

República de Colombia



**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA
SECCIÓN TERCERA – SUBSECCIÓN “C”
ESCRITURAL**

MAGISTRADA PONENTE: MARÍA CRISTINA QUINTERO FACUNDO

Bogotá, D. C., Veinte (20) de agosto de dos mil veinte (2020).

(Proyecto discutido y aprobado en Sala de la fecha)

| | |
|-------------------------|--|
| Expediente | 250002326000201000896-01 |
| Sentencia | SC3-08-20-2439 |
| Medio de control | REPARACIÓN DIRECTA |
| Demandante | NASLY YOHAIRA VIVEROS RIVAS |
| Demandados | HOSPITAL MILITAR CENTRAL |
| Asunto | SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA |
| Tema | FALLA MEDICA – ERROR EN DIAGNOSTICO |

Cumplido por la Magistrada Sustanciadora, el trámite previsto en el artículo 206 y siguientes del Código Contencioso Administrativo para el proceso ordinario, se provee conforme a los siguientes,

I. ANTECEDENTES

I.1. DEMANDA Y ARGUMENTOS DE LA PARTE ACTORA

Conforme reseña el libelo introductorio¹, para el 8 de julio de 2008 a las 8:30 am, la señora NALSY YOHAIRA VIVEROS RIVAS, quien se encontraba en estado de gravidez, con aproximadamente treinta y nueve (39) semanas de gestación, presentó dolores abdominales, secreciones vaginales y hemorragia, lo que motivo a dirigirse al HOSPITAL MILITAR CENTRAL para recibir atención de urgencias; de donde fue devuelta a su vivienda por los galenos, bajo la consideración que se trataba de un falso trabajo de parto.

Para la misma fecha en horas de la noche, aproximadamente a las 11:30 pm, debido a la fuerte y dolorosa actividad uterina la paciente regresa al centro hospitalario – HOSPITAL MILITAR CENTRAL, en donde no se dio inicio a trabajo de parto sino dos (2) horas después de su ingreso.

¹ Ver folios 3 a 24 del cuaderno principal.

Al no ser oportuna la extracción o expulsión del niño, aquel presentó meconio, lo que motivó a que se practicara una cesárea, siendo reportada como hora de nacimiento del menor JUAN FELIPE MOSQUERA VIVEROS, a las 7:00 am del día 9 de julio de 2008. El menor fue llevado a UCI, y la madre permaneció hospitalizada por presentar vómito y malestar general, siéndole practicado ecografía abdominal en donde se evidenció la presencia de una obstrucción intestinal y una aguda apendicitis gangrenosa.

El 13 de julio siguiente, a la señora NALSY YOHAIRA VIVEROS RIVAS le fue practicada un drenaje de la peritonitis que presentaba, una APENDICETOMIA extrayéndosele la apéndice, una SALPINGO-OFORECTOMIA mediante la cual se le extrajo el ovario derecho y una HISTERECTOMIA mediante la cual se le extrajo la matriz.

Reseña la activa que la inobservancia de la institución médica causada por no poner en trabajo de parto de manera oportuna a la madre y no evidenciar oportunamente la apendicitis en la paciente, condujo a que se les causaran los graves perjuicios a los demandantes por los que se reclama su indemnización.

I.1.1. Secuencia en la que se formulan como pretensiones:

Se declare patrimonial y administrativamente responsable a la NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA – HOSPITAL MILITAR CENTRAL, ocasionada como consecuencia de los equivocados procedimientos y tratamientos médicos quirúrgicos realizados a la señora NALSY YOHAIRA VIVEROS RIVAS, desde el día 8 de julio de 2008.

Se condene a la accionada al pago de perjuicio moral y en favor de los demandantes NASLY YOHAIRA VIVEROS RIVAS, OSCAR ORLANDO MOSQUERA ANDRADE y JUAN FELIPE MOSQUERA VIVEROS; la suma equivalente a Cien (100) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes, para cada uno.

Se condene a la accionada al pago de los perjuicios materiales en la modalidad de daño emergente, consistentes en las siguientes sumas a) dos millones de pesos (\$2.000.000) por los medicamentos adquiridos para sobrellevar el grave estado físico y mental, y b) dos millones de pesos (\$2.000.000) de préstamos adquiridos para sobrellevar el grave estado físico y mental de NALSY YOHAIRA VIVEROS RIVAS.

Se condene a la accionada al pago de perjuicio material en la modalidad de lucro cesante y en favor de la señora NASLY YOHAIRA VIVEROS RIVAS víctima directa; la suma de cien millones de pesos (\$100.000.000,⁰⁰).

Se condene a la accionada el pago de daño psicológico en favor de los demandantes NASLY YOHAIRA VIVEROS RIVAS, OSCAR ORLANDO MOSQUERA ANDRADE y JUAN FELIPE MOSQUERA VIVEROS; a la suma equivalente a Cien (100) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes, para cada uno.

Se condene a la accionada por concepto de alteración grave a las condiciones de existencia – daño a la vida de relación, en favor de los demandantes, a la suma equivalente a quinientos (500) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes, para cada uno.

Las sumas anteriores deben ser **indexadas**, y generaran **intereses de mora** desde la fecha de ejecutoria de la sentencia y hasta cuando se haga efectivo el pago de la misma.

1.1.2. En oportunidad de alegar de conclusión², la activa realiza un recuento de los hechos, no sin antes advertir que los presupuestos de responsabilidad se encuentran acreditados por lo que se debe proceder a la admisión de las pretensiones de la demanda plateadas en el libelo de la demanda.

I.2. ARGUMENTOS DE OPOSICIÓN.

I.2.1. En oportunidad de contestar la demanda, el HOSPITAL MILITAR CENTRAL³, manifiesta su oposición a la totalidad de las pretensiones elevadas, no propone excepciones, sin embargo en su defensa, arguye que la atención y manejo brindada a la paciente fue adecuado y diligente; además, se le ordenaron y efectuaron los exámenes y el tratamiento médico requerido, se le dispensaron los beneficios de la medicina con los recursos con los que cuenta el hospital, los médicos dedicaron el tiempo necesario para efectuar las valoraciones pertinentes a la paciente, los tratamientos, cirugías y medicamentos ofrecidos a la paciente estuvieron acordes con los protocolos de manejo del hospital y la literatura medico universal; y se emitieron los consentimientos informados correspondientes.

² Ver folio 373 al 396 cuaderno principal

³ Escrito radicado el 30 de agosto de 2011, folios 97 al 106 del cuaderno principal del expediente.

I.2.2. En oportunidad de presentar alegatos de conclusión, la pasiva sostiene que conforme a la prueba pericial recaudada es posible concluir que el diagnóstico, tratamiento y terapéutica ordenada por los especialistas del grupo multidisciplinario que atendió a la paciente fue el adecuado y se realizó con el fin de establecer un diagnóstico acertado acerca de la patología que le aquejaba, siempre basado en los protocolos del hospital establecidos en concordancia con la literatura médica universal.

II. TRÁMITE PROCESAL

2.1. Con auto del 26 de mayo de 2011, el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Tercera, Subsección “A”, **admitió la demanda** (fls. 91 del cuaderno principal del expediente).

2.2. Medidas de Descongestión. Es pertinente indicar, que con ocasión a la implementación de las medidas de descongestión, el expediente es remitido conforme a lo ordenado por los Acuerdos expedidos por la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura, correspondiéndole conocer de este asunto al Tribunal Administrativo de Cundinamarca – Sección “C” Descongestión, avocando conocimiento mediante proveído del 01 de octubre de 2012.

2.3. Trabada la Litis, se dispuso con auto del auto del 24 de junio de 2013, **abrir el proceso a pruebas**, decretándose las solicitadas por las partes (fls. 114 ibídem).

2.4. Mediante proveído del 10 de octubre de 2019, **se corrió traslado para alegar de conclusión** (fl. 362 ib.), y ejercieron su derecho la activa y la pasiva, el Agente del Ministerio Público guardó silencio.

III. CONSIDERACIONES DE LA SALA

III.1. ASPECTOS DE EFICACIA Y VÁLIDEZ.

