



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL META

Villavicencio, veintiocho (28) de octubre de dos mil veintiuno (2021)

SALA DE DECISIÓN ESCRITURAL No. 6

MAGISTRADA PONENTE: CLAUDIA PATRICIA ALONSO PÉREZ

RADICACIÓN: 50 001 33 31 006 2011 00065 01
1° INSTANCIA: JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO
ACCIÓN: REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE: ANA SOFÍA MORENO VALENCIA Y OTROS
DEMANDADO: HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE ESE Y CAPRECOM EPS

Revisado el proceso de la referencia, advierte la sala que no ha ocurrido causal de nulidad que invalide la actuación procesal surtida, razón por la cual procede a decidir el RECURSO DE APELACIÓN formulado por el HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE ESE¹, contra la sentencia del 30 de septiembre de 2019², proferida por el Juzgado Noveno Administrativo de Villavicencio, por medio de la cual se accedió a las pretensiones de la demanda.

A N T E C E D E N T E S

1. SÍNTESIS DE LA DEMANDA³:

Ante esta jurisdicción, en ejercicio de la acción de Reparación Directa consagrada en el artículo 86 del CCA., concurren ANA SOFÍA MORENO VALENCIA quien actúa en nombre propio y en representación de sus menores hijos JUAN DAVID MORENO VALENCIA (lesionado) y ANDRÉS CAMILO BUITRAGO MORENO (hermano), contra el HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE ESE y CAPRECOM EPS.

Pretenden los demandantes que se declaren administrativamente responsables a las demandadas por los perjuicios morales y materiales derivados de la mala práctica médica consistente en la intervención tardía del menor JUAN DAVID MORENO VALENCIA, que le dejó secuelas irreparables de tipo funcional en su pierna izquierda.

¹ Páginas 119-124; 125-130. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.48.39 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:48:51 P. M., en la plataforma TYBA.

² Páginas 85-116. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.48.39 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:48:51 P. M., en la plataforma TYBA.

³ Páginas 2-16. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

Como reparación del daño piden por concepto de perjuicios materiales en la modalidad de daño emergente la suma de \$8.700.000 que corresponden a los valores de estancia, alimentación y transporte que tuvo que cancelar la madre del menor con ocasión de la hospitalización de su hijo.

En la modalidad de lucro cesante consolidado y futuro, pide las sumas de \$74.160.000 y \$100.000.000, respectivamente. Sumas todas que deben ser indexadas.

Por perjuicios morales solicitan el equivalente a 100 SMLMV para cada demandante.

De igual forma, pide para JUAN DAVID MORENO 100 SMLMV por concepto de pérdida de oportunidad de tener una vida normal.

Finalmente, pide esta misma cantidad para el lesionado por el perjuicio fisiológico.

El sustento fáctico, lo narra el apoderado de la parte actora, expresando que el menor JUAN DAVID MORENO VALENCIA el día 8 de febrero de 2009 sufrió una fractura en la tibia de su miembro inferior izquierdo, ocasionada por la caída de una bicicleta. Como quiera que el accidente se dio en zona rural, hubo necesidad de realizar un desplazamiento de 3 horas hasta el hospital, sin que la EPS prestara algún transporte.

Aduce que el menor ingresó al área de urgencias del hospital demandado a las 5:00 pm siendo atendido hasta las 6:20 pm. Allí se ordenaron reportes que arrojaron como diagnóstico, trauma de pierna izquierda, fractura de tibia y peroné y síndrome compartimental. Ante esto se ordenó hospitalización y valoración por ortopedia, lo que ocurrió a las 9:00 pm, quien describió "*Trauma de tejidos blandos GI. Inminencia de Síndrome Compartimental*".

Reprocha que pese al diagnóstico el procedimiento se hubiera realizado 22 horas después del ingreso, cuando la literatura médica señala que la misma debe darse entre las 6 y 8 horas so pena de complicaciones o secuelas permanentes. Afirma que la cirugía de descompresión (fasciotomía) se practicó el 9 de febrero de 2010 a las 4:30 pm.

Comenta que la cirugía tenía buen pronóstico posoperatorio, sin embargo, el 13 de febrero el niño estaba en deterioro y en curso de un proceso infeccioso del área afectada, razón por la que nuevamente se intervino la pierna el 14 de febrero a las 12:59 am. Allí se le retiró tejido muscular. Para el 15 de febrero, el paciente ya no tenía movilidad distal y fue necesario un nuevo lavado quirúrgico.

Paralelo a esto, afirma el apoderado que el menor solo fue tratado con cefalotina los primeros 4 días y luego con gentamicina, los cuales no surtieron los efectos

esperados, por ende, debieron utilizar si era del caso, antibióticos de amplio espectro. Solo fue hasta el 17 de febrero que se inició manejo con piperacilina tazobactan, suspendiendo la cefalotina.

Sin embargo, como no se presentó mejoría se ordenó remisión al tercer nivel (INSTITUTO ROOSEVELT) cuando ya el menor presentaba secuelas irreversibles, pues ya estaba perdiendo las 2/3 partes de la masa muscular de la pierna izquierda.

Comenta que en este centro de atención en salud fue intervenido varias veces obteniendo buenos resultados, por lo que se ordenó interconsulta con cirugía plástica para lograr los injertos, pero CAPRECOM EPS no autorizó dado que estos no estaban en el POS.

Indica que el menor presenta como secuela de estas fallas pie caído, lo que limita su desarrollo.

2. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA:

Mediante auto del 23 de agosto de 2011⁴, se tuvo por no contestada la demanda por parte CAPRECOM EPS.

El HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE ESE⁵, a través de su apoderada judicial, contestó la demanda, indicando que el accidente en el que resultó lesionado el menor JUAN DAVID fue por la caída de una motocicleta a las 11:00 am, siendo llevado al centro asistencial después de 7 horas, esto es, 6:20 pm. Así mismo, basada en el concepto del médico auditor concluyó que la falta de movilidad distal se debió a la gravedad de las lesiones óseas, musculares y neurovasculares producidas por el trauma sufrido más no por el tratamiento dado ni el actuar de los galenos.

3. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA⁶:

El Juzgado Noveno Administrativo del Circuito de Villavicencio, en sentencia del 30 de septiembre de 2019, accedió parcialmente a las pretensiones de la demanda.

Para tal efecto, analizó el régimen de responsabilidad aplicable, concluyendo que en el caso se encontraba plenamente acreditado el daño, consistente en las lesiones que

⁴ Páginas 155. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.44.13 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:44:36 P. M., en la plataforma TYBA.

⁵ Páginas 234-243 Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

⁶ Páginas 85-116. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.48.39 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:48:51 P. M., en la plataforma TYBA.

padece JUAN DAVID concretadas en las deficiencias en el movimiento del tobillo, en el nervio peroneo, en el nervio tibial y en el nervio sural, que lo llevan a tener una pérdida de capacidad laboral del 29.14%.

En cuanto a la falla en el servicio, después de valorar la historia clínica y el dictamen pericial, concluyó que *"el inicio de tratamiento instaurado al menor Juan David Moreno Valencia se efectuó de forma tardía"*, pues entre el diagnóstico y el procedimiento trascurrieron aproximadamente 24 horas.

Frente a lo relacionado con la falta de suministro de antibióticos de amplio espectro y la remisión tardía al siguiente nivel, no los encontró acreditados, explicando que *"la causa eficiente del daño fue la mora en la intervención quirúrgica de la fasciotomía, a partir de lo cual, se desencadenaron las consecuencias propias de dicha tardanza"*.

De otro lado, respecto de las pretensiones contra CAPRECOM EPS, indicó que las mismas no fueron acreditadas en el expediente, por ende, no se efectuó orden alguna respecto de esta entidad.

En ese orden, condenó al pago de perjuicios morales en la suma de 40 SMLMV para la progenitora, 40 SMLMV para el lesionado y 20 SMLMV para el hermano del lesionado, atendiendo al porcentaje de pérdida de capacidad laboral (29.14%).

En cuanto al daño a la salud ordenó el pago de 40 SMLMV para el lesionado.

Frente al daño emergente, lo encontró acreditado en valor de \$198.566.85. El lucro cesante fue liquidado en la suma de \$60.213.933.38.

4. RECURSO DE APELACIÓN⁷:

La parte demandada HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE ESE presentó recurso de apelación, indicando que la sentencia de primera instancia no tuvo en cuenta el tiempo que transcurrió *"entre el momento del accidente y el ingreso a urgencias"*, pues al momento de la valoración había un cuadro clínico de 10 horas de evolución.

Reprocha que la sentencia de primera instancia no tuvo en cuenta la falta de cuidado de los padres por la mora en llevar al menor al médico, además tampoco se evaluó la evolución del paciente ni el concepto médico del ortopedista JOSÉ ERNESTO CÓRDOBA.

⁷ Páginas 119-124; 125-130. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.48.39 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:48:51 P. M., en la plataforma TYBA.

Aduce que en el caso se presenta culpa exclusiva de los padres del menor, pues a ellos les compete el cuidado personal e integral de su hijo, dado que permitieron que el menor de 5 años transitara en una motocicleta sin protección, *"información que no fue puesta de presente el momento del ingreso sino tiempo después"*.

En cuanto a la mora en la realización de la fasciotomía afirma que *"no podía realizarse hasta tanto no disminuyeran los pulsos distales, situación en la que no se encontraba el menor al ingreso"*.

Trae a colación la historia clínica del INSTITUTO DE ORTOPEDIA ROSEVELT para evidenciar que la atención de la demandada fue la misma que se dio en el siguiente nivel, aclarando que la gravedad del trauma hacía imposible que otro fuera el resultado.

De otro lado, frente a la liquidación de los perjuicios adujo que la misma no procede como quiera que no se encuentra acreditado el nexo causal entre la supuesta falla del servicio médico y el resultado final, pues *"ya se indicó los sucesos previos al ingreso del menor en el Hospital Guaviare, esto es, el tiempo que transcurrió entre el accidente y la llegada a urgencias es determinante y no debería haber sido imputada al Hospital Guaviare, como tampoco debió ser endilgada la irresponsabilidad de los propios padres"*.

Aduce que el perjuicio moral del hermano fue no probado, pues contaba con 3 años de edad.

Finalmente, pide no tener en cuenta el dictamen rendido por el médico cirujano general, pues no cuenta con la especialidad de ortopedia encargada de atender los casos médicos relacionados con menores, *"no es igual la evolución y la percepción para un adulto que para un niño"*.

5. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN Y CONCEPTO DEL MINISTERIO PÚBLICO EN SEGUNDA INSTANCIA:

Mediante auto de fecha 26 de noviembre⁸, se admitió el recurso de apelación y se dispuso que una vez quedara en firme la providencia se corriera traslado a las partes para alegar de conclusión, de no presentarse solicitudes de pruebas en esta instancia.

El PATRIMONIO AUTÓNOMO DE REMANENTES – PAR CAPRECOM LIQUIDADADO⁹, allegó sus alegatos de conclusión indicando que *"no existe obligación indemnizatoria"*

⁸ Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_AUTO ADMITE_26-11-2020 11.33.22 A.M..PDF, ubicado en la actuación denominada AUTO ADMITE del 26/11/2020 11:33:31 A. M., en la plataforma TYBA.

⁹ Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_AGREGAR MEMORIAL_3-12-2020 4.17.24 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada AGREGAR MEMORIAL del 3/12/2020 4:17:54 P. M., en la plataforma TYBA.

alguna radicada en cabeza de la extinta CAPRECOM por el daño sufrido a los demandantes como consecuencia de las lesiones del menor JUAN DAVID MORENO VALENCIA derivadas de la atención médica y procedimientos quirúrgicos realizados a éste, en la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE, toda vez que los mismos no se produjeron como consecuencia ni de una acción, ni de una omisión proveniente o imputable a mi representada, a la cual tampoco puede exigírsele la asunción de una conducta diferente, está demostrado con grado de certeza que la extinta CAPRECOM como ARS cumplió a cabalidad con los procedimientos acordes a su competencia y protocolos de atención que la ciencia médica establece para estos casos.”

