



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO  
JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO  
VALLEDUPAR - CESAR  
[i05ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:i05ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co)

REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA

DEMANDANTE: DUVERTH YUSETH MANGA GÓMEZ Y OTROS.

DEMANDADO: CLÍNICA MÉDICOS S.A. Y OTROS.

RADICADO: 20001-31-03-005- 2020-00177-00

Diecisiete (17) de noviembre de dos mil veintitrés (2023).

I. ASUNTO.

Procede el despacho a dictar sentencia escrita conforme a lo establecido en el numeral quinto del artículo 373 del Código General del Proceso dentro del proceso Verbal de Responsabilidad Civil Extracontractual Médica promovido por DUVERTH YUSETH MANGA GOMEZ, quien actúa en nombre propio y en representación de sus menores hijos JULIAN DAVID MANGA PARRA y JULIANA MANGA PARRA, OLGA BELEN MORALES POLO, ERIKA MILENA PARRA SARMIENTO, LILIBETH PARRA SARMIENTO, IVAN ADOLFO PARRA SARMIENTO, JOSE RAFAEL CALDERON MORALES, PATRICIA DEL CARMEN CALDERON MORALES, EDUARDO RAFAEL CALDERON MORALES y MAYBETH PATRICIA GARCÍA CALDERON, contra CLINICA MEDICOS S.A y SALUD TOTAL E.P.S., y donde fue llamado en garantía SEGUROS DEL ESTADO S.A.

II. PRETENSIONES.

Los demandantes solicitan se declare civil y patrimonialmente responsables a las entidades demandadas por los perjuicios materiales, morales y daños a la vida en relación a ellos ocasionados por el fallecimiento de la señora BRISNETH DEL CARMEN PARRA MORALES, ocurrido el día 28 de mayo de 2018, como consecuencia de la conducta negligente, imperita, inoportuna y por violación a los protocolos de salud por parte de las demandadas, y como consecuencia de ellos se le condene al pago de la suma de Doscientos Ochenta Y Ocho Millones Novecientos Treinta Y Seis Mil Cuatrocientos Cuarenta Y Un Pesos Mcte (\$288.936.441,00) por concepto de lucro cesante consolidado y futuro a favor de su cónyuge e hijos.

La suma de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes por concepto de daño moral y a la vida de relación causado a DUVERTH YUSETH MANGA GOMEZ, JULIAN DAVID MANGA PARRA, JULIANA MANGA PARRA y OLGA BELEN MORALES POLO; el monto de 50 y 30 salarios mínimos legales mensuales vigentes por concepto de perjuicio moral y daño a la vida de relación respectivamente, causado a LILIBETH PARRA SARMIENTO, ERIKA MILENA PARRA SARMIENTO, IVAN ADOLFO PARRA SARMIENTO, JOSE RAFAEL CALDERON MORALES, PATRICIA DEL CARMEN CALDERON MORALES, EDUARDO RAFAEL CALDERON MORALES, y el monto de 25 y 10 salarios mínimos legales mensuales vigentes, por concepto de daño moral y perjuicio a la vida de relación respectivamente, causado a la señora MAYBETH PATRICIA GARCIA CALDERON, y se condene a las demandadas al pago de las costas y agencias en derecho.

En sustento de esas reclamaciones, se esgrimieron los hechos que pasan a compendiarse:

### III. HECHOS.

PRIMERO: La señora BRISNETH DEL CARMEN PARRA MORALES (Q.E.P.D), quien en vida se identificaba con cedula de ciudadanía No. 49.607.031, se encontraba afiliada a SALUD TOTAL E.P.S., en el régimen contributivo; el día 16 de abril de 2018 ingresó a la CLINICA MEDICOS S.A, a fin de realizarse una cirugía programada (Cesárea + Pomeroy), siendo dada de alta al día siguiente en buenas condiciones.

SEGUNDO: Debido a un fuerte dolor abdominal asociado a episodios eméticos, reingresó a la CLINICA MEDICOS S.A, el día 19 de abril de 2018 a la 01:34 Am, siendo atendida por la Ginecobstetra Dra. URDANETA SOTO, a las 08:58AM, quien le ordenó radiografía de abdomen simple de pie y valoración por cirugía general.