3.1.1. Reitera satisfecho el presupuesto de competencia, contrastadas en marco del numeral 6º del artículo 132 del Código Contencioso Administrativo⁴,

⁴ CÓDIGO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO.

“Artículo 132. En primera instancia. Los tribunales administrativos conocerán en primera instancia de los siguientes asuntos:

(...) 6. De los de reparación directa cuando la cuantía exceda de quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales. (...)” (Suspensivos, subrayado y negrillas fuera del texto).

la naturaleza y cuantía del asunto, y en orden del numeral 1º y el literal f) del numeral 2º del artículo 134D *Ibíd*⁵, el lugar de acaecimiento del hecho, génesis de la pretensión indemnizatoria.

3.1.2. Encuentra cumplido el requisito de legitimación procesal en la causa por pasiva y por activa, conforme sigue:

2.1.2.1. La legitimación procesal en la causa por activa de los aquí accionantes, NASLY YOHAIRA VIVEROS RIVAS, su esposo OSCAR ORLANDO MOSQUERA ANDRADE y su hijo JUAN FELIPE MOSQUERA VIVEROS, emerge cumplida contrastado que en este medio de control, se da en quien se refuta víctima directa o indirecta del daño antijurídico que pretende le sea indemnizado.

Por demás, asume relevancia que encuentra probado el aducido parentesco de las víctimas indirectas, con la señora NASLY YOHAIRA VIVEROS RIVAS, por cuanto se adujo declaración extrajuicio y obran en el expediente pruebas testimoniales que acreditan la convivencia por más de dos (2) entre aquella y el señor OSCAR ORLANDO MOSQUERA ANDRADE, y se aportó además el registro civil de nacimiento del menor JUAN FELIPE MOSQUERA VIVEROS⁶.

2.1.2.2. La legitimación procesal por pasiva de la aquí accionada, HOSPITAL MILITAR CENTRAL, emerge cumplida, como quiera que en este medio de control se da, con la imputación que hace activa de ser las causantes del daño antijurídico fuente de la pretensión indemnizatoria.

3.1.3. Advierte satisfecho el requisito de oportunidad de la demanda,

conjugado que conforme prevé el numeral 8º del artículo 136 del Código Contencioso Administrativo, la acción de reparación directa caduca transcurridos dos (2) años a partir del día siguiente al acaecimiento del hecho génesis de la pretensión indemnizatoria, y decantando en el *sub-lite* se tiene que en tesis de la demanda, el hecho dañoso cesó el 9 de agosto de 2008, y el libelo introductorio se radicó el 20 de octubre de 2010 (fl 24vto). Debe tenerse

⁵ **IBÍDEM.**

“Artículo 134 D. Competencia por factor del territorio. La competencia por razón del territorio se fijará con sujeción a las siguientes reglas:

2. En los asuntos del orden nacional se observarán las siguientes reglas:

(...)

f) En los de reparación directa se determinará por el lugar donde se produjeron los hechos, las omisiones o las operaciones administrativas;

(...).” (Suspensivos, subrayado y negrillas fuera del texto).

⁶ Fl. 123 c2.

en cuenta que antes de intentar la acción de reparación directa, es requisito de procedibilidad para este tipo de acciones, adelantar el trámite de conciliación extrajudicial. Sustento de esto, es el artículo 42A de la ley 270 de 1996, adicionado por el artículo 13 de la Ley 1285 de 2009.

En el presente asunto la solicitud de conciliación fue interpuesta el **7 de julio de 2010**, la cual fue declarada fallida el 20 de octubre de 2010, lo que conlleva a establecer que los demandantes contaban con el término legal de incoar la acción de reparación directa hasta el día 10 de noviembre de 2010. Toda vez que la demanda fue interpuesta el 20 de octubre de 2010, es claro que en el presente asunto no opero el fenómeno de caducidad.

3.1.4. En orden de las valoraciones que anteceden, no se observa irregularidad, menos aún con entidad para edificar nulidad procesal, y evidencia que el trámite se cumplió con sujeción al rito del Proceso Ordinario Contencioso Administrativo previsto en el Decreto 01 de 1984 y normativa que lo adiciona y modifica; consecuentemente, el proceso se encuentra en estado de proferir sentencia de mérito.

3.2. FIJACIÓN DEL DEBATE.

La controversia gravita en torno a la responsabilidad patrimonial de la demandada, por los perjuicios ocasionados a los demandantes, con ocasión a procedimientos y tratamientos médicos quirúrgicos realizados a la señora NASLY YOHAIRA VIVEROS RIVAS, desde el día 8 de julio de 2008.

3.2.1. En tesis del accionante el evento dañoso tuvo causa, en un error en el diagnóstico, errados procedimientos y tratamientos médicos quirúrgicos brindados a la señora NASLY YOHAIRA VIVEROS RIVAS, desde el primer momento de su atención medica acaecida el 8 de julio de 2008, pues en su criterio, la no atención oportuna del parto, conllevó a que en el momento del parto se produjera meconio que afecto a la madre, y que desencadeno una serie de patologías que conllevaron a múltiples cirugías, a saber, una APENDICETOMIA extrayéndosele la apéndice, una SALPINGO-OFORECTOMIA mediante la cual se le extrajo el ovario derecho y una HISTERECTOMIA mediante la cual se le extrajo la matriz, generando graves perjuicios a la paciente.

3.2.2. En tanto la administración aduce que la atención y manejo brindada a la paciente fue adecuado y diligente; se le ordenaron y efectuaron los exámenes y el tratamiento médico requerido, se le dispensaron los beneficios de la medicina con los recursos con los que cuenta el hospital, los médicos dedicaron el tiempo necesario para efectuar las valoraciones pertinentes a la paciente, los tratamientos, cirugías y medicamentos ofrecidos a la paciente estuvieron acordes con los protocolos de manejo del hospital y la literatura médica universal; y se emitieron los consentimientos informados correspondientes.

Panorama en el que emergen como **problemas jurídicos:**

¿Encuentra probada la falla médica por error en el diagnóstico, error de procedimientos y tratamientos médicos quirúrgicos que se imputa al HOSPITAL MILITAR CENTRAL, y su nexo causal con las afecciones médicas sufridas por la señora NASLY YOHAIRA VIVEROS RIVAS que conllevaron a ser sometida a una APENDICETOMIA, una SALPINGO-OFORECTOMIA y una HISTERECTOMIA?

3.3. ASPECTOS SUSTANCIALES.

En labor de desatar los interrogantes planteados **es tesis de la Sala,** que el HOSPITAL MILITAR CENTRAL, no es responsable de los perjuicios causados a los aquí accionantes, toda vez que no se logró acreditar la existencia de un daño antijurídico y tampoco la falla en el servicio médico por error en el diagnóstico, error de procedimientos y tratamientos médicos quirúrgicos que se imputa al HOSPITAL MILITAR CENTRAL, como quiera que encuentra ampliamente ilustrado a través de prueba técnica, que el diagnóstico, tratamiento y procedimientos quirúrgicos brindados a la paciente NASLY YOHAIRA VIVEROS RIVAS se ajustaron a la Lex Artis de la atención médica, se cumplieron los atributos de calidad, en cuanto a la actuación del grupo de profesionales, fue centrada en el estado clínico de la paciente, se actuó de manera oportuna, segura, pertinente y continua.

En fundamento, esta Sala abordará los siguientes tópicos: **(i)** título de imputación en responsabilidad médica-asistencial del Estado - error en el diagnóstico, y **(ii)** valoración probatoria en falla médica y carga de la prueba, como **Premisas normativas:**

3.3.1. Título de imputación en responsabilidad médico-asistencial del Estado, es el de falla probada en el servicio, de suerte que, se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquélla y éste⁷, y la responsabilidad por error en diagnóstico médico, ubica en el precitado contexto de falla probada del servicio, advertido que el diagnóstico es uno de los momentos de mayor relevancia en prestación del servicio médico, como quiera que sus resultados vinculan toda la actividad posterior que corresponde al tratamiento médico y manejo de la patología y en secuencia, la recuperación o no de la salud.

