, reanudar el término que se encontraba en curso y cumplir el auto del 16 de diciembre de 2014 (fl. 392).

Por medio de auto del 3 de febrero de 2016, se ordenó correr traslado para alegar de conclusión (fl. 394); auto contra el cual la parte actora interpuso recurso de reposición (fl. 395) corriéndose traslado del mismo entre los días 16 y 18 de febrero de 2016 (fl. 396). En auto del 6 de abril de 2016, no se repuso el auto impugnado (fl. 411-412). Presentaron alegatos de conclusión oportunamente los extremos procesales (fls. 398-402, 413-417) y el Ministerio Público no rindió concepto. Entró al despacho para fallo de primera instancia el 17 de mayo de 2016 (fl. 418).

1. Contestación de la demanda

E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES (fls. 47-56, 105).

Se opuso a las pretensiones de la demanda por carecer de fundamentos probatorios.

Frente a los hechos de la demanda dijo que, conforme con la prueba documental, son ciertos los relativos al parentesco entre los demandantes; la remisión inmediata del señor Robín Hernán Jiménez Cano desde la E.S.E. Centro de Salud de Zetaquirá a la E.S.E. Hospital Regional de Miraflores; del ingreso a esta última institución el 27 de diciembre de 2007 a las 10:00 de la mañana y que el doctor José Joaquín Vargas Sáenz dio impresión diagnóstica de fractura abierta epífisis proximal peroné derecho y lesión ciático poplíteo externo derecho cuya conducta inicial fue lavado quirúrgico más desbridamiento y que en 8 días se practicaría osteosíntesis peroné y neurólisis ciático poplíteo externo.

Así mismo que, el 4 de enero de 2008, luego de estar hospitalizado durante 9 días, el doctor José Joaquín Vargas le realizó al lesionado cirugía del peroné derecho (osteosíntesis) y neurorrafia ciático poplíteo externa (unión del nervio lesionado); cirugías que se realizaron previa información al lesionado sobre la naturaleza, propósitos de dichos procedimientos, tratamientos alternativos, riesgos, posibles consecuencias y complicaciones y quien finalmente los autorizó, cuyos resultados fueron satisfactorios; se le inmovilizó con tubo de yeso, se le dio salida y control en 30 días.

Aclaró que el señor Robín Hernán Jiménez asistió a control médico con el especialista en ortopedia solo hasta el 6 de marzo y nuevamente el 17 de mayo de 2008; asistió a fisioterapia desde el 25 de marzo hasta el 11 de julio de 2008, donde finalizó sesiones con evolución parcial de recuperación de movilidad activa de

6.7. cuello de pie – dedos hacia dorsiflexión y se le dan indicaciones de que debe continuar rehabilitación y, que no existe prueba de remisión de la fisioterapeuta a ortopedia.

De igual forma que lo que el médico José Ignacio Márquez halló al examen físico del actor fue disminución motora de dorsiflexión del tobillo derecho que puede corresponder a lesión total más neuroma postraumático del nervio peroneo superficial de la pierna derecha; ni en el resultado del examen de electroneuromiografía ni en la historia clínica se evidencia que la segunda cirugía programada para el 7 de junio de 2008, tuviese como finalidad corregir la cirugía realizada el 4 de enero de ese año.

Dentro de los argumentos defensivos señaló que el señor Robín Hernán Jiménez fue atendido conforme lo dispone el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud consagrado en la Ley 100 de 1993, el Decreto 1011 de 2006 y sus anexos técnicos establecidos en las Resoluciones Nos. 1043, 2680 y 3763 de 2007, y de acuerdo con el Manual de Estándares de habilitación, protocolos, manuales y las guías de atención basadas en evidencia científica universalmente aceptadas y al criterio médico.

Manifestó que ese hospital prestó al señor Jiménez la mejor atención a través de especialistas, profesionales, técnicos y auxiliares idóneos que cumplen con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer su profesión u oficio y con equipos indispensables para su prestación y condiciones técnico – científicas y administrativas.

Finalmente consideró que la obligación que adquiere esa institución de salud a través de aquellos servidores es de medio y no de resultados; la actividad médica que se realiza a través de un recurso humano es aleatoria y depende de muchos factores externos como los cuidados del paciente y el cumplimiento estricto de las recomendaciones dadas por el especialista para su adecuada recuperación y que no puede dejarse de lado que en consulta del 11 de julio de 2008, se conceptuó favorablemente evolución parcial de recuperación de movilidad activa de cuello de pie del paciente.

Llamó en garantía a la Compañía Seguros La Previsora.

III. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El Juzgado Primero Administrativo Oral del Circuito Judicial de Tunja, mediante sentencia del 10 de febrero de 2017, negó las pretensiones de la demanda (fls. 427-435).

En ella, circunscribió el problema jurídico a determinar si se debe declarar administrativa y extracontractualmente responsable a la E.S.E. Hospital Regional de Miraflores de los presuntos perjuicios que pudieron ocasionarse a los demandantes como consecuencia de la atención médica recibida para tratar lesiones producidas al señor Robín Hernán Jiménez Cano, lo que a la postre produjo, según dicho de la parte actora, que se presentara la pérdida absoluta de movimiento de su pie derecho.

Luego precisó el régimen de responsabilidad aplicable acorde con el artículo 90 de la Constitución Política; el artículo 86 del C.C.A. que reguló la acción de reparación directa; la falla en el servicio a la luz de la jurisprudencia del Consejo de Estado así como las causales eximentes de responsabilidad; agregó que en la falla en el servicio médico, pese a que tuvo acogida la teoría de la carga dinámica de la prueba, lo cierto es que a la fecha de expedición de esa sentencia impera la tesis de la falla probada cuya carga probatoria gravita en la parte actora.

Al abordar el caso concreto precisó que eran dos las imputaciones de la parte demandante: un diagnóstico equivocado y una tardía atención médica traducida en la realización de una cirugía hasta el 4 de enero de 2008, que conllevó la pérdida del movimiento del pie derecho (pie caído).

Frente a la existencia de un daño antijurídico para predicar la responsabilidad estatal, indicó que a través de los testimonios de José Pablo Jiménez, Ismael Leguizamón y Aldemar Leguizamón se probó que el día 27 de diciembre de 2007, el señor Robín Hernán Jiménez Cano se ocasionó una cortada en la pierna derecha cuando realizaba actividades con una guadañadora en una finca en el Municipio de Zetaquirá por lo que fue trasladado al Centro de Salud de ese municipio.

Respecto a la imputación del daño resaltó que corresponde a la parte actora demostrar la falla del servicio médico en que incurrió la entidad accionada frente a la atención prestada al señor Robín Hernán Jiménez Cano; seguidamente, señaló los hechos probados acorde con lo consignado en las historias clínicas del Centro de

Salud de Zelaquirra y de la E.S.E. Hospital Regional de Miraflores en concordancia con las conclusiones consignadas en el dictamen pericial rendido por el médico ortopedista del Instituto Nacional de Medicina Forense.

Con fundamento en lo anterior concluyó que la pérdida de la movilidad del pie derecho (pie caído) del señor Robín Jiménez Cano no se produjo como consecuencia de falla en el servicio médico por la omisión en la prescripción de más exámenes a dicho paciente, sino como consecuencia de la lesión que el mismo accionante se causó al cortarse con la guadaña el 27 de diciembre de 2007.

De igual forma que la atención médica prestada fue adecuada, pertinente y oportuna, si se tiene en cuenta que la prioridad era el lavado quirúrgico y tratamiento con antibiótico, para que posteriormente se pudiera realizar una intervención quirúrgica hasta dos semanas después; además durante el tiempo de hospitalización fue valorado por varios especialistas y monitoreado constantemente con el fin de prestarle el tratamiento médico requerido (primer día lavado + desbridamiento, se continuó con manejo antibiótico intravenoso por 7 días).

Y finalmente resaltó que no existe prueba idónea del nexo de causalidad entre la atención médica y la pérdida de movilidad del pie derecho del señor Jiménez Cano; carece de sustento la afirmación de la parte actora referente a que hubo un error en el diagnóstico prescrito por el médico de urgencias y/o deficiente atención o mala práctica médica, en la medida que atendiendo el dictamen pericial el procedimiento estuvo acorde con la sintomatología que presentaba el paciente.

IV. DEL RECURSO DE APELACIÓN

Por intermedio de su apoderado, la parte demandante interpuso y sustentó el recurso de alzada a fin de que el fallo de primera instancia sea revocado y se acceda a las pretensiones de la demanda con base en los argumentos que se sintetizan enseguida (fs. 438-444):

Arguyó que la falla en el servicio alegada debió examinarse por el a quo de cara a todo el acervo probatorio y en virtud del principio de la carga dinámica de la prueba el cual era aplicable a la fecha de los hechos y que es propio de los juicios de responsabilidad médica: estos revisten gran complejidad frente a las circunstancias técnicas o científicas que lo rodean, la posición de cercanía y participación directa

de las entidades demandadas en los procedimientos quirúrgicos y la elaboración de los registros clínicos (historia clínica) que dan cuenta de su actuación y, que le imponen a la entidad probar en el proceso su actuar Idóneo, oportuno y diligente, para ser exculpada.

Igualmente que era necesario valorar el dictamen pericial en concordancia con los restantes medios de prueba y apreciando su fuerza de convicción, dado que las conclusiones a las que arribe aquel no son camisa de fuerza para el fallador, siguiendo la jurisprudencia del Consejo de Estado crítica.

Posteriormente aseguró que en el proceso probaron que: i) el señor Robín Hernán Jiménez tuvo una lesión de un nervio originada en la manipulación de una guadañadora en un área rural; ii) acudió inmediatamente y de manera oportuna a que le fuera prestado el servicio médico asistencial al interior de la entidad demandada; iii) fue sometido a 2 intervenciones quirúrgicas para reparar y suturar el nervio; iv) la historia clínica no pone de presente complicaciones en la intervención del 4 de enero de 2008, ni del 7 de junio de 2008 y, v) el paciente presentó posteriormente un padecimiento denominado "*pie caído*" que no fue explicado por la entidad de salud.

Adujo que a pesar que las obligaciones del médico son de medio y no de resultado, ello no puede representar una causal general de exculpación para dichos profesionales, lo cierto es que en el caso concreto está probado que al señor Jiménez se le practicaron 2 intervenciones quirúrgicas (con idéntico objeto y finalidad) tendientes a la reparación del nervio ciático poplíteo –denominadas neurorrafia-. la primera el 4 de enero de 2008, y la segunda, el 7 de junio de 2008, pese a ello el paciente presentó el síndrome de pie caído, lo cual en sentir del apelante, constituye una prueba de la mala praxis médica: agregó que un resultado contrario y favorable concluiría, como lo coligió el fallador de primera instancia, que la praxis médica fue acertada, adecuada e idónea.

Dijo que si el citado síndrome representaba un resultado adverso, la entidad demandada debía probar que su actuar fue idóneo, oportuno y diligente para que verdaderamente fuese exculpado de cualquier responsabilidad.

Cuestionó la parte impugnante por qué el a- quo no analizó la razón por la cual se realizó al actor la segunda cirugía; si la finalidad de esta fue restablecer la función del pie derecho del actor; si el especialista que hizo la primera cirugía debió

practicar con anticipación una electromiografía para establecer el estado del nervio afectado o si se sustrajo de ordenarla oportunamente; si médicamente la segunda intervención tenía efectos favorables aún transcurridos 5 meses del accidente y de la práctica de la primera neurorrafia: si la práctica de aquella no resultó tardía y si se hizo el seguimiento médico debido posterior a la primera intervención.

Consideró que aplicando el principio de la carga dinámica de la prueba, a la parte demandada le correspondía aclarar además, entre otros cuestionamientos: i) por qué se realizó la neurorrafia hasta el 4 de enero de 2008, si el paciente no presentaba, ni se constituía en un caso grave de infección según la historia clínica y además por cuanto no fue tratado con penicilina cristalina tal y como lo aconsejaba el protocolo referido por el perito de la causa; ii) por qué motivo la electromiografía practicada el 5 de junio de 2008 (ordenada por galenos de la E.S.E. demandada) concluyó un resultado anormal que sugiere lesión del nervio peroneo derecho a nivel del tronco, crónica, activa y moderada a severa, si el 4 de enero de 2008 se le había realizado una neurorrafia, iii) por qué sometió al paciente a cirugías y al proceso de rehabilitación, sin indicarle los pronósticos del mismo, iv) por qué no estableció el estado neurovascular de la extremidad afectada como lo señaló el auxiliar de la justicia y v) por qué se abstuvo de probar que la salida fue oportuna, la incapacidad de 6 meses apropiada y los controles de 30 días apropiados.

Finalmente arguyó que si no se acoge su argumento de apelación dirigido a estudiar la falla en el servicio bajo la égida del principio de la carga dinámica de la prueba, esta instancia no puede pasar por alto que la prueba indiciaria permite concluir la imputación del resultado adverso (síndrome de pie caído) a la entidad demandada.

Lo anterior porque si al paciente se le practicó una sutura y reparación del nervio ciático poplíteo (neurorrafia) el 4 de enero de 2008, para restablecer la función nerviosa del pie del pie derecho, la cual resultó fallida, la única causa o justificación preponderante o admisible para que se le practicara una segunda neurorrafia el 7 de junio de 2006 (5 meses después), era por la corrección del primer procedimiento quirúrgico practicado el 4 de enero de 2006, en busca del restablecimiento de la función del pie afectado, partiendo del supuesto de que aún en esa fecha la neurorrafia resultaba posible y viable.

V. TRÁMITE EN SEGUNDA INSTANCIA

Impugnado el fallo de primera instancia, por auto de 22 de marzo de 2017, el Juzgado Primero Administrativo Oral del Circuito Judicial de Tunja concedió en el efecto suspensivo el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante (fl. 446).

Mediante auto de 14 de julio de 2017, se resolvió admitir el recurso de apelación interpuesto (fl. 450).

Así mismo, mediante proveído del 8 de septiembre de 2017, se ordenó a las partes la presentación de los alegatos de conclusión por el término de diez (10) días, según lo dispuesto en el artículo 212 del C.C.A. (fl. 452), termino dentro del cual solo se pronunció la entidad accionada en los términos que se sintetizan a continuación.

E.S.E. Hospital Regional de Miraflores (fls. 453-455)

Reiteró los argumentos defensivos expuestos en la contestación de la demanda; solicitó que se confirme el fallo de primera instancia y resaltó que contrario a lo que sostuvo el apelante, los casos de falla médica deben analizarse, a la luz de la jurisprudencia del Consejo de Estado bajo el régimen de falla probada del servicio y que en el plenario no existe prueba idónea que acredite su existencia.

El **Ministerio Público** guardó silencio.

VI. CONSIDERACIONES

1. Competencia

De acuerdo con lo establecido en el artículo 133 del C.C.A., esta Corporación es competente para conocer en segunda instancia de las apelaciones contra las sentencias dictadas por los jueces administrativos.

De igual forma, vale señalar que, en virtud del principio constitucional de la no *reformatio in pejus* consagrado en el artículo 31 de la Carta Política, la competencia del superior funcional se limita exclusivamente a resolver, en principio, los problemas planteados en la apelación sin agravar la situación del apelante único.

Para el caso concreto, teniendo en cuenta que la sentencia recurrida negó las pretensiones de la demanda y el apelante es solo la parte actora, el Tribunal limitará el estudio a sus argumentos de apelación sin agravarle su condición.

2. Problema Jurídico

Conforme con los argumentos del recurso de apelación, corresponde a este Tribunal, determinar si en el presente asunto se concretó una responsabilidad extracontractual de la E.S.E. Hospital Regional de Miraflores, a título de falla presunta o falla probada con ocasión a la atención médica – quirúrgica que le brindó al señor Hernán Jiménez Cano el 4 de enero de 2008 y que conllevó a la pérdida absoluta del movimiento de su pie derecho, o si por el contrario, no se configuró falla en el servicio médico alguno al suministrársele una atención oportuna y eficiente acorde con la dolencia presentada, como lo concluyó el a-quo.