TERCERO: A las 13:19 horas del mismo día fue valorada por el cirujano general Dr. PELAEZ GOMEZ, quien ordenó su traslado a quirófano, siéndole realizado el procedimiento quirúrgico de Laparotomía Exploradora + Resección intestinal, Anastomosis, Drenaje de Peritonitis Generalizada., a las 16:00 horas, el cual finalizó 02 horas después, siendo ingresada a UCI adultos a las 21:14 Pm.

CUARTO: El día 21 de abril de 2018, fue nuevamente intervenida quirúrgicamente, siéndole realizado Liberación de Adherencias, Drenaje De Peritonitis Local y Lavado

Peritoneal, tres días después se le efectuó una Anastomosis de Intestino Delgado, Lavado Peritoneal, Drenaje de Peritonitis y Sección de Adherencias, el cual le fue repetido el día 26 de abril de 2018 con la colocación del sistema de vacío, y a los 02 días siguientes se le practicó Laparotomía de Revisión, Lisis De Adherencias Peritoneales, Drenaje De Peritonitis Residual, Enterorrafia de la Anastomosis, Lavado Peritoneal Terapéutico y Vacumm Vac.

QUINTO: El día 29 de abril de 2018, el galeno de turno analizó el resultado de los hemocultivos y encontró Staphylococcus epidermidis en el CVC y en el catéter venoso periférico, por lo que ordenó inicio de Vancomicina y valoración por infectología, la cual se realizó finalmente el día 03 de mayo de 2018 a las 16:12 horas por el Dr. JOSE YESID RODRIGUEZ QUINTERO, quien ordena retirar sonda vesical, suspender Meropenem, cambiar CVC, tomar hemocultivos, y revaloración por UCI para manejo en cuidados intermedios.

SEXTO: El día 30 de abril de 2018, fue nuevamente intervenida, realizándosele Laparotomía de Revisión, Lisis De Adherencias Peritoneales, Drenaje De Colección Intrabdominal Asas, Lavado Peritoneal Terapéutico, Enterorrafia, Parche De Serosa o Rafia Intestinal y Terapia Vac Abthera; y el día 02 de mayo de 2018, le fue realizada la séptima intervención quirúrgica consistente en: Laparatomia De Revision, Lisis De Adherencias Y Lavado Peritoneal Terapéutico.

SÉPTIMO: El día 07 de mayo de 2018, se le practica nuevamente la intervención quirúrgica de Laparotomía de Revisión, Drenaje De Peritonitis Intestinal, Rafia De Perforación Enteral, Lavado Peritoneal Terapéutico Y Colocación De Sistema Vac, y posterior a ello, es valorada por el especialista en Infectología quien ordena continuar tratamiento instaurado, cambio de CVC (van 12 días).

OCTAVO: El día 10 de mayo de 2018 es valorada por el cirujano General LUIS JOAQUIN PALOMINO SANCHEZ, quien prescribe: *“Paciente sin signos de sepsis, su infección está controlada, tiene como problema actual fistula enteroatmosferica de mediano gasto manejada con VAC, desde hace varios días se ha estado tratando de trasladar a una sala libre de infección o gérmenes contaminantes para evitar otra infección nosocomial y no ha sido posible, se insiste con la jefe del servicio y con directivas”*.

NOVENO: El día 12 de mayo de 2018, le realiza la novena intervención quirúrgica consistente en: Laparotomía De Revisión, Drenaje De Peritonitis Residual, Lisis De

Adherencias Peritoneales, Colgajo Fascicutaneo Y Parche A Fistula, Lavado Peritoneal Terapéutico Y Colocación De Sistema Vac, al día siguiente es valorada por el cirujano general Luis Joaquín Palomino, quien ordena Terapia Con Somatostatina IV, la cual al día siguiente de haberse ordenado no se había iniciado, y prescribe que se inicie nutrición Enteral Con Dieta Semielemental Proteínas Hidrolizadas Ricas en Arginina.