De acuerdo con la doctrina extranjera, existen dos fases o etapas en labor de realizar el diagnóstico: la primera que corresponde a la valoración del paciente, incluida la realización de exámenes diagnósticos, y la segunda, en la que se surte el análisis e interpretación de los datos obtenidos durante la etapa precedente, y puntualiza al respecto:

“Cronológicamente el diagnóstico es el primer acto que debe realizar el profesional, para con posterioridad emprender el tratamiento adecuado. Por ello bien podría afirmarse que la actividad médica curativa comprende dos etapas. La primera constituida por el diagnóstico y la segunda por el tratamiento. (...).

El diagnóstico, por su parte, puede descomponerse en dos tipos de actuaciones, distinción que tiene vital importancia al momento de analizar la culpa del profesional.

*En una primera etapa, o fase previa, se realiza la exploración del paciente, esto es, el examen o reconocimiento del presunto enfermo. Aquí entran todo el conjunto de tareas que realiza el profesional y que comienzan con un simple interrogatorio, tanto del paciente como de quienes lo acompañan y que van hasta las pruebas y análisis más sofisticados, tales como palpación, auscultación, tomografía, radiografías, olfatación, etc. Aquí **el profesional debe agotar en la medida de lo posible el conjunto de pruebas que lo lleven a un diagnóstico acertado.** Tomar esta actividad a la ligera, olvidando prácticas elementales, es lo que en más de una oportunidad ha llevado a una condena por daños y perjuicios.*

En una segunda etapa, una vez recolectados todos los datos obtenidos en el proceso anterior, corresponde el análisis de los mismos y su interpretación, “coordinándolos y relacionándolos entre sí, siendo también precisa su comparación y contraste con los diversos cuadros patológicos y conocidos por la ciencia médica; es decir, se trata en suma, una vez efectuadas las correspondientes valoraciones, de emitir un juicio”⁸.

Esta operación valorativa de todos los antecedentes es la que presenta los mayores inconvenientes al momento de juzgar la conducta médica, pues como en definitiva se trata de un juicio incierto, la culpa profesional debe valorarse con sumo cuidado, y siempre teniendo en cuenta que no estamos frente a una operación matemática⁹.

⁷ **CONSEJO DE ESTADO**. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 28 de febrero de 2013. Expediente Número 66001-23-31-000-2001-00063-01 (25075). C.P. Danilo Rojas Betancourt.

⁸ [5] *Fernández Costales, Responsabilidad civil médica y hospitalaria*, p. 116.

⁹ Roberto Vázquez Ferreyra, *Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina*, editorial Hammurabi, 2ª edición, Buenos Aires, 2002, pp. 106-107.

Para que el diagnóstico sea acertado se requiere que el profesional de la salud sea extremadamente diligente y cuidadoso en el cumplimiento de cada una de estas etapas, esto es, que emplee todos los recursos a su alcance en orden a recopilar la información que le permita determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente. Si así lo hace, su responsabilidad no quedará comprometida, aunque al final se demuestre que el diagnóstico fue equivocado, pues es posible que pese a todos los esfuerzos del personal médico y al empleo de los recursos técnicos a su alcance, no logre establecerse la causa del mal, bien porque se trata de un caso científicamente dudoso o poco documentado, porque los síntomas no son específicos de una determinada patología o, por el contrario, son indicativos de varias afecciones.

En línea con lo anterior, la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado ha señalado, que solo el error de diagnóstico que es consecuencia de una deficiente prestación del servicio médico hospitalario puede llegar a comprometer la responsabilidad extracontractual de la administración, y finiquita en consecuencia, que lo decisivo no es establecer si el médico se equivocó, sino si empleó los recursos adecuados para llegar a un diagnóstico acertado, y advierte en este sentido:

(...)Se impone, entonces, concluir que al médico no le es cuestionable el error en sí mismo, sino el comportamiento inexcusable que lo llevó a cometerlo.

Al respecto, autores como Ataz López y Lorenzetti, citados por Vázquez Ferreyra, han expresado, refiriéndose a la responsabilidad civil de los médicos, que el error que exime de responsabilidad no ha de ser una anomalía en la conducta, sino una equivocación en el juicio, por lo que se hace necesario investigar si el galeno adoptó todas las previsiones aconsejadas por la ciencia para elaborar el diagnóstico.¹⁰ Y dadas las limitaciones de la medicina, debe aceptarse que, en muchos casos, habiendo claridad sobre la imputabilidad del daño a la acción u omisión de los profesionales que tuvieron a su cargo la atención del paciente, éste puede resultar obligado a soportarlo¹¹.(Suspensivos y subrayado fuera de texto)

De acuerdo con lo anterior, puede afirmarse que para imputar responsabilidad a la administración por daños derivados de un error de valoración, es necesario demostrar que el servicio médico no se prestó adecuadamente porque, por ejemplo, el profesional de la salud omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban; no

¹⁰ [33] Ver VÁZQUEZ FERREYRA, Roberto, *Op. Cit.* p. 96, 97.

¹¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000, exp. 11.878, C.P. Alier Eduardo Hernández, reiterada en las sentencias de 27 de abril de 2011, exp. 19.846, C.P. Ruth Stella Correa Palacio, de 10 de febrero de 2011, exp. 19.040, C.P. Danilo Rojas Betancourth, de 31 de mayo de 2013, exp. 31724, C.P. Danilo Rojas Betancourth y de 9 de octubre de 2014, exp. 32348, C.P. Danilo Rojas Betancourth, entre otras.

sometió al enfermo a una valoración física completa y seria¹²; omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos a su alcance para confirmar o descartar un determinado diagnóstico¹³; dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad¹⁴.

6.3.2- El valoración de la falla médica del Estado, el juez encuentra en el deber de hacer un análisis riguroso de los medios a su alcance para establecer si existió o no aquella, en especial, deberá examinar la información consignada en la historia clínica con el fin de establecer qué acciones se llevaron a cabo para orientar el diagnóstico de la enfermedad, y en la medida de lo posible, recaudar el concepto de peritos o expertos para aclarar aspectos de carácter científico que escapan a su conocimiento, siempre en tamiz que, *“el juez y los peritos deben ubicarse en la situación en que se encontraba el médico al momento de realizar dicho diagnóstico”*¹⁵.

Asume entonces relevante tener en cuenta que para refutar la existencia de una falla, debe encontrarse probado, por cualquiera de los medios de convicción, que incluye el indicio, que la “atención médica” no cumplió con los estándares de calidad fijados por el arte de la ciencia médica, vigente para el momento de ocurrencia del hecho dañoso; o que el servicio médico no fue cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tuvieron al alcance, finalidad para la cual, la parte afectada, accionante dentro del proceso de reparación directa, podrá valerse de todos los medios probatorios legalmente aceptados, cobrando particular importancia, y reitera en ello, la prueba indiciaria, susceptible de construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del

¹² En la sentencia de 10 de febrero de 2000, la Sección Tercera del Consejo de Estado imputó responsabilidad a la Universidad Industrial de Santander por la muerte de un joven universitario, como consecuencia de un shock séptico causado por apendicitis aguda, tras encontrar demostrado que el paciente ingresó al servicio médico de la entidad, con un diagnóstico presuntivo de esta enfermedad que constaba en la historia clínica, y que el médico de turno, no solo omitió ordenar los exámenes necesarios para confirmarlo o descartarlo, sino que realizó una impresión diagnóstica distinta, sin siquiera haber examinado físicamente al paciente. Exp. 11.878, C.P. Alíer Eduardo Hernández.

¹³ En la sentencia de 27 de abril de 2011, la Sala imputó responsabilidad al ISS por el daño a la salud de un menor de edad, afectado por un shock séptico en la vesícula, en el hígado y en el peritoneo, luego de constatar que éste ingresó a la unidad programática de la entidad con un fuerte dolor abdominal, y que los médicos le formularon un tratamiento desinflamatorio y analgésico, sin practicarle otros exámenes o pruebas adicionales, que confirmaran que la enfermedad que lo aquejaba en realidad no era de gravedad y que podía controlarse con tales medicamentos. Exp. 19.846, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

¹⁴ Al respecto, la doctrina ha señalado que el error inexcusable no es cualquier error, sino aquél *“objetivamente injustificable para un profesional de su categoría o clase. En consecuencia, si el supuesto error es de apreciación subjetiva, por el carácter discutible del tema o materia, se juzgará que es excusable y, por tanto, no genera responsabilidad”*. Alberto Bueres, citado por Vásquez Ferreyra, *Op. Cit.*, p. 121.