Seguidamente, indica que en caso de estudiarse el fondo del asunto no debe dejarse de lado el concepto médico de JOSÉ ERNESTO CÓRDOBA en el que se explica que el procedimiento se dio conforme a la *lex artis*, además la mora en la intervención quirúrgica se dio por cuanto debían esperar la disminución de pulsos distales.

Así mismo, recuerda que las lesiones no tienen origen en la atención sino en gravedad de las heridas del paciente. De igual manera, aclara que *“Hay un error conceptual del extremo demandante ya que el diagnóstico SINDROME COMPARTIMENTAL AGUDO (sic) sino una INMINMENCIA DE SINDROME COMPARTIMENTAL, por lo tanto, las conductas médicas desplegadas por el HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE SÍ fueron acordes con la Lex Artis.”*

La parte demandante¹⁰, en sus alegatos indicó que *“no puede ser tenido en cuenta el argumento que esboza la apoderada del hospital por cuanto la historia clínica nunca fue tachada del (sic) falso y acceder siquiera a considerar la afirmación de que el menor se encontraba en una motocicleta, en vez de exonerar a la entidad demandada por el contrario es un hecho clarísimo de su conducta omisiva, ya que de aceptar esta tesis se estarían quebrantando los preceptos de la Resolución 1995 de 1999”*.

Seguidamente, expresa que *“tampoco es de recibo que se endilgue ahora que la culpa es de los padres, cuando resultó claro que su obligación de asistir al menor y llevarlo al médico fue cumplida y una vez ingresado al hospital bajo los principios de confianza legítima y no maleficencia era responsable de su tratamiento, que como quedó demostrado fue tardío.”*

Por lo demás, reiteró en esencia lo expuesto en la primera instancia. El Ministerio Público guardó silencio en esta etapa procesal.

¹⁰ Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_AGREGAR MEMORIAL_10-12-2020 9.47.03 A.M..PDF, ubicado en la actuación denominada AGREGAR MEMORIAL del 10/12/2020 9:48:11 A. M, en la plataforma TYBA.

CONSIDERACIONES

I. Competencia:

La Sala observa que en aplicación de lo dispuesto por el numeral 1 del artículo 133 del C.C.A., modificado por el artículo 41 de la Ley 446 de 1998, es competente este Tribunal para conocer del presente asunto, teniendo en cuenta además los límites de la segunda instancia al tratarse de apelante único, según lo previsto en el artículo 357 del C.P.C¹¹, aplicable por remisión expresa del artículo 267 del CCA.

II. Problema Jurídico:

El problema jurídico se contrae a determinar si les asiste responsabilidad administrativa a las demandadas, por los perjuicios causados a los demandantes con ocasión de las lesiones sufridas por el menor JUAN DAVID MORENO VALENCIA derivadas de la atención médica brindada entre el 8 y el 19 de febrero 2009, y, si como consecuencia de esta situación, estos tienen derecho al reconocimiento y pago de una indemnización, y en tal caso, determinar su monto.

Advierte la sala la necesidad de recordar el tema de *La falla del servicio médico, la pérdida de oportunidad en el servicio de salud* y posteriormente realizar el análisis de subsunción en el *caso concreto* de acuerdo con los elementos probatorios allegados en debida forma al proceso.

III. La Falla del Servicio Médico:

Desde la propia demanda se aborda el tema de la responsabilidad bajo la teoría conocida como la Falla del Servicio o Falla Probada del Servicio, en la que deben probarse los tres conocidos elementos de la responsabilidad, por ende, se entra a explicar en el ámbito de la prestación del servicio médico cómo opera dicho fundamento, toda vez que

¹¹ **"ARTÍCULO 357. COMPETENCIA DEL SUPERIOR.** <Artículo modificado por el artículo 1, numeral 175 del Decreto 2282 de 1989. El nuevo texto es el siguiente:> *La apelación se entiende interpuesta en lo desfavorable al apelante, y por lo tanto el superior no podrá enmendar la providencia en la parte que no fue objeto del recurso, salvo que en razón de la reforma fuere indispensable hacer modificaciones sobre puntos íntimamente relacionados con aquélla. Sin embargo, cuando ambas partes hayan apelado o la que no apeló hubiere adherido al recurso, el superior resolverá sin limitaciones. En la apelación de autos, el superior sólo tendrá competencia para tramitar y decidir el recurso, liquidar costas y decretar copias y desgloses. Si el superior observa que en la actuación ante el inferior se incurrió en causal de nulidad que no fuere objeto de la apelación, procederá en la forma prevista en el artículo 145. Para estos fines el superior podrá solicitar las copias adicionales y los informes del inferior que estime conveniente. Cuando se hubiere apelado de una sentencia inhibitoria y la revocare el superior, éste deberá proferir decisión de mérito aun cuando fuere desfavorable al apelante."*

por vía jurisprudencial se han desarrollado en este campo algunos matices que deben tenerse en cuenta al momento de resolver casos referidos a este tema.

Ello por cuanto la evolución jurisprudencial frente al servicio médico, luego de la falla del servicio en la que debían probarse los tres elementos de la responsabilidad extracontractual del estado (falla del servicio, daño y nexo causal), ha pasado desde la falla presunta acogida mediante sentencia del 30 de junio de 1992 en la que se invirtió la carga de la prueba imponiendo al demandado la carga de aportar la prueba de la diligencia y cuidado en la prestación del servicio, acogiendo prácticamente una responsabilidad objetiva, hasta la carga dinámica de la prueba en la que ésta se pedía a quien estaba en mejores condiciones de aportarla; sin embargo, finalmente se retornó nuevamente la Falla del Servicio en la que la carga probatoria se rige por el postulado del artículo 177 del CPC, y que se entiende como aquella fuente de responsabilidad patrimonial del Estado que comprende los casos en los que la administración causa un daño antijurídico porque el servicio que presta no funciona, o funciona mal o de manera deficiente, bien sea por hechos, omisiones u operaciones administrativas.

Bajo este régimen, como atrás se anunció, los elementos axiológicos que deben demostrarse por el demandante son: (i) *La Falla o Falta de la Administración*, bien por la omisión en la prestación del servicio, ora por su retardo, irregularidad, ineficiencia o ausencia del servicio; (ii) *El Daño*, consistente en la lesión de un bien jurídicamente protegido, el cual debe ser cierto y determinado o al menos determinable; y (iii) *La Relación de Causalidad* entre la falla y el daño, esto es, que ese daño se haya producido como consecuencia de la falla de la administración o lo que es lo mismo que la falla haya sido determinante y relevante en la producción del daño.

No obstante, cabe aclarar que en el cambio jurisprudencial al pasar de la carga dinámica de la prueba a la falla del servicio, se admitió en materia probatoria una especial importancia a la prueba indirecta, fundamentalmente los indicios, así como a las reglas de la experiencia como aquella según la cual en condiciones normales de atención sólo es posible explicarse la ocurrencia de un daño cuando quiera que se cometen actuaciones negligentes, por ello la prueba indiciaria resulta de gran relevancia en este asunto, así como también lo es en torno a la demostración del vínculo causal, en relación con el cual la misma jurisprudencia ha considerado que cuando no sea posible obtener certeza sobre la relación causal entre la falla y el daño, debido a la complejidad de los conocimientos científicos o tecnológicos o por la carencia de material probatorio, el juez puede acudir al denominado "*grado suficiente de probabilidad de su existencia*", es decir, esa relación causal queda demostrada, de manera indirecta mediante indicios, al llevar al juez a la convicción que los elementos de juicio aportados son suficientes para tener el vínculo causal por establecido, esto no significa en manera alguna que el demandante quede exonerado del deber de demostrar ese nexo causal, lo que ocurre es

que según esta regla de prueba, ese elemento puede ser acreditado indirectamente con indicios¹².

También agregó la postura actual del Consejo de Estado que el actor no debe demostrar que si se hubiera prestado de manera adecuada y oportuna el servicio médico asistencial el daño no se habría producido, en este punto basta con establecer en el proceso, que al menos la falla que ocurrió le restó al paciente oportunidades de sobrevivir o de curarse, que es lo que se conoce como la pérdida de una oportunidad, cuya determinación no puede aceptarse con una mera especulación. Dice la Alta Corporación que *"es necesario que de **manera científica** quede establecido cuál era la posibilidad real del paciente de recuperar su salud o preservar su vida, y que esa expectativa real haya sido frustrada por omisiones o erradas acciones en la actuación médica. En este aspecto hay que prestar la máxima atención y no resolver como pérdida de oportunidad eventos en los cuales lo que se presentan son dificultades al establecer el nexo causal."*¹³

Para un mejor entendimiento, se pasa a explicar este tema de la pérdida de oportunidad en materia de salud.

IV. La pérdida de la oportunidad en el servicio de salud:

En términos generales, la pérdida de chance u oportunidad ha sido definida por el Consejo de Estado como los *"eventos en los cuales una persona se encontraba en situación de poder conseguir un provecho, de obtener una ganancia o beneficio o de evitar una pérdida, pero ello fue definitivamente impedido por el hecho de otro sujeto, acontecer o conducta ésta que genera, por consiguiente, la incertidumbre de saber si el efecto beneficioso se habría producido, o no, pero que al mismo tiempo da lugar a la certeza consistente en que se ha cercenado de modo irreversible una expectativa o una probabilidad de ventaja patrimonial."*¹⁴

Es decir, que dicha pérdida de chance responde a la frustración de una esperanza dirigida a obtener un resultado que pone a la persona en una situación más favorable a la previa o incluso a la evitación de un perjuicio, por ello, en esta figura coexisten dos elementos que son: i) *"la certeza de que en caso de no haber mediado el hecho dañino el damnificado habría conservado la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar una pérdida para su patrimonio"*¹⁵ y ii) la incertidumbre de que de haber

¹² Consejo de Estado. Sección tercera. Subsección A. CP: María Adriana Marín. Sentencia del 7 de mayo de 2021. Rad: 41001-23-31-000-2008-00309-01(52751). Actor: Martha Lucía Lozano Sánchez.

CONSEJO DE ESTADO. Sección Tercera. Sentencia del 19 de agosto de 2009. C.P. ENRIQUE GIL BOTERO. Rad. 76001-23-31-000-1997-03225-01(18364). Actor: Glueimar Echeverry Alegría y Otros. Demandado: ISS.

¹³ CONSEJO DE ESTADO. Sección Tercera. Sentencia del 31 de agosto de 2006. C.P. RUTH STELLA CORREA PALACIO. Rad. 68001-23-31-000-2000-09610-01(15772). Actor: María Olga Sepúlveda Ramírez. Demandado: Hospital Ramón González Valencia.

¹⁴ Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia del 11 de agosto de 2010. CP: Mauricio Fajardo Gómez. Rad: 05001 23 31 000 1995 00082-01 (18593). Actor: Pedro Emilio Valencio.

¹⁵ Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia del 11 de agosto de 2010. CP: Mauricio Fajardo Gómez. Rad: 05001 23 31 000 1995 00082-01 (18593). Actor: Pedro Emilio Valencio.

*"mantenido la situación fáctica y/o jurídica que constituía presupuesto de la oportunidad, realmente la ganancia se habría obtenido o la pérdida se hubiere evitado."*¹⁶

Debe advertirse que la indemnización por la pérdida de la oportunidad comprende unos límites, que consisten, de un lado, en que aquella no procede cuando se esté frente a daños hipotéticos o eventuales, y del otro, que lo frustrado sea la oportunidad y no el beneficio que se esperara lograr o la pérdida que se pretendía evitar, ya que estos constituyen elementos distintos del daño.

Ahora bien, el Consejo de Estado en la citada providencia respecto de la demostración de la relación causal existente entre el acontecimiento o la conducta dañosa y la desaparición de la posibilidad de obtener el beneficio o evitar un perjuicio, ha señalado que: *"la pérdida de oportunidad no representa, por tanto, una especie de daño subsidiario en defecto de prueba respecto de la relación causal entre el hecho o conducta censurados y el beneficio definitivamente perdido, sino una clase autónoma de daño respecto del cual no puede presentarse la tantas veces mencionada incertidumbre causal, toda vez que tal falta de certeza debería conducir, directa e indudablemente, a la exoneración de responsabilidad por el anotado concepto; de allí que resulte atinado aseverar que "cuando hablamos de la pérdida de una oportunidad, no podemos incluir allí la simple imposibilidad de saber cuál es la causa de un daño"*.