DECIMO: El día 15 de mayo de 2018, es valorada por el doctor Luis Joaquín Palomino, quien describe que: *“(...) se inició tratamiento con somatostatina, irregular, cumple ya más de tres semanas con NPT sin evidencia de mejoría del gasto de la fistula, aunque no hay empeoramiento de su estado clínico. - se decide que debe ser manejada por equipo multidisciplinario integral en donde el soporte nutricional formal y cirugía gastrointestinal estén acompañando este caso clínico. cómo se adolece de lo anterior se decide remitir esta paciente para manejo integral y multidisciplinario”*. Sin embargo, a causa de un compromiso celebrado entre los familiares de la paciente y de la Clínica Médicos S.A., se desistió de su remisión a otra IPS.

DECIMO PRIMERO: En valoración realizada el 16 de mayo de 2018 por el cirujano general Luis Joaquín Palomino, deja constancia que aún no se había iniciado nutrición enteral, durante los días 20 y 26 de mayo de 2018, se le realizó la décima y undécima intervención quirúrgica a la paciente, en la que se registraron como hallazgos: liquido intestinal libre en cavidad, abdomen bloqueado parcialmente, con fistula de tamaño importante.

DECIMO SEGUNDO: El día 28 de mayo de 2018 a las 00:55 AM, la paciente fallece a causa de una falla multiorgánica, la cual en criterio de los demandantes pudo evitarse, como quiera que se debió a la conducta negligente, imperita, inoportuna y violación a los protocolos de salud realizados por las demandadas, tal como lo señalaron los informes de la secretaria de Salud Municipal y Departamental.

DECIMO TERCERO: La muerte de BRISNETH DEL CARMEN PARRA MORALES, causó a los demandantes perjuicios de índole materiales en su modalidad de Lucro Cesante, Daño Moral y Daño a la Vida de Relación.

#### IV. CONSIDERACIONES.

Agotado el trámite procesal pertinente y sustanciado en su totalidad este asunto, procede el Despacho a resolver lo que en derecho corresponde de acuerdo a lo

solicitado y probado por las partes, al no observarse causal que invalide lo actuado y encontrándose presentes los presupuestos procesales correspondientes.

Tal como se indicó en la fijación del litigio, el problema jurídico se concretará a determinar si los demandantes cumplen con la carga de probar los elementos axiológicos de la responsabilidad civil médica en cabeza de las demandadas CLINICA MEDICOS S.A. y SALUDTOTAL E.P.S. sobre todo la culpa, impericia, negligencia, falta de oportunidad, en la atención medico asistencial que se le brindó a la paciente, o si por el contrario la fistula entero atmosférica tiene por si sola la entidad suficiente de causar la muerte al paciente, no obstante de haber recibido el tratamiento adecuado y el estudio de las demás excepciones propuestas en el evento de que prosperen las pretensiones de la demanda.

Las pretensiones de la demanda se despacharán desfavorablemente, con base en los fundamentos de hecho y de derecho que a continuación se exponen:

Lo planteado aquí es la concebida responsabilidad civil médica, entendida como el deber de reparar, resarcir o indemnizar el daño

sin causa, de un derecho, bien, valor o interés jurídicamente protegido, que no son otros distintos a la salud, integridad sicofísica de la persona, dignidad humana y la vida.

Es el pensamiento de la Corte, que los *“presupuestos de la responsabilidad civil del médico no son extraños al régimen general de la responsabilidad (un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia y cuidado propios de la profesión, que el obrar antijurídico sea imputable subjetivamente al médico, a título de dolo o culpa, el daño patrimonial o extrapatrimonial y la relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento médico primeramente señalado)”*<sup>1</sup>

Ahora, cualquiera que sea el origen de la responsabilidad médica, contractual o extracontractual, sólo podrá deducirse a partir de la demostración fehaciente de la culpa, toda vez que por regla general el galeno no asume el compromiso de sanar al enfermo, su obligación no es de resultado, sino el de ejecutar correctamente la serie de actos, que, según los principios de su profesión, su conocimiento y experticia deben realizarse para conseguir el resultado. Es decir, el médico sólo está obligado a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo, de suerte

---

<sup>1</sup> CSJ. Cas civil. Sentencia 001 de 30 de enero de 2001, expediente 5507. M. P. Jaime Alberto Arrubla Paucar.

que como se esbozó en caso de reclamación deberá probarse la culpa del galeno, no siendo suficiente la demostración de ausencia de curación y, éste último en su defensa deberá demostrar que actuó en seguimiento de la *lex artis*, con debida diligencia, prudencia y cuidado.