¹⁵ Roberto Vásquez Ferreyra, *Op. Cit.*, p. 124.

nexo causal entre la actividad médica y el daño causado, advirtiéndose que dicho nexo no puede presumirse¹⁶.

3.4. CASO CONCRETO

3.4.1. Aspectos Probatorios

La comunidad probatoria encuentra conformada en el sub-lite, por documentales incluida la historia clínica de la señora NASLY YOHAIRA RIVAS, testimonial y dos (2) pericias, la primera pericia medica rendida una por especialista del INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, aclaración rendida por el HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA; y la segunda pericia psicológica rendida una por especialista del INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES.

La **documental acredita eficacia**, conjugado que en esquema normativo del artículo 246 del Código General del Proceso¹⁷, no es exigible que obre en origina o copia auténtica, y aúna que, agregada los sujetos procesales, no le tacharon de falsa.

En lo que trata de **las experticias**, fueron rendidas por peritos designados de la lista de auxiliares de la justicia, y surtió su contradicción conforme al ordenamiento supletorio entonces vigente, el Código de Procedimiento Civil, y destaca que, en criterio de esta Sala, satisfacen los presupuestos de fundamentación y coherencia exigibles de este medio de convicción, sin perjuicio de su alcance probatorio, conforme detalla a continuación:

(i) El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, cuya labor fue *realizar el análisis y estudio de la historia clínica y de sus anexos, y conceptuara sobre los diagnósticos, procedimientos e intervenciones medico quirúrgicas practicadas a la señora Nasly Yohaira Viveros Rivas*. Presentado el experticio el 11 de junio de 2015¹⁸, se dio traslado a las partes¹⁹, con ocasión del cual peticionaron aclaración y complementación la ACTIVA²⁰. El

¹⁶ **IBÍDEM**. Sentencia del 07 de diciembre de 2016. Expediente No. 250002326000200400434-01(34216). C.P. Marta Nubia Velásquez Rico.

¹⁷ "(...)Las copias tendrán el mismo valor probatorio del original, salvo cuando por disposición legal sea necesaria la presentación del original o de una determinada copia (...)".

¹⁸ Cuaderno 6 del expediente.

¹⁹ Auto del 16 de junio de 2015, folio 213 del cuaderno 2 principal.

²⁰ Escrito radicado en la secretaría de la Sección Tercera el 23 de junio de 2015, folios 214 y 215 ibídem.

Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses informa su imposibilidad de realizar la aclaración de solicitada, recomendado sea efectuado por especialistas en cirugía general y especialista en urología²¹. Con ocasión a lo anterior, se ofició al Hospital Universitario la Samaritana III Nivel, para que rindiera la aclaración requerida, las cuales fueron allegadas el 3 de noviembre de 2016²², surtiendo su traslado con autos del 06 de noviembre siguiente y 04 de junio de 2010²³. Luego la activa presenta objeción por error grave la cual fue denegada, en su lugar se ordenó adición a la aclaración y complementación al informe rendido²⁴. Adición que se cumplió el 5 de septiembre de 2018²⁵, y surtido su traslado²⁶, frente a lo cual la activa solicita nueva adición, la cual fue denegada por ser improcedente, así como el decreto de nuevo dictamen pericial²⁷, **no hubo objeción**.

(ii) El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, tuvo por labor, *determinar la afectación psicológica causada a la señora Nasly Yohaira Viveros Rivas*. Presentado el experticio el 29 de noviembre de 2017²⁸, se dio traslado a las partes²⁹, vencido con silencio los sujetos procesales.

3.4.2. Finiquitando revisten relevancia para el debate que se suscita en esta instancia, los siguientes **supuestos fácticos y medios de prueba**:

| Hecho generador del daño | | |
|---|---|------------------------------|
| <p>Historia clínica de la señora NELSY YOHAIIRA VIVEROS RIVAS, emanado por el Hospital Militar Central del 8 de julio de 2008 al 8 de septiembre de 2008.</p> | <p>Donde se consigna que la paciente se presentó en la institución médica el 8 de julio de 2008 a las 9:51, se efectuó valoración médica, con diagnóstico de falso trabajo de parto antes de las 37 y más semanas completas de embarazo confirmado, por lo que se da salida con recomendaciones y signos de alarma.</p> | <p>Folios 11 al 111 C.26</p> |
| | | |

²¹ Oficio del 22 de octubre de 2015, folio 228 a 230 cuaderno principal
²² Folios 59 a 72 del cuaderno 8 del expediente.
²³ Folios 942 del cuaderno 2 principal y 1019 del cuaderno 3 principal.
²⁴ Folio 322 al 324 del cuaderno principal.
²⁵ Folios 338 al 352 del cuaderno 1.
²⁶ Auto del 30 de octubre de 2018, folio 353 del cuaderno principal.
²⁷ Auto de 20 de junio de 2019 cuaderno principal
²⁸ Folios 314 al 321 del cuaderno principal del expediente.
²⁹ Auto del 20 de febrero de 2018, folio 322 del cuaderno principal.