3. Marco Jurídico

3.1. Del régimen de responsabilidad aplicable a eventos de responsabilidad médica

La jurisprudencia sobre el régimen de responsabilidad aplicable en los casos de responsabilidad médica no ha sido pacífica. En reciente pronunciamiento del Consejo de Estado precisó sobre este tópico, lo siguiente:

“(…) Es una posición ahora consolidada el que, por regla general¹, la responsabilidad del Estado por cuenta de daños derivados de intervenciones médicas se compromete bajo el régimen de la falla probada del servicio², con las consecuencias probatorias que, tal y como se ha reiterado³, le son propias. Sobre las razones del cambio jurisprudencial, la Sección sostuvo⁴:

De manera reciente la Sala ha recogido las reglas jurisprudenciales anteriores, es decir, las de presunción de falla médica, o de la distribución de las cargas

¹ Es importante anotar que, en algunos casos, la responsabilidad de la administración en materia médico-hospitalaria puede comprometerse aún en ausencia de falla. Así, en sentencia de 29 de agosto de 2013, exp. 30283, con ponencia de quien proyecta este fallo, se señaló que “la ausencia demostrada de una falla del servicio atribuible a la entidad no conduce necesariamente a afirmar la ausencia de responsabilidad, pues pueden existir otras razones tanto jurídicas como fácticas, distintas al incumplimiento o inobservancia de un deber de conducta exigible al ISS en materia de atención y prevención de enfermedades infecciosas, que pueden servir como fundamento del deber de reparar”. Un criterio similar se utilizó en la sentencia de 28 de septiembre de 2012, exp. 22424, C.P. Stella Conto Díaz del Castillo, en estos términos: “la menor (...) estando en satisfactorio estado de salud, tan pronto como le fue aplicado el plan de inmunización, previsto en las políticas de salud públicas, para la atención infantil falleció y aunque las pruebas técnico científicas y testimoniales no permiten relacionar la muerte de la pequeña de ocho meses con la aplicación de la vacuna, se conoce que el componente “pertusis” de la DPT (difteria, tos ferina y tétanos), en un porcentaje bajo, pero cierto, implica riesgo para quien lo reciba”.

² Sección Tercera, sentencias de 31 de agosto de 2006, ibidem y de 3 de octubre de 2007, exp. 16402, de 28 de enero de 2009, exp. 16700 y de 9 de junio de 2010, exp. 18.683, C. P. Mauricio Fajardo Gómez. Con ponencia de quien proyecta este fallo ver sentencia de 29 de octubre de 2012, exp. 25331.

³ Ver, entre otras: Sección Tercera, sentencia de 23 de abril de 2008, exp. 17750, C.P. Mauricio Fajardo Gómez y de la Subsección “B”, sentencia de 4 de junio de 2012, exp. 22411, C.P. Danilo Rojas Betancourth.

⁴ Sección Tercera, sentencia de 31 de agosto de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

probatorias de acuerdo con el juicio sobre la mejor posibilidad de su aporte, para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, para lo cual se puede echar mano de todos los medios probatorios legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño.

Se acoge dicho criterio porque además de ajustarse a la normatividad vigente (art. 90 de la Constitución y 177 del Código de Procedimiento Civil), resulta más equitativa. La presunción de la falla del servicio margina del debate probatorio asuntos muy relevantes, como el de la distinción entre los hechos que pueden calificarse como omisiones, retardos o deficiencias y los que constituyen efectos de la misma enfermedad que sufra el paciente. La presunción trasladada al Estado la carga de desvirtuar una presunción que falló, en una materia tan compleja, donde el álea constituye un factor inevitable y donde el paso del tiempo y las condiciones de masa (impersonales) en las que se presta el servicio en las instituciones públicas hacen muy compleja la demostración de todos los actos en los que éste se materializa.

En efecto, no debe perderse de vista que el sólo transcurso del tiempo entre el momento en que se presta el servicio y aquél en el que la entidad debe ejercer su defensa, aunado además a la imposibilidad de establecer una relación más estrecha entre los médicos y sus pacientes, hace a veces más difícil para la entidad que para el paciente acreditar las circunstancias en las cuales se prestó el servicio. (...)

La desigualdad que se presume del paciente o sus familiares para aportar la prueba de la falla, por la falta de conocimiento técnicos, o por las dificultades de acceso a la prueba, o su carencia de recursos para la práctica de un dictamen técnico, encuentran su solución en materia de responsabilidad estatal, gracias a una mejor valoración del juez de los medios probatorios que obran en el proceso, en particular de la prueba indiciaria, que en esta materia es sumamente relevante, con la historia clínica y los indicios que pueden construirse de la renuencia de la entidad a aportarla o de sus deficiencias y con los dictámenes que rindan las entidades oficiales que no representan costos para las partes.

13.2. En la misma línea es necesario señalar que, como lo indicó la parte actora en la sustentación de su recurso de apelación, es cierto que en algunas ocasiones la Sección Tercera de esta Corporación admitió que, en circunstancias en las que no fuera posible esperar certeza o exactitud sobre la existencia de un nexo causal entre la falla y el daño, el mismo podía tenerse por acreditado si se observaba un “grado suficiente de probabilidad”⁵, sin embargo, dicha posición fue precisada en el sentido de indicar que hacía referencia al hecho de que el nexo de causalidad puede demostrarse por vía indirecta, es decir, a través de indicios, pero que en ningún momento constituía una excepción al deber que le asiste a la parte demandante de acreditar lo que tradicionalmente se ha denominado como el vínculo de causalidad⁶ que debe existir entre la falla y el daño para que se estructure la responsabilidad de la administración⁷.

⁵ Por ejemplo: Sección Tercera, sentencia de 3 de mayo de 1999, exp. 11169, C.P. Ricardo Hoyos Duque. Se dijo en esa oportunidad que si bien no existía certeza “en el sentido de que la paraplejía sufrida (...) haya tenido por causa la práctica de la biopsia”, debía tenerse en cuenta que “aunque la menor presentaba problemas sensitivos en sus extremidades inferiores antes de ingresar al Instituto de Cancerología, se movilizaba por sí misma y que después de dicha intervención no volvió a caminar”, de manera que existía una alta probabilidad de que la causa de la invalidez de la menor hubiera sido la falla de la entidad demandada, probabilidad que además fue reconocida por los médicos que laboraban en la institución.

⁶ Sobre las dificultades que dicha terminología implica puede leerse la sentencia de la Subsección B de 29 de agosto de 2013, exp. 29133, C.P. Ramiro Pazos Guerrero.

⁷ Sección Tercera, sentencia de 31 de agosto de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio, en la cual se sostuvo: “En cuanto a la prueba del vínculo causal, ha considerado la Sala que cuando resulte imposible

13.3. Está claro entonces que, en el estado actual de la jurisprudencia sobre la materia, quien alegue que existió un defecto en la prestación del servicio médico asistencial, debe demostrar tal falla, así como también el daño y los elementos que permitan concluir que este último es atribuible a aquélla y no a eventos extraños⁸. Resaltado y subrayado fuera de texto⁹.

Ahora sobre la posibilidad que el Estado responda por las actuaciones de los galenos, el Consejo de Estado ha sostenido:

“7.7. Por lo anterior, la actividad médica capaz de comprometer la responsabilidad de la administración es la falla probada; sin embargo, no solamente se estructura la responsabilidad cuando se contrarían los postulados de la lex artis o, esto es, por funcionamiento anormal, negligente o descuido del servicio médico, sino también cuando la actividad que se despliega en condiciones normales o adecuadas puede dar lugar objetivamente a que ello ocurra¹⁰ ...”. –Subraya y negrilla fuera del texto-¹¹.

Y también señaló en reciente providencia¹² que:

“45. Esta Corporación ha señalado que para comprometer la responsabilidad patrimonial del Estado por el servicio médico debe demostrarse la existencia del daño, ocasionado por el hecho de no prestarse la atención médica con los estándares de calidad exigidos por la lex artis médica¹³.

46. Al respecto, la jurisprudencia ha precisado que¹⁴:

“Es necesario que se demuestre que la atención médica no

esperar certeza o exactitud en esta materia, no sólo por la complejidad de los conocimientos científicos y tecnológicos en ella involucrados sino también por la carencia de los materiales y documentos que prueben dicha relación, “el juez puede contentarse con la probabilidad de su existencia”, es decir, que la relación de causalidad queda probada “cuando los elementos de juicio suministrados conducen a ‘un grado suficiente de probabilidad’”, que permita tenerlo por establecido. // De manera más reciente se precisó que la exigencia de “un grado suficiente de probabilidad”, no implicaba la exoneración del deber de demostrar la existencia del vínculo causal entre el daño y la actuación médica, que hiciera posible imputar a la entidad que prestara el servicio, sino que esta era una regla de prueba, con fundamento en la cual el vínculo causal podía ser acreditado de manera indirecta, mediante indicios”.

⁸ Sección Tercera, sentencia de 11 de mayo de 2006, exp. 14400, C.P. Ramiro Saavedra Becerra.

⁹ CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección B. Consejero ponente: Danilo Rojas Betancourth. Sentencia de 2 de mayo de 2016. Radicación número: 52001-23-31-000-2003-01349-01(33140) A. Actor: Franco Alberto Gavilanes y otro. Demandado: Nación - Ministerio de Salud - Municipio de Túquerres, Nariño - Hospital San José de Túquerres e Instituto Departamental de Nariño. Referencia: Acción de Reparación Directa.

¹⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 29 de agosto de 2013, exp. 30283, M.P. Danilo Rojas Betancourth. En esta oportunidad, la Subsección señaló que “la ausencia demostrada de una falla del servicio atribuible a la entidad no conduce necesariamente a afirmar la ausencia de responsabilidad, pues pueden existir otras razones tanto jurídicas como fácticas, distintas al incumplimiento o inobservancia de un deber de conducta exigible al ISS en materia de atención y prevención de enfermedades infecciosas, que pueden servir como fundamento del deber de reparar”. Un criterio similar se utilizó en la sentencia de 28 de septiembre de 2012, rad. 22424, M.P. Stella Conto Díaz del Castillo, en estos términos: “la menor (...) estando en satisfactorio estado de salud, tan pronto como le fue aplicado el plan de inmunización, previsto en las políticas de salud públicas, para la atención infantil falleció y aunque las pruebas técnico científicas y testimoniales no permiten relacionar la muerte de la pequeña de ocho meses con la aplicación de la vacuna, se conoce que el componente “pertusis” de la DPT (difteria, tos ferina y tétanos), en un porcentaje bajo, pero cierto, implica riesgo para quien lo reciba”.

¹¹ CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera-Subsección B. Consejero Ponente: Ramiro Pazos Guerrero. Sentencia de 13 de noviembre de 2014. Expediente: 31182. Radicación: 050012331000199903218-01. Actor: Carlos Andrés Rojas Londoño y otros. Demandado: Instituto de Seguros Sociales y otro. Naturaleza: Acción de reparación directa.

¹² Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección B. Consejero ponente: Alberto Montaña Plata. Sentencia del 10 de abril de 2019.

Radicación número: 25000-23-26-000-2006-01800-01(41890)

¹³ Sección Tercera, sentencia de 11 de mayo de 2006, exp. 14400.

¹⁴ Original de la cita: Subsección B, sentencia de 27 de abril de 2011, exp. 20315.

cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso¹⁵. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance”¹⁶.

47. Así, en materia de responsabilidad por el acto médico propiamente dicho, esto es el diagnóstico, tratamientos, procedimientos y, en general, las conductas del profesional médico orientadas al restablecimiento o recuperación de la salud del paciente, la imputación del daño se hace, por regla general, desde la perspectiva de una prestación de medios y no de resultados, en cuanto su deber radica en la aplicación de sus conocimientos, entrenamiento, experiencia y todos los medios disponibles orientados a la curación y rehabilitación, sin que le sea exigible el resultado exitoso.

48. Esto significa que para que la administración pueda ser declarada responsable de los daños ocasionados por el ejercicio de la actividad médica hospitalaria, el demandante tiene la carga de demostrar que el servicio no se prestó adecuadamente, bien porque no fue oportuno, o porque no cumplió con los protocolos y estándares de calidad fijados por la ciencia médica al momento de la ocurrencia del hecho dañoso, salvo en lo relativo a los deberes que tienen que ver directamente con el servicio y cuyo cumplimiento depende enteramente del prestador, al margen de la condición y evolución de la salud del paciente, como los relativos al acto médico documental y, en especial, al consentimiento informado y al suministro de la información necesaria para que el paciente propenda por su propio cuidado, caso en el que corresponde al servicio médico demandado demostrar su cumplimiento.

4. Caso concreto

El juez de primera instancia negó las pretensiones de la demanda al considerar que no se acreditó la falla en el servicio médico alegada y que por el contrario, la prueba allegada demostró que la atención médica siguió los protocolos médicos y que fue oportuna y eficiente.

Para la parte apelante el presente asunto debió estudiarse a la luz de la falla presunta y en aplicación de la teoría de la carga dinámica de la prueba para que la entidad accionada explicara las razones por las cuales se generó el daño alegado, máxime cuando se practicaron 2 intervenciones quirúrgicas denominadas neurorrafía para arreglar el nervio dañado con la fractura causada y que de cualquier forma la prueba indiciaria en sede de falla en el servicio permite determinar la existencia de esta en el caso concreto.

¹⁵ Sección Tercera, sentencia del 25 de febrero de 2009, radicación No. 52001233100019950793301, expediente No. 17149.

¹⁶En este sentido puede consultarse de la Sección Tercera, la sentencia del 11 de febrero de 2009, radicación No. 54001-23-31-000-1993-08025-01(14726).

4.1. Acervo probatorio

En aras de dilucidar si el daño resarcible por la parte apelante corresponde al síndrome de pie caído se enmarca en la denominada falla presunta o falla en la prestación del servicio, es necesario auscultar el material probatorio allegado al plenario, así:

- En la historia clínica de la U.A.E. Centro de Salud Zetaquirá se registró la siguiente atención médica al señor Robín Hernán Jiménez así:

REMISIÓN DE PACIENTES

27/12/07.

Servicio al cual se refiere: Urgencias – ortopedia

Ordenamiento: Paciente con cuadro clínico de 1 hora consistente en herida abierta en pierna derecha debido a trauma con “guadaña”, con posterior sangrado moderado. (...)

Ext./ se observa fractura abierta tibia derecha tercio superior de +/- 5 cm de diámetro longitudinal. Se observa tejido óseo, sangrado moderado (ilegible), popliteo presentes. Sensibilidad conservada, perfusión distal 2 seg.

Idx: Fractura abierta tercio superior tibia derecha.

M/ Lavado exhaustivo con SSN 1000 cc clara se canaliza LEV a mantenimiento dipirona 2 gr IV ahora. Se remite a II nivel manejo especialista. Dr. Nadia Murillo acepta remisión”. (fls. 60 y 60 vto; 165).

- En la historia clínica de la E.S.E. Hospital Regional de Miraflores E.S.E. se registró la siguiente atención médica al señor Robín Hernán Jiménez así:

“ATENCIÓN DE URGENCIAS

27/12/07

MC Costada con guadaña

E.A.: Cuadro de 2 horas de evolución consistente en herida en región infra articular de pierna derecha mientras trabaja con guadaña, consulta centro de salud y lo remiten.

(...)

Ext: Presenta herida de +- 3 cm en cara externa de pierna derecha zona infrarticular pulsos + no déficit palpa hueso. ID Fractura abierta de peroné derecho. Plan. Rx de pierna derecha. Se recibe Rx que muestra Fx en cabeza de peroné. Plan: Vx ortopedia. Hospitalizar para Ho AB (fl. 76 y 76 vto)

EVOLUCIÓN

27/12/07

10 a.m. Ingresa paciente a servicio urgencias (...) fractura abierta pierna derecha (ilegible) Dr. (ilegible) ordena (ilegible) resultado (ilegible) hospitalizado para lavado quirúrgico.