Sabido es que, la responsabilidad que se predica de las entidades prestadoras de salud (E.P.S.) y de las IPS, es una responsabilidad solidaria, atendiendo a que el objeto de la obligación de ambas es el mismo, es decir, el cumplimiento de los deberes contractuales originalmente adquiridos para con el paciente, es por ello que, cuando se ocasiona el daño por varias personas o, en cuya causación intervienen varios agentes o autores, todos son solidariamente responsables frente a la víctima (art. 2344, Código Civil; cas. civ. sentencias de 30 de enero de 2001, exp. 5507, septiembre 11 de 2002, exp. 6430; 18 de mayo de 2005, SC-084-2005], exp. 14415).

Con fundamento en ese norte conceptual pasamos a analizar si se encuentra probada la culpa y el nexo causal ya que tales presupuestos axiológicos son necesarios para la configuración de la responsabilidad civil médica, como quiera que ninguna dubitación alberga para este despacho la existencia del daño en que se funda el pedimento indemnizatorio de la parte demandante por encontrarse probado dentro del expediente con el registro civil de defunción y la historia clínica allegada, que el deceso de la señora BRISNETH DEL CARMEN PARRA MORALES, fue a causa de una parada cardiorrespiratoria, tal como consta en los folio 532 y 852 del archivo 01 de la demanda.

Le corresponde a la parte demandante la carga de probar dentro del proceso que la muerte de la señora BRISNETH DEL CARMEN PARRA MORALES, se debió a un inadecuado examen físico al momento de su egreso del posoperatorio inmediato, falta de oportunidad en la valoración por subespecialidades de ginecobstetricia, cirugía general e infectología, en la falta de suministro de la nutrición enteral, el no retiro de la sonda vesical, la falta de suspensión del meropenem, la ausencia de traslado a una sala libre de infecciones o gérmenes, el inadecuado entrenamiento del equipo de enfermería en la administración del medicamento Somatostatina, la negligencia en la valoración de antecedentes clínicos y la violación de los protocolos de bioseguridad en salud, al haber incurrido presuntamente las demandadas en yerros de diagnóstico, intervención, tratamiento, seguimiento y control dados a la paciente, sin que resulte admisible *“un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos (sentencias de 5 de marzo de 1940, 12 de septiembre de 1985, 30 de enero de 2001, entre otras”*, ni se oponga a *“que el juez,*

*con sujeción a las normas jurídicas y de la mano de las reglas de la experiencia, el sentido común, la ciencia o la lógica, deduzca ciertas presunciones (simples o de hombre) relativas a la culpa galénica; o que lo haga a partir de indicios endoprocesales derivados de la conducta de las partes (artículo 249 Ibídem); o que acuda a razonamientos lógicos como el principio res ipsa loquitur” (cas. civ. sentencia de 22 de julio de 2010, exp. 41001 3103 004 2000 00042 01).*

Para acreditar la culpa medica los demandantes arrimaron a la demanda la historia clínica de la señora BRISNETH DEL CARMEN PARRA MORALES, las actas de auditoria de la secretaría de Salud Departamental del Cesar y la secretaría Local de Salud de Valledupar, y el dictamen pericial del Médico y Cirujano, especialista en Sistemas de Calidad y Auditoria de Servicios de Salud doctor GUILLIANO CARLO SALAZAR OÑATE.

En efecto, de la historia clínica relevante para el estudio del presente asunto, se advierte que BRISNETH DEL CARMEN PARRA MORALES, ingresó a la IPS CLINICA MEDICOS S.A, el día 16 de abril de 2018, para que le realizaran cirugía programada (Cesárea + Pomeroy), la cual se efectuó sin ninguna complicación, según se advierte en la descripción quirúrgica visible a folio 32 del archivo 01 del expediente digital, y el día 17 de abril de 2018, se le dio alta médica en compañía de su recién nacido, siéndole realizado 02 exámenes físicos de egreso, el primero por el ginecoobstetra Edwin Henry Mendiola Rodríguez, a las 09:28Am, en el que se lee: *“PTE EN ESTANCIA HOSPITALARIA, CLINICAMENTE ESTABLE, CONCIENTE, ALERTA, REFIERE ESTAR BIEN, NIEGA MAREOS O CEFALEA ---- TORAX Y CARDIOPULOMONAR: SIMETRICO, EXPANSIBLE - RSCS: RITMICOS, SIN SOPLOS – CSPS: CLAROS Y VENTILADOS, MURMULLO VESICULAR AUDIBLE, SIN SOBREGAREGADOS ---- ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, UTERO TONICO, INFRAUMBILICAL, INVOLUCIONANDO CON NORMALIDAD, HERIDA QX LIMPIA, SIN SIGNOS DE INFECCION ---- GENITALES: LOQUIOS HEMATICOS ESCASOS, NO FETIDOS ---- IDX: PUERPERIO QUIRURGICO INMEDIATO”<sup>2</sup>.*