| | | |
|---|--|---------------------------|
| | <p>Paciente que reingreso el 9 de julio de 2008 a las 2:45 horas por actividad uterina y expulsión de tapón mucoso sin aminorrea y percibiendo movimientos fetales. Encuentra signos vitales normales. Diagnostican embarazo confirmado y trabajo de parto fase activa, hospitalizan, solicita monitoreo fetal, ordenan suministrar líquidos endovenosos y vigilar trabado de parto. Se advierte en las notas de evolución 8:56 horas, nota operatoria registra diagnostico preoperatoria detención de la dilatación y estado fetal insatisfactorio; al diagnóstico posoperatorio adicionan "meconio". Procedimiento: Cesárea segmentaria; sangrado 1000 cc, no complicaciones.</p> <p>El 12 de julio se diagnostica endometritis post parto, se ordena manejo con antibiótico.</p> <p>El 13 de julio la paciente presenta vomito alimentario, dolor hipogástrico y fiebre. Dolor fosa iliaca derecha y flanco del mismo lado y signos de irritación peritoneal, por cuanto se solicita valoración por cirugía general. El 14 de julio paciente presenta empeoramiento cuadro clínico, por lo que es llevada a laparotomía exploratoria, hallazgos quirúrgicos: 500 cc de líquido turbio fétido en cavidad abdominal más en gotera parietocolica emplastronada y membranas fibriopulentas más en gotera parientolcolica emplastronada y membranas fibrinopurulentas más en gotera parietocolica derecha hasta la superficie hepática. Útero ligeramente hipo perfundido e hipotónico. Realizan apendicetomía, lavado de cavidad con 8000 cc y dejan abdomen abierto para lavado abdominal y revisión posterior de útero y anexo derecho por gran edema y congestión actual.</p> <p>El 18 de julio de 2008, la paciente es llevada a cirugía encontrando útero hipotónico, colección purulenta en histerografía, Infundíbulo izquierdo en buena condición. Se realiza histerectomía abdominal total.</p> <p>El 21 de julio hallan colección purulenta de 10 cc en pelvis, edema de asas intestinales, abdomen parcialmente bloqueado, realizan lavado peritoneal, dejan viaflex sobre ases, tallan colgajos y cierran piel con sutura continua. En evolución se advierte absceso, se brinda tratamiento.</p> <p>El 26 de julio de 2008 nota de cirugía general, no sangrado por herida quirúrgica, se encuentra sangrado genital y orina hematórica, diuresis 1.9 cc/kg/hora. Por sospecha de lesión ureteral solicitan valoración por urología.</p> <p>El 28 de julio realizan cistouretrografia evidenciando salida del medio de contraste hacia la cavidad peritoneal, no presenta complicaciones. Por sospecha de ruptura vesical intraperitoneal y obstrucción parcial de uréter distal izquierdo se programa laparotomía que es realizada el mismo día a las 13:01 horas, hallando cavidad peritoneal congelada por proceso inflamatorio en granulación, no colección, ruptura vesical en pared posterior de 6 cm. Intraperitoneal, meatos uretrales eyaculando orina clara. Se avanzan sondas por uréteres sin evidencia de obstrucción, se deja catéter doble J izquierdo. Realizan cistografía y cistostomía, y dejan dren posterior y prebásica, además sonda de cistostomía y uretral.</p> <p>El 31 de julio es llevada a cirugía general encontrando abdomen bloqueado, escaso líquido peritoneal, realizan lavado peritoneal y cierran piel solamente.</p> <p>Por adecuada evolución, el 5 de agosto de 2008, la paciente es dada de alta.</p> | |
| <p>Testimonio rendido por la señora MARIA EUGENIA MARTINEZ y el señor PEDRO HEMEL HERRERA MENDEZ.</p> | <p>Quienes relatan respecto de los hechos acaecidos el día 9 de julio de 2008, la afectación moral de la víctima directa y su familia por la afectación en salud de la señora NELSY YOHAIRA VIVEROS RIVAS.</p> | <p>Folio 127 y 128 c1</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>Testimonio técnico rendido por el Médico Cirujano General Iván Selim Katime Orcasita</p> | <p><i>En su calidad de cirujano general, atendió a la paciente NELSY YOHAIRA VIVEROS RIVAS, efectuando laparotomía exploratoria drenaje de peritonitis aguda y lavado peritoneal. Reseña el testigo respecto a la pregunta de lo que motivo a que la paciente fuera consultada por el experto cirujano lo siguiente: “presencia de dolor abdominal y leucocitosis, que inicialmente se consideró en relación a una patología ginecológica por su antecedente, (posoperatoria de cesárea), y posteriormente dada la evolución clínica de la paciente y la ausencia de un diagnóstico claro por las dificultades que se presentaban ya que la paciente se encontraba recibiendo analgésicos y antibióticos lo cual es rutinario en un pos operatorio de cesárea, se decide llevar a cirugía para aclarar la causa de la condición clínica del paciente. Es de anotar que los hallazgos encontrados en la cirugía no guardan ningún tipo de relación causa y efecto con el antecedente obstétrico de la paciente (cesárea) La apendicitis aguda desde el punto de vista médico no contempla como causa, el embarazo, el parto o la cesárea, la etiología de la apendicitis aguda descrita en la literatura médica no contempla por ninguna razón...”</i></p> <p><i>Advierte que en la laparotomía encontró como hallazgos una peritonitis generalizada secundaria a una apendicitis aguda perforada emplastonada y proceso inflamatorio severo de ovario y útero al igual que toda la cavidad abdominal. Agrego que no existe justificación medica que brinde relación entre la cesárea y el compromiso del útero, al contrario, si existiría una relación entre la apendicitis y el compromiso uterino ya que cualquier proceso inflamatorio de la apéndice puede afectar organismos vecinos como es el caso del útero, por lo que la afectación uterina fue secundaria a la apendicitis aguda perforada mas apendicitis.</i></p> <p><i>Agrega que con fundamento en su conocimiento y literatura medica las pacientes embarazadas dificultan el diagnóstico clínico de apendicitis aguda por circunstancias medicas detalladamente establecidas como son: 1) la localización del dolor varia por el aumento del tamaño del útero y el desplazamiento de la apéndices por esto. 2) algunos síntomas de la apendicitis aguda también se asocian al embarazo como lo son las nauseas y el vomito 3) algunos marcadores bioquímicos como son el aumento en los leucocitos también se encuentran aumentados en las pacientes embarazadas 4) los estudios radiológicos desafortunadamente por la radicación que significa no se recomiendan en pacientes embarazadas.</i></p> | <p>Folios 131 al 133 c 1</p> |
| <p>Testimonio rendido por el medico Cirujano PEDRO HEMEL HERRERA MENDEZ</p> | <p><i>Quien manifiesta haber ordenado exámenes urológicos que consistieron en una urografía secretora y una cistografía miccional que evidenciaron extravasación del medio de contraste hacia la cavidad peritoneal lo que confirmaba la impresión diagnostica de ruptura vesical. Con este diagnóstico la paciente fue llevada a cirugía donde bajo anestesia general se le practico exploración abdominal ya que tenía la cavidad abdominal expuesta, se documenta ruptura suprapúbica y drenaje prevesical, procedimiento que se llevo a cabo sin complicaciones y evolucionando desde el punto de vista urológico en forma satisfactoria. Reseña que posteriormente se iniciaron estudios para verificar diagnostico de acuerdo a la sintomatología que presentaba la paciente y con la sospecha de una fistula besico- vaginal, se practicaron cistografía, cistoscopia y se solicitó interconsulta y valoración por el servicio tratante, ginecología y cirugía en general, en los controles posteriores, sin lograr documental el proceso fistuloso y ante la persistencia de la sintomatología la paciente manifestaba escape de orina, se remite a la Clínica de incontinencia del servicio de urología del hospital Militar. Posteriormente se somete a paciente a cirugía para corrección por patología de fistula besico – cutánea.</i></p> <p><i>Reseño además que en la cirugía ginecológica existe el riesgo de aparición de fisuras besico-vaginales secundarios a desgarros vesicales o trauma vesical, agrega que en esta paciente en especial dada la condición de abdomen abierto con proceso infeccioso, inflamatorio y adherencial se pude discurrir que esa posibilidad estaba latente. Sostiene que la ruptura vesical es el trauma que se ocasiona al producirse una lesión ya sea yatrogénica o traumática en el órgano vesical, y la fistula vesico vaginal puede ser una consecuencia de un defecto en la cicatrización de esa sutura que origina una comunicación entre el órgano vesical y el órgano vaginal lo cual se manifiesta clínicamente como incontinencia de orina, salida voluntaria de orina. Agrega que el proceso infeccioso compromete órganos intraperitoneales y extraperitoneales, en este caso, puede documental en el acto quirúrgico el compromiso infeccioso que ya tenía la pared abdominal, esto aumenta el riesgo ya que sus paredes se encuentran debilitadas, además, reseña que infiere que el proceso infeccioso inicial lo inicio la peritonitis abdominal secundaria de la apendicitis.</i></p> | <p>Folios 143 al 144 c1</p> |
| <p>Dictamen Pericial rendido por el Instituto de</p> | <p>En el que se concluyó en resumen lo siguiente: a. El cuadro de cólico abdominal y dolor de espalda por el cual consulto la paciente el 8 de julio de 2008, cursando con embarazo de 39</p> | <p>Cuaderno 6</p> |