De este modo, la pérdida de oportunidad, ha expuesto la jurisprudencia que, se encuentra dentro del contexto del daño, tratándose de un perjuicio de carácter autónomo: *"(...) la Sala considera que la pérdida de oportunidad se ubica en el campo del daño, sin desconocer que por elementales razones guarda estrecho vínculo con la relación de causalidad, -la causalidad existente entre el hecho imputable y el daño para estructurar la responsabilidad- y por lo mismo, **resulta ser un perjuicio autónomo** que, no obstante, es indemnizable, diferente al daño final padecido por el paciente"*^{17,18}

Así las cosas, se ha entendido que el daño no siempre refiere una vulneración de un derecho subjetivo, dado que la pérdida de oportunidad es un perjuicio autónomo de este, y en esa medida, la sola esperanza probable de obtener un beneficio o de evitar una pérdida constituye un bien jurídicamente protegido, cuya afectación *"confiere derecho a una reparación que debe limitarse a la extensión del "chance" en sí mismo, con prescindencia del resultado final incierto, frente a lo cual resulta lógico que dicha oportunidad perdida "tiene un precio por sí misma, que no puede identificarse con el*

¹⁶ ibidem

¹⁷ SENTENCIA DE 27 DE ABRIL DE 2011, EXP. 18.714. M.P. GLADYS AGUDELO ORDÓÑEZ; EN ESE MISMO SENTIDO, PUEDE CONSULTARSE LA SENTENCIA DICTADA EL PASADO 8 DE JUNIO DEL PRESENTE AÑO, EXP. 19.360.

¹⁸ SENTENCIA DEL 12 DE MARZO DE 2015. C.P.: HERNAN ANDRADE RINCON. RAD. 88001233100020030007301.

*importe total de lo que estaba en juego, sino que ha de ser, necesariamente, inferior a él”, para su determinación*¹⁹.

Por último, para que exista pérdida de oportunidad como daño indemnizable, deben concurrir tres requisitos, a saber: **i)** la certeza de la existencia de una oportunidad que se pierde, es decir, de que si no hubiere ocurrido el hecho dañoso, la víctima hubiere sostenido su expectativa de obtener una ganancia o evitar un detrimento; **ii)** la imposibilidad de forma definitiva de obtener tal ganancia o evitar el detrimento, es decir, que los resultados que esperaba la víctima no podrán ser recuperados nunca; **iii)** El afectado debe para el momento del hecho dañino, encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender obtener el provecho perdido; los anteriores fueron definidos en sentencia del 25 de agosto de 2011²⁰, así:

*"(i) Certeza respecto de la existencia de una oportunidad que se pierde, aunque la misma envuelva un componente aleatorio, lo cual significa que esta modalidad de daño da lugar a un resarcimiento a pesar de que el bien lesionado no tiene la entidad de un derecho subjetivo —pues se trata de un mero interés legítimo, de la frustración de una expectativa, sin que ello suponga que se trata de un daño puramente eventual—, siempre y cuando se acredite inequívocamente la existencia de "una esperanza en grado de probabilidad con certeza suficiente"*²¹ *de que de no haber ocurrido el evento dañoso, la víctima habría mantenido la expectativa de obtener la ganancia o de evitar el detrimento correspondientes*²²;

(ii) Imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento, vale decir, la probabilidad de obtener la ventaja debe haberse convertido en inexistente, pues si la consolidación del daño dependiera aún del futuro, se trataría de un perjuicio eventual e hipotético, no susceptible del reconocimiento

¹⁹ SENTENCIA DEL 25 DE AGOSTO DE 2011, RAD. 25000-23-26-000-1997-03994-01(19718). DEMANDANTE: CARMEN ELISA FORERO Y OTROS. C.P. MAURICIO FAJARDO GÓMEZ.

²⁰ RAD. 25000-23-26-000-1997-03994-01(19718), POSICIÓN REITERADA DE MANERA RECIENTE EN SENTENCIA DEL 31 DE MAYO DE 2016, RADICADO NO. 63001233100020030026101 (38267). C.P. DANILO ROJAS BETANCOURTH. ACTOR: EDILBERTO PIEDRAHITA TENORIO.

²¹ *IDEM*, PP. 38-39.

²² *A ESTE RESPECTO SE HA SOSTENIDO QUE "... LA CHANCE U OPORTUNIDAD, ES UNA POSIBILIDAD CONCRETA QUE EXISTE PARA OBTENER UN BENEFICIO. EL INCIERTO ES EL BENEFICIO PERO LA POSIBILIDAD DE INTERVENIR ES CONCRETA, PUES EXISTE DE FORMA INDISCUTIBLE. POR ESO SOSTENEMOS QUE EXISTE DAÑO JURÍDICAMENTE INDEMNIZABLE CUANDO SE IMPIDE ESA OPORTUNIDAD O ESA CHANCE: SE PRESENTA EL DAÑO... LAS DIFICULTADES PUEDEN PRESENTARSE EN LA EVALUACIÓN, PORQUE LÓGICAMENTE ÉSA NO PUEDE SER LA DEL BENEFICIO QUE POSIBLEMENTE SE HABRÍA OBTENIDO SINO OTRA MUY DISTINTA" (ÉNFASIS AÑADIDO). CFR. MARTÍNEZ RAVÉ, GILBERTO Y MARTÍNEZ TAMAYO, CATALINA, RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL, TEMIS, BOGOTÁ, 2003, P. 260.*

EN SIMILAR SENTIDO, TRIGO REPRESAS SEÑALA QUE "[E]N EFECTO, SI LA CHANCE APARECE NO SÓLO COMO POSIBLE, SINO COMO DE MUY PROBABLE Y DE EFECTIVA OCURRENCIA, DE NO DARSE EL HECHO DAÑOSO, ENTONCES SÍ CONSTITUYE UN SUPUESTO DE DAÑO RESARCIBLE, DEBIENDO SER CUANTIFICADA EN CUANTO A LA POSIBILIDAD DE SU REALIZACIÓN Y NO AL MONTO TOTAL RECLAMADO.

LA PÉRDIDA DE CHANCE ES, PUES, UN DAÑO CIERTO EN GRADO DE PROBABILIDAD; TAL PROBABILIDAD ES CIERTA Y ES LO QUE, POR LO TANTO, SE INDEMNIZA (...) CUANDO IMPLICA UNA PROBABILIDAD SUFICIENTE DE BENEFICIO ECONÓMICO QUE RESULTA FRUSTRADA POR EL RESPONSABLE, PUDIENDO VALORARSE EN SÍ MISMA CON PRESCINDENCIA DEL RESULTADO FINAL INCIERTO, EN SU INTRÍNSECO VALOR ECONÓMICO DE PROBABILIDAD" (SUBRAYAS FUERA DEL TEXTO ORIGINAL). CFR. TRIGO REPRESAS, FÉLIX ALBERTO, PÉRDIDA DE CHANCE, CIT., P. 263.

de una indemnización que el porvenir podría convertir en indebida²³; lo expuesto se antoja lógico en la medida en que si el resultado todavía puede ser alcanzado, el "chance" aún no estaría perdido y nada habría por indemnizar; por tanto, si bien se mantiene la incertidumbre respecto de si dicho resultado se iba a producir, o no, la probabilidad de percibir la ganancia o de evitar el perjuicio sí debe haber desaparecido definitivamente del patrimonio —material o inmaterial— del individuo porque dichos resultados ya no podrán ser alcanzados jamás.

Tal circunstancia es la que permite diferenciar la 'pérdida de oportunidad' del 'lucro cesante' como rubros diversos del daño, pues mientras que la primera constituye una pérdida de ganancia probable —dado que, según se ha visto, por su virtud habrán de indemnizarse las expectativas legítimas y fundadas de obtener unos beneficios o de evitar una pérdida que por razón del hecho dañoso nunca se sabrá si habrían de conseguirse, o no—, el segundo implica una pérdida de ganancia cierta —se dejan de percibir unos ingresos que ya se tenían²⁴—;

(iii) La víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado, es decir que debe analizarse si el afectado realmente se hallaba, para el momento en el cual ocurre el hecho dañino, en una situación tanto fáctica como jurídicamente idónea para alcanzar el provecho por el cual propugnaba, posición jurídica que "no existe cuando quien se pretende damnificado, no llegó a emplazarse en la situación idónea para hacer la ganancia o evitar la pérdida"²⁵.

Ahora bien, esta modalidad de daño tiene mayor presencia en los eventos de responsabilidad médica, en que se omite un actuar más diligente por parte de los galenos que tienen a cargo el tratamiento de la enfermedad del paciente, de tal manera que este último hubiere conservado las oportunidades de recuperarse. Por ello, en tales eventos no existe certeza que la mala prestación del servicio médico sea el causante directo del daño (muerte, amputación de un miembro, etc.), pues allí se estaría ante una falla del servicio médico que conllevaría a una indemnización plena, sino certeza de la pérdida de las probabilidades del paciente de estar en una mejor situación o de evitar un perjuicio, cuya indemnización se presenta en menor proporción.

²³ HENAO, JUAN CARLOS, EL DAÑO. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL DEL ESTADO EN DERECHO COLOMBIANO Y FRANCÉS, UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA, BOGOTÁ, 1998, PP. 159-160.

²⁴ AL RESPECTO LA DOCTRINA AFIRMA QUE "...EN EL LUCRO CESANTE ESTÁ 'LA CONVICCIÓN DIGAMOS MÁS O MENOS ABSOLUTA DE QUE DETERMINADA GANANCIA SE PRODUZCA', MIENTRAS QUE EN LA PÉRDIDA DE CHANCE HAY 'UN ÁLEA QUE DISMINUYE LAS POSIBILIDADES DE OBTENERLA', DIRÍASE QUE EN EL LUCRO CESANTE EL RECLAMO SE BASA EN UNA MAYOR INTENSIDAD EN LAS PROBABILIDADES DE HABER OBTENIDO ESA GANANCIA QUE SE DA POR DESCONTADO QUE DE NO HABERSE PRODUCIDO EL HECHO FRUSTRANTE SE HABRÍA ALCANZADO. DESDE EL PRISMA DE LO CUALITATIVO CABE SEÑALAR QUE EL LUCRO CESANTE INVARIABLEMENTE HABRÁ DE CONSISTIR EN UNA GANANCIA DEJADA DE PERCIBIR, EN TANTO QUE LA PÉRDIDA DE CHANCE PUEDE ESTAR CONFIGURADA POR UNA GANANCIA FRUSTRADA Y ADEMÁS POR LA FRUSTRACIÓN DE UNA POSIBILIDAD DE EVITAR UN PERJUICIO". CFR. VERGARA, LEANDRO, PÉRDIDA DE CHANCE. NOCIÓN CONCEPTUAL. ALGUNAS PRECISIONES, LL, 1995-D-78, N° 3, APUD TRIGO REPRESAS, FÉLIX ALBERTO, PÉRDIDA DE CHANCE, CIT., P. 262.

²⁵ ZANNONI, EDUARDO, EL DAÑO EN LA RESPONSABILIDAD CIVIL, CIT., PP. 110-111.

En efecto, cuando se verifica si se configuró este tipo de daño, se debe determinar que al momento de prestar los servicios médicos, se excluyó la diligencia y cuidado con que se debió actuar para hablar de una eficaz prestación del servicio de salud y pese a que no existe certeza de que si la administración hubiere actuado con la mencionada diligencia, el paciente habría recuperado su salud, lo cierto es que si la entidad hospitalaria hubiere actuado de esa manera, no le habría hecho perder al paciente el chance u oportunidad de recuperarse, lo que debe quedar demostrado en el proceso.

El papel del intérprete judicial en estos casos consiste en apoyarse en las pruebas de carácter técnico y/o científico, a fin de determinar el porcentaje de probabilidad sobre el que se funda el porcentaje de la pérdida de oportunidad, y conforme a ello, llegar al monto de la indemnización. Es decir, *"la forma de indemnizar la pérdida de la oportunidad, deberá ser proporcional al porcentaje que se le restó al paciente con la falta o retardo de suministro del tratamiento, intervención quirúrgica, procedimiento o medicamento omitido"*²⁶.