Y el segundo examen físico es realizado por la doctora Yolanda Milena Martínez Redondo, a las 03:47 pm, esto es, previo a su salida del centro de salud, en el que describe: *“AL EXAMEN FISICO: PA:118/70MMHG, FC:18RPM, FR:18LPM, SAT: 98% NORMOCEFALA, CUELLO SIN ALTERACIONES, TORAX NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS., PULMONES CLAROS VENTILADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, CON*

---

<sup>2</sup> Ver folio 46 del archivo 01 del expediente digital.

HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO, GENITALES CON LOQUIOS HEMATICOS ESCASOS, EXTREMIDADES SIMETRICAS EUTROFICAS NO EDEMAS RECIEN NACIDO: ROSADO AL AMBIENTE, NORMOCEFALO, FONTANELAS NORMOTENSAS, TORAX NORMOEXPANSIBLE, NO TIRAJES, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, BARLOW ORLANI NEGATIVOS, SNC ACTIVO Y REACTIVO. RECIEN NACIDO: ROSADO AL AMBIENTE, NOROMOCEFALO FONTONELAS NORMOTONICAS, CUELLO SIN LESIONES, TORAX NORMOEXPASIBLES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, PULMONES CLAROS VENTILADOS, ABDOMEN SIN MASAS NO MEGALIAS, GENITALES NBORMOCONFIGURADOS, EXTREMIDADES BARLOW Y ORTOLONI NEGATIVO. PACIENTE CON DX PACIENTE CON DX POP CESAREA DEL 16/04/2018 12:20:00 A. M. + RN AL LADO, QUIEN CUMPLE ESTANCIA DEL POP CON ORDEN DE GINECOLOGIA DE ALTA, POR LO CUAL SE CUMPLEN ORDENES MEDICAS, RN CON ORDEN DE SALIDA DE PEDIATRIA POR LO CUAL SE CUMPLEN ORDENES MEDICAS”<sup>3</sup>.

La paciente reingresa el día 19 de abril de 2018 a la 01:34 Am, a causa de un dolor abdominal generalizado asociado a episodios eméticos, siendo valorada por la doctora Laura Celedón Álvarez, quien le ordena: “HIOSCINA + DIPIRONA AMP, METOCLOPRAMIDA AMP 10MG Y VALORACIÓN POR GINECOLOGÍA”.

A las 08:31 Am, del mismo día es valorada por la especialista en ginecología y Obstetricia doctora Mariana Alejandra Urdaneta Soto, quien describe en el examen físico realizado a la paciente que: “PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, LIGERA PALIDES CUTANEO MUCOSA, BUEN PATRON RESPIRATORIO, TOLERANDO DECUBITO. REFIERE INTOLERANCIA A LA VIA ORAL. NIEGA FLATOS. REFIERE DOLOR ABDOMINAL EN TODOS SUS CUADRANTES POSTERIOR A CESAREA SEGMENTAREA HACE 5 DIAS ACOMPAÑADO DE DISTENSION ABDOMINAL, NAUSEAS Y VOMITOS. AL EXAMEN FISICO ABDOMEN DISTENDIDO DOLOROSO A LA PALPACION EN TODOS SUS CUADRANTE NO SE DELIMITAN MASAS ABDOMINALES. RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES ESCASOS. SANGRADO GENITAL ESCASO NO FETIDO. NEUROLOGICO SIN DEFICIT”. Por lo que le prescribe: “HEMOGRAMA BUN CREATININA RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE DE PIE Y VALORACION POR CIRUGIA GENERAL”.

---

<sup>3</sup> Ver Folio 47 del archivo 01 del expediente digital.