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| <p>Medicina Legal y Ciencias Forenses</p> | <p>semanas 3 días, pudo explicarse por la presencia de actividad uterina en la fase denominada parto. No se encontró alteración de los signos vitales que indicara alarma.</p> <p>b. El 9 de julio fue hospitalizada la paciente de forma oportuna.</p> <p>c. Advierte que se presentó un trastorno de paro del trabajo de parto, en este caso paro secundario de la dilatación, por lo que la cesárea estaba absolutamente indicada.</p> <p>d. La paciente estuvo en vigilancia posparto y solo al 4 día después de la cesárea se presentó febril, permaneciendo en vigilancia, actuación que se encuentra ajustada al manejo esperado en el caso específico.</p> <p>e. Ante la posible presencia de una endometritis por infección, se dio tratamiento correspondiente con antibiótico, tratamiento ajustado.</p> <p>f. Al advertir la involución de la paciente, se efectúan los exámenes atendiendo a la sintomatología, hallando apendicitis aguda retrocecal gangrenosa perforada con material purulento en la cavidad abdominal y en la superficie hepática, y el anexo derecho comprometido por el proceso inflamatorio, sin hallazgos claros de miometritis. Realizándose apendicetomía y lavado peritoneal y dejaron abdomen abierto contenido por bolsa de laparotomía para posteriores revisiones. El anexo derecho fue extraído en una segunda intervención quirúrgica 15 hora después. Se extrajo el apéndice que era el foco infeccioso, se lavó la cavidad peritoneal y se dejó el abdomen abierto, tal y como lo establece la literatura.</p> <p>g. Con nuevos diagnósticos de sepsis de origen abdominal y peritonitis secundaria a apendicitis perforada, habiéndose descartado cuadro de origen ginecológico, fue modificado el esquema antibiótico a ampicilina más sulbactam, que se encuentra claramente indicado. Pese a esto se tuvo en cuenta la probabilidad de presentar posteriormente una miometritis por el contacto de la histerorrafia (herida uterina) con el proceso infeccioso.</p> <p>h. Posterior al primer procedimiento quirúrgico fue llevada a 5 revisiones de la cavidad y los órganos intrabdominales: en la tercera revisión encontraron signos incuestionables de miometritis, sin alteraciones del anexo izquierdo, estando indicada la realización de histerectomía total que fue efectuada por el ginecólogo.</p> <p>i. Posteriormente, se presentó con hematuria por lo cual fue valorada por la especialidad de urología, realizándose cistouretrografía evidenciando salida del medio de contraste hacia la cavidad peritoneal, requiriendo nueva revisión abdominal y hallando cavidad peritoneal congelada por proceso inflamatorio y ruptura de la pared posterior de la vejiga, por lo cual fue realizada rafia de la lesión, cistotomía, colocación de catéter doble J izquierdo y de drenes perivericales.</p> <p>j. Dentro de los documentos aportados no se encuentran hojas de descripción quirúrgica de algunas de estas intervenciones y en ninguna nota médica postoperatoria se menciona la presencia de complicaciones quirúrgicas como lesiones de los órganos intrabdominales comprometidos por tal proceso inflamatorio severo que se presentó. El procedimiento de dejar el abdomen abierto y contenido no está carente de complicaciones como lesiones y/o fistulas intestinales o de otros órganos como la vejiga, lesiones vasculares etc, dadas las múltiples intervenciones y el proceso inflamatorio severo que se presenta en la gran mayoría de casos. Por lo anterior, no es posible establecer con certeza la causa específica de la lesión vesical.</p> | |
| <p>Complemento del informe pericial rendido por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses</p> | <p>En el que se reseñó:</p> <p>"la valoración médica clínica a partir de la historia clínica y del examen médico de la señora Viveros Rivas, permite identificar diferentes resultados relacionados con una apendicitis, como una patología sobreviniente durante el proceso de puerperio (postparto):</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Peritonitis aguda, con sepsis generalizado que requirió cerca de 3 semanas de hospitalización, con manejo médico y quirúrgico altamente especializado para evitar el desenlace fatal, que ocurre aproximadamente en el 50% de los casos. Este evento adicionalmente requirió cierre por segunda intención, con procesos que se demoraron cerca de 2 meses mas y una posterior colocación quirúrgica de una malla de contención para limitar la eventración secundaria. Actualmente, todo esto se aprecia como una deformidad estética que afecta el cuerpo. Si bien no han ocurrido eventos agudos, existe el riesgo de obstrucciones intestinales por las cicatrices intraabdominales.</i> - <i>Histerectomía abdominal con salpingooforectomía bilateral, por lo cual carece de útero, trompas y ovarios, lo cual genera imposibilidad reproductiva.</i> - <i>Lesión vesical manejada quirúrgicamente mediante Cistorrafia; dentro de la documentación aportada no se pueden identificar alteraciones estructurales o funcionales que sean las causantes de las infecciones urinarias, ni de la disfunción sexual; no es claro sino se ha realizado manejo médico ni interdisciplinario de estas patologías.</i> | <p>Folios 248 al 249 c1</p> |
| <p>Aclaración a Dictamen pericial médico rendido por el Hospital Universitario de la</p> | <p>En el que se reseñan las siguientes conclusiones:</p> <p>"a. LA PACIENTE PRESENTO DETENCION DE LA DILATACION, ASOCIADA AL SUFRIMIENTO FETAL POR LO QUE LA CESAREA ESTABA CORRECTAMENTE INDICADA.</p> <p>b. SE REALIZO UN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENDOMETRITIS ADECUADO</p> | <p>Folio 277 al 297 c1</p> |

| | | |
|---|--|-----------------------------|
| <p>Samaritana 26 de octubre de 2016</p> | <p>c. SE REALIZO UN ENFOQUE DE CRITICO DE LA PACIENTE EN PUERPERIO CON SEPSIS A QUIEN SE LE SOLICITARON LOS ESTUDION DE EXTENSION PERTINENTES d. SE REALIZO CIRUGIA ABDOMINAL, CON MULTIPLES LAVADOS ABDOMINALES LO CUAL PUEDE SER UNA DE LAS CAUSAS DE LA FISTULA VESICO ABDOMINAL Y NO PRESCISAMENTE UN MAL ABORDAJE QUIRURGICO e. EN LA HISTORIA CLÍNICA FALTO EL PARTOGRAMA, LA HOJA DE CURVA TERMICA Y ALGUNAS DESCRIPCIONES QUIRURGICAS. (...) 4. PERITAZGO CIENTIFICO DE LA JUNTA QUIRURGICA SE DISCUTEN EN JUNTA QUIRURGICA Y SE ACEPTA LA PONENCIA EN SU TOTALIDAD CONCLUYENDO QUE LA ACTUACION MEDICA DEL HOSPITAL MILITAR SE AJUSTO A LA LEX ARTIS DE LA ATENCION MEDICA Y LOS EXAMENES DE RADIOLOGIA TALES COMO EL TAC Y LA ECOGRAFIA HACE PARTE DEL APOYO DIAGNOSTICO, PERO NO PUEDE EXTRAPOLARSE AL DIAGNOSTICO MISMO”</p> | |
| <p>Adición a aclaración a dictamen pericial rendido por el Hospital Universitario Samaritana - cirujano</p> | <p>Se reseña la sintomatología y hallazgos descritos en la historia clínica de la paciente y el medico cirujano concluye: “a pesar de los hallazgos encontrados por el cirujano durante la laparotomía APENDICITIS PERFORADA, NO FUE POSIBLE MEDIANTE LA ECOGRAFIA PREVIA AL ACTO QUIRURGICO LOGRAR DICHO DIAGNOSTICO, FUE EL MEDICO BASADO EN LOS HALLAZGOS CLINICOS QUIEN REALIZA una impresión diagnóstica de patología quirúrgica que llevo a la realización de laparotomía donde se efectuó el diagnostico consignado.” (...) “La causa de una apendicitis aguda generalmente ocurre cuando la luz de apéndice resulta bloqueada por heces, un cuerpo extraño o, en raras ocasiones, por un tumor” (...) “Revisadas las acciones del servicio de cirugía del Hospital Militar Central, y la literatura médica, se puede concluir que esas se ajustaron a la Lex Artis de la atención médica. Se evidencio el cumplimiento de los atributos de calidad, en cuanto a la actuación del grupo de profesionales, fue centrada en el estado clínico de la paciente, actuando de manera oportuna, segura, pertinente y continua; evidenciándose además la oportuna accesibilidad a los servicios requeridos por la paciente en cada momento de la atención. Cabe destacar también la oportunidad en la intervención del servicio de cirugía general al momento de ser interconsultado, quienes, a pesar de contar con un resultado ecográfico negativo para apendicitis, ante la sospecha clínica, fue llevada a laparotomía, lo cual demuestra la dificultad que existe para confiar exclusivamente en el apoyo diagnóstico radiológico”</p> | <p>Folio 339 al 342 c 1</p> |
| <p>Adición a aclaración a dictamen pericial rendido por el Hospital Universitario Samaritana - Urología</p> | <p>Se reseña la sintomatología y hallazgos descritos en la historia clínica de la paciente y el urólogo concluyó: “1. De la causa de la rotura de vejiga ...se puede determinar como muy posible causa de lesión vesical la extensión del proceso inflamatorio ya descrito en la cavidad abdominal. Esta respuesta inflamatoria como se plasma en los documentos de la historia clínica era muy importante debido a la presencia de peritonitis al momento de la primera intervención quirúrgica.” (...) 2. Del Tratamiento de la rotura vesical En cuento al tratamiento, la literatura describe al cierre vesical en dos planos (mucosa – detrusor) con suturas absorbibles como método de elección para método quirúrgico de las lesiones vesicales, este fue el tratamiento que se le realizo de forma oportuna a la paciente.”</p> | <p>Folio 343 al 348 c 1</p> |
| <p>Dictamen pericial psicológico rendido por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses</p> | <p>Refiere que la examinada NASLY YOHAIRA VIVEROS RIVAS presenta un diagnostico psiquiátrico clínico de un trastorno depresivo recurrente según clasificaciones internacionales, presentando síntomas que a nivel de psiquiatría configuran un diagnostico forense de DAÑO PSICOLOGICO GRAVE, al encontrarse comprometidas varias áreas de relación y funcionamiento.</p> | <p>Folios 314 a 321 c 1</p> |