12+15 Ingresa paciente al servicio de hospitalización con LEV permeables se asigna habitación.

14+30 (...) pasa paciente para sala de cirugía

13+30 Dr. Vargas realiza lavado Qx y debridamiento Hx, bajo efectos de anestesia local.

15+50 se termina procedimiento Qx se pasa paciente a recuperación

17+50 (...)

18:00 Paciente a unidad LEV permeables, no hipertensión no presentó nada especial (fl. 69)

AUTORIZACIÓN PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y OTROS PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

27/12/07. Para Lavado Qx desbridamiento MID (fl. 59)

INFORME QUIRÚRGICO

Servicio: Ortopedia

Cirujano: Dr. Vargas

(...)

Diagnóstico:

Pre-operatorio: Herida contaminada en pierna Dx.

Pos-operatorio: Ídem.

Intervención practicada: Lavado quirúrgico desbridamiento

Descripción de hallazgos operativos, procedimientos y complicaciones: (ilegible) asepsia y antisepsia. Anestesia general. Lavado quirúrgico de herida de (ilegible) 3 cm en cara lateral proximal de la pierna. Cierre por planos. No complicaciones (fl. 58 y 58 vto).

EVOLUCIÓN

27/12/07. Ortopedia. Paciente 28 años herida proximal lateral de la pierna derecha ocasionado con guadaña. MID – Herida de +- 3cm en cuello peroné con déficit ciático poplíteo externo. Dx. (ilegible) Fx Epífisis proximal del peroné. Dx. Fractura abierta epífisis proximal peroné derecho. Lesión ciático poplíteo externo derecho. Cx. Lavado quirúrgico + desbridamiento. **En 8 días osteosíntesis peroné. Neurólisis ciático poplíteo externo. Joaquín Vargas. Ortopedista Traumatólogo. (fl. 72).**

27/12/07. ORDENES MÉDICAS

POP. 1) Dieta corriente. 2) (ilegible) 3. Resto igual. 4) Reposo en cama (fl. 75)

EPICRISIS (fl. 78).

Motivo de consulta: Cortón con la guadaña

Enfermedad actual: Cuadro de dos horas de evolución consistente en herir infrarticular de pierna derecha mientras trabajaba con guadañas, consulta al centro de salud y remiten.

(...)

Hallazgos positivos: Presenta herida de más o menos 3 cm de longitud en extremo de pierna derecha zona infra articular (...) se palpa hueso- IDx: Fractura abierta de pierna derecha. Plan: Rx de pierna derecha. Se recibe Rx que muestra Fx de cabeza. Plan: Vx por ortopedista. Hospitalizar para tratamiento de antibiótico. (fl. 78)

Evolución: Paciente que es valorado por ortopedia, con un Dx: fractura abierta con epífisis proximal de peroné derecho. POP primer día lavado + desbridamiento se continuó manejo de antibiótico intravenoso por 7 días. Paciente que completa antibiótico, es valorado por ortopedia quien programa para osteosíntesis peroné derecho más neurografía ciático poplíteo externo derecho. Se toma Rx de control intraoperatorio, procedimiento realizado sin complicaciones, se continúa con manejo antibiótico por 48 horas. En su 1 día de hospitalización y segundo de POP de osteosíntesis paciente con evolución adecuada herida quirúrgica sana. Es valorado por ortopedia quien inmoviliza con yeso y da salida con fórmula médica, indicaciones control por consulta externa en 30 días (fl. 77)

Egreso: Fractura de miembro inferior, nivel no especificado

Herida de miembro inferior, nivel no especificado.

Condición del paciente a la salida: Orden de alta (fl. 77).

28/12/07

4:00 (ilegible) 10+15 (ilegible)

14 sale paciente en silla de ruedas (fl. 69)

12 horas: paciente en unidad con LEV (...) 17 (...) 23 (...) (fl. 69 vto)

28/12/07. IDx. 1) POP día 1 lavado + desbridamiento de Fx abierta peroné. S/ Paciente refiere sentirse bien, dolor leve, no picos febriles (...) o/ (...) paciente normo céfalo. C/P. Adecuado abdomen sin alteración. **Pierna con vendaje protector y férula, sensibilidad y movilidad conservada.** A/ Paciente clínicamente estable. P/ VOM se continúa manejo A/B pendiente osteosíntesis (fl. 72 vto)

29/12/07. 6 a.m. Paciente durante la noche se observó estable. Acepta y tolera medicación (...). 10:00 (...) 12:00 (...) 16+15 Paciente en unidad con Lev permeable no presenta nada en especial (...) 20+00 (...) (fl. 69 vto)

29/12/07. Paciente con Dx. Fx abierta de peroné. 2do POP debridamiento y lavado quirúrgico. Qx. S/ Pte refiere sentirse bien disminución del dolor (...) o/ Pte hemodinámicamente estable (...) **movilidad presente sensibilidad conservada.** P/ continuar tratamiento a/b y vía endovenosa (fl. 72 vto)

30/12/07 Pasó bien la noche no fiebre, no color. 12:30 (...) 16:00 (...) 18 Paciente durante la tarde se observa tranquilo (...) (fl. 69 vto).

30/12/07. IDx 1) FX peroné derecho. 2) 3er día POP lavado Qx Paciente refiere dolor por presión del yeso además dolor en epigastrio. (...) **Perfusión distal movilidad conservada de la sensibilidad distal.** A/ **Paciente evolucionando satisfactoriamente.** P/ Manejo del dolor, continuar (ilegible) movilización silla cama (fl. 70)

31/12/07.

05+50 Pte en la noche durmió (...) no presenta nada especial

12+00 Paciente en iguales condiciones, no dolor, no hipertemía. Tolerancia medicamentos.

13+40 (...) 18+50 (...) 20+00 (...)

31/12/07. PD: 1) Fx abierta peroné. 2) 4to día de POP lavado quirúrgico. S/ Paciente refiere sentirse bien, niega dolor, asintomático, no fiebre. O) (...) paciente normo céfalo, adecuado, abdomen sin alteraciones, extremidades **perfusión y sensibilidad adecuada.** A/ **Paciente con buena evolución clínica.** P/ VOM (ilegible) Samuel Carmona. Médico Cirujano. (fl. 71)

31/12/07. ÓRDENES MÉDICAS (...) 8) Movilización silla (fl. 74)

01/01/08.

1+00 Se continúa con 500 c c. (...)

5+50 Paciente durante la noche durmió bien, no hipertemía, no dolor (...) 11+30 (...)

12+20 Paciente bastante mejor. tolera vías y medicamentos (...)

01/01/08. EVOLUCIÓN MÉDICA. Paciente a Dx fractura abierta peroné. (Ilegible) no doloroso extremidad muestra igual no signos de infección. A/ Paciente recibe tratamiento AB no (ilegible) **se espera valoración por ortopedia próximo jueves con esquema AB completo.** Plan: VOM. Eduardo Pineda Médico Cirujano.

01/01/08. 7+30 ORDENES MÉDICAS. (...) 8) Movilización silla (fl. 74).

2/01/08.

4:00 a.m. Se continúa (...) para medicamentos, paciente durmió bien (...) **pendiente valoración por ortopedia.**

12+00 Paciente durante la mañana no presentó ninguna novedad (...) tiene pendiente valoración por ortopedia
18+10 Paciente que pasó la tarde sin novedad (...) pendiente valoración por ortopedia

02/01/08: Dx: Fx abierta peroné. S/ Pte refiere disminución del dolor (...) o/ (...) **sensibilidad movilidad y perfusión distal de la extremidad conservada** (ilegible) i/ No dolor a la palpación en epigastrio. A/ Paciente sin picos febriles con disminución de sus síntomas hoy de a/b IV. P/ Completar 7 días de 9lb x vía venosa. (fl. 71 vto)

02/01/08. (...) ORDENES MÉDICAS (...) 12. Movilización

3/01/08

5+50 Paciente durante la noche duerme bien (...) pendiente valoración por ortopedia. 12 m pasó la mañana igual (...) 18:00 Paciente durante la tarde no presentó ninguna novedad (...) pendiente pasar a cirugía mañana. 20-00 (...) (fl. 68 vto)

03/01/08 Paciente refiere sentirse bien (...) o/ Paciente normo céfalo C/F adecuado (fl. 71 vto)

03/01/08 Sin alteración extremidad **buena perfusión distal** neurológico adecuado. Paciente con buena evolución clínica. Samuel Carmona. Médico Cirujano. (fl. 70)

03/01/08. (...) ORDENES MÉDICAS (...) 12. Movilización

4/01/08.

5+50. Paciente durante la noche durmió bien no presenta nada especial acepta (...) pendiente pasar a Cx
7+20 se pasa paciente para salas de cirugía con LEV permanentes (fl. 68 vto)

04/01/08 EVOLUCIÓN MÉDICA. Paciente con Dx Fractura (ilegible) Cx por ortopedia (ilegible) responde al dolor en miembro inferior (ilegible) **programa de cirugía por ortopedia** (...) (fl. 70)

04/01/08. ORDENES MÉDICAS (...) 2) Pasar a Cx cuando llama. 3) VOM de anestesia. Eduardo Pineda. Médico cirujano. (fl. 74 vto)

AUTORIZACIÓN PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y OTROS PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

04/1/08. Para Osteosíntesis peroné derecho – neurorrafla ciático poplíteo externo (fl. 63)

INFORME QUIRÚRGICO.

04/01/08.

Servicio: Ortopedia.

Cirujano: Dr. Vargas

(...)

Diagnóstico:

Pre-operatorio: Fractura peroné Dx + Axonometsis ciático poplíteo externo

Pos-operatorio: Ídem

Intervención practicada y tipo de anestesia

Intervención practicada: Osteosíntesis peroné derecho. Neurorrafla ciático poplíteo externo derecho.

Anestesia: Raquídea.

Descripción de hallazgos operativos, procedimientos y complicaciones: Previa anestesia raquídea se practica asepsia y antisepsia del miembro inferior derecho. Por algunos se llega a foco de fractura, se practica (ilegible), inmovilización y fijación con material de osteosíntesis. (Ilegible) de control intraoperatorio

reducción anatómica fractura. Se procede a neurólisis de extremos por Axonometsis del ciático poplíteo externo. Se procede a práctica neurorrafia ciático con buen afrontamiento de los extremos (ilegible) hemostasis. Cierre por planos. No complicaciones. Buen pronóstico (ilegible) Recomendaciones. (fl. 62 y 62 vto)

EVOLUCIÓN.

04/01/08. Previo ingreso del paciente Dr. Realiza asepsia de área quirúrgica Qx coloca anestesia raquídea previa asepsia de área de lesión (...) Previo asepsia antisepsia de área Qx se inicia procedimiento (...) se continua con lactato de Ringer (...) se le toman placas de control (...) Nota a término procedimiento 10+55 a piso. Pte en recuperación buen estado general con líquidos permeables. Paciente recupera bien de la anestesia se pasa al servicio de hospitalización

04/01/08.

Hora 10:40 Se toma Rx rodilla derecha portátil IQx (ilegible)

18+45 Paciente en la tarde estuvo anímicamente bien

23-30 Pte refiere sentir mucho dolor, se le informó al doctor quien ordenó cambio de medicamento (...)

05/01/08:

(...) 06:00 (...) 12:00 Paciente durante la mañana se observa bastante mejor. no dolor (...) -notas de control a las 14+50 (...) 18+15 (...) 20+10 (...)

05/01/08. EVOLUCIÓN MÉDICA. 1) POP osteosíntesis peroné derecho por neurorrafia ciático poplíteo externo. A/ Alerta (ilegible) dolor en dorso de pie (ilegible) parasíntesis (...) Neuro: Sin déficit. Paciente estable con dolor. P/ Condición igual tratamiento. Mañana nuevamente valoración por ortopedia. Juna Monroy. Médico cirujano (fl. 70 y 70 vto)

ORDENES MÉDICAS

05/01/08. 7+30 a.m. (...) 9) Salida posterior a valoración por ortopedia (fl. 73)

06/01/08

05+35 paciente en la noche (ilegible) no presentó nada especial pendiente valoración por ortopedia (...)

11+13 Sale paciente buen estado. Se retira líquidos parenterales se le dan fórmulas médicas e indicaciones, sale acompañado por el familiar (fl. 67 y 67 vto).

06/01/08. EVOLUCIÓN MÉDICA.

1) Pop día 2 de osteosíntesis peroné derecho + neurorrafia ciática poplíteo externo. s/ Paciente refiere disminución de dolor; o/ Alerta (ilegible) MID (ilegible) refiere prostesis dorso de pie. A/ Evolución adecuada P) Hoy valoración por ortopedia (fl. 70 vto).

06/01/08. ÓRDENES MÉDICAS (...) 9) Valoración por ortopedia. Ivan Monroy Médico cirujano. (fl. 73 vto)

06/01/08. Salida por ortopedia. Joaquín Vargas Sáenz. Médico ortopedista traumatólogo. (fl. 73 vto).

06/01/08. Ortopedia. Paciente en buenas condiciones generales. Herida POP bien. Se inmoviliza MID con (ilegible) en yeso. Salida y control en 30 días (fl. 70 vto)

ATENCIÓN GENERAL

06/03/08

ORTOPEDIA: Control POP Fx Enifisis próxima peroné Dx (...) MID: Def. Ap extensor. Déficit dorsiflexión. Cx. Neurotróficos ortosis Joaquín Vargas. Médico Ortopedista (fl. 93)

25/03/08 FISIOTERAPIA (2 SESIONES) Paciente de 28 años de edad, con interconsulta de ortopedia. POP Tenorrafia MI Der. Refiere cuadro de accidente con guañadora con posterior Fx peroné y trauma de tejidos blandos manejado con material de osteosíntesis y rafias correspondientes. A la actualidad incapacidad para movilidad activa en dorsiflexión de cuello de pie y dedos. MI Der. Marcha con muletas. Se inicia manejo con Electroestimulación de peroneos hasta contradicción visible. Técnica Rood. Ej. Activo – asistidos en planti-dorsiflexión y mecanoterapia (fl. 96)

28/03/08 FISIOTERAPIA (x2 SESIONES). Se usa R. infrarrojos x 10 minutos manejo de cicatriz, Electroestimulación (...) (fl. 96)

03/04/08 FISIOTERAPIA (X2 SESIONES) Electroestimulación de peroneos hasta contracción visible. Ej Pasivos, técnica Rood y mecanoterapia MIIz no presenta movimiento activo de dorsiflexión (fl. 96).

10/04/08. FISIOTERAPIA (X2 SESIONES) (...) Estimulación de peroneos (...) (fl. 96 vto)

15/04/08 FISIOTERAPIA (X2) Confirma igual plan de manejo, no se evidencia construcción muscular voluntaria para dorsiflexores (fl. 96 vto).

23/04/08 FISIOTERAPIA (X2 SESIONES) Manejo de cicatriz (...) Electroestimulación hasta contracción visible (fl. 96 vto)

28/04/08 FISIOTERAPIA (X2 SESIONES) Electroestimulación x 15 min. Ej. Electro asistidos, movilidad pasiva con estiramiento muscular + mecanoterapia (fl. 96 vto)

06/05/08. FISIOTERAPIA. Finaliza sesiones con escaso evolución de cuadro, no hay movimiento voluntario en dorsiflexión; pie caído (ilegible) para marcha, se indica control con ortopedia x plan casero. (fl. 96 vto)

9/05/08. ORTOPEDIA. No asistió (fl. 93 vto)

17/05/08. ORTOPEDIA: Evaluó paciente con historia de trauma corto contundente en pierna derecha región proximal + osteosíntesis de la fractura del cuello del peroné derecho. Sintomático. Refiere dolor en la cara lateral de la pierna derecha a nivel de la cicatriz hipertrófica proximal y lateral de la pierna inducida obsesiva mancha asimétrica tipo pie caído a la derecha, ligera atrofia de la musculatura anterior de la pierna. Signo de tincl positivo a nivel del extremo proximal de la cicatriz (ilegible) y distal 8 cm de la cara lateral de la pierna derecha. Observo hipoestesia del (ilegible) del nervio peroneo superficial cara antero lateral de la pierna y cara anterior del pie derecho. Presenta sensibilidad del primer espacio interdigital (nervio peroneo profundo) Presenta disminución fuerza motora de dorsiflexión del tobillo derecho (M2). Cabe resaltar que los hallazgos clínicos pueden corresponder a lesión total + neuromas postraumáticos del nervio peroneo superficial de la pierna derecha.