V. Caso Concreto:

Pues bien, en el caso concreto tenemos que **el día 8 de febrero de 2009 a las 18:20**²⁷, JUAN DAVID MORENO VALENCIA, fue llevado al HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE ESE indicando que *"se golpe pierna derecha"*.

Allí se indicó *"paciente con cuadro clínico en 10 hrs de evolución consistente en caída de bicicleta presentando trauma en pierna derecha"*. Como diagnóstico de ingreso se describió **"TRAUMA EN PIERNA IZQUIERDA, Fx TIBIA- PERONE, SÍNDROME COMPARTIMENTAL"**.

En la página 29, se describe *"dolor en pierna izq. Pte refiere mucho dolor en pie izq... cc de ± 5 horas de evolución..."*.

En la interconsulta con el área de ortopedia²⁸, se indicó como datos clínicos *"paciente que sufrió trauma contundente en pierna izq: hace ± 6 horas refirió presentar mucho dolor niega fiebre u otro síntoma... pierna izq con edema desde el pie hasta región supracondilea... RX de pierna izq se obs FX de tibia y peroneo"*. **A las 21:00** en la respuesta a la interconsulta se indicó **"se cayó de una bicicleta en una bajada en bicicleta sin frenos, hoy 08-feb/09 11:00 hs"**.

²⁶ CONSEJO DE ESTADO. SECCIÓN TERCERA. SENTENCIA DEL 24 DE OCTUBRE DE 2013. C.P. ENRIQUE GIL BOTERO. RAD. 68001-23-15-000-1995-11195-01 (25869). ACTOR: NÉSTOR JOSÉ BUELVAS CHAMORRO. DEMANDADO: NACION-MINISTERIO DE SALUD Y OTROS

²⁷ Páginas 25. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

²⁸ Páginas 33. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

Reparación Directa

Rad. 50001 33 31 006 2011 00065 01

Dte: Ana Sofía Moreno valencia y otros

Ddo: Hospital San José del Guaviare ESE y CAPRECOM

EPS

En el examen físico, encontró "Escoriaciones en 1/3 proximal pierna, moderado a severo aumenta de volumen a tensión en Rodilla- pierna y pie; pulsos pedio y tibial posterior presentes, sensibilidad conservada. Dxs: Fracturas desplazadas moderadamente en metafisis proximal de tibia". En la página 34 se describió "Fractura tejidos blandos gI, **Inminencia de síndrome compartimental**". En razón a esto, se ordenó la hospitalización del paciente para manejo integral e "iniciar T. tetánico, cefalotina, analgesia, ranitidina, inmovilizar miembro inferior y medidas anti edema, ayuno, - posible fasciotomías".

El día 9 de febrero de 2009 a las 8+50²⁹, se dejó descrito en la nota revista que "se examina miembro inferior, pulsos distales presentes, disminución de edema, se deja descubierto para observar evolución y revaloración." **A las 14:30** el ortopedista revalora al paciente encontrando la pierna con tensión severa y la piel de los dedos de los pies roja y bajo pulso tibial posterior, por ende "Explico a los padres la necesidad de operar fasciotomías en pierna."

A las 16:30³⁰, se describe la cirugía realizada al paciente teniendo como diagnóstico "Sx Compartimental". El procedimiento fue "previa asepsia y antisepsia y colocación de campos se realiza liberación de compartimentos musculares de la pierna incluidos los dos posteriores se evidencia mejoría inmediata retornando color de las estructuras anatómicas se cubre con apósitos y se inmoviliza con férula posterior. Próximo lavado en 48 h".

El 10 de febrero de 2009 a las 6+30³¹, ortopedia valoró al paciente en su primer día de posoperatorio de "fasciotomía en pierna y pie izquierdo 2) fx de tibia y peroné. Paciente muy algido con mal patrón de sueño. Paciente alerta consiente irritable con férula posterior adecuada con Hx quirúrgicos cubiertos en buen estado con adecuada perfusión distal con sensibilidad distal conservada, movilidad y funcionalidad no evaluables por dolor. Paciente con evolución aceptable de cuadro POP con baja tolerancia al manejo del dolor en el momento sin SIRS ni descompensación hemodinámica, se realizara nuevo lavado quirúrgico en 24 horas. P/ continuar manejo médico instaurado. Lavado Qr mañana".

El 11 de febrero de 2009 a las 10+30³², el paciente cursaba su segundo día de posoperatorio, notándose "leve mejoría del dolor... con pulso distal presente perfusión

²⁹ Páginas 36. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

³⁰ Páginas 37. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

³¹ Páginas 37-38. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

³² Páginas 38. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

adecuada sin déficit sensitivo. CONDUCTA. PASAR a salas de cirugía por parte del servicio ortopedia para lavado”.

El procedimiento³³ fue descrito así *“se realiza lavado profuso + desbridamiento profundo y liberación de compartimento anterior con evidencia de isquemia, se evidencia segmento distal de compartimento lateral en proceso de isquemia y se desbrida, se cubre con apósitos luego de hemostasia cuidadosa y se inmoviliza con férula posterior, procedimiento sin complicaciones. Próximo lavado en 72 h”.*

El 13 de febrero de 2009 a las 9+00³⁴, se describió que *“se le evidencia olor fétido en miembro tutor con elevación de la perfusión distal – no color ... x lo cual se solicita nueva val x ortopedia x necesidad de nuevo lavado se aumenta cubrimiento antibiótico, padres informados del estado del pcte x parte del ortopedista”.*

El día 14 de febrero de 2009 a las 12+59³⁵, en la nota quirúrgica se describió que *“previa sepsia y antisepsia y colocación de campos se realiza desbridamiento profundo, retiro de tejidos no viables; se lava profusamente; se revisa hemostasia cuidadosa; se cubre con compresas y se inmoviliza con férula inguino pédica posterior; Sangrado moderado”.*

El día 15 de febrero de 2009 a las 7+00³⁶, se describió que el paciente estaba *“con dolor leve – moderado en pierna izquierda tolerando vía oral. Paciente estable en buen estado con férula inguinopédica en buen estado con adecuada perfusión distal con hipoestesia en dedos y anestesia en pulpejos sin movilidad distal”.* *“Paciente con evolución tórpida en buen estado general sin compromiso vascular distal con déficit neurológico distal en el momento sin SIRS se continua manejo médico instaurado. P/ Próximo lavado en 48 h.”.*

El día 16 de febrero de 2009 a las 7+50, se indica *“paciente en buen estado tolerando vía oral con férula posterior en adecuada posición con adecuada perfusión distal. En vista del compromiso muscular y riesgo de infección por múltiples procesos necróticos musculares se llevara mañana a nuevo lavado quirúrgico. Se solicita laboratorio de control”.*

³³ Páginas 47. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

³⁴ Páginas 39. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

³⁵ Páginas 40. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

³⁶ Páginas 40-41. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

El 17 de febrero de 2009³⁷, ortopedia anotó "paciente con evolución desfavorable con deterioro del estado general persiste secreción abundante en pierna izquierda con olor fétido dulzaino lo que sugiere contaminación por anaerobios los picos tibiales son continuos motivo por el cual no se ha podido transfundir. C/ se llevará hoy a lavado quirúrgico en horas de la tarde para evaluar estado de tejidos y decidir necesidad de remisión, se suspende A/B instaurado y se inicia piperacilina /Tazobactan".

El día 18 de febrero de 2009, a las 00+20³⁸, se indicó que "Previa asepsia y antisepsia, colocación de campos se realiza lavado quirurgico + desbridamiento profundo encontrando necrosis avanzada de todos los planos musculos palidos no contractilidad. Se toman muestras para Gram Y Cultivo. Se Cubre con apósitos y se inmoviliza. Se **tramitara remisión urgente a III nivel**".

En el formato de remisión de pacientes³⁹ se indicó "paciente quien hace 10 dias presento trauma contundente en pierna izquierda con Fx de tibia atendida en el servicio de urgencias. **Posteriormente presento riesgo de síndrome compartimental razón por la cual se realiza fasciotomía** en pierna izquierda durante el posoperatorio temprano presenta signos de SIRS y de infección local razón por la cual se inicia manejo con lavados quirúrgicos y manejo A/B con doble respuesta al tratamiento: ante la tórpida evolución del cuadro clínico se decide comenzar esquema antibiótico con antibióticos de amplio espectro con baja respuesta. Se decide realizar nuevo lavado quirúrgico donde se encuentra necrosis de planos musculares profundos los cuales se desbridan **perdiéndose 2/3 de la masa muscular** de la pierna durante el último lavado en día 17/02/09 por esta razón y ante la pobre evolución y mal estado general del paciente se decide remitir al paciente a tercer nivel de complejidad para continuar manejo".

En ese momento se indicaron como diagnósticos "Fx de tibia proximal izquierda S822, Necrosis secundaria a infección planos profundos pierna"⁴⁰. De igual forma, se explicó que el manejo dado al paciente fue "Manejo inicial A/B: con cefalotina a la cual posteriormente se le adicionó Gentamicina y Clindamicina. En las ultimas 48 horas manejado con piperacilina tazobactam".

³⁷ Páginas 42. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

³⁸ Páginas 44. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

³⁹ Páginas 31. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

⁴⁰ Páginas 32. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

El 19 de febrero de 2009 a las 08:56⁴¹ fue recibido JUAN DAVID MORENO VALENCIA en el INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT con motivo de consulta "Se cayo de una cicla". Fue atendido **a las 9:56** encontrando "ENFERMEDAD ACTUAL cuadro clinico de 15 dias de evolucion consistente en caida de una bicicleta en movimiento sufriendo trauma directo en pierna izquierda con posterior dolor, limitacion funcional y edema por lo cual acuden a centro hospitalario donde realizan rx e inmovilizan evidenciando fractura de metafisis tibial por lo cual remiten a esta institucion."

A las 10:07⁴² se indicó que el paciente presentaba "ferula de yeso posterior inguino pedica en buen estado, con buen llenado acpilar distal, sensibilidad y movilidad activa adecuadas.". El diagnóstico fue "FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA". En ese momento "se cambia ferula de yeso por yeso circular inguinopedico, **se da salida con cita en 15 dias y analgesico**".

Sin embargo, **a las 10:58⁴³** se revaloró el paciente "y se reinterroga familiar encontrando datos que ameritan **hospitalizacion por rpobable proceso infecciosos de ehridas de fasciotomia**".

El día 20 de febrero de 2009 a las 07:16, el "paciente en regular estado general, con leve mejoría despues de la transfusion, pendiente programar para lavado quirurgico.". **A las 09:45**, se indicó que "Paciente con cuadro infeccioso que podira ser sugestivo de spesis ,se decidde solicitar paraclinica de control ,Rxtorax y oximetria con FIO2 de 0.21 para definir oxigeno suplementario .Se continua igual tratamiento antibiotico". **A las 19:07⁴⁴** se realizó un lavado quirúrgico, encontrando "fasciotomia lateral de la pierna izquierda con bordes necroticos, los cuales se desbridan, secrecion serosanguinolenta la cual se envia a cultivo, membranas fibrinopurulentas, musculos de compartimento anterior y gastronemios palidos, con pobre respuesta al estimulo, herida en pie izquierdo region dorsal, limpia sin signos de infeccion".

El día 21 de febrero de 2009 a las 15:25⁴⁵, se indicó que "Paciente con pop de lavado de fasciotomia en pierna izquierda y que requiere fijacion externa en pierna

⁴¹ Páginas 1. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.52.03 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:52:09 P. M., en la plataforma TYBA.

⁴² Páginas 2. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.52.03 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:52:09 P. M., en la plataforma TYBA.

⁴³ Páginas 3. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.52.03 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:52:09 P. M., en la plataforma TYBA.

⁴⁴ Páginas 4. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.52.03 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:52:09 P. M., en la plataforma TYBA.

⁴⁵ Páginas 5 Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.52.03 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:52:09 P. M., en la plataforma TYBA.

izquierda.". Al día siguiente se señaló que el procedimiento era necesario para "manejo y control del daño".