3.4.3. Emergen entonces y en tamiz de la controversia se plantea en esta instancia, los siguientes hechos probados:

- Hacia las 9:51 del 8 de julio de 2008, la señora NASLY YOHAIRA VIVEROS RIVAS, se presentó en el Hospital Militar Central, con cuadro clínico de 8 días de dolor abdominal tipo cólico intermitente de moderada intensidad, precedido de dolor de espalda, leucorrea de 5 días no fétida, con ardor interna en vagina se administra clotrimazol tópico, diagnostico falso trabajo de parto, se da salida con recomendaciones y signos de alarma.
- El 9 de julio siguiente, reingresa la paciente por actividad uterina y expulsión de tapón mucoso sin aminorrea y percibiendo movimientos fetales, se diagnostica trabajo de parto fase activa preoperatorio, se advierte detención de la dilatación y estado fetal insatisfactorio, adicionan “meconio”, lo que conlleva a que se efectuara cesárea segmentaria, sin advertencia de complicaciones.
- El 12 de julio se diagnostica endometritis post parto, se ordena manejo con antibiótico. El día siguiente, 13 de julio la paciente presenta vomito alimentario, dolor hipogástrico y fiebre, dolor fosa iliaca derecha y flanco del mismo lado y signos de irritación peritoneal, por cuanto se solicitó valoración por cirugía general.
- El 14 de julio siguiente, la paciente presenta empeoramiento cuadro clínico, por lo que es llevada a laparotomía exploratoria, hallazgos quirúrgicos: 500 cc de líquido turbio fétido en cavidad abdominal más en gotera parietocolica emplastrada y membranas fibrinopulentas más en gotera parietocolica emplastrada y membranas fibrinopurulentas más en gotera parietocolica derecha hasta la superficie hepática. Útero ligeramente hipo perfundido e hipotónico. Realizan apendicetomía, lavado de cavidad con 8000 cc y dejan abdomen abierto para lavado abdominal y revisión posterior de útero y anexo derecho por gran edema y congestión actual.
- El 18 de julio de 2008, la paciente es llevada a cirugía encontrando útero hipotónico, colección purulenta en histerorrafia, Infundíbulo izquierdo en buena condición. Se realiza histerectomía abdominal total.
- El 21 de julio hallan colección purulenta de 10 cc en pelvis, edema de asas intestinales, abdomen parcialmente bloqueado, realizan lavado peritoneal, dejan viaflex sobre ases, tallan colgajos y cierran piel con sutura continua. En evolución se advierte absceso, se brinda tratamiento.

- El 26 de julio de 2008 nota de cirugía general, no sangrado por herida quirúrgica, se encuentra sangrado genital y orina hematórica, diuresis 1.9 cc/kg/hora. Por sospecha de lesión ureteral solicitan valoración por urología.
- El 28 de julio realizan cistouretrografía evidenciando salida del medio de contraste hacia la cavidad peritoneal, no presenta complicaciones. Por sospecha de ruptura vesical intraperitoneal y obstrucción parcial de uréter distal izquierdo se programa laparotomía que es realizada el mismo día a las 13:01 horas, hallando cavidad peritoneal congelada por proceso inflamatorio en granulación, no colección, ruptura vesical en pared posterior de 6 cm. Intraperitoneal, meatos uretrales eyaculando orina clara. Se avanzan sondas por uréteres sin evidencia de obstrucción, se deja catéter doble J izquierdo. Realizan cistorrafía y cistostomía, y dejan dren posterior y prevesical, además sonda de cistostomía y uretral.
- El 31 de julio es llevada a cirugía general encontrando abdomen bloqueado, escaso liquido peritoneal, realizan lavado peritoneal y cierran piel solamente.
- Los dictámenes periciales aportados al plenario concluyeron que, los diagnósticos, tratamiento médico y quirúrgico, exámenes realizados, y atención brindada, se ajustó a la *lex artis*.

3.4.4. ANÁLISIS DEL CASO Y DECISIÓN

De los medios de prueba arrimados al proceso, emerge desvirtuada la imputabilidad del daño a la entidad accionada; en consecuencia, sin vocación de prosperidad de las pretensiones de la demanda, pues la valoración de los medios de pruebas en conjunto, testimonios técnicos y los dictámenes periciales rendidos por peritos expertos, conllevan a concluir, que los diagnósticos, atención intrahospitalaria y médico quirúrgico fueron acertados, oportunos y correctos.

3.4.4.1.- No se encuentra acreditado el error en el diagnostico alegado por la activa, por cuanto, la valoración de los medios de pruebas, permiten concluir que los diagnósticos fueron acertados y tratados oportunamente.

Adolece de soporte probatorio la afirmación de la activa respecto a que la no extracción del niño de manera oportuna generara el desenlace médico que tuvo que afrontar la señora NALSY YOHAIRA VIVEROS RIVAS, a saber, una APENDICETOMIA extrayéndosele la apéndice, una SALPINGO-OFORECTOMIA mediante la cual se le extrajo el ovario derecho y una HISTERECTOMIA mediante la cual se le extrajo la matriz.

Contario a la afirmación de la activa, en informe técnico se estableció que, el cuadro de cólico abdominal y dolor de espalda por el cual consulto la paciente el 8 de julio de 2008, cursando con embarazo de 39 semanas 3 días, pudo explicarse por la presencia de actividad uterina en la fase denominada parto. No se encontró alteración de los signos vitales que indicara alarma. el 9 de julio fue hospitalizada la paciente de forma oportuna. Advierte que se presentó un trastorno de paro del trabajo de parto, en este caso paro secundario de la dilatación, por lo que la cesárea estaba absolutamente indicada.

No se estableció probatoriamente que las cirugías de las cuales fue objeto la demandante y que generaron el daño reclamado, esto es, APENDICETOMIA SALPINGO-OFORECTOMIA e HISTERECTOMIA, surgieran a consecuencia de un mal diagnóstico y/o por mora o retraso en la atención médica inicial brindada a la paciente.

Tampoco se encuentra acreditado probatoriamente, que el daño padecido por la demandante tuviera como causa eficiente un error en diagnóstico, por el contrario, conforme a las conclusiones a las que arribaron los auxiliares de la justicia la paciente estuvo en vigilancia posparto y solo al 4 día después de la cesárea se presentó febril, permaneciendo en vigilancia, actuación ajustada al manejo esperado en el caso específico, ante la posible presencia de una endometritis por infección, se dio tratamiento correspondiente con antibiótico, tratamiento ajustado, al advertir la involución de la paciente, se efectúan los exámenes atendiendo a la sintomatología, hallando apendicitis aguda retrocecal gangrenosa perforada con material purulento en la cavidad abdominal y en la superficie hepática, y el anexo derecho comprometido por el proceso inflamatorio, sin hallazgos claros de miometritis, realizándose apendicetomía y lavado peritoneal y dejaron abdomen abierto contenido por bolsa de laparotomía para posteriores revisiones. El anexo derecho fue extraído en una segunda intervención quirúrgica 15 hora después. Se extrajo el

apéndice que era el foco infeccioso, se lavó la cavidad peritoneal y se dejó el abdomen abierto, tal y como lo establece la literatura.