Conducta: Se suspende procedimiento (ilegible) de la extracción del material de osteosíntesis y se solicita a electroneuromiografía del MID y (ilegible) orden para cirugías así:

- 1.- Extracción de cuerpo extraño peroné proximal.
- 2.- Extracción de material de osteosíntesis de peroné derecho
- 3.- Drenaje y conetaje peroné derecho
- 4.- Neurólisis del nervio peroné superficial derecho
- 5.- Resección tumor nervio pierna
- 6.- Neurorrafia pierna con injerto del nervio sunal derecho.

José Ignacio Martínez. Ortopedista traumatólogo (fl. 94 vto)

17/05/08. AUTORIZACIÓN PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y OTROS PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

A favor de Robín Hernán Jiménez Bonilla. Para la realización de "Retiro material osteosíntesis peroné derecho". Firma paciente (fl. 86).

SERVICIO DE NEUROFISIOLOGÍA Hospital de San José.

05/06/08. La EMG de los músculos proneus longus y tibialis anterior mostraron aumento de actividad inserción, con actividad denervatoria en reposos. ADO por fibrilaciones y ondas positivas con signos de reinervación y elementos de cronicidad. Conclusión: Electromiografía anormal que sugiere una lesión del nervio peroneo derecho a nivel del tronco, crónica, activa moderada a severa expresión. Martín Vicuna. Neurólogo (fl. 82 vto).

07/06/08. EVOLUCIÓN. Ingreso.

MC: Cirugía.

A: Paciente acude para retiro de material de osteosíntesis, extracción cuerpo extraño, neurólisis del nervio peroné superficial (ilegible)+ resección (ilegible) Paciente normo céfalo (ilegible) adecuado. Ab sin alteración (...) no logra dorsiflexión del pie derecho, sensibilidad (ilegible) pie derecho. Idx 1) Lesión nervio peroneo derecho. 2) POP Fx peroné + material osteosíntesis. P/ Se prepara para cirugía.

07/06/08. NOTA OPERATORIA. Dx Preop: **Cuerpo extraño + aflojamiento del material osteosíntesis en peroné + lesión del tronco peroneo con pierna derecha neuroma.** Procedimiento: ver Dx POP (fl. 90).

Dx POP Extracción cuerpo extraño pierna derecha, extracción osteosíntesis, resección neuroma + injerto del nervio (ilegible) y fenorrafia del tronco común peroneo + Tenorrafia peroneo (ilegible)

Hallazgos: Cuerpo extraño y material de osteosíntesis a nivel de peroné, neurorrafia del peroné.

Complicaciones: ninguna (fl. 90 vto).

07/06/08. AUTORIZACIÓN PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y OTROS PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

A favor de Robín Hernán Jiménez Bonilla. Firma de Maribel Bonilla (fl. 85).

07/06/08. INFORME QUIRÚRGICO HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES.

Cirujano: Dr. José I. Martínez

Diagnóstico:

Preoperatorio: Cuerpo extraño + afloramiento del materia de osteosíntesis en peroné proximal + lesión completa del tronco nervio peroneo común pierna derecha + neuroma

Postoperatorio: Extracción de cuerpo extraño en pierna derecha (13510) extracción de material de osteosíntesis (13512) + rejección de neuroma (14410) + injerto del nervio sural y tenorrafia del tronco común del nervio peroneo pierna derecha (13872) tenotomía del peroneo largo (13800) +tenomaría (14212) neurólisis del peroneo común (13883).

Descripción de hallazgos operativos, procedimientos y complicaciones:

1) Decúbito dorsal.

2) Asepsia y antisepsia del MID.

3) Aprovecho cicatriz lateral y proximal en pierna derecha y realizo acceso x planos anatómicos hasta identificación del cuerpo extraño y material de osteosíntesis (p clavo de Kirschnnen y tornillo esponjosa rosca parcial) y se realiza extracción de estos.

4) se diseca musculatura proximal y lateral de la pierna (músculo peroneo largo) y realizo tenotomía proximal y se levanta para anterior.

5) Realizo exploración del nervio peroneo común a nivel del cuello del peroné luego realizo neurólisis del mismo e identifico en su trayecto proximal tejido fibroso cicatricial (neuroma) del tronco común del nervio peroneo derecho.

6) reseco neuroma.

7) Realizó 5 incisiones longitudinales en cara lateral de la pierna de distal para proximal x planos (ilegible) hasta identificar nervio sural derecho y se extrae injerto de 10 cm del mismo y los (ilegible) neurotomizados proximal y distal los cuales (ilegible) de forma intramuscular con (ilegible).

8) Se realiza colocación de injerto óseo en nervio peroneo común y se realiza reconstrucción de los 2 tonos de los nervios peroneo superficial y profundo + neurorrafia proximales en No. de 2 y distales en No. 2 con ratene 6-0

9) Lavado de la herida quirúrgica con S.S No. 9%

10) Cierre de la herida quirúrgica x planos anatómicos hasta piel

11) Dejo vendaje bulboso del MID

12) Procedimiento sin complicaciones

EVOLUCIÓN.

07/06/08. Ingresa paciente al servicio de Cx. (...) 9+30 Pasa paciente a cirugía (...) 13+45 Se termina procedimiento Qx. Pte no eliminó. No hizo deposición. se continúa con L. Ringer (...) Se pasa paciente a recuperación buen estado general (fl. 89 y 89 vto)

07/06/08. 13+50. Ingresa el paciente al servicio de recuperación con vena permeable (...) se pasa el paciente al servicio de hospitalización en buenas condiciones generales (fl. 89 vto) 18+00 Paciente manifiesta mucho dolor queda con apósitos y vendajes en MID (fl. 89 vto)

08/06/08. Pte en POP neurorrafia del (ilegible). **Plan: Evolución satisfactoria salda** (ilegible) (fl. 90 vto)

08/06/08. 5+45. Queda paciente en unidad con LEV funcionando con vendaje elástico cubriendo zona de cirugía de ortopedia (...) no hipertemia, aceptó tratamiento ordenado (fl. 89 vto).

EPICRISIS.

Ingreso: Programado para cirugía

Enfermedad actual: Paciente acude para retiro de material de osteosíntesis, extracción de cuerpo extraño, neurólisis del nervio del peroné superficial derecho+ resección tumor benigno

(...)

Hallazgos: Paciente normocéfalo, cardiopulmonar adecuado, abdomen sin alteración, osteomuscular. No logra dorsiflexión de pie derecho, sensibilidad hipoexterna pie derecho. Lesión nervio peroné derecho. POP fractura de peroné + retiro de material de osteosíntesis. Plan: preparar para cirugía.

Evolución: Se lleva a salas de cirugía y bajo anestesia raquídea se realiza extracción de cuerpo extraño en pierna derecha, extracción de material de osteosíntesis, resección de neuroma + injerto del nervio sural y tenorrafia del tronco común del nervio del peroneo pierna derecha, tenotonía del peroneo largo + tenorrafia + neurólisis del peroneo común. Procedimiento sin complicaciones. Paciente en su primer día de POP con evolución clínica satisfactoria, herida quirúrgica sana, se da salida con fórmula médica, indicaciones recomendaciones generales, control por consulta externa de ortopedia (fl. 92 y 92 vto)

Egreso: Fractura del peroné solamente

Traumatismo del nervio peroneo a nivel de la pierna

Extracción de material quirúrgico de osteosíntesis

Injerto nervio sural, neurólisis de peroné común

Tenorrafia peroneo largo (fl. 92 vto)

EVOLUCIÓN. ORTOPEDIA.

20/06/08. Asiste a control postoperatorio de la neurorrafia del tronco común asintomática. Signo de tincl negativo a nivel del trayecto proximal del nervio peroneo común. Refiere recuperación de la sensibilidad de la cara anterior pierna derecha y aducción y abducción de los dedos del pie derecho.

Conducta; terapia física previa. Electroestimulación del nervio peroneo común + ejercicios de dorsiflexión y flexión plantar del tobillo derecha. Control en 2

semanas. Retiro sutura de herida quirúrgica. José Ignacio Martínez. Ortopedista y traumatólogo. (fls. 94, 95 vto)

EVOLUCIÓN

23/06/08 a 27/06/08 Fisioterapia. Continúa manejo enfocado a electro estimulación (...) (fl. 57)

02/07/08, 04/07/08, 08/07/08, 09/07/08. Fisioterapia. Electroestimulación hasta contracción visible de peroneos (...) (fl. 57 vto)

11/07/08: Fisioterapia. Finaliza sesiones con evolución parcial de recuperación de movilidad activa de cuello de pie – dedos hacia dorsiflexión, se realiza manejo y se dan indicaciones. Debe continuar rehabilitación.

11/07/08. ORTOPEDIA. Asiste a control postoperatorio de la neurorrafía + injerto de nervio sural del troco del peroneo común pierna derecha. **Encuentro sensibilidad (ilegible) presente en cara anterior pierna derecha hasta el nivel de la articulación tibiotársica. Extensión dedos pie derecho fuerza mejoría (G III). Se observa contracción muscular sin vencer resistencia MI vence gravedad.**
Conducta: Sigue terapia física control en 1 mes. (fl. 95 vto)

- El médico ortopedista Joaquín Vargas Sáenz suscribió con el Hospital Regional de Miraflores las siguientes ordenes de prestación de servicios:

No.	Tiempo de duración	Objeto	Folio
No. 151 de 2007	23 días del 1 de diciembre de 2007	Para prestar sus servicios médicos para la práctica de exámenes de medicina especializada en ortopedia y prescribir el tratamiento que debe seguirse y realizar intervenciones quirúrgicas y procedimientos médicos en ortopedia y controlar los pacientes bajo su cuidado	257-259
No. 044 de 2008	3 días del mes de marzo de 2008		260-262
No. 026 de 2008	8 días del mes de febrero de 2008		263-265
No. 004 de 2008	10 de enero de 2008		266-267

- Hoja de vida del ortopedista Joaquín Vargas Sáenz (fl. 268-283).
- En certificación de la Secretaría de Salud de Boyacá se indica que el Hospital Regional de Miraflores E.S.E es una institución de salud del segundo nivel de atención entre cuyos servicios se encuentra cirugía ortopédica y ortopedia y traumatología (fls.310-314)

- En su dictamen pericial, la perito del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense refirió apartes de las historias clínicas del Centro de Salud Zetaquirá y la E.S.E. Hospital Regional de Miraflores concluyó lo siguiente:

“(…)

RESPUESTA AL CUESTIONARIO

A) LOS DIAGNOSTICOS ESTABLECIDOS Y PROCEDIMIENTOS MÉDICOS REALIZADOS, LAS ÓRDENES MÉDICAS EXPEDIDAS, LOS MEDICAMENTOS ORDENADOS SUMINISTRADOS Y SUS CANTIDADES.

RESPUESTA:

Diagnóstico fractura abierta de peroné derecho. Lesión del nervio ciático poplíteo externo

Se iniciaron líquidos, antibióticos y analgésicos, protección gástrica y tetanol.

Se le realiza lavado quirúrgico y desbridamiento.

Posteriormente neurografía del nervio y osteosíntesis de la fractura de la cabeza del peroné.

Se diagnostica neuroma del nervio peronero, consolidación de la fractura.

Se realiza resección de neuroma, retiro de material de osteosíntesis, neurólisis del nervio peronero en su tronco común y neurografía con aporte de injerto del sural.

Las cantidades de los medicamentos son adecuadas, así como la frecuencia de administración que pueden ser verificadas en la historia clínica.

B. LA FECHA, HORA, INSTITUCION Y PROFESIONAL QUE DETERMINÓ LA EXISTENCIA DE LA FRACTURA ABIERTA DE EPIFISIS PROXIMAL DEL PERONE DERECHO Y EL DÉFICIT TOTAL DEL NERVIO CIATICO POPLITEO EXTERNO.

RESPUESTA: El diagnóstico de fractura abierta se realiza el 27 de diciembre de 2007 en el centro de salud de Zetaquirá, según se describe una hora después del hecho por la médica de turno cuyo nombre no es legible en la copia de la historia clínica aportada.

El déficit neurológico fue diagnosticado por ortopedia en el Hospital Regional del Miraflores el 27/12/2007 por el dr. Joaquín Vargas

C. LA FECHA Y HORA EN QUE SE REALIZÓ LA OSTEOSINTESIS Y NEURORRAFIA O NEUROLISIS.

RESPUESTA: Se realiza el 4 de enero de 2008.

D. DETERMINARÁ SI LA NEURORRAFIA O NEUROLISIS PRACTICADA AL PACIENTE FUE TARDIA O NO. PRECISANDO LA IMPORTANCIA DE LA REALIZACION INMEDIATA DE TAL PROCEDIMIENTO

RESPUESTA: Cuando se trata de una lesión única la reparación primaria hace en las primeras 6 a 8 horas o se realiza una reparación primaria diferida que, se lleva a cabo en los primeros 7 a 18 días y es adecuada cuando la lesión es causada por un objeto punzante, la herida está limpia, y no hay otras lesiones graves concomitantes. En este caso era necesario realizar manejo antibiótico para evitar una infección que complicara aún más el cuadro del paciente.

E. DETERMINARAN LAS CONSECUENCIAS CLÍNICAS Y MÉDICAS PRESENTADAS POR NO HABERLE REALIZADO LA NEUROLISIS O NEURORRAFIA EL DIA 27 DE DICIEMBRE DE 2008.

RESPUESTA: La neurólisis es una limpieza del nervio, la neurografía es la sutura y reparación del mismo que en este caso se realiza de forma primaria diferida

como es recomendado en la literatura dado el tipo de lesión y las lesiones concomitantes.

F. PRECISE QUÉ TIPO DE CIRUGIA SE LE PRACTICÓ EL DÍA 7 DE JUNIO DE 2008 AL PACIENTE JIMENEZ CANO Y LOS MOTIVOS DE LA MISMA.

RESPUESTA: Se le realiza:

Extracción de cuerpo extraño peroné proximal

Extracción de material de osteosíntesis

Drenaje curetaje de peroné

Neurólisis del nervio peroneo superficial derecho-

Resección de tumor nervio pierna

Neurorrafia pierna con injertos del nervio sural derecho

El paciente presenta como complicación de su lesión un neuroma.

El neuroma es el resultado de la sección traumática de los axones. No es considerado un tumor verdadero ya que es una proliferación de tejido neural normal. En 20 a 30% de los pacientes resultan dolorosos. Existen diferentes tipos de neuromas, los cuales fueron clasificados por Sunderland en tres tipos:

1) Neuromas en continuidad que son aquéllos en los que el nervio no fue seccionado completamente. éstos se dividen a su vez en: a) huso en los que el perineuro está intacto y b) laterales en los que el perineuro de los fascículos nerviosos fue dañado;

2) Neuromas secundarios a reparación del nervio como consecuencia de la proliferación de tejido cicatrizal alrededor de la reparación.

3) neuromas posamputación.

El paciente presenta por tanto una complicación propia de su lesión con la formación de tejido de cicatrización (neuroma) que requirió resección e injerto nervioso del nervio sural.

2. QUE SEÑALE AL PROCESO CUÁL ES EL PROTOCOLO QUE DEBE SEGUIRSE PARA ATENDER UNA FRACTURA ABIERTA DE LA EPIFISIS PROXIMAL DEL PERONE DERECHO Y EL DÉFICIT TOTAL DEL NERVO CIÁTICO POPLITEO EXTERNO

RESPUESTA: Las fracturas abiertas se manejan de acuerdo a su clasificación

CLASIFICACION

La clasificación más frecuente de las fracturas abiertas, tiene en cuenta el mecanismo de producción, la gravedad del daño de los tejidos blandos, el tipo de fractura y su grado de contaminación. Tiene la ventaja de servir como guía para el tratamiento y evaluación posterior de los resultados.