El día 23 de febrero de 2009 a las 08:52⁴⁶, el paciente presentó "Anemia, requiere transfundir despues de cirugia ,E el momento no se pueda evaluar motilidad dista ni iniciar rehabilitacion se continua manejo expectante ,Buena repuestya a tratamiento antibiotico". **A las 09:02** se describió que "Las fracturas de tibia y peroné proximales están correctamente alineadas dentro de la férula de yeso. No hay evidencia de consolidación. Se descarta compromiso articular proximal o distal.".

En el lavado quirúrgico realizado **a las 18:23⁴⁷** se encontró "Necrosis parcial no circunscrita de gastronecmio lateral, necrosis en proceso de delimitación del soleo, Herida sucia en proceso de granulación, no fetida, no secreción, ni membranas purulentas.", por lo que se decidió "CONTINUAR MANEJO INTRAHOSPITALARIO CON ANALGESIA, ANTIBIOTICO Y NUEVO MANEJO QUIRURGICO PARA LAVADO, CURETAJE Y ESTABILIZACIÓN FRACTURA CON TUTOR EXTERNO".

Nuevamente, **el 26 de febrero de 2009 a las 9:13⁴⁸** se practicó un lavado quirúrgico hallando "AREA CRUENTA CON ABUNDANTE TEJIDO DE GRANULACION EN CARA ANTEROLATERAL DE LA PIERNA DE 20 POR 10 CM CORRESPONDIENTE A FASCIOTOMIA QUE SE ASOCIA A NECROSIS LIMITADA DE GRUPOSMUSCULARES ANTEROLATERALES ASOCIADO SE EVIDENCIA GRUPO MUSCULAR DE PERONEOS PALIDOS CON MUY ESCASA CONTRACCION PERO SANGRANTES, EL FOCO DE LA FRACTURA SE EVIDENCIA GON LEVE ANGULACION EN VALGO". Ante esto se ordenó "SE CONTINUA HOSPITALIZACION PARA VASLORAR SANGRADO POP Y VALORACION POR EL SERVICIO DE CX PLASTICA". En este procedimiento también se aplicaron "TUTORES EX EN TIBIA O PERONE.".

El día 3 de marzo de 2009 a las 23:05⁴⁹, se realizó lavado quirúrgico evidenciando "area cruenta de fasciotomia en cara lateral de la pierna izquierda de 17 cm aproximadamente x 8 cm, no afronta primariamente, sin signos de infeccion, tejido rffriable que sangra facilmente, no se expone fractura".

⁴⁶ Páginas 5 Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.52.03 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:52:09 P. M., en la plataforma TYBA.

⁴⁷ Páginas 7 Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.52.03 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:52:09 P. M., en la plataforma TYBA.

⁴⁸ Páginas 8 Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.52.03 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:52:09 P. M., en la plataforma TYBA.

⁴⁹ Páginas 12 Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.52.03 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:52:09 P. M., en la plataforma TYBA.

El 4 de marzo de 2009 a las 08:07⁵⁰, se indicó "PCTE CON EVOLUCION SATISFACTORIA AYER SE LLEVO A NUEVO LAVADO EN DONDE NO SE ENCONTRO SECRECION NI SIGNOS DE INFECCION ACTIVA, CON TEJIDO DE GRANULACION, FIJADOR EXTERNO EN BUENA POSICION, EN EL MOMENTO NO SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, AYER FUE VALORADO POR CX PLASTICA QUIENES REFIEREN ESTAR DEACUERDO CON MANEJO INSTAURADO PARA POSTERIORMENTE REALZIAR INJERTO LIBRE PARCIAL,".

El 5 de marzo de 2009 a las 11:09 "SE REALIZA CURACION EN PISO ENCONTRNADOSE HERIDA QUIRURGICA DE FASCIOTOMIA EN BUEN ESTADO NO SECRECION NO SIGNOS DE INFECCION, SE EVIDENCIA TEJIDO DE GRANULACION INICIAL, NO BORDES NECROTICOS, SE REALIZA IRRIGACION CON 1000 CC DE SSN, SE CUBRE CON GASAS ESTERILE SY SE COLOCA VENDAJE BULTOSO". En adelante evolucionó satisfactoriamente.

El 11 de marzo de 2009 a las 15:06⁵¹ se reportó "INFECCION Y REACCION INFLAMATORIA DEBIDAS A OTROS DISPOSITIVO DE FIJACION INTERNA (CUALQUIER SITIO) DISPOSITIVOS PROTESICOS, IMPLANTES E INJERTOS ORTOPEDICOS INTERNOS FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA". Allí mismo se evidenció que al paciente se le realizaría "INJERTO PIEL PARCIAL EN AREA GENERAL MAYOR DEL 30% DE SUPERF", "COLGAJO, MUSCULAR MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO".

La cirugía se llevó a cabo **el 12 de marzo de 2009 a las 22:12⁵²** así:

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA: ASEPSIA +ANTISEPSIA MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO - LAVADO QUIRURGICO + DESBRIDAMIENTO SUPERFICIAL DE HERIDA EN PARED LATERAL PIERNA IZQUIERDA - CONFECCION Y AVANCE DE UN COLGAJO FASCIOCUTANEO DE PARED ANTERIOR DE LA PIERNA - CONFECCION Y AVANCE DE UN COLGAJO FASCIOCUTANEO DE PARED POSTERIOR DE LA PIERNA - SELOGRA DISMINUIR EL ANCHO DEL DEFECTO HASTA 30 MM DE ANCHO POR 250 MM DE LARGO EN PROMEDIO - OBTENCION DE UN INJERTO DE PIEL PARCIAL MEDIO CON DERMATOMO DE PADGET - COLOCACION Y FIJACION DEL INJERTO CON PROLENE 6(0) Y APOSITO DE BROWN - VENDAS DE ALGODON Y ELASTICAS PARA PIERNA Y ZONA DADORA DEL INJERTO.

HALLAZGOS: HERIDA QUE COMPROMETE LA CASI TOTALIDADELA PARED LATERAL DE PIERNA IZQUIERDA QUE MIDE 70 X 250 MM DE DIAMETROS MAYORES - ASPECTO LIMPIO CON TEJIDO DE GRANULACION.

El día 14 de marzo de 2009 a las 07:18, se indicó "paciente con antecedeten de fractura de ivbia izquierda, con fasciotomia, quien fue llevado a procedimeitno por cirugia plastica en adecuad evolucion dolor controlado no fienrte diuresis positivva pieran con tuitor externo en adecuada psoicion, cubierta con vendaje elastico sin signos de

⁵⁰ Páginas 13 Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.52.03 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:52:09 P. M., en la plataforma TYBA.

⁵¹ Páginas 15 Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.52.03 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:52:09 P. M., en la plataforma TYBA.

⁵² Páginas 16 Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.52.03 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:52:09 P. M., en la plataforma TYBA.

sangradop activo nod eficit enurovascular distal continuar amnejo antibioico, no destapar herida quirurgica, contiunuar analgesia". En adelante el paciente estuvo estable.

El 21 de marzo de 2009 a las 17:39⁵³, "SE REALIZA CURACION GENERAL + CAMBIO DE VENDAS. SALIDA POR CIRUGIA PLASTICA Y CONTROL POR CONSULTA EXTERNA.". De igual forma, se indicó "Paciente valorado ayer por cirugia plastica quien indica buena evolución con injertos integrados, viables en buen estado, se realiza comunicación telefónica con Dr Reyes quien refiere que lo valorará el proximo martes nuevamente para evaluar la zona donante en muslo".

El 24 de marzo de 2009 a las 14:50⁵⁴, "PTE CON ADECUADA EVOLUCION, BUEN CONTROL DEL DOLOR. SE HABLA CON CIRUJANO PLASTICO QUIEN AUTORIZA DAR SALIDA AL PTE Y CITA DE CONTROL POR CONSULTA EXTERNA. SE REALIZA CAMBIO DE VENDAJES DE MUSLO."

En resumen, el egreso se dio bajo los siguientes términos⁵⁵:

CAUSA DE EGRESO:	ALTA POR PARTE DEL MEDICO
DIAGNÓSTICO DE EGRESO:	FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA S822
CONDICIONES GENERALES SALIDA:	BUEN ESTADO GENERAL, BUEN CONTROL DEL DOLOR
PLAN DE MANEJO:	SALIDA CITA DE CONTROL ORTOPEDIA DRA VALENCIA EN 1 SEMANA CITA DE CONTROL CIRUGIA PLASTICA EN 1 SEMANA FORMULA DE ANALGESICOS ORDEN DE NO APOYO FORMULA DE OTP PARA PIE CAIDO (YA LA TIENE PADRE) RECOMENDACIONES DE CURACIONES A LA MADRE

El 31 de marzo de 2009⁵⁶, en la consulta por cirugía plástica en el INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT, se indicó que estaba en posoperatorio de un mes de "Injertos + colgajo peroné. Evolucionando satisfactoriamente injerto viable 100% no deficiencias zona durante proceso de re epitelización. C/ curación general + cambio de vendas. Se ordena cambio de a (ilegible) puesto que le esta ocasionando isquemia y puede terminar en ulceras".

El día 2 de abril de 2009 a las 10+00⁵⁷, en la misma entidad estuvo el menor en consulta por ortopedia, por control por la fractura de la pierna. Allí se indicó "paciente

⁵³ Páginas 18 Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.52.03 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:52:09 P. M., en la plataforma TYBA.

⁵⁴ Páginas 19 Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.52.03 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:52:09 P. M., en la plataforma TYBA.

⁵⁵ Páginas 23 Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.52.03 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:52:09 P. M., en la plataforma TYBA.

⁵⁶ Páginas 128. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

⁵⁷ Páginas 128-129. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

quien presento fractura metafísico proximal tibial izquierda (aprox hace 6 8 m) que presento como complicación síndrome compartimental se le realizo fasciotomia la cual se infectó (San José de Guaviare): En la institución se realiza desbridamiento – lavados y estabilización con tutor externo. Requirió cubrimiento con colgajos e injertos. Actualmente no refiere dolor, pero no ha iniciado marcha”, por lo que se ordena inicio de terapia física, e inicio de marcha.

El 21 de abril de 2009⁵⁸, nuevamente fue valorado por cirugía plástica encontrando que “evoluciona muy satisfactoriamente. Injerto integrado 100%. Colgajos viables sin isquemia. No signos de insuficiencia”.

El día 12 de mayo de 2009 a las 10:15 am⁵⁹ se observa consulta al área de ortopedia del CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLÓGICAS CLÍNICA SANDIEGO SA, teniendo como motivo de consulta “Dolor pierna izquierda”. Allí se indicó como enfermedad actual “**el 08-feb-09 trauma en la pierna izquierda por accidente en moto, tratado en San José del Guaviare con férula de yeso y hematoma, remitido al I. Roosevelt, evoluciona con proceso infeccioso**”. En el examen físico se observa que “Marcha con 2 muletas sin apoyo de MII. Pierna izquierda, tutor externo, buena alineación, no dolor, injerto libre de piel en la parte lateral de toda la pierna, limitación de la dorsoflexión del tobillo, hipoestesia en el pie latera,l peronero externo”. Allí se refirió como plan de estudio y tratamiento “Cirugía de retiro de tutor externo de tibia izquierda”.

Este procedimiento se llevó a cabo **el 21 de mayo de 2009**⁶⁰ mostrando “ADECUADA EVOLUCIÓN DE POP POR LO CUAL SE DECIDE DAR SALIDA CON RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA ANALGESIA Y CONTROL POR CONSULTA EXTERNA ORTOPEDIA”. En la cita de control del **2 de junio de 2009**⁶¹, se indicó “Muslo izquierdo zona dadora de injerto libre de piel, normal. Pierna izquierda hipotrofias musculares, cicatrices limpias, no signos de infección, lesión del nervio peronero, marcha con una muleta sin apoyo total.”

El día 29 de julio de 2009⁶², el HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE dio orden de remisión del paciente para valoración y tratamientos por cirugía plástica, microcirugía

⁵⁸ Páginas 130. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

⁵⁹ Páginas 165-166. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

⁶⁰ Páginas 169-170. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

⁶¹ Páginas 171. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

⁶² Páginas 173-174. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

y ortopedia infantil en el INSTITUTO ROOSVELT BOGOTA, sustentando que el paciente tuvo "fractura tibia... con secuelas severas en pierna y pie definitivas, limitación grave para la marcha. Ante la gravedad. Remitimos a ortopedia infantil, cirugía plástica y microcirugía".