Con nuevos diagnósticos de sepsis de origen abdominal y peritonitis secundaria a apendicitis perforada, habiéndose descartado cuadro de origen ginecológico, fue modificado el esquema antibiótico a ampicilina más sulbactam, que se encuentra claramente indicado. Posterior al primer procedimiento quirúrgico fue llevada a 5 revisiones de la cavidad y los órganos intrabdominales: en la tercera revisión encontraron signos incuestionables de miometritis, sin alteraciones del anexo izquierdo, estando indicada la realización de histerectomía total que fue efectuada por el ginecólogo. Se presentó una hematuria por lo cual fue valorada por la especialidad de urología, realizándose cistouretrografía evidenciando salida del medio de contraste hacia la cavidad peritoneal, requiriendo nueva revisión abdominal y hallando cavidad peritoneal congelada por proceso inflamatorio y ruptura de la pared posterior de la vejiga, por lo cual fue realizada rafia de la lesión, cistotomía, colocación de catéter doble J izquierdo y de drenes perivericales.

El procedimiento de dejar el abdomen abierto y contenido no está carente de complicaciones como lesiones y/o fistulas intestinales o de otros órganos como la vejiga, lesiones vasculares etc, dadas las múltiples intervenciones y el proceso inflamatorio severo que se presenta en la gran mayoría de casos. Por lo anterior, concluye el informe técnico estableciendo que no es posible establecer con certeza la causa específica de la lesión vesical.

En tamiz de lo expuesto ninguna de las referidas conclusiones técnicas, afirman una mora en la atención primaria brindada a la paciente en trabajo de parto, tampoco la existencia de un error de diagnóstico y/o un tratamiento tardío o equivoco que generara los padecimientos médicos por los que atravesó la señora NASLY YOHAIRA VIVEROS RIVAS.

Carece de soporte probatorio la afirmación de la activa que reseña que la demandada omitió efectuar exámenes a la paciente en aras de establecer la apendicitis que padecía. Contrario a la misma, el testimonio técnico refiere que la sintomatología presentada por la paciente fue considerada normal atendiendo a la relación con la patología ginecológica, y fue la falta de una evolución favorable lo que alertó y permitió adelantar exámenes no solo radiológicos sino a través de laparotomía que permitió el diagnóstico acertado en los siguientes términos:

*“presencia de dolor abdominal y leucocitosis, que inicialmente se consideró en relación a una patología ginecológica por su antecedente, (posoperatoria de cesárea), y posteriormente dada la evolución clínica de la paciente y la ausencia de un diagnóstico claro por las dificultades que se presentaban ya que la paciente se encontraba recibiendo analgésicos y antibióticos lo cual es rutinario en un pos operatorio de cesárea, se decide llevar a cirugía para aclarar la causa de la condición clínica del paciente. Es de anotar que los hallazgos encontrados en la cirugía no guardan ningún tipo de relación causa y efecto con el antecedente obstétrico de la paciente (cesárea)
La apendicitis aguda desde el punto de vista médico no contempla como causa, el embarazo, el parto o la cesárea, la etiología de la apendicitis aguda descrita en la literatura médica no contempla por ninguna razón...”*

Aunado a lo anterior, no se encuentra probada ninguna relación entre la apendicitis que presentó la paciente, y el trabajo de parto, tampoco se encuentra acreditado el origen de la enfermedad ni que la misma fungiera a causa de acción u omisión médica.

3.4.4.2. No se encuentra probado error de procedimientos y tratamientos médicos quirúrgicos que se imputa al HOSPITAL MILITAR CENTRAL, contrario a las afirmaciones de la activa, los medios de prueba técnicos que obran en el plenario permiten asegurar que los procedimientos y tratamientos médicos quirúrgicos brindados a la paciente NASLY YOHAIRA VIVEROS RIVAS fueron acertados y oportunos.

De manera puntual una vez evaluada la historia clínica de la paciente NASLY YOHAIRA VIVEROS RIVAS, los auxiliares de la justicia concluyeron que, revisadas las acciones del servicio de cirugía del Hospital Militar Central, y la literatura médica, se puede concluir que esas **se ajustaron a la Lex Artis de la atención médica**. Se evidenció el cumplimiento de los atributos de calidad, en cuanto a la actuación del grupo de profesionales, fue centrada en el estado clínico de la paciente, **actuando de manera oportuna, segura, pertinente y continua**; evidenciándose además la oportuna accesibilidad a los servicios requeridos por la paciente en cada momento de la atención. Cabe destacar también la oportunidad en la intervención del servicio de cirugía general al momento de ser interconsultado, quienes, a pesar de contar con un resultado ecográfico negativo para apendicitis, ante la sospecha clínica, fue llevada a laparotomía, lo cual demuestra la dificultad que existe para confiar exclusivamente en el apoyo diagnóstico radiológico.

3.4.4.3.- En este orden de ideas, no se logró acreditar la existencia de un daño antijurídico y tampoco la falla en el servicio médico por error en el diagnóstico, error de procedimientos y tratamientos médicos quirúrgicos que se imputa al

HOSPITAL MILITAR CENTRAL, como quiera que encuentra ampliamente ilustrado, que el diagnóstico, tratamiento y procedimientos quirúrgicos brindados a la paciente NASLY YOHAIRA VIVEROS RIVAS se ajustaron a la Lex Artis de la atención médica, se cumplieron los atributos de calidad, en cuanto a la actuación del grupo de profesionales, fue centrada en el estado clínico de la paciente, se actuó de manera oportuna, segura, pertinente y continua.

3.4.4.5.- No encontrándose probada temeridad manifiesta, no procede condena en costas del extremo procesal vencido.

Como quiera que tratándose de proceso que por preceptiva del artículo 308 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo –CPACA, se regula conforme ha venido decantando, por el régimen anterior, se tiene que de conformidad con el artículo 171 del Código Contencioso Administrativo CCA, reformado por el artículo 55 de la Ley 446 de 1998, la condena en costas exige que se establezca temeridad del extremo procesal que se grava con aquella, y en contraste con la conducta procesal de los aquí accionantes, no se satisface el precitado requerimiento normativo.

En mérito de lo expuesto, **EL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA – SECCIÓN TERCERA – SUBSECCIÓN “C”**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

FALLA:

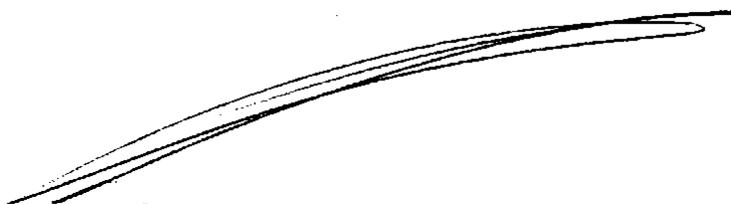
PRIMERO: Negar las pretensiones de la demanda, conforme a lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: SIN CONDENAS en costas en esta instancia.

TERCERO: Ejecutoriada la presente providencia **LIQUÍDENSE** por Secretaría los gastos de proceso. **DEVUÉLVANSE** los remanentes al interesado. Pasados dos (2) años sin que hubieren sido reclamados dichos remanentes, la Secretaría declarará la prescripción a favor de la Rama Judicial.

CUARTO: Cumplido lo anterior, por Secretaría de esta Subsección
ARCHÍVESE el expediente dejando las constancias del caso.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

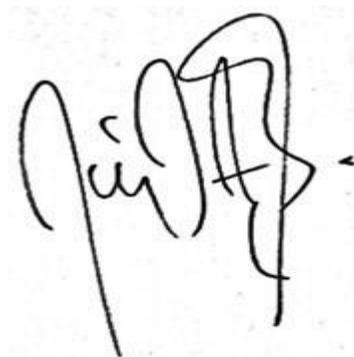


MARÍA CRISTINA QUINTERO FACUNDO

Magistrada



FERNANDO IREGUI CAMELO
Magistrado



JOSÉ ÉLVER MUÑOZ BARRERA
Magistrado

LY