Tipo I. Herida usualmente menor de un centímetro de largo, causada por una fuerza de baja energía, producida por lo general de dentro hacia afuera, con compromiso muy leve de los tejidos blandos vecinos. La fractura es simple, transversa u oblicua.

Tipo II. *La herida de la piel es mayor de un centímetro. La fractura se asocia a un moderado daño muscular debido a la energía absorbida en el momento del trauma. La fractura generalmente es simple, transversa, oblicua o con poca conminución. La lesión puede estar contaminada, aunque no severamente.*

Tipo III. *Se caracteriza por severo y extenso daño en los tejidos blandos y alto grado de contaminación de los mismos. Por lo general la piel, los músculos y en ocasiones los tejidos neurovasculares, están comprometidos. La fractura es producida por un trauma de alta energía que causa una lesión ósea conminuta e inestable. En éste último grupo se reconocen tres subtipos de fracturas:*

IIIA. *El cubrimiento de la fractura por tejidos blandos es adecuado. La fractura en sí puede ser conminuta y en ocasiones es segmentaria. Por lo general no requiere de cirugías plásticas mayores para cubrir el tejido óseo expuesto.*

IIIB. El trauma es extenso y hay pérdida de los tejidos blandos, con compromiso del periostio y exposición ósea, contaminación masiva y conminución severa de la fractura. Estas fracturas usualmente requieren procedimientos reconstructivos.

IIIC. Son las fracturas abiertas asociadas a trauma vascular, no importa cuál sea el daño de los tejidos blandos.

TRATAMIENTO

Objetivos:

Los objetivos principales del tratamiento de la fractura abierta son:

Evitar la infección del hueso y tegumentos vecinos

Lograr la consolidación de la fractura

Restaurar en lo posible la función del miembro afectado

El manejo de este tipo de fractura debe seguir un orden cronológico que a continuación se esboza:

En el sitio del accidente

Toda fractura abierta se considera como una urgencia quirúrgica, pues el objetivo principal del tratamiento es evitar la infección de la herida. Se considera que cuando han transcurrido más de ocho horas desde el momento del accidente y de la atención especializada, la fractura que inicialmente estaba contaminada, se encuentra infectada.

La herida es cubierta con material limpio para evitar mayor contaminación; si existe hemorragia ésta se controla con vendajes compresivos suaves. El uso de torniquetes está contraindicado. La fractura posteriormente se inmoviliza por medio de férulas o de inmovilizadores neumáticos.

Manejo en la sala de urgencias

Estas fracturas se asocian frecuentemente con trauma en otros sistemas. La evaluación inicial en urgencias debe seguir los parámetros recomendados en el tratamiento del paciente politraumatizado. La herida se cubre con un campo o compresa estéril hasta que el paciente sea llevado a salas de cirugía. De vital importancia es documentar en la historia clínica el estado neurovascular de la extremidad afectada. En forma simultánea con la reanimación y examen de los otros sistemas, se inicia el tratamiento de la fractura con toma de cultivos de foco, inmovilización apropiada y estudios radiológicos necesarios. Al mismo tiempo se aplica inmunización antitetánica.

Antibióticos

Hay ciertos factores inherentes a las fracturas abiertas que predisponen a la sepsis. La pérdida de tejidos blandos, la desvitalización de los mismos y la isquemia son algunos de ellos. Establecida la infección, ésta lleva a que el tiempo de hospitalización se prolongue y un aumento de morbilidad.

El riesgo de infección depende en gran parte del daño asociado de los tejidos blandos. Tal riesgo varía del 0-2% en fracturas Tipo I al 10 — 25% en fracturas Tipo III. Si hay compromiso vascular, el porcentaje de infección aumenta al 50%.

Se recomienda utilizar antibióticos efectivos para gram positivos y gram negativos durante 48 a 72 horas mientras se esperan los resultados de los cultivos. Si éstos son negativos, se suspende la administración de dichos medicamentos. De ser positivos se continuarán de acuerdo con la sensibilidad del germen cultivado.

Un tratamiento adecuado para fracturas Tipo I y II es la combinación de una cefalosporina de primera generación con un aminoglicósido. Si la fractura está asociada a daño vascular (Tipo III) o se presentó en área rural, conviene añadir penicilina cristalina con el objeto de cubrir infección por *Clostridium*.

Las dosis recomendadas de antibióticos son:

Cefalosporinas de primera generación: 100 a 200 mg/kg/día, administrada cada 4 a 6 horas.

Los aminoglicosidos se administran en dosis de 3 - 5 mg/kg/día.

La penicilina cristalina se prescribe en dosis de diez millones de unidades por día en adultos y 100.000 unidades kg/día, en niños.

Los antibióticos se reinician nuevamente por 72 horas cuando se hace un cierre primario tardío de la herida, cuando se realiza una reducción abierta y osteosíntesis y cuando por algún motivo se decide cambiar el sistema de fijación que se venía utilizando.

Manejo en salas de cirugía (lavado quirúrgico). Este procedimiento es tal vez el más importante en el tratamiento. Debe ser adecuado, copioso y repetitivo. Su objetivo es el de retirar por medios quirúrgicos y mecánicos todos los tejidos lesionados y contaminados.

En la sala de cirugía se prepara cuidadosamente la extremidad de manera convencional, mediante rasurado y lavado con jabón yodado. Se coloca torniquete en aquellos casos en que la hemorragia no puede ser controlada. El lavado a presión con arrastre mecánico es una forma ideal de limpieza. Se aconseja irrigación con volúmenes adecuados de solución salina durante todo el procedimiento.

La remoción de los tejidos desvitalizados debe incluir piel, tejido celular subcutáneo, fascia muscular, músculo y pequeños fragmentos óseos, así como todo material extraño encontrado en la herida. La cantidad de piel que se reseca depende del daño visible en el momento de la cirugía. El tejido muscular no viable y contaminado se reseca: los mejores indicadores de viabilidad del mismo son su consistencia, la contractibilidad, el color y el sangrado. No se dejan expuestos los tendones, ya que se desecan rápidamente. Para ello es necesario conservar el peritendón a través del cual llega la irrigación al mismo. Toda fascia desvitalizada y/o contaminada se puede reseca sin temor a causar déficit funcional. Los fragmentos óseos pequeños que se encuentran libres se retiran, pero, si son de mayor tamaño e importantes para la estabilidad de la fractura, se conservan una vez hayan sido desbridados.

Se recomienda repetir el lavado de la herida a las 48 horas y tantas veces como sea necesario, especialmente en fracturas tipo II y III. El cierre primario de estas heridas no es aconsejable bajo ninguna circunstancia.

Estabilización de la fractura

Una vez que ha sido lavada se procede a la fijación de la fractura por medios internos o externos. La fijación reduce la rata de infección, disminuye el dolor, preserva la integridad de los tejidos blandos, facilita el cuidado de los mismos y permite la movilización temprana.

El empleo del yeso tradicional en forma de férulas se reserva únicamente para el tratamiento de algunas fracturas estables Tipo I en que la fijación interna o externa no es necesaria, o cuando no se dispone en el momento del lavado inicial de los elementos para realizar una fijación interna o externa adecuadas, o cuando el médico que hace el primer lavado es idóneo para realizar la fijación.

Se utilizan fijadores externos en el manejo de estas fracturas. Poseen ciertas ventajas como son: aplicación sencilla, estabilizan rígidamente la fractura, permiten el examen y limpieza de la herida y facilitan la realización de procedimientos secundarios de cobertura con injertos o colgajos. Este método de fijación es ideal en fracturas abiertas Tipo II y III.

Las indicaciones de fijación interna en fracturas abiertas son:

Pacientes politraumatizados, en quienes la fijación precoz de sus fracturas facilita su manejo en unidades de cuidado intensivo y disminuye la morbilidad asociada.

Lesiones que comprometen la superficie articular del hueso

Fracturas con compromiso vascular

Pacientes con lesiones severas de los miembros y alto riesgo de amputación, los cuales necesitan fijación interna para reimplantarlos

La estabilización escogida debe tener en cuenta factores como: tipo de fractura, sitio anatómico de la misma, grado de contaminación de la herida, facilidades hospitalarias y por último conocimiento y experiencia del cirujano tratante.

Dado que se trata de una fractura que se acompaña de un déficit neurológico dado por el nervio ciático poplíteo externo y una vez se descarta la infección y se realiza la profilaxis adecuada se decide manejar la lesión de forma aguda o aguda diferida.

3. QUÉ SEÑALE SI UNA FRACTURA ABIERTA DE LA EPÍFISIS PROXIMAL DEL PERONÉ DERECHO Y EL DÉFICIT TOTAL DEL NERVIO CIÁTICO POPLÍTEO EXTERNO DEBE SER ATENDIDO POR UN ORTOPEDISTA Y TRAUMATÓLOGO.

RESPUESTA SI

4. QUÉ SEÑALE DENTRO DE QUE TÉRMINO DE TIEMPO DEBE REALIZARSE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA ATENDER UNA FRACTURA ABIERTA DE EPÍFISIS PROXIMAL DEL PERONÉ DERECHO Y DÉFICIT TOTAL DEL NERVIO CIÁTICO POPLÍTEO EXTERNO. SEÑALANDO EL PORCENTAJE DE RIESGO TIEMPO QUE IMPLICA LA REALIZACIÓN TARDÍA DE LA NEURORRAFIA O NEUROLISIS.

RESPUESTA: *La prioridad está en la realización del lavado quirúrgico de la fractura como se realiza en este caso no en el manejo de la lesión nerviosa que como ya se indico puede ser agudo diferido hasta dos semanas después de la lesión.*

5. QUE SEÑALE SI ANTE LA PRESENCIA DE UNA FRACTURA ABIERTA DE LA EPÍFISIS PROXIMAL DEL PERONÉ DERECHO Y EL DÉFICIT TOTAL DEL NERVIO CIÁTICO POPLÍTEO EXTERNO, EL PRINCIPAL OBJETIVO DE LA CIRUGÍA DEBE SER EL RESTABLECIMIENTO ÓPTIMO DE LA FUNCIÓN DE LA EXTREMIDAD.

RESPUESTA: *NO, la medicina es una profesión de medios no de resultados. Los resultados de los procedimientos que neurografía neurólisis y parcial no puede ser determinada con precisión. Sabemos, sin embargo, que la neurografía nunca es seguida del retorno total de la función motora y sensorial. En raras ocasiones, el retorno total se acerca después de la sutura del nervio radial y, en ocasiones después de la sutura del nervio mediano en los niños. Un grado de utilidad de la recuperación ocurre a menudo cuando los factores que influyen en la recuperación son favorables. El grado de recuperación varía de un nervio a nervio y con el grado relativo de daños en el motor y los componentes sensoriales en cada nervio. Recuperación de la función de la extremidad en su conjunto no es proporcional a la recuperación neurológica. Un paciente puede recuperar la función neurológica bastante bueno, pero a causa de otros defectos en las extremidades, la recuperación funcional global puede ser insatisfactoria.*

6. QUE PRECISE SI EN EL CASO BAJO EXAMEN, EL PACIENTE JIMENEZ CANO PRESENTA PIE EQUINO VARO O CAÍDO.

RESPUESTA: *Se trata de dos patologías diferentes: el equino varo es una patología congénita dada por múltiples deformidades óseas y tendinosas a nivel del pie. El paciente presenta un pie caído secundario a la alteración en la innervación del nervio ciático poplíteo externo.*

NERVIO CIÁTICO POPLITEO EXTERNO

FUNCIÓN GLOBAL:

- Dinámica: Dorsiflexión del tobillo en el momento del apoyo del pie, dirige la punta del pie hacia afuera. La función global del nervio tibial anterior es extender los dedos y flexionar el tobillo.

(...)

7. QUE PRECISE CUAL FUE LA CAUSA DE LA PÉRDIDA DEL MOVIMIENTO O DE LA FUNCIÓN DEL PIE DERECHO DEL PACIENTE JIMENEZ CANO

RESPUESTA: La lesión del nervio ciático poplíteo externo que acompañó a la fractura de peroné cuando se lesionó con la guadaña.

FINALMENTE EL PERITO DEBERÁ DEFINIR AL PROCESO LOS SIGUIENTES TERMINOS RELACIONADOS CON EL ESTADO Y EL TRAUMA DEL PACIENTE JIMENEZ CANO:

- a) *Fractura abierta de la epífisis proximal del peroné derecho: es una fractura de la parte proximal del peroné que tiene comunicación con el exterior, es decir se acompaña de lesión de piel y tejidos blandos adyacentes.*
- b) *Déficit total del nervio ciático poplíteo externo y sus consecuencias: alteración en la dorsiflexión del tobillo en el momento del apoyo del pie y de la dirección de la punta del pie hacia afuera, es decir pie caído.*
- c) *Osteosíntesis: es la fijación quirúrgica de una fractura con material de osteosíntesis: clavos., tornillos, alambre, según sea necesario.*
- d) *Neurólisis: limpieza del nervio; neurorrafia: sutura y reparación del nervio.*
- e) *Neuroapraxia, axonotmnesis, neuromnesis*

Neuroapraxia: Se produce como consecuencia de una contusión o compresión leve de la estructura nerviosa. El cilindroeje está conservado, sin solución de continuidad y existe un edema o una interrupción en un segmento de la vaina de mielina. La conducción axonal está interrumpida y no hay degeneración walleriana. La afectación producida es más motora que sensitiva y la recuperación puede tardar días o semanas, como máximo entre ocho y doce. Las alteraciones sensitivas, dolor, temperatura, tacto y propiocepción, se recuperarán por este orden y la afectación motora se recuperará de forma simultánea a nivel proximal y distal.

Axonotmesis

Es la interrupción del axón que provoca una degeneración walleriana distal a la lesión y proximal en varios segmentos nodales. Las células de Schwann y los tubos neurales están conservados. La lesión da lugar a un déficit neurológico completo: motor, sensitivo y simpático. Existe posibilidad de recuperación espontánea con buena recuperación funcional (...)

Neurotmesis

Es la sección anatómica completa del nervio, con amplia avulsión o aplastamiento. El axón, las células de Schwann y el endoneuro están completamente interrumpidos, mientras que el perineuro y epineuro sólo lo están en grados variables. Requiere exploración quirúrgica siempre.

Pie equino varo o caído y sus consecuencias (...) (fls. 334-346)

- En el dictamen No. 302011 elaborado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Boyacá se estableció que el señor Robín Hernán Jiménez Caro tiene un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 21,05% con una incapacidad permanente parcial (fls.376-380).