En la página 176⁶³, se observa FORMATO DE NEGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O MEDICAMENTOS expedido por CAPRECOM EPS el **30 de julio de 2009**, en el cual se niega "Vx Cx plástica", por ser "Evento no pos-s".

El 3 de setiembre de 2009 a las 8:19⁶⁴, el menor JUAN DAVID fue atendido en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS, por cuanto "EL TOBILLO NO LO MUEVE". Allí se describió como enfermedad actual "CLINICAMENTE BUEN ESTADO GENERAL DEAMBULACION LIBRE CON ACTITUD ANTIALGICA POR ANQUILOSIS DE TOBILLO IZQ, CON FERULA DE PROPILENO CON TOME A 90 GRADIAS, CON PERDIDA DE MASA MUSCULAR EN PIERNA IZQ, CON INJERTO CUBIERTA CUTANEA EN PIERNA IZQUIERDA, TOBILLO IZQUIERDO ANQUILOZADA EN UN 98 PORCIENTO".

De igual forma, se indicó como diagnóstico "IDX SECUELA DE FX DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL", por ende el plan de manejo fue "PACIENTE EN ESTE MOMENTO CON TOBILLO ANQUILODADO IZQ CON FX CONSOLIDAD, Y PERDIDA DE MASA MUSCULAR DE PIERNA IZQ POR SECUELA DE SX COMPARTIMENTAL. SS EMG PARA VALORAR SECUELA DEL SX COMPARTIMENTAL. CITA CON RESULTADOS . C EXTERNA". Allí se ordenó "ELECTROMIOGRAFÍA CON NEUROCONDUCCIÓN PARA MSPS POR SECUELA SX COMPARTIMENTAL PIERNA IZQ" y 10 sesiones de fisioterapia, para fortalecimiento muscular y ganar arcos de movilidad de tobillo izquierdo.

La electromiografía, fue tomada **el 14 de diciembre de 2009⁶⁵**, la cual describe lo siguiente:

EL ESTUDIO DE NEUROCONDUCCION REVELA LESION SEVERA DEL COMPONENTE AXONAL Y MIELINICO DE LOS NERVO PERONERO Y EN MENOR GRADO TIBIAL Y SURAL. SIN MEBARGO ESTOS ULTIMOS CONSERVAN PARCIALMENTE SU FUNCIONALIDAD Y CAPACIDAD DE TRANSMISION.

LA ELECTROMIOGRAFIA REVELA SEVERO DETERIORO DE TODOS LOS PERONERO Y DE GRAN PARTE DE GASTRROLESIO, SIENDO ESTOS ULTIMOS PARCIALMENTE FUNCIONALES. HAY GRAN COMPONENTE DE FIBROSIS EN LOS TEJIDOS EVALUADOS.

CONCLUSION

ESTUDIO FRANCAMENTE ANORMAL, COMPATIBLE CON LESION SEVERA DE NERVIOS TIBIALES Y SURAL PROXIMALES Y DISTALES EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, ACOMPAÑADOS DE LESION TOTAL DEL NERVO PERONERO IPSILATERAL. CON CUADRO DE FIBROSIS MUSCULAR SECUNDARIA SEVERA Y RESTO FUNCIONAL EN GASTRROLESIOS DEL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO. ESTADO SECUELAR.

⁶³ Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO 19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

⁶⁴ Páginas 180. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO 19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

⁶⁵ Páginas 185. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO 19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

El día 3 de febrero de 2010⁶⁶, con base en el anterior resultado el HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE ESE remitió al paciente a valoración por neurocirugía y ortopedia.

El día 8 de febrero de 2010⁶⁷, JUAN DAVID fue atendido en el CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLÓGICAS CLÍNICA SAN DIEGO SA por el área de NEUROCIRUGÍA, evidenciándose en el examen "ATROFIA SEVERA DE MUSCULATURA DEL PIE Y PIE CAÍDO CON HIPOESTESIA DEL PERONERO", por cual fue enviado a "CIRUGIA PLASTRICA Y ORTOPEDIA".

Nuevamente **el 18 de febrero de 2010⁶⁸** fue llevado a consulta a la misma institución pero al área de ORTOPEDIA. Ese día se describió "*Marcha con cojera izquierda y pie caído. Pierna izquierda, cicatriz lateral en toda la pierna, atrofia de toda la musculatura, hipoestesias, limitación de la movilidad del tobillo, zona de toma de injerto libre de piel en muslo y receptora en la pierna. No dolor.*". Como plan de estudio y tratamiento se ordenó "*Calzado ortopédicos, férula en polipropileno, ortésis con tope a 90 grados en el tobillo. Cita a Ortopedia abierta.*".

El 7 de julio de 2010⁶⁹, JUAN DAVID fue evaluado por FISIATRIA en la CORPORACIÓN CLINICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, encontrando en el examen físico "*presentea atrofia de la pierna izquierda con alcatraz de la pierna lateralmente con compromiso de todo el recorrido de la fibula de la pierna y con el empeine de la pierna con alteración al movimiento de, la pierna con estructuración de la retación del tibial posterior del mismo pie no hay relesos y presenta la teracionde am archa*".

El día 26 de octubre de 2010⁷⁰, se reportaron los siguientes resultados de una ELECTROMIOGRAFIA tomada a JUAN DAVID:

⁶⁶ Páginas 186-187. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

⁶⁷ Páginas 190. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

⁶⁸ Páginas 191. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

⁶⁹ Páginas 194. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

⁷⁰ Páginas 207-208. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

INTERPRETACION:

Los estudios de neuroconducción evidencian un bloqueo de la conducción del nervio peroneo izquierdo.

Se encuentra un prolongamiento de las latencias proximales del nervio tibial.

Los potenciales de acción se encontraron de bajo voltaje y las velocidades de conducción disminuidas en el nervio tibial.

A la electromiografía con aguja, se encuentra ausencia de actividad motora voluntaria en los músculos inervados por el nervio peroneo y unas unidades motoras disminuidas en frecuencia en el músculo gastrocnemius medial.

CONCLUSION:

Estudio anormal confirmatorio de una neurotmesis del nervio peroneo izquierdo.

Se encuentra una neuropatía axonal parcial proximal del nervio tibial izquierdo.

Dicho examen fue revisado el **3 de noviembre de 2010**⁷¹, por el ortopedista del HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE ESE, quien ordenó valoración por neuro ortopedia.

De otro lado, obra en el expediente DICTAMEN PARA LA DETERMINACIÓN DEL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD Y/O CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL de la JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL META⁷², en el que se observa que JUAN DAVID MORENO VALENCIA tiene una pérdida de capacidad laboral del 29,14%, derivada de la fractura de tibia izquierda, secuelas de síndrome compartimental y lesión del nervio tibial, sural y peroneo.

Ahora bien, en auto del 23 de agosto de 2011⁷³ se decretó como prueba de la parte actora dictamen ante el INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, para que absolviera el cuestionario que estaba en la demanda (pág. 15).

Dicha entidad contestó mediante memorial del 24 de junio de 2014⁷⁴ indicando que el caso *"requiere del análisis e interpretación por especialistas de **Ortopedia y Cirugía Plástica** pero el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses no cuenta dichos especialistas"*, sugiriendo acudir a Universidades.

⁷¹ Páginas 209. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

⁷² Páginas 299. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

⁷³ Páginas 154-155. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.44.13 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:44:36 P. M., en la plataforma TYBA.

⁷⁴ Páginas 115-123. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

En consecuencia, en auto del 28 de agosto de la misma anualidad (página 125), se ordenó oficiar a la UNIVERSIDAD NACIONAL para los mismos efectos, sin embargo, el mismo no se llevó a cabo dado que para el año 2018 el departamento de cirugía de la universidad no contaba con especialista idóneo para pronunciarse⁷⁵, de manera que, en providencia del 10 de mayo de 2019⁷⁶ se ordenó a la parte actora allegar la pericia por su cuenta.

En cumplimiento de ello, se arrimó al expediente dictamen pericial rendido por el galeno NELSON PEDRAZA HOYOS, quien al pie de su firma indicó que era **"MEDICO Y CIRUJANO GENERAL"**⁷⁷, sin embargo, ello no es corroborable, pues aunque refiere que aporta su hoja de vida, ella no reposa en el expediente⁷⁸.

Del dictamen rendido se resalta lo siguiente:

El Menor JUAN DAVID MORENO VALENCIA ingresa al el día 08 de febrero de 2009 a las 18+20 horas al HOSPITAL DE SAN JOSÉ DEL GUAVIARE por presentar los siguientes diagnósticos 1.- TRAUMA EN PIERNA IZQUIERDA 2.- FRACTURA DE TIBIA-PERONE IPSILATERAL, 3.- SINDROME COMPARTIMENTAL IPSILATERAL, fue valorado por medicina general donde se solicitó interconsulta por la especialidad de Ortopedia A las 21+00 del mismo día, se realiza interconsulta por el servicio de ortopedia, quienes hacen los siguientes hallazgos clínicos 1) TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO GRADO I. 2) INMINENCIA DE SINDROME COMPARTIMENTAL. Se deja al paciente con órdenes médicas, se indica aplicar toxoide tetánico 40 ui im, y se inicia manejo antibiótico con con cefalotina¹, manejo analgésico con protector gástrico, inmovilización y medidas anti-edema, solicitando dejarlo en ayuno para posible fasciotomía. Es decir que de la anterior transcripción parcial, podemos encontrar que el menor presentó un SINDROME COMPARTIMENTAL.

Según la literatura, dicho síndrome se define como: "una elevación de la presión intersticial, por arriba de la presión de perfusión capilar dentro de un compartimento osteofascial cerrado, con compromiso del flujo sanguíneo en músculo y nervio, lo que condiciona daño tisular"².

(...)

Ahora, en lo que respecta al tratamiento que debió realizarse al paciente este era la fasciotomía de elección para el tratamiento del Síndrome Compartimental, sin embargo, el uso de fasciotomía profiláctica es controversial y al respecto existen múltiples comunicaciones que defienden su uso, observando que cuando se realizan tempranamente tienen menor morbilidad, disminuyen la severidad del síndrome de reperusión y disminuye las secuelas tardías, acompañándose de una adecuada viabilidad de la extremidad, por lo cual se ha propuesto su uso en forma profiláctica cuando: Existe isquemia mayor de 6 horas, trombosis venosa masiva, fracturas complejas de extremidades, traumatismos por aplastamiento, reimplante de extremidades, lesión combinada de arteria y vena; pero debemos de ser cuidadosos cuando encontremos un Síndrome Compartimental establecido con una evolución mayor a 10 horas, el realizar una fasciotomía tiene un riesgo muy elevado de septicemia y reperusión agresivas siendo preferible valorar la amputación de la extremidad.

⁷⁵ Páginas 18. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.45.55 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:46:08 P. M, en la plataforma TYBA.

⁷⁶ Páginas 39. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.45.55 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:46:08 P. M, en la plataforma TYBA.

⁷⁷ Páginas 45-48. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.45.55 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:46:08 P. M, en la plataforma TYBA.

⁷⁸ El dictamen llegó con 18 folios (ver pagina 42), que corresponden al remisorio, dictamen y literatura médica.

Otros estudios sugieren que la realización de la fasciotomía en un tiempo superior a las 4 horas puede causar un daño muscular irreversible⁴, lo que pone claramente de presente que a nuestro juicio existió una demora en el proceso de atención del paciente.

La fasciotomía comprende la incisión de la envoltura aponeurótica del compartimento, lo que permite que los tejidos se expandan sin restricciones y que la presión tisular caiga. Al practicar la fasciotomía, no sólo debe abrirse rápidamente la envoltura aponeurótica del compartimento, sino también debe abrirse la piel suprayacente (dermotomía). La piel también puede actuar como torniquete resistiendo la expansión de los tejidos. Por lo tanto, si no se abre la piel, es posible que los compartimentos puedan, o no, descomprimirse adecuadamente⁵.