Siendo la 01:19 PM, es atendida por el cirujano general doctor Diego Armando Peláez Gómez, quién determina como necesario su traslado a quirófano, luego de advertir que el resultado del RX de abdomen arrojó la existencia de una obstrucción intestinal, por lo que a las 05:00 PM, fue realizado el procedimiento de *“LAPAROTOMIA EXPLORATORIA LIBERACION DE ADHERENCIAS OMENTECTOMIA PARCIAL, RESECCION INTESTINAL ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO DRENAJE DE PERITONITIS GENERALIZADA LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO”*<sup>4</sup>, siendo posteriormente trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos (21:14 horas), para monitoreo continuo debido a que le fue dejado el abdomen abierto con bolsa de Bogotá, para una segunda intervención en 48 horas.

Durante su segundo día de estancia en la UCI, el intensivista tratante Leonardo Andrés Gómez Cortes, refiere como plan de manejo que: *“PACIENTE EN EL MOMENTO HEMODIANMICAMENTE ESTABLE EN REANIMACION CON VOLUMEN SIN SOPORTE VASOPRESOR EN EL MOMENTO, SE SIGUE EL AMENJO ANTIBIOTICO, SE DEJA EN INTUBACION ROOTRAQUEAL POR CONTINUAR APORTE ALTO DE LIQUIDOS ACIDOS METABOLICA Y NO ACLARAMIENTO COMPLETO DE LA ACIDOSIS TIENE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, LOS AZOADOS EN EL LIMITE Y EN LA MAÑANA SE INCREMENTA EL APORTE DE LIQUIDOS, POR EL MOMENTO SE SIGUE CON SEDACION EN BASE DE OPIOIDE, SOPORTE NUTRICIONAL PARENTERAL Y NUEVO PROCEDIMEINTO DE REVISION DE CAVIDAD Y LAVADO MAÑANA, ESPERAMOS RESULTADOS DE CULTIVOS DE LIQUIDO PERITONEAL HEMOCULTIVO Y CULTIVOS DE RASTREO AL INGRESO A LA UNIDAD PARA TITULAR TERAPIA ANTIBIOTICA SE ADICIONAN INMUNO MODULADORES, NO OTRAS CONDUCTAS POR EL MOMENTO. PRONSOTICO RESERVADO A LA EVOLUCION”*.

Igualmente, consta en la historia clínica que el día 20 de abril de 2018 a las 06:15 pm, la paciente es valorada por Nutrición clínica, quién describe: *“PACIENTE RECIBE NUTRICION PARENTERAL PERIFERICA EN INFUSION CONTINUA A 30 CC/HORA. PRESENTA FALLA RENAL, GLUCOMETRIAS ACEPTABLES, DIURESIS POSITIVA, DEPOSICIONES NEGATIVAS. DATOS ANTROPOMETRICOS: PESO USUAL: 69 KG TALLA: 1.58 MTS IMC: 27.7 REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES: 2070 KCAL/DIA: (69 GR LIPIDOS, 77 GR PROTEINAS, 284 GR CHO). EL PACIENTE EN RIESGO NUTRICIONAL POR ESTADO DE HIPERCATABOLICO PROPIO DE PACIENTE CON CIRUGIA ABDOMINAL MAYOR. REQUIERE INICIO DE NUTRICION PARENTERAL AJUSTADO A SUS REQUERIMIENTOS ACTUALES. SE*

---

<sup>4</sup> Ver folio 56 del archivo 01 del expediente digital.

*SUGIERE OBTENER VIA PARA ALIMENTACION PARENTERAL TOTAL CON LA QUE SE PUEDEN ALCANZAR METAS NUTRICIONALES. SE INDICA FORMULA PARENTERAL POLIMERICA + COMPLEMENTACION CON MULTIVITAMINAS Y ELEMENTOS TRAZA”.*

Durante los días 21, 24, 26 de abril de 2018, la paciente fue intervenida quirúrgicamente realizándosele *LAVADO PERITONEAL, DRENAJE DE PERITONITIS Y SECCIÓN DE ADHERENCIAS.*