475

- Se recepcionó la declaración de parte del señor Robín Hernán Jiménez Cano quien manifestó lo siguiente:

PREGUNTADO: Indique al despacho las circunstancias de tiempo modo y lugar en las cuales sucedió el accidente que sufrió usted el día 27 de diciembre del año 2007. **CONTESTO:** El 27 de diciembre le estaba ayudando a mi papá, salí de la casa a las siete de la mañana empecé a trabajar a las ocho de la mañana, no sé qué pasó se partió la cuchilla de la guadaña y me cortó debajo de la rodilla y ahí quedé porque no me pude mover y grité a mi papá que me ayudara y él fue y me ayudó a levantar y llegó mi mamá y mi mujer y me amarraron la pierna con un poncho, entre los tres me cargaron hasta sacarme a la orilla de la carretera y ahí llamamos a ALDEMAR LEGUIZAMON, para que me trajera el Centro de Salud, ahí llegamos a las nueve de la mañana, me aplicaron una inyección para el dolor la doctora me miró la herida me le hizo limpieza y me remitió para Miraflores, a Miraflores llegamos a las diez de la mañana en la ambulancia, me atendió la doctora NADIA por urgencias me dio y me ordenó una radiografía, me sacaron la radiografía y me dejaron otras dos horas en la camilla, a las doce me llevaron para una habitación y las cuatro de la tarde me sacaron de allá y me vio el ortopedista JOSE JOAQUIN VARGAS, ahí me hizo lavado y me vio y dijo que estaba cortado el tendón y el peroné y me hizo lavado y me enyesó y ahí me enviaron a un cuarto, donde me tuvieron ocho días hasta el viernes 4 de enero y me entraron a la cirugía a las siete de la mañana y después a las tres de la tarde que me recuperé me pasaron otra vez a la habitación y me dieron salida el seis de enero a las once de la mañana. Para el traslado me tocó contratar carro para traerme a la casa y el doctor lo que me dijo fue que volviera a los tres meses a quitarle el yeso y los puntos y volví a los tres meses y me quitó el yeso y los puntos y me miró el pie y estaba caído y me mandó para Bogotá que me mandara hacer una férula y allá estuve me la mandé hacer y me toco andar con esa como quince días y que fuera a los quince días para retirar el material el clavo y el tornillo que me habían colocado, a lo que volví a los 15 días ya no estaba el mismo doctor, ya estaba el doctor JOSE IGNACIO MARTINEZ, quien fue el que me atendió y la cirugía estaba programada para las siete de la mañana para retirarme el clavo y el tornillo y estaba listo para entrar a la sala de cirugía y el doctor me vio me hizo caminar me vio el pie y me dijo que no me metía mano así porque me miraba mal el pie y me ordenó un examen en Bogotá una electromiografía fui me la tome y le traje el resultado eso fue en el Hospital San José y le traje los resultados y el doctor me dijo que estaba mal ese pie que el tendón prácticamente ya no tenía vida y entonces el me habló y me dijo que me podía hacer la cirugía, pero que me tocaba sacarme otro pedazo de nervio de encima del tobillo para añadirme a donde estaba dañado el nervio, porque me dijo que si yo aceptaba eso y yo le dije que sí, que si era la única manera de que el pie volviera a mi normalidad pues que hiciera eso y me programó la cirugía más o menos para junio no me acuerdo la fecha y cuando llegue a la cirugía me entraron me hizo la cirugía y después de la recuperación fue y me mostró unas fotos allá al cuarto donde yo estaba donde había unos pedazos de carne toda fea y me dijo que le había tocado extraer eso porque el otro doctor había añadido el nervio al músculo y que por eso no había vuelto a funcionar el pie, yo salía al otro día el domingo y me ordenó 15 terapias, las cuales asistí como a trece faltaron como dos terapias, porque la misma terapeuta dijo que ya no había nada que hacer, eso fue en el Hospital, además me dijo que esos ejercicios los podía hacer en la casa, porque era con un balón y una tabla y los hice durante las dos terapias que faltaban y los otros 15 días más y de todos modos andaba con muletas ya que el doctor me dijo que después de la cirugía me tocaba andar como mínimo tres meses con muletas, después volví a control como 1 as cuatro semanas y estaba el mismo doctor JOSE IGNACIO MARTINEZ, me vio y me dijo que me miraba como bastante regular me formuló otro control a las otras cuatro semanas y ya no estaba el mismo y en después vine allí al Centro de Salud y pedí cita para valoración con Ortopedia y me dijeron que tocaba esperar porque no había ortopedista en el Hospital de Miraflores (...)**PREGUNTADO:** Informe al despacho si el médico que lo atendió en el

Hospital de Miraflores, en urgencias o el ortopedista le informaron a usted los motivos por los cuales no se le practicaba la cirugía inmediatamente. **CONTESTO:** A mí me dijo la doctora NADIA que después que me revisara el ortopedista, me aplicaba antibiótico, mi esposa y mi papá les dijeron y le rogaron que me remitieran para Tunja y ellos no quisieron diciendo que lo mismo que me hacían ahí me lo iban a hacer en Tunja, pero les dije que siendo una operación de un nervio cortado como me iban a dejar enyesado ocho días y volvieron y dijeron que lo mismo me iban a hacer en Tunja. **PREGUNTADO:** Informe al despacho si los médicos ortopedistas que le practicaron ambas cirugías le informaron a usted médicamente que le había sucedido a usted en el accidente. **CONTESTO:** El ortopedista JOSE JOAQUIN VARGAS me dijo que tenía fractura abierta de peroné y lesión profunda de nervio. **PREGUNTADO:** Informe al despacho si los ortopedistas es decir quien le practico la primera y segunda cirugía, le informaron a usted que operación o procedimiento se debía practicar en su caso que método iban a utilizar o cómo iban a hacer la operación si existía alternativas diferentes a esa cirugía para su recuperación y si habían riesgos o complicaciones en la misma. **CONTESTO:** Lo único que me dijo el primero JOSE JOAQUIN, que tocaba poner platina, clavos y tornillos y reconstrucción del nervio, de resto nada me dijo. El segundo me dijo DOCTOR MARTINEZ, que quitándome el pedazo de nervio del tobillo para arriba para añadirmelo al otro dañado, podía quedar sin movilidad la parte del tobillo, pero que había posibilidad de que este nervio pudieran funcionar el primero que se lesionó, entonces preferí eso que me dejara sin movilidad el tobillo, pero que volviera a la normalidad el pie, pero no pasó nada antes se me está secando el pie. **PREGUNTADO:** Infórmele al despacho si después de la cirugía en ambas en conjunto, los médicos ortopedistas o lo fisioterapeuta le dieron instrucciones de que ejercicios o cuidados debía usted tener en su casa. **CONTESTO:** En ambas cirugías la recomendación que me hicieron era que andara en muletas sin afianzar el pie en ningún momento al piso y de noche dormir con el pie levantado en una almohada. El primer ortopedista me formuló una venda para hacer ejercicios de noche y lo cual hacía de noche por la mañana a medio día yo bregaba por mi recuperación. **PREGUNTADO:** Sírvase manifestar usted donde habito en el tiempo transcurrido entre las dos operaciones y durante el tiempo en que le fueron ordenadas las terapias. **CONTESTO:** En tiempo de recuperación de la primera cirugía me la pase en mi casa que queda en Juracambita a 20 metros de la carretera principal y en la segunda cirugía me la pase donde mi papá que queda la casa en Juracambita sobre la vía principal y para ir a Miraflores me tocaba pagar expreso porque me habían recomendado que no doblara la rodilla durante seis meses inclusive fue un gallo para hacer movilidad, porque ya el pie estaba tieso. **PREGUNTADO:** Informe al despacho si aparte de los profesionales que acaba de mencionar es decir los dos ortopedistas la fisioterapeuta, la médica de urgencias del Hospital de Miraflores, usted a consultado o acudido a otro médico o terapeuta de que le den un diagnostico le hagan algún procedimiento con relación a las lesiones que presenta. **CONTESTO:** No. (...)” (fls. 251-254)

➤ Se recibieron los siguientes testimonios:

- **ISMAEL LEGUIZAMON REYES** cuñado del demandante Robín Hernán Jiménez Cano.

“**PREGUNTADO:** Diga al despacho si conoce a ROBIN HERNAN JIMENEZ CANO 'si es así cuanto tiempo hace que lo conoce y en razón de que lo conoce. **CONTESTO:** Él lo conozco hace unos 22 años, que es un vecino ahí. **PREGUNTADO:** Diga si conoce a LIDA MARIBEL BONILLA JIMENEZ, en caso afirmativo cuanto tiempo hace y porque razón. **CONTESTO:** Lo mismo hace unos 22 Años por que viven ahí son vecinos. **PREGUNTADO:** Diga al despacho cual es la ocupación que ejerce el señor ROBIN HERNAN JIMENEZ CANO, hace cuánto. **CONTESTO:** Él es constructor y eso hace unos ocho años que se dedica a constructor. **PREGUNTADO:** Diga al despacho si le consta si el señor ROBIN

HERNAN JIMENEZ CANO, tiene alguna limitación para ejercer esa profesión u oficio. **CONTESTO:** El hombre trabaja en eso, pero es incómodo porque está enfermo de una pierna, antes me ayudaba a ganadiar y eso fue desde que le pasó un accidente, eso ocurrió desde un 27 de diciembre esto hace como cuatro o cinco años no me acuerdo bien. **PREGUNTADO:** Diga al despacho todo lo relacionado con lo que usted conozco de él accidente a que refiere causó la enfermedad de una pierna al señor ROBIN HERNAN JIMENEZ CANO. **CONTESTO:** Lo que sé es que el día del accidente lo trajo ALDEMAR LEGUIZAMON de Juracambita y estuvo aquí en el Puesto de Salud como en 40 minutos, después lo remitieron de aquí para el Hospital de Miraflores y allá fue donde lo operaron, le añadieron el tendón como hasta los ocho días por que se le trozó un tendón. Lo que sé es que el hombre quedó fue cojo, inútil, eso es la información que doy hasta ahí. **PREGUNTADO:** Diga al despacho en que consistió el accidente. **CONTESTO:** Eso fue el accidente echando guadaña y se rompió la cuchilla y le trozó el tendón de debajo de la rodilla.(...) **PREGUNTADO:** Califiquenos en su condición de vecinos de los esposos ROBIN HERMAN JIMENEZ CANO y LIDA MARIBEL BONILLA JIMENEZ, las relaciones familiares que estos tienen. **CONTESTO:** Pues yo no miró una relación bien, porque el hombre está enfermo, no debe sentirse bien así. Ellos viven ahí y tienen una buena relación ahí porque no andan peleando ni nada y cuando no puede trabajar uno el otro trabaja. (...) **PREGUNTADO:** Diga al despacho cuanto ganaba el señor ROBIN HERNAN JIMENEZ, antes del accidente. **CONTESTO:** El ganaba unos veinticinco mil pesos diarios, ganadeando y eso era casi todos los días (...) (fls. 220-221).

- **JOSE PABLO JIMENEZ GALINDO PREGUNTADO,** padre del demandante Robin Herman Jiménez Cano.

"**PREGUNTADO:** Diga si conoce a LIDA MARIBEL BONILLA JIMENEZ, en caso afirmativo cuanto tiempo hace y porque razón. **CONTESTO:** Si ella es la esposa de ROBIN y la conozco porque éramos vecinos eso fue hace unos diez años. **PREGUNTADO:** Diga al despacho cual es la ocupación que ejerce el señor ROBIN HERNAN JIMENEZ CANO, hace cuánto. **CONTESTO:** Por ahí trabaja en construcción y cuando no sale le toca trabajar en otra cosa, como echar azadón o alquilarse a otra cosa. **PREGUNTADO:** Informe al despacho si para el ejercicio de las ocupaciones que usted señala realiza el señor ROBIN HERNAN JIMENEZ CANO, existe algún tipo de limitación. **CONTESTO:** Si por que el tuvo un accidente con una guadaña y quedó fregada una patita. **PREGUNTADO:** Relate al despacho todo lo que le conste respecto a circunstancias de tiempo modo y lugar del accidente que usted indica sufrió ROBIN HERNAN JIMENEZ CANO, indicándolo como una limitante del desarrollo de su ocupación de constructor. **CONTESTO:** Eso fue un 27 de diciembre hace como dos años, no me acuerdo del año, nos fuimos a trabajar con él, el llevó la guadaña y se puso a trabajar en una finca de nosotros en la escritura está la mujer mía y trabajó como una hora y tal vez no alcanzó y se rompió la cuchilla y le rompió la pierna y eso fue como a las ocho de la mañana, a lo que sucedió ese caso lo echamos al hombro con la señora de el con MARIBEL y lo sacamos a la carretera y llamamos a ALDEMAR el del taxi de Zetaquirá, cuando el del taxi llegó lo teníamos en la vía y lo trajo al hospital allí, le hicieron una curación y lo remitieron a Miraflores al Hospital. allá en el Hospital duró internado unos ocho días y no le hacían la operación lo íbamos a remitir para Tunja y no convinieron y dijeron que lo que le hacían ahí era lo mismo que en Tunja eso dijo el médico que estaba ahí y hasta en después lo operaron como a los doce días para arriba mas o menos y eso lo operaron del cortón que se había dado con la guadaña, no lo entregaron con muletas y lo llevamos para la casa y eso le formularon unas terapias y eso las hacia, pero no tenia mejoría de la pierna y volvimos y lo llevamos allá y volvieron y lo operaron como a los 15 días por que no mejoraba la pierna, pues ahí si que fue peor por que siguió malicimo de la pierna no lo operaron bien y siguió mal de la pierna y fue hasta Bogotá a un examen y así esta cojo, y eso le siguieron poniendo terapias y el

iba, pero se cansó porque no sentía mejoría de la pierna. Pues ahora camina, pero cojo, no le quedó funcionando bien el pie. PREGUNTADO: Informe al despacho cuanto tiempo transcurrió desde el momento que ocurrió el accidente hasta llegar al Centro de Salud del Municipio de Zetaquirá. CONTESTO: Eso aproximadamente una hora duro en llegar aquí. (...)PREGUNTADO: Indíquenos quien proveía a la fecha en que ocurrió el accidente aquí referido los ingresos para el sustento del núcleo familiar constituido por su hijo ROBIN HERNAN, su esposa MARIBEL y su menor hijo DUVAN. CONTESTO: Pues él claro, por que como trabajaba con su trabajito de la construcción, con eso el veía por su hogar (...) PREGUNTADO: A que se dedicó su hijo ROBIN HERNAN durante el tiempo de la recuperación de las cirugías referidas por usted en esta diligencia, es decir durante el primer semestre del año 2008. CONTESTO: Eso duró como dos meses después de la primer cirugía sin poder trabajar, hasta anduvo con unas muletas (...) PREGUNTADO: Informe al despacho si le consta que cuidados tuvo ROBIN mientras habitaba en la casa antes de practicarle la segunda cirugía y posterior en el tiempo de terapia. CONTESTO: Ahí en la casa simplemente descansaba y pague carro para llevarlo a la terapia a Miraflores. PREGUNTADO: Sabe usted si le consta o no por que el señor ROBIN no volvió a acudir a la terapia al Hospital. CONTESTO: Pues últimamente la falta de plata para arriba y para abajo eso fue en la segunda cirugía y fue como a 15 terapias, en la primera cirugía le dieron una banda de caucho para hacer movimiento en la casa y él lo hizo (fls. 223-225)

- **ALDEMAR LEGUIZAMON MARTINEZ.**

PREGUNTADO: Diga al despacho si conoce a ROBIN HERNAN JIMENEZ CANO si es así cuanto tiempo hace que lo conoce y en razón de que lo conoce. CONTESTO: hace un promedio de 12 o 15 años que lo distingo a él cuestión de transporte lo distingo donde vive y todo. PREGUNTADO: Diga si conoce a LIDA MARIBEL BONILLA JIMENEZ, en caso afirmativo cuanto tiempo hace y por qué razón. CONTESTO: Lo mismo, unos 15 años por el transporte. PREGUNTADO: Diga al despacho cual es la ocupación que ejerce el señor ROBIN HERNAN JIMENEZ CANO, hace cuánto. CONTESTO: Yo lo conozco es como maestro de construcción y como que trabajaba con una guadaña. PREGUNTADO: Informe al despacho si para el ejercicio de las ocupaciones que usted señala realiza el señor ROBIN HERNAN JIMENEZ CANO, existe algún tipo de limitación. CONTESTO: Pues ahorita en eso casi no le he visto trabajando en eso, no se si existe limitación por que vive en una vereda y yo en otra, no se si trabaja en eso o no. PREGUNTADO: Diga al despacho lo que le conste respecto a un accidente sufrido por el señor ROBIN HERNAN JIMENEZ CANO. CONTESTO: El día 27 de diciembre del 2007, me solicitó un servicio a las ocho y cuarto, eso me llamó fue la esposa MARIBEL desde la vereda de Juracambita en el sector Centro, alpie de la escuela y me dijeron que para que lo recogiera por que se había cortada una pierna y allá lo recogí y lo traje al Centro de salud aquí como a las nueve de la mañana lo deje en el Centro de salud de Zetaquirá y de ahí no sé nada más, solo sé que después del accidente el quedó caminando mal como que cojea de una pierna, con dificultades para caminar en una pierna. PREGUNTADO: Informe al despacho si le consta como fue tratado dicho accidente por las entidades de salud y las consecuencias del mismo. CONTESTO: No, no me consta nada más. (...)PREGUNTADO: Que tiempo transcurrió entre el momento que lo llamaron a prestar el servicio referido por usted y la llegada del paciente o del enfermo, o accidentado JIMENEZ CANO, al Centro de Salud de Zetaquirá. CONTESTO: Un promedio de 25 a 30 minutos desde que me llamaron y fui a recogerlo y traerlo y es que cuando me llaman es inmediato cuando se trata de un enfermo y subiendo gaste como 11 minutos y bajando gasté como 12 a 13 minutos" (fls. 222-223)

4.2. Análisis de los elementos de la responsabilidad estatal,

4.2.1. Daño

Debe ostentar la naturaleza de cierto, actual y determinado para predicar el cumplimiento de los preceptos normativos contenidos en el artículo 90 de la Constitución Política, necesarios para sustentar la existencia del daño antijurídico.