Ahora, revisando los tiempo entre el diagnóstico clínico y la realización de procedimiento quirúrgico pasaron aproximadamente 24 horas, para la realización de la fasciotomía pese a que el paciente desde el inicio del proceso de atención de urgencias presentaba **DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL**, confirmado después por la valoración por la especialidad de Ortopedia y Traumatología.

Procedimiento que por su retraso pudo conllevar a una tardía reperusión de los tejidos o estructuras afectadas durante el tiempo de hipoperfusión ocasionada por el síndrome compartimental ya establecido, el cual se "descomprime" de manera tardía con relación a los tiempo establecidos por la literatura médica, para realizar el procedimiento quirúrgico **FASCIOTOMIA**; por lo que una vez un tejido se priva de su riego sanguíneo termina en isquemia y posterior necrosis, generando un riesgo altísimo en el pronóstico en este caso de su extremidad y la vida del paciente.

Por su parte, la demandada allegó **CONCEPTO DE AUDITORIA MÉDICA**⁷⁹ rendido por el Auditor Médico Delegado para "**SOLICITUD DE CONCILIACIÓN PREJUDICIAL: ANA SOFIA MORENO VALENCIA En representación del menor JUAN DAVID VALENCIA**", del que se resalta lo siguiente:

El menor Juan David sufrió una fractura conminuta de la tibia izquierda como consecuencia de un accidente de motocicleta en la que iba en calidad de pasajero. Sin embargo, los familiares acordaron decir que el accidente fue en una bicicleta, pues la motocicleta no contaba con seguro y quisieron evitarse las posibles implicaciones. Este hecho afectó de manera importante el pronóstico del caso y sus expectativas de manejo al desviar la verdadera apreciación de la gravedad del trauma y sus efectos en el paciente. No obstante, el manejo que en su momento recibió fue el adecuado. Ahora, los mismos familiares pretender responsabilizar al Hospital por las secuelas en la pierna del menor, las cuales son obvias consecuencias del trauma sufrido. Los actos médicos realizados muestran cabal pertinencia y oportunidad.

(...)

*NO ES VALIDA la argumentación del abogado Frank Ávila. NO ES CIERTO que el paciente al ser valorado por el Ortopedista presentara un **SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDO**. El abogado del caso se basa sus afirmaciones en su personal y, por tanto, no científica interpretación que hace en un artículo tomado de internet (www.em-consulte.com) que presenta una descripción básica del síndrome compartimental; no se trata de un texto médico o científico. Es necesario explicar entonces, que una cosa es la **INMINENCIA** del Síndrome Compartimental y otra la presencia efectiva del Síndrome Compartimental Agudo, teniendo estas características clínicas claramente distintas y para los cuales los manejos también son totalmente diferentes. En efecto, mientras la inminencia del síndrome compartimental (pulsos distales presentes, sensibilidad conservada, valoración adecuada de los territorios musculares, edema moderado) permite tomar medidas que tiendan a disminuirlo y corregirlo hasta donde sea posible, evaluar todos los posibles riesgos y complicaciones, entre otras medidas; en la forma aguda del síndrome (frialidad distal, ausencia o franca disminución de los pulsos distales y disminución de la sensibilidad (parestesias, hipoestesis o anestesis distales), edema a tensión severo, alta limitación para la flexoextensión pasiva por dolor) se debe intervenir quirúrgicamente mediante fasciotomías. Dado que se trataba de una Inminencia, el ortopedista ordenó el tratamiento indicado entre ellas el más importante de medidas antiedema. Por lo tanto se reitera **NO HUBO SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDO** al ingreso del paciente y*

⁷⁹ Páginas 45-48. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.44.13 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:44:36 P. M., en la plataforma TYBA.

Reparación Directa

Rad. 50001 33 31 006 2011 00065 01

Dte: Ana Sofía Moreno valencia y otros

Ddo: Hospital San José del Guaviare ESE y CAPRECOM EPS

por lo mismo no aplicaba para ese momento el procedimiento de fasciotomía como tampoco un tiempo para realizarla de 6 a 8 horas como señala el apoderado del caso. Las complicaciones y los riesgos sí dependen de la gravedad del trauma, y la gravedad del origen o mecanismo del trauma.

NO SE ACEPTA. SI bien la intervención quirúrgica de fasciotomía busca la descompresión del miembro afectado, esto no implica concluir que estuviera indicada desde el ingreso del paciente cuando solo había una inminencia que requería un tratamiento distinto, como medidas para deshinchar la pierna y observar su evolución, y con el propósito de evitar este tipo de intervenciones del tipo de fasciotomías las cuales conllevan alto riesgo de complicaciones asociadas.

Es decir que, No por haberse requerido la realización de la cirugía de fasciotomía como consecuencia de la evolución inadecuada de las medidas antiedema, las cuales eran las indicadas en el momento; ello deba indicar que esta cirugía debiera haberse realizado desde el ingreso del paciente, tiempo en el cual no tenía esta indicación y, por lo tanto, era de mayor riesgo para el paciente. Realizar una fasciotomía no indicada en este paciente se traducía en convertir una fractura cerrada en una fractura abierta cuyo manejo implicaba conductas quirúrgicas más agresivas y con mayor riesgo para el paciente

NO ES CIERTA la expresión utilizada por el abogado "hubiera podido salvarse de haberse operado a tiempo". Lo que se evidencia durante el procedimiento quirúrgico son los claros signos de la severidad de los múltiples traumatismos sufridos por todos los tejidos de la pierna, los cuales no eran explicables sobre la base de un accidente en bicicleta, pues se advierte la presencia de necrosis intrasubstancial y hematomas en todos los compartimientos musculares de la pierna. Es decir, la cirugía no podría haber evitado que el traumatismo hubiera sucedido, pues las lesiones encontradas son consecuencia del trauma y no de temporalidad de la cirugía. Igualmente, las secuelas, las cuales como se menciona son derivadas de un trauma múltiple severo con repercusión a nivel no solo del hueso sino de toda la economía estructural y funcional de la pierna (músculos, vasos sanguíneos, nervios, tejido celular subcutáneo, matriz y sustancia extracelular e intertisular, etcétera); mientras que la cirugía pretende no solo limitar los daños subsiguientes hasta donde los mismos tejidos lo permitan, facilitar las condiciones de recuperación de los tejidos lesionados, sino retirar los tejidos mismos que debido a su gran afectación sucumbieron hasta la necrosis convirtiéndose en factores favorecedores de inflamación e infección secundarias.

En este orden de ideas, del material probatorio recaudado en el proceso, se observa que el menor JUAN DAVID MORENO VALENCIA, fue llevado a las 6:20 pm al HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE ESE por cuanto tuvo un accidente en bicicleta y presentaba dolor en su pierna. Allí como diagnóstico de ingreso se indicó TRAUMA EN PIERNA IZQUIERDA, FX TIBIA – PERONE y SÍNDROME COMPARTIMENTAL.

Al momento de ser valorado por el ortopedista a las 9:00 pm, se indicó que el accidente había ocurrido a las 11:00 am de ese mismo día. En ese momento el paciente tenía presente pulso pedio y tibial posteriores y sensibilidad conservada, por lo que concluyó la presencia de una fractura de tejidos blandos y la inminencia de síndrome compartimental, ante lo cual decidió iniciar manejo antibiótico con cefalotina y ordenó inmovilizar el miembro inferior, así como el ayuno por posible fasciotomía.

Al siguiente día (9 de febrero) en la mañana la paciente tenía pulsos distales presentes, había disminuido el edema, sin embargo, la situación cambió a las 2:30 pm, pues para ese momento la pierna estaba con tensión severa y el pulso distal tibial era

bajo, por ende, se ordenó la realización de la fasciotomía, la cual se llevó a cabo sobre las 4:30 pm.

Para el 10 de febrero de 2009, el paciente mostraba buena perfusión distal y sensibilidad distal conservada, pero la movilidad y funcionalidad no pudieron ser valoradas por el dolor, sin embargo, se describió una evolución aceptable. El 11 de febrero también se reportó pulso distal presente y perfusión adecuada con una leve mejoría al dolor. Ese día fue sometido a un lavado quirúrgico, en el que se encontró un proceso de isquemia que conllevó a realizar desbridamiento y programar nuevo lavado.

El 13 de febrero de 2009 se evidenció olor fétido con elevación de la perfusión distal, por lo que fue necesario llevarlo a lavado quirúrgico y aumentar el cubrimiento con antibióticos. En el lavado nuevamente se realizó desbridamiento profundo y retiro de tejidos no viables. Además, se inmovilizó con férula inguinopédica posterior.

Como quiera que el paciente en adelante presentó una evolución tórpida el 17 de febrero se vio la necesidad de llevarlo otra vez a lavado quirúrgico para evaluar estado de tejidos y decidir necesidad de remisión, además, se inició manejo con piperacilina tazobactam. El 18 de febrero, en el procedimiento se encontró necrosis avanzada de todos los planos, músculos pálidos sin contractibilidad, lo que conllevó a la orden de remisión al INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT.

En esta institución fue recibido a las 8:56 am del 19 de febrero. Allí se ordenó cambio de férula de yeso por yeso circular inguinopédico con salida y cita en 15 días, sin embargo, al revalorar al paciente se decidió hospitalización por probable proceso infeccioso. Para el 20 de febrero, el paciente estaba en regular estado general y al realizar el lavado quirúrgico se encontraron bordes necróticos los cuales se desbridaron.

El 21 de febrero se describió la necesidad de fijación externa de la pierna izquierda para manejo y control del daño. El 23 de febrero se descartó compromiso articular proximal o distal, ya que las fracturas de tibia y peroné proximales estaban correctamente alineadas dentro de la férula de yeso. En el lavado quirúrgico se encontró necrosis en proceso de delimitación.

El 26 de febrero se aplicaron los tutores en tibia o peroné y se continuó manejo hospitalario, ordenando valoración por cirugía plástica. En el lavado del 3 de marzo, ya no se mostraron signos de infección, siendo también valorado por cirugía plástica indicando posibilidad de injerto libre parcial.

El 11 de marzo se determinó que al paciente le harían *"INJERTO PIEL PARCIAL EN AREA GENERAL MAYOR DEL 30% DE SUPERF", "COLGAJO, MUSCULAR MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO"*, lo que se concretó el 12 de marzo.

Después de ello, y ante la buena evolución del paciente, fue dado de alta el 24 de marzo de 2009.

El 12 de mayo de 2009 en consulta en el área de ortopedia en el CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLÓGICAS CLÍNICA SANDIEGO SA, contrario a lo descrito en la historia clínica de la ESE SAN JOSÉ DEL GUAVIARE, se indicó que el menor JUAN DAVID MORENO VALENCIA tuvo un trauma en la pierna izquierda por accidente en moto (no bicicleta). En el examen se evidenció que el menor se desplazaba en dos muletas sin apoyo de la pierna izquierda, además aún tenía el tutor, por ende, se ordenó su remoción, lo que se cumplió el 21 de mayo.

El 3 de septiembre de 2009, el menor JUAN DAVID fue atendido en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS, donde se ordenaron 10 sesiones de fisioterapia para fortalecimiento muscular y ganar arcos de movilidad del tobillo izquierdo. Además, se ordenó electromiografía que mostró *"LESION SEVERA DE NERIVOS TIBIALES Y SURAL PROMALES Y DISTALES EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, ACOMPAÑADOS DE LESIÓN TOTAL DEL MERVIO PERONERO IPSILATERAL CON CUADRO DE FIBROSIS MUSCULAR SECUNDARIA SEVERA Y RESTO FUNCIONAL EN GASTRSOLEOS DEL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO. ESTADO SECUELAR"*

El 18 de febrero de 2010 en consulta con ortopedia en el CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLÓGICAS CLÍNICA SAN DIEGO SA, se indicó que el paciente caminaba con cojera y pie caído, por lo cual ordenó el uso de calzado ortopédico, férula en polipropileno, órtesis con tope a 90 grados en el tobillo.

Para el 26 de octubre de 2010, la electromiografía mostró neurotmesis del nervio peronero izquierdo y neuropatía axonal parcial proximal del nervio tibial izquierdo.