El día 28 de abril de 2018, es intervenida quirúrgicamente por el doctor Luis Joaquín Palomino, quién describe como hallazgos importantes del procedimiento quirúrgico los siguientes: *“LIQUIDO INTESTINAL ABUNDANTE EN CAVIDAD, CON COLECCIONES SUBDIAFRAGMATICAS E INTERASAS, SINDROME ADHERENCIAL SEVERO Y FIRME, LESION PERFORATIVA EN ILION A 10 CM DE LA ANASTOMOSIS, CONTENIDA CON ASA, FUGA CON DEHISCENCIA PARCIAL DE LA ANASTOMOSIS, MESENTERIO ENGROSADO Y RETRAIDO QUE IMPIDE OSTOMIZAR, BLOQUEO PARCIAL DEL ABDOMEN, ABUNDANTE FIBRINA, ASAS INTESTINALES EDEMATIZADAS Y DILATADAS”.*

El día 29 de abril de 2018 a las 02.40 pm, el intensivista tratante doctor Ricardo Roque García, describe en la evolución de la paciente que: *REPORTAN RESULTADOS DE HEMOCULTIVOS UNO DEL CVC Y OTRO DEL CATETER VENOSO PERIFERICO CON 96 HORAS DE INCUBACION CRECIMIENTO DE STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS CEFOXITIN POSITIVO EN AMBOS, SENSIBILIDAD A VANCOMICINA MIC 1, POR LO CUAL SE CONCLUYE INFECCION DEL TORRENTE SANGUINEO ASOCIADO A CVC, SE INDICA INCIO DE VANCOMICINA TOMA DE NIVELES VALLE ANTES DE LA 4 TA DOSIS DE ANTIMICROBIANO, SE SOLICITA VALORACION POR INFECTOLOGIA. SE INDICA CAMBIO DE CATETER VENOSO CENTRAL”.*

Resultado que fue descartado a las 06:24 pm del mismo día en la que el mentado galeno indica: *SE REvisa HISTORIA CLINICA ENCONTRANDO QUE LOS CULTIVOS SE TOMARON EL DIA 24-04-18, SIENDO ESTOS TOMADO POR VIA PERIFERICAS Y EL CATETER VENOSO CENTRAL SE COLOCO EL DIA 25-04-18 EN LA HORAS DE TARDE, ADEMAS PACIENTE PRESENTA FLEBITIS EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, POR LO TANTO, NO SE TRATA DE BACTEREMIA ASOCIADA A CATETER, POR LO QUE NO SE HACE CAMBIO DE CATETER VENOSO CENTRAL”*

El día 30 de abril de 2018 a las 09:45 Am, la paciente es nuevamente intervenida quirúrgicamente por el doctor Luis Joaquín Palomino, quien le realiza *LAPAROTOMIA DE REVISION, LISIS DE ADHERENCIAS, DRENAJE DE COLECCION INTRABDOMINAL ASAS, LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO, ENTERORRAFIA, PARCHE DE SEROSA A RAFIA INTESTINAL, TERAPIA VAC ABTHERA*". A la 01:26 PM, del mismo día, el intensivista tratante en su plan de manejo narra: *"PACIENTE CON PERITONITIS EN MANEJO CON ANTIBIOTICOTERPIA DE AMPLIO ESPECTO SOMETIDA A LAVADOS Y TERAPIA CON VACIO, POR EL MOMENTO ESTABLE HEMODIANMICAMENTE EN MANEJO POR CIRUGIA GENERAL, SE SOLICITA VALORACION A INFECTOLOGIA PARA AJUSTES EN LA TERPIA ANTIMICROBIANA, POR EL MOMENTO SE ESPERA RESPESUTA HAY DISMINUCION DE LSO GLUBOLOS BLA*

*NCOS Y NO HAY COMPROMISO HEMODINAMICA EN CASO DE PERSISTIR LEUCOCITOSIS POR FACTORES DE RIESGO ACTUALES Y EVOLUACION SE DEFINIRIARA CUBRIMIENTO PARA PERITONITIS TERCIARIA POR EL MOMENTO SE REQUEIRE CONTROL DEL FOCO INTRAABDOMINAL PARA LO QUE CIRUGIA VIENE DANDO MANEJO QUIRURGICO, POR AHORA NO OTRAS INTERVECCIONES ADICIONALES, SOPORTE NUTRICIONAL ANALGESIA PROTECCION GASTRICA PROFILAXIS TROMBOEMEBLICA, EN CASO DE FIEBRE NUEVO CULTIVO DE CAVIDAD ABDOMINAL. NO OTRAS CONDUCTAS NUEVAS EN EL MOMENTO".*