Conforme con la historia clínica elaborada por la E.S.E- Hospital Regional de Miraflores, el señor Robín Hernán Jiménez fue atendido el 27 de diciembre de 2007, en esa entidad hospitalaria con ocasión a una herida causada en región infra articular de pierna derecha mientras trabaja con guadaña resultando igualmente lesionado el nervio ciático poplíteo externo derecho (fl. 72).

De igual modo que después de recibir atención médica y quirúrgica para dichas dolencias, se advierte en anotación del 17 de mayo de 2008 de la especialidad de ortopedia, que el citado paciente refiere dolor en la cara lateral de la pierna derecha a nivel de la cicatriz hipertrófica proximal y lateral de la pierna inducida obsesiva mancha asimétrica tipo **pie caído** a la derecha, ligera atrofia de la musculatura anterior de la pierna (fl. 94) que generó una pérdida de capacidad laboral del 21.05% con una incapacidad permanente parcial según dictamen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Boyacá (fls.376-380)

Atendiendo el daño alegado en la demanda referente a la ocurrencia de pie caído en la corporalidad del señor Jiménez, es necesario señalar que este refiere a la incapacidad para alzar la parte más extrema del pie a causa de debilidad o parálisis de los músculos encargados de esa acción; las personas con pie caído arrastran los dedos del pie al caminar, o doblan las rodillas más de lo común para poder levantar bien el pie y evitar arrastrar y lastimarse los dedos, asemejando su paso a una marcha¹⁷

En este orden de ideas, considera la Corporación que efectivamente, con ocasión al accidente sufrido por el señor Robín Jiménez el día 27 de diciembre de 2007, en momentos en que desarrollaba labores de campo en el Municipio de Zetaquirá y, con posterioridad a esa fecha en la que recibió atención médica y quirúrgica en la E.S.E. demandada, persiste en la corporalidad de aquel un menoscabo en sus funciones

¹⁷En http://s3.amazonaws.com/breve-assets-production/Fooddrop_Caf%C3%A9%20del-pie-12-11-16.pdf

físicas, en particular con el síndrome del pie caído referido y pérdida de la capacidad laboral en un 21,05%, circunstancia que a todas luces representa un daño no solo para aquella víctima directa sino para su esposa Lida Maribel Bonilla Jiménez y su hijo Heider Duván Jiménez Bonilla.

Por lo tanto, se encuentra probado este requisito por parte de los demandantes.

4.2.2. Imputación fáctica y jurídica

Dice el recurrente que era dable enrostrar el resultado dañoso a la entidad accionada a la luz de la falla presunta de servicio y en atención a la aplicación de la teoría de la carga dinámica de la prueba, criterio vigente a la fecha de ocurrencia del daño, es decir, a mayo de 2008 y porque no demostró que el resultado dañoso no obedeció a una mala praxis médica y que de cualquier forma la prueba indiciaria permite establecer la existencia de una falla en el servicio.

Sobre el particular precisa la Sala que en sentencia del 27 de abril de 2011¹⁸ el Consejo de Estado reiteró que los asuntos de falla médica se estudian a la luz de la teoría de la falla probada del servicio y que si bien la teoría planteada por el recurrente tuvo auge en esa Corporación, lo cierto es que desde el año 2006 perdió vigencia y resulta un criterio imperante la aplicación de la teoría de la falla probada en dichos asuntos.

Al respecto indicó:

“Ha sostenido reiteradamente esta Corporación que la falla médica es un título que permite imputar a la entidad pública de salud, el daño que ocasiona con el acto médico, para imponerle la obligación de repararlo.

Si bien, en épocas pasadas la jurisprudencia prohijó la doctrina de la falla médica presunta, que pone en cabeza de la parte demandada la carga probatoria del debido cumplimiento de las obligaciones del médico, desde comienzos de la década anterior se inició una consolidación jurisprudencial en torno a la naturaleza subjetiva de este tipo de responsabilidad, que exige la prueba de la falla, abandonando, a partir del fallo del 31 de agosto de 2006, el régimen de la presunción¹⁹. Sin perjuicio de que el nexo causal pueda ser demostrado a partir de prueba indirecta o indiciaria.

¹⁸ Consejo De Estado, Sección Tercera, Subsección B. C.P. Stella Conto Díaz Del Castillo, Radicación número: 17001-23-31-000-1999-00695-01(20636)

¹⁹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de agosto 31 de 2006, expediente 15772, M.P. Ruth Stella Correa. Sentencia de octubre 3 de 2007, expediente 16.402, M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Sentencia del 23 de abril de 2008, expediente 15.750; del 1 de octubre de 2008, expedientes 16843 y 16933. Sentencia del 15 de octubre de 2008, expediente 16270. M.P. Myriam Guerrero de Escobar. Sentencia del 28 de enero de 2009, expediente 16700. M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Sentencia del 19 de febrero de 2009, expediente 16080, M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Sentencia del 18 de febrero de

Posición que fue reiterada en pronunciamiento del 30 de enero de 2012²⁰; en consecuencia, gravita en la parte actora acreditar la falla del servicio médico alegada prestando particular relevancia la prueba indiciaria.

Así las cosas, los cuestionamientos planteados por el apelante en su recurso constitutivos de falla médica y que en su criterio están llamados a ser respondidos por la entidad demandada, deben ser atendidos por la parte actora, por cuanto debe acreditarla.

Pues bien, acorde con el acervo probatorio, el señor Robín Jiménez asistió el día 27 de diciembre de 2007, a la Unidad de Atención Especial del Centro de Salud de Zetaquirá, por el servicio de urgencias, en razón a que una hora antes había sufrido herida abierta en su pierna derecha debido a un trauma con guadaña.

Esta circunstancia y el traslado diligente a ese centro de salud quedaron corroborados con la declaración del demandante Robín Jiménez (fls. 251-254) y los testimonios de Aldemar Leguizamón quien lo transportó desde el lugar del siniestro al centro de salud (fls. 222-223) y José Pablo Jiménez, padre del causante quien acompañó al señor Robín Jiménez en tal periplo (fls. 223 -225).

De igual forma quedó acreditado que los galenos de ese centro de salud le diagnosticaron a Robín, fractura abierta de tibia derecha en tercio superior de más o menos 5 cm de diámetro longitudinal que mostraba tejido óseo.

Allí procedieron a lavar la herida con medicamento SSN de 1000 cc clara (sic), suministraron medicamento para el dolor y remitieron a II nivel de atención para manejo con especialista, específicamente, a la E.S.E. Hospital Regional de Miraflores (fls. 60 y 60 vto; 165).

A esa institución arribó ese mismo día a las 10:00 a.m., por el servicio de urgencias, donde se describió la existencia de herida de más o menos 3 cm en cara externa de pierna derecha zona infrarticular palpándose hueso; se dio impresión diagnóstica de fractura abierta de peroné derecho y se dispuso la toma de radiografía de la pierna

2010, expediente 20536, M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Sentencia del 9 de junio de 2010, expediente 18.683, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

²⁰ CONSEJO DE ESTADO, SECCION TERCERA, SUBSECCION B, Consejera ponente: STELLA CONTO DIAZ DEL CASTILLO, Radicación número: 17001-23-31-000-1999-00964-01(23017)

derecha, que indicó la existencia de fractura en cabeza del peroné. Igualmente dentro de las órdenes médicas se previó valoración por ortopedia y hospitalización con suministro de antibiótico intravenoso (fl. 76 y 76 vto).

Una vez valorado por el ortopedista doctor José Joaquín Vargas, este encontró miembro inferior izquierdo con herida de más o menos 3 cm en cuello peroné con lesión déficit total del nervio ciático poplíteo externo derecho y fractura epífisis proximal del peroné.

Aproximadamente a las 2:30 p.m. de ese día 27 de diciembre, ese galeno lo intervino quirúrgicamente realizándole lavado quirúrgico y desbridamiento del miembro inferior derecho. Según informe quirúrgico, en la intervención se observó herida contaminada de la pierna lesionada y se efectuó radiografía de control intraoperatorio; culminó la intervención a las 3: 50 p.m. sin complicaciones y contando con la autorización del paciente para su realización. El especialista dispuso que en 8 días se realizaría osteosíntesis²¹ del peroné y neurólisis²² ciático poplíteo externo; de igual forma ordenó reposo al paciente (fl. 69, 59, 72)

Al día siguiente 28 de diciembre, el paciente fue valorado por ortopedia hallándose evolución adecuada de la herida quirúrgica; el diagnóstico de egreso fue fractura de miembro inferior, nivel no especificado; programó osteosíntesis de peroné derecho y neurorrafia²³ ciático poplíteo externo derecho en 8 días, control por consulta externa en 30 días y se le inmovilizó con yeso (fl. 69, 77, 78)

Durante los días siguientes de hospitalización, 29, 30, 31, 1, 2, 3 y 4 de enero, el paciente evolucionó satisfactoriamente y se documentó que conservaba sensibilidad distal (en sus dedos) y movilidad del miembro lesionado (fl. 63, 68, 69, 69, 71)

²¹ Unión quirúrgica de los fragmentos de un hueso mediante elementos (en general metálicos) diversos: alambres, cintas, pernos, placas y tornillos y clavos intramedulares. En: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/osteosintesis>

²² f. Técnica microquirúrgica cuyo objetivo es la separación, aislamiento o individualización del tronco nervioso de los tejidos que le rodean (neurólisis externa o exoneurólisis) o la disección de los fascículos o grupos fasciculares de un tronco nervioso mediante la resección del tejido epineural que les rodea (neurólisis interna o endoneurólisis). || Destrucción o disolución de un nervio sensitivo para aliviar el dolor o para corregir la espasticidad. || Liberación de un nervio de sus adherencias. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/neurolisis>

²³ Operación quirúrgica que consiste en la sutura de un nervio seccionado. En <http://catalan.catalan.esacademic.com/32219/neurorr%C3%A0fia>

49

En este último día se le practicaron las intervenciones pendientes; estableciéndose como diagnóstico preoperatorio fractura de peroné y axonometsis²⁴ y, postoperatorio bajo similar criterio; se hizo fijación con material de osteosíntesis luego neurólisis de extremos por axonometsis del ciático poplíteo externo y se le practicó neurorrafia en nervio ciático; se tomaron placas de control y la intervención resultó sin complicaciones y con buen pronóstico (fl. 62).

El consentimiento informado firmado por el paciente lo fue para la práctica de osteosíntesis peroné derecho – neurorrafia ciático poplíteo externo (fl. 63).

Posteriormente los días 5 y 6 de enero de 2008, el paciente permaneció hospitalizado; este último día fue valorado por ortopedia que puso de presente la existencia de un déficit aparente del extensor y déficit de dorsiflexión en el miembro inferior afectado; se le dio salida con miembro lesionado enyesado y orden de control en 30 días (fl. 70, 73 vto). Y se dispuso tratamiento por fisioterapia con electroestimulación lo cual se hizo desde el 25 de marzo de 2008 y los días 28 de marzo, 3, 10, 15, 23 y 28 de abril y 6 de mayo, documentándose en dichas terapias falta de movimiento de dorsiflexión y en esta última fecha se indicó presencia de pie caído (fls. 96 vto)

Pese a que el paciente no asistió a control de ortopedia programado para el 9 de mayo de 2008 (fl. 93) en el control por dicha especialidad el día 17 de mayo de ese año, se refirió que el paciente refería dolor en la cara lateral de la pierna derecha a nivel de la cicatriz hipertrófica proximal y lateral de la pierna inducida obsesiva mancha asimétrica tipo pie caído a la derecha, ligera atrofia de la musculatura anterior de la pierna, signo de tinel positivo a nivel del extremo proximal de la cicatriz y distal 8 cm de la cara lateral de la pierna derecha.

Y observó hipostesia del nervio peroneo superficial cara antero lateral de la pierna y cara anterior del pie derecho; presentaba sensibilidad del primer espacio interdigital (nervio peroneo profundo), disminución de la fuerza motora de dorsiflexión del tobillo derecho (M2) y que los hallazgos clínicos podían corresponder a lesión total y neuromas postraumáticos del nervio peroneo superficial de la pierna derecha.

²⁴ Lesión nerviosa que conserva la continuidad del nervio; degeneran las vainas mielínicas y los axones, pero las estructuras conjuntivas del nervio permanecen intactas. Clínicamente se manifiesta con paresia completa de la corriente nerviosa. En <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/axonotmesis>

Conforme a lo anterior, el especialista dispuso suspender el procedimiento de la extracción del material de osteosíntesis y solicitó electroneuromiografía del miembro inferior derecho y orden para cirugías de: i) extracción de cuerpo extraño peroné proximal, ii) extracción de material de osteosíntesis de peroné derecho, iii) drenaje y conetaje peroné derecho, iv) neurólisis del nervio peroné superficial derecho, v) resección tumor nervio pierna y, vi) neurografía de pierna con injerto del nervio sural derecho (fl. 94).

Ese día 17 de mayo de 2008, el paciente firmó autorización para intervención quirúrgica y otros procedimientos especiales, literalmente, para la realización de *"Retiro material osteosíntesis peroné derecho"* (fl. 86).

La electromiografía que se realizó al paciente en el servicio de neurofisiología del Hospital San José el 5 de junio de 2008, concluyó que era anormal dado que sugería una lesión del nervio peroneo derecho a nivel del tronco, crónica, activa moderada a severa expresión (fl. 82 vto).

El 7 de junio siguiente, en el Hospital Regional de Miraflores, el ortopedista José Martínez extrajo cuerpo extraño de pierna derecha, extracción osteosíntesis, hizo resección neuroma, injerto del nervio, fenorrafia del tronco común peroneo y tenorrafia peroneo hallando cuerpo extraño y material de osteosíntesis a nivel de peroné. neurografía del peroné (fl. 90 vto) y se le da salida el 8 de junio siguiente (fl. 89)

Asistió a control por ortopedia el día 20 de junio y refirió recuperación de la sensibilidad de la cara anterior pierna derecha y aducción y abducción de los dedos del pie derecho y ordenaron terapia física (fl. 94, 95); de igual forma asistió a fisioterapia en fechas posteriores y en última cita de ortopedia del 11 de julio de 2008, encontró sensibilidad presente en cara anterior pierna derecha hasta el nivel de la articulación tibiotársica, extensión dedos pie derecho fuerza mejoría (G III) y contracción muscular sin vencer resistencia, miembro inferior vence gravedad y se ordenó que siguiera terapia física con control (fl. 95 vto).

Examinado este procedimiento médico por el perito del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense, consideró en su dictamen pericial, que se ajustaba a la *lex artis*, criterio que esta Sala comparte teniendo en cuenta que guarda

coherencia con la prueba documental (historia clínica) como con la literatura médica del procedimiento médico agotado por la entidad accionada.