Finalmente, el 16 de marzo de 2018, cuando fue valorado JUAN DAVID por la JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL META, se le determinó un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 29.14%. Adicionalmente, se indicó que el paciente presentaba *"Pie caído izquierdo, marcha con estepaje, severa atrofía muscular con pérdida de masa muscular de la pierna y dificultad para la marcha y el apoyo en puntas y talones. Así también la movilidad del cuello de pie es mínima lo cual limita la bipedestación prolongada. Déficit sensitivo en pierna."*

Así las cosas, procede la Sala a analizar la falla en el servicio en que pudo incurrir la demandada y el nexo causal entre esta y el daño.

Pues bien, en el caso particular se tiene que el menor sufrió el accidente a las 11:00 am del 8 de febrero de 2009, sin embargo, al HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE

ESE fue llevado a las 6:20 pm, esto es, 7 horas después, aunque en la demanda se acepta que el sitio del accidente quedaba a 3 horas del centro asistencial. De todas formas, dicha mora no puede ser imputable a la ESE como quiera que no se demostró que se hubiera informado del accidente o se hubiera pedido el servicio de ambulancia, como para analizar esas situaciones.

Frente a la atención brindada por el ortopedista de turno, se allegó dictamen pericial rendido el galeno NELSON PEDRAZA HOYOS médico y cirujano general, quien señala que al haberse diagnosticado al ingreso al centro médico el síndrome compartimental corroborado después por el especialista en ortopedia y traumatología, lo procedente era realizar de manera inmediata la fasciotomía, cuyo retardo de aproximadamente 24 horas *“pudo conllevar a una tardía reperusión de los tejidos o estructuras afectadas durante el tiempo de hipoperfusión ocasionada por el síndrome compartimental ya establecido”*.

De entrada, ello llevaría a concluir que la ESE demandada incurrió en mora al realizar el procedimiento de fasciotomía de manera tardía, sin embargo, revisada con detenimiento la pericia se observan algunas inconsistencias que no permiten tener certeza sobre las conclusiones arribadas.

Lo primero que debe decirse es que el dictamen fue rendido por el galeno NELSON PEDRAZA HOYOS quien es médico y cirujano general, empero, el INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES fue claro en indicar que el análisis pedido por la parte actora debía realizarse por galenos especialistas en ORTOPEDIA Y CIRUGÍA PLÁSTICA.

Igualmente, la UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA para rendir la pericia había designado al doctor DANIEL PIÑEROS RAMÍREZ especialista de la unidad de ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA⁸⁰ y una vez dejó de contar con ese galeno decidió no realizar el dictamen como quiera que en el departamento de cirugía *“no se cuenta con el especialista idóneo para resolver el caso”*⁸¹ y fue esa la razón por la que se dejó en manos de la parte actora la consecución de la prueba.

En ese orden de ideas, es claro que el cirujano general no es idóneo para rendir la pericia decretada, pues debía ser un especialista en ortopedia, quien con su especial conocimiento aclarara si la fasciotomía se realizó de manera tardía y si fue ello lo que conllevó a las lesiones que hoy padece JUAN DAVID MORENO VALENCIA.

⁸⁰ Páginas 248. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.01.56 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:02:56 P. M., en la plataforma TYBA.

⁸¹ Páginas 18. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.45.55 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:46:08 P. M, en la plataforma TYBA.

Ahora bien, en el dictamen se indica que al ingreso al área de urgencias se diagnosticó SÍNDROME COMPARTIMENTAL confirmado después por la valoración de ortopedia y traumatología, sin embargo revisada la historia clínica, si bien en un primer momento el médico cirujano diagnosticó SÍNDROME COMPARTIMENTAL, lo cierto es que el especialista en ortopedia y traumatología indicó INMINENCIA⁸² DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL, por lo que se ordenó ayuno dada la posible fasciotomía, es decir, que en realidad conforme a la historia clínica, el paciente estaba en riesgo de padecer el aludido síndrome, mas no tenía manifestación del mismo a pesar que ya habían transcurrido 10 horas del accidente (la valoración fue a las 9:00 pm y el accidente a las 11:00 am).

Recuérdese que conforme a la literatura médica traída por el perito los síntomas del SÍNDROME COMPARTIMENTAL son: parestesias (sensación de hormigueo, quemadura o entumecimientos, pérdida de discriminación entre dos puntos); dolor punzante o profundo, localizado a difuso, se incrementa con elevación de la extremidad y no cede con narcóticos; a la palpación el miembro está tenso y caliente y la piel tensa y brillante; piel fría y acartonada y llenado capilar prolongado; movimiento débil o ausente de las articulaciones distales, ausencia de respuesta a la estimulación neurológica directa; ausencia de pulsos.

Ninguno de ellos fue referido en el examen físico realizado al paciente, excepto el dolor, el cual resultaba normal dada la lesión y la edad del paciente, por lo cual no se observa soporte a la conclusión del perito consistente en que en ese momento el paciente ya presentaba el síndrome.

Así las cosas, el dictamen pericial traído por la parte actora no tiene la virtualidad suficiente para llevar al convencimiento de la sala de lo allí expuesto, como quiera que el perito no es idóneo por la falta de conocimiento en la especialidad requerida, aunado a las contradicciones de su dicho de cara a la historia clínica.

En gracia de discusión, de aceptarse que a las 9:00 pm del 8 de febrero el paciente ya presentaba el síndrome compartimental, era entonces preferible pensar en la amputación de la extremidad (accidente: 11:00 am, 10 horas antes), pues según la literatura médica citada por el propio perito de la parte actora⁸³ se debe ser "*cuidadosos cuando encontremos un SC establecido con una evolución mayor a 10 horas, al realizar una fasciotomía y reperfusión agresivas **siendo preferible la amputación de la extremidad***".

⁸² Según el Diccionario de la Real Academia Española, "1. *adj. Que amenaza o está para suceder prontamente*"

⁸³ Páginas 53. Archivo denominado 50001333100620110006501_ACT_INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO_19-10-2020 12.45.55 P.M..PDF, ubicado en la actuación denominada INCORPORA EXPEDIENTE DIGITALIZADO del 19/10/2020 12:46:08 P. M, en la plataforma TYBA.

Sin embargo, el galeno al no encontrar síntomas relacionado con la existencia del síndrome prefirió tratar al paciente dándole la posibilidad de conservar su extremidad, sin dejar de lado la inminencia del síndrome que todavía no se presentaba, lo que en efecto ocurrió al siguiente día, siendo intervenido de manera inmediata.

En ese orden de ideas, lo que sí está acreditado en el expediente es que JUAN DAVID MORENO fue llevado al centro asistencial y después de ser valorado por el ortopedista, este evidenció la inminencia del síndrome compartimental, por lo que se brindó tratamiento. Dicho síndrome se manifestó al siguiente día a las 4:30 pm, siendo intervenido de manera inmediata.

Sin embargo, la reacción del paciente a la cirugía no fue positiva por lo que hubo necesidad de efectuar varios lavados quirúrgicos, los cuales no mostraron evolución positiva, siendo entonces necesaria la remisión al siguiente nivel de atención en el cual también se hicieron varios lavados quirúrgicos hasta controlar la situación y finalmente realizaron un injerto para mejorar la calidad de vida del paciente.

De todo esto, no puede la sala concluir que se haya incurrido en una falla del servicio por parte de las demandadas, y al expediente no fue aportada prueba técnica o científica idónea que brinde certeza sobre la existencia del síndrome compartimental al ingreso del paciente al centro médico, como para derivar de allí una mora en la realización del procedimiento de fasciotomía y mucho menos establecer si este el procedimiento a seguir.

De otro lado, en cuanto al reproche frente a la no utilización de antibióticos de amplio espectro para contrarrestar la infección que se presentaba después de las fasciotomía, tampoco se allegó material probatorio o prueba científica que permita establecer si este fue o no el tratamiento adecuado mientras el paciente estuvo en la ESE SAN JOSÉ DEL GUAVIARE.

Es de resaltar que, en este asunto la primera instancia dio plena libertad a la parte actora para traer al expediente la prueba pericial con el fin de acreditar los hechos descritos en la demanda, de acuerdo con lo que ya habían advertido tanto Medicina Legal como la Universidad Nacional, por ende, era responsabilidad de la parte acudir a un experto en el área de ortopedia para que brindara su conocimiento al proceso acerca de la atención médica dada a JUAN DAVID MORENO, lo que no sucedió, pues en lugar de ser consecuente con aquella exigencia, prefirió inclinarse por acudir a un cirujano general no especialista en ortopedia, razón por la que las consecuencias de tal omisión no pueden de ninguna manera favorecer las pretensiones dando pleno valor a las conclusiones de la prueba pericial allegada.

Recuérdese que, en materia probatoria, el artículo 177 del C.P.C., contempla la carga de la prueba, indicando que incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

Al respecto se ha pronunciado el Consejo de Estado, indicando que el contenido material que comporta la carga de la prueba está determinado por la posibilidad que tienen las partes de obrar libremente para conseguir el resultado jurídico (constitutivo, declarativo o de condena) esperado de un proceso, aparte de indicarle al juez cómo debe fallar frente a la ausencia de pruebas que le confieran certeza respecto de los asuntos sometidos a su conocimiento.⁸⁴

Así pues, la carga de la prueba expresa las ideas de libertad, de autorresponsabilidad, de diligencia y de cuidado sumo en la ejecución de una determinada conducta procesal a cargo de cualquiera de las partes⁸⁵, es decir, que es esta una regla de juicio, que le indica a las partes la obligación que tienen de probar para que los hechos que sirven de sustento a las normas jurídicas cuya aplicación reclaman aparezcan demostrados.

En consecuencia, las anteriores consideraciones son suficientes revocar la sentencia de primera instancia y negar las pretensiones de la demanda.

Por último, de conformidad con lo reglado en el artículo 171 del C.C.A., modificado por el artículo 55 de la ley 446 de 1998, no habrá lugar a condenar en costas, por cuanto no se evidencia que la parte demandada haya actuado con temeridad o mala fe.

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

RESUELVE:

PRIMERO: **REVOCAR** el fallo de primera instancia proferido el 30 de septiembre de 2019 por el Juzgado Noveno Administrativo de Villavicencio, que accedió a las pretensiones de la demanda, por las razones expuestas.

SEGUNDO: **NEGAR** las pretensiones de la demanda.

⁸⁴ CONSEJO DE ESTADO. Sección Tercera. Sentencia del 18 de marzo de 2010. C.P. Dr. MAURICIO FAJARDO GOMEZ. Rad. 25000-23-26-000-1995-00972-01(17756). Actor: HERNAN GUZMAN CHACON Demandado: INSTITUTO DE AGUAS Y SANEAMIENTO DE CUNDINAMARCA.

⁸⁵Cita original del Consejo de Estado. Sala Plena de lo Contencioso Administrativo. Sentencia de diciembre 11 de 2007. Radicado 110010315000200601308 00: "*HINESTROSA, Fernando, Derecho Civil Obligaciones, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, D.C., 1969, p. 180.*"

TERCERO: Sin condena en costas.

CUARTO: En firme esta providencia, remítase el proceso al Juzgado Noveno Administrativo del Circuito de Villavicencio, para lo de su cargo.

NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE,

Esta providencia fue discutida y aprobada en Sala de Decisión Escritural No. 6 celebrada el día 28 de octubre de 2021 según Acta No. 069, y se firma de forma electrónica.

Se deja constancia que la magistrada Teresa Herrera Andrade suscribe la presente providencia por haber sido encargada del despacho 004, que conforma la presente sala escritural.

Firmado Por:

Claudia Patricia Alonso Perez

Magistrado

Mixto 005

Tribunal Administrativo De Villavicencio - Meta

Teresa De Jesus Herrera Andrade

Magistrado Tribunal O Consejo Seccional

Contencioso 001 Administrativa

Tribunal Administrativo De Villavicencio - Meta

Carlos Enrique Ardila Obando

Magistrado

Mixto 002

Tribunal Administrativo De Villavicencio - Meta

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

254f2b9a47b13c72a7ac93b2f2375df597566f49e708b5ce080af8475ed621e1

Documento generado en 02/11/2021 06:29:45 AM

Reparación Directa
Rad. 50001 33 31 006 2011 00065 01
Dte: Ana Sofía Moreno valencia y otros
Ddo: Hospital San José del Guaviare ESE y CAPRECOM
EPS

**Valide este documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**