Al efecto sea lo primero señalar que a fin de valorar dictámenes periciales, el Consejo de Estado en sentencia del 24 de enero de 2019²⁵ recordó que constituye un elemento de juicio para resolver el asunto litigioso, por lo que sus conclusiones no son de forzosa aceptación para el fallador. Sobre el particular anotó:

“11.2. La jurisprudencia de esta Corporación, con relación a la prueba pericial, en consonancia con el art. 187 del C.P.C.,²⁶ ha dicho que de su carácter técnico no puede desprenderse una condición axiomática sino una cualidad orientadora, que constituye para el juez un parámetro auxiliar al momento de consolidar el juicio de convicción. En otras palabras, que por su condición de experto, el perito es un apoyo para el proceso intelectual y reconstructivo de los hechos y la verdad procesal, pero el juicio de valoración y convicción es de la autonomía y resorte del juez”.

En el caso concreto, pese a que la parte actora pidió aclaración y complementación de este dictamen, ello no se realizó ante la falta de manifestación de aquella frente a la información del citado Instituto relativa a la imposibilidad de efectuarlas en razón a la desvinculación laboral del perito que hizo el dictamen y la inexistencia de personal especializado en la materia para responderlas y, examinado por la Sala tal dictamen, considera que está debidamente sustentado y goza de precisión frente a sus conclusiones por ende es dable acogerlo.

Así, verificado el contenido de dicho dictamen, se observa que este señaló que la frecuencia en la administración de medicamento frente a las lesiones presentadas por el actor Robín Jiménez, la atención inicial médica y quirúrgica que se le suministró los días 27 de diciembre de 2007, 4 de enero y 7 de junio de 2008, fue adecuada y se desarrolló así:

*“Diagnóstico fractura abierta de peroné derecho. Lesión del nervio ciático poplíteo externo
Se iniciaron líquidos, antibióticos y analgésicos, protección gástrica y tetanol.
Se le realiza lavado quirúrgico y desbridamiento.*

²⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, C.P. Ramiro Pazos Guerrero. Radicación número: 05001-23-31-000-2005-03186-01(43112)

²⁶ Al respecto ha dicho esta Corporación: “Si bien, el objeto del dictamen pericial es la valoración técnica y científica de una situación fáctica que exige ser demostrada por otros medios diferentes a los de las reglas de la experiencia, este no puede ser considerado como un medio de prueba irrefutable que le permita a las partes hacer prevalecer imperiosamente sus pretensiones, todo lo contrario, constituye tan solo un criterio específico que ilumina al juez para adoptar una decisión en los términos del artículo 187 del C. de P.C.” Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 9 de mayo de 2014, exps. 24.078 y 33685, M.P. Ramiro Pazos Guerrero.

Posteriormente neurorrafia del nervio y osteosíntesis de la fractura de la cabeza del peroné.

Se diagnostica neuroma del nervio peronero, consolidación de la fractura.

Se realiza resección de neuroma, retiro de material de osteosíntesis, neurólisis del nervio peronero en su tronco común y neurorrafia con aporte de injerto del sural”.

Igualmente indicó que la neurorrafia y neurolisis practicada al paciente también fue adecuada teniendo en cuenta que *“Cuando se trata de una lesión única la reparación primaria se hace en las primeras 6 a 8 horas o se realiza una reparación primaria diferida que, se lleva a cabo en los primeros 7 a 18 días”* y que *“cuando la lesión es causada por un objeto punzante, la herida está limpia, y no hay otras lesiones graves concomitantes”* dicho procedimiento se podía hacer de inmediato pero que *“En este caso era necesario realizar manejo antibiótico para evitar una infección que complicara aún más el cuadro del paciente”*.

Dicha conclusión tiene coherencia en consideración a que, según información del paciente la herida se produjo en momentos en que realizaba trabajo de campo con una guadaña, elemento cortocontundente que dadas las circunstancias podría transmitir infección, circunstancia que fue confirmada por el médico tratante especialista en ortopedia al documentar la existencia de *“herida contaminada”* por lo que era necesario el suministro de antibióticos como en efecto se brindó al lesionado y esperar un tiempo prudencial de 8 días para practicarle una primera neurorrafia que se llevó a cabo el 4 de enero de 2009.

Así mismo, el dictamen refirió que la neurorrafia, entendida como la intervención quirúrgica para la sutura y reparación del nervio, se realiza de forma primaria diferida, es decir, en espera de que mejoren las condiciones, como es recomendado en la literatura médica, dado el tipo de lesión y las lesiones concomitantes.

Ciertamente, consultando dicha literatura se ilustra que *“El tratamiento quirúrgico de las lesiones nerviosas periféricas implica los principios básicos del tratamiento quirúrgico de cualquier herida, como es el lavado y desbridamiento cuidadoso, eliminación de material extraño y tejido de necrótico bajo anestesia local, regional o general. Se deben de tratar en primer lugar aquellas lesiones coexistentes que puedan poner en peligro la vida del paciente, seguidamente se tratarán las lesiones vasculares, óseas y musculares asociadas a la lesión nerviosa, en caso de que existan, por el orden de prioridad especificado (17). Si la herida es limpia y reciente, el estado general del paciente es satisfactorio y se puede hacer una*

reparación (...) Si el estado general del paciente no permite la reparación inmediata o si las circunstancias impiden una reparación primaria es preferible la reparación entre 3 y 7 días después de la lesión para descartar la aparición de un lado, si existe un defecto segmentario amplio. (...) ”²⁷

En el presente caso, pese a que la herida se hizo el 27 de diciembre de 2007, efectuándose frente a la misma lavado quirúrgico y desbridamiento, la neurografía se llevó a cabo 8 días después, en particular, el 4 de enero de 2008 y la cual resultaba procedente porque, vale recordar, en atención médica de aquella fecha, el ortopedista encontró además de herida contaminada que exigía tales procedimientos, déficit o lesión total del nervio ciático poplíteo externo que exigía su sutura y reparación a través de neurografía, procedimiento diseñado para el efecto, no de manera inmediata ante la existencia de aquellas circunstancias, sino de manera diferida tal como lo ordenó el especialista.

Así mismo el dictamen relacionó las intervenciones practicadas el día 7 de junio de 2008 consistentes en:

*“Extracción de cuerpo extraño peroné proximal
Extracción de material de osteosíntesis
Drenaje curetaje de peroné
Neurólisis del nervio peronero superficial derecho-
Resección de tumor nervio pierna
Neurografía pierna con injertos del nervio sural derecho ”*

Precisó el perito, acorde con la historia clínica, que el paciente presentó como complicación de su lesión un neuroma el cual es el resultado de la sección traumática de los axones²⁸ y no es considerado como un tumor verdadero, ya que es una proliferación de tejido neural normal, es decir, del mismo tejido nervioso dentro del proceso de recuperación y que en este evento, podría catalogarse como secundario, dado que siguiendo la clasificación de neuromas presentada por el perito, aquel se presenta como consecuencia de la proliferación de tejido cicatrizal alrededor de la reparación..

Por ende, concluyó que el paciente presentó a 7 de junio de 2008, una complicación propia de su lesión con la formación de tejido de cicatrización (neuroma) que requirió resección e injerto nervioso del nervio sural.

²⁷ Artículo denominado Tratamiento de las lesiones de los nervios periféricos. Autores Juan Garrido Gómez y otros. Hospital Universitario San Cecilio Granada.

²⁸ Prolongación larga de una neurona que transmite el impulso nervioso unidireccionalmente hacia su extremo distal. En <https://www.encyclopediasalud.com/definiciones/axon>

Entiende la Sala entonces que la práctica de esta nueva intervención era para extracción de dicha complicación; la nueva neurorrafia fue para la reparación del nervio ante la carencia de resultados positivos por fisioterapia, segunda neurorrafia que, valga la aclaración, no se calificó en la historia clínica ni en el dictamen pericial como una cirugía de corrección como lo consideró el apelante.

Y ante el cuestionamiento del apelante en torno a la demora en la práctica del examen de electromiografía y de esa segunda intervención, la literatura médica prescribió que: *"La realización de EMG debe retrasarse hasta la tercera semana, a la espera de que aparezcan cambios electromiográficos, los cuales no son detectables antes de este periodo. Si al realizarla se confirma el diagnóstico de neuroapraxia o axonotmesis grado II, la actitud conservadora será la norma a la espera de la recuperación espontánea. Realizar seguimiento clínico y electromiográfico seriado cada 1-2 meses, y de no apreciar signos de reinervación sensitiva o motora progresiva, proceder a la exploración quirúrgica a los 3-6 meses. Por el contrario, en los casos en los que el diagnóstico electromiográfico es de axonotmesis tipo III, IV o neurotmesis la exploración y reparación quirúrgica será necesaria"*²⁹

Es decir, que dicho examen no se practica hasta que no se observe progreso motor del miembro lesionado, como lo que ocurrió en el presente caso, en que una vez se sometió al paciente a terapia física después de la intervención del 4 de enero de 2008, no se obtuvieron resultados positivos y surgió entonces la necesidad de practicarle electromiografía que mostró resultados negativos en la funcionalidad del nervio afectado y que llevó a practicarle la segunda intervención para buscar una reparación quirúrgica.

También el dictamen ilustró las clases de fracturas abiertas y su tratamiento. En este último punto señaló que el tratamiento de aquellas busca evitar la infección del hueso y tegumentos vecinos, lograr la consolidación de la fractura y restaurar en lo posible la función del miembro afectado cuyo manejo debe seguir un orden cronológico: i) en el sitio del accidente, ii) en sala de urgencias, iii) con antibióticos, iv) en salas de cirugía (lavado quirúrgico) y v) estabilización de la fractura.

Con fundamento en lo anterior, el perito señaló que en el caso concreto, dado que se trataba de una fractura que se acompañaba de un déficit neurológico dado por el

²⁹ En <https://www.portalsato.es/documentos/revista/Revista16-3/03.pdf>

nervio ciático poplíteo externo y una vez se descarta la infección y se realiza la profilaxis adecuada se decide manejar la lesión de forma aguda o aguda diferida, es decir, a los 8 días después de su causación como pasó en el sub – lite.

Y señaló, en cuanto al término de tiempo en que debe realizarse una intervención quirúrgica para atender una fractura abierta de epífisis proximal del peroné derecho y déficit total del nervio ciático poplíteo externo y el porcentaje de riesgo por la realización tardía de la neurorrafia o neurolisis, que la prioridad está es en la realización del lavado quirúrgico de la fractura como se realizó en el presente asunto, no en el manejo de la lesión nerviosa que puede ser agudo diferido hasta dos semanas después de la lesión como se hizo en el presente asunto.

En torno al cuestionamiento dirigido a señalar si ante la presencia de una fractura abierta de la epífisis proximal del peroné derecho y el déficit total del nervio ciático poplíteo externo, el principal objetivo de la cirugía debe ser el restablecimiento óptimo de la función de la extremidad, el perito respondió de forma negativa.

Ello porque la medicina es una profesión de medios no de resultados; en los procedimientos que neurorrafia y neurolisis los resultados no puede ser determinadas con precisión; la neurorrafia nunca es seguida del retorno total de la función motora y sensorial, con raras ocasiones, atendiendo la sutura del nervio radial y, en ocasiones después de la sutura del nervio mediano en los niños y que un grado de utilidad de la recuperación ocurre a menudo cuando los factores que influyen en la recuperación son favorables.

Y que el grado de recuperación varía de un nervio a nervio y con el grado relativo de daños en el motor y los componentes sensoriales en cada nervio y que aquella recuperación de la función de la extremidad en su conjunto no es proporcional a la recuperación neurológica.

Debe decirse que los estudios médicos especializados respaldan esta conclusión: *"Las lesiones nerviosas son relativamente frecuentes en nuestra especialidad, y dada su dificultad técnica y las posibles secuelas suponen un importante reto terapéutico. Poseemos distintas clasificaciones, aunque la de Sunderland y Mackinnon no aportan una diferencia terapéutica respecto a la de Seddon, aumentando la dificultad. La técnica de elección dependerá del tipo de lesión, localización y tiempo de evolución, así como del defecto que sea necesario reparar.*

*De forma general, en las lesiones cerradas el tratamiento conservador será la norma a la espera de recuperación espontánea. En las lesiones abiertas, la sutura primaria obtiene los mejores resultados siempre que se realice sin tensión. Cuando esta no es posible, los injertos nerviosos autólogos constituyen la técnica de elección. (...)*³⁰; injerto que se intentó en la intervención del 7 de junio de 2008, para lograr la funcionalidad del nervio.

Y la Sala también acoge la conclusión del perito, ya que en punto a la responsabilidad médica, la jurisprudencia ha señalado que esta es efectivamente de medios disponibles como conocimientos, y no el resultados, de lo contrario, se exigiría una responsabilidad objetiva frente a los procedimientos médicos efectuados como lo contempla el apelante.

En el presente caso no puede perderse de vista y resalta la Sala que la lesión diagnosticada al paciente por acción de la guadaña fue déficit total del nervio ciático poplíteo externo, nervio que el dictamen pericial explica, es el encargado de la dorsiflexión del tobillo en el momento del apoyo del pie, dirige la punta del pie hacia afuera y función global del nervio tibial anterior es extender los dedos y flexionar el tobillo, cuya alteración hizo que el paciente presentara pie caído secundario a la alteración en la innervación de ese nervio, se insiste, causado este al momento de la lesión con la guadaña.

Por lo tanto, tal como lo indicó el a-quo no hubo falla en el servicio médico por el daño alegado imputable a la entidad demandada, como quiera que esta siguió el protocolo médico o *lex artix* para el tratamiento de fractura abierta de peroné derecho y lesión del nervio ciático poplíteo externo, entonces es imputable a la gravedad de la lesión causada con la guadaña.

VII. COSTAS PROCESALES

De acuerdo con el artículo 171 del C.C.A., norma a partir de la cual se rituó el presente proceso, el juez está facultado para condenar a su pago siempre que la conducta asumida por las partes muestre temeridad o falta de fundamento, situaciones que no se evidenciaron en el caso concreto, de manera que no se condenará a la parte vencida en esta instancia al pago de las mismas.

³⁰ En: <https://www.portalsato.es/documentos/revista/Revista16-3/03.pdf>

En mérito de lo expuesto, la Sala de Decisión No. 2 del Tribunal Administrativo de Boyacá, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

FALLA:

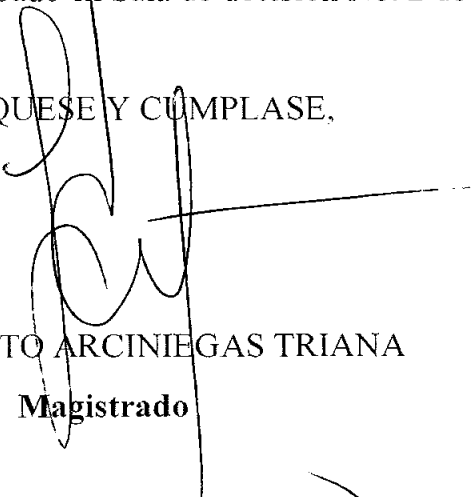
PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia de primera instancia de 10 de febrero de 2017g proferida por el Juzgado Primero Administrativo Oral del Circuito Judicial de Tunja que negó las pretensiones de la demanda, por las razones expuestas en la parte motiva.

SEGUNDO: NO CONDENAR en costas de segunda instancia a la parte accionante,

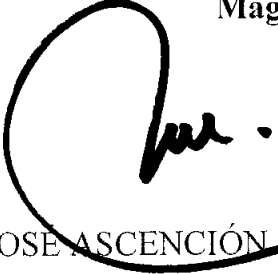
En firme esta sentencia, por Secretaría devuélvase el expediente al despacho judicial de origen y déjense las anotaciones en el Sistema Único de Información de la Rama Judicial “Justicia Siglo XXI”.

Este proyecto fue estudiado y aprobado en Sala de decisión No. 2 de la fecha.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,


LUÍS ERNESTO ARCINIEGAS TRIANA
Magistrado


CLARA ELISA CIFUENTES ORTÍZ
Magistrada


JOSE ASCENCIÓN FERNÁNDEZ OSORIO
Magistrado