A las 08.27 pm, del mismo 30 de abril de 2018, el intensivista Ricardo Roque García señala en la historia clínica: *"PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA ESTACINARIA, SE ESPERA NUEVO LAVADO Y TOMA DE CULTIVOS PARA QUE SEAN VALORADOS POR INFECTOLOGIA Y OPTIMIZAR TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO, RESTO SIN CAMBIOS".*

El día 01 de mayo de 2018, la paciente es trasladada a Sala de Hospitalización básica, describiéndose al momento de su ingreso: *"INGRESA A SALA DE HOPSITALIZACION BASICA PACIENTE EN MEJORES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, CON CIFRAS TENSIONALES ESTABLES SIN SOPORTES, CONTROL METABOLICO ADECUADO CON NUTRICION PARENTERAL, DIURESIS CONSERVADA NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SIN DOLOR CON SISTEMA VAC NORMOFUNCIANTE, EN*

SEGUIMIENTO POR CIRUGIA GENERAL CON PROGRAMA PARA NUEVO LAVADO EL DIA DE MAÑANA 02/04/2018 POR SU EVOLUCION CLINICA SE CONSIDERA TRASLADO A HOSPITALIZACION PARA CONTINUAR MANEJO MEDICO POR CIRUGIA GENERAL Y PENDIENTE VX POR INFECTOLOGIA DEBIDO A REPORTE DE CULTIVO DE LIQUIDO PERITORNEAL POR K. PNEUMONIAE BLEE CUPMPLIENDO ESQUEMA CON MEROPEM D5 MOTIVO POR EL CUAL INGRESA”.

El día 02 de mayo de 2018, la paciente es intervenida quirúrgicamente por séptima vez, en la que se reporta como hallazgos significativos: *SINDROME ADHERENCIAL INTERASAS, COLECCIONES LEVES INTERASAS, NO FUGAS NI DEHISCENCIAS.*

El día 03 de mayo de 2018 a las 07:35 Am, la paciente es valorada por el cirujano general Luis Joaquín Palomino, quien describe en la historia clínica: *“EVOLUCION ADECUADA, TOLERA NPT, MEJORIA CLINICA SIGNOS DE AUSENCIA DE SIRS POR AHORA. NO HAY DATOS HASTA EL MOMENTO DE PERSISTENCIA DE FISTULA, SE CONTINUA SOPORTE MEDICO”.* A las 04:27 pm del mismo día es valorada por el especialista en infectología doctor José Yesid Rodríguez, quien en su análisis de la paciente señala: *“INFECTOLOGIA BACTERIEMI APOR CGPPOP LAVADOS QX POP LAPAROTOMIA + DRENAJE DE PERITONITIS + ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO ANT DE CESAREA EN TTO CON MEROPENEM DIA 7 CULTIVO DE LIQ PERITONEAL 30/04/2018 NEGATIVO CULTIVO DE LIQ PERITONEAL 28/04/2018 K PNEUMNIAE CON PENICICLinsa DE ALTA PRODUCCION LIQUIDO PERITONEAL 24/04/2018 CITROBACTER SIN EXPRESION DE AMP-C HEMOCULTIVOS 24/04/2018 2/2 SNC LEUC 25.000 HGB 11 PLAQ 911000 CREAT 0.55 BUN 13 TIGECICLINA ES EL TRATAMIENTO DE ELECCION DE INFECCIONES INTRAABDOMINALES POLIMICROBIANAS AL TENER MENOR PRESION DE SELECCIÓN SOBRE BACILOS GRAM NEGATIVOS NO FERMENTADORES QUE LOS CARBAPENEMICOS PLAN FAVOR RETIRAR SONDA VESICAL SUSPENDER MEROPENEM FAVOR CAMBIO DE CVC FAVOR TOMAR HEMOCULTIVOS NO 2 COTINUAR LAVADOS QX FAVOR TOMAR CULTIVO DE SEC EN PROXIMO LAVADO QX CEFEPIME 2 G IV CADA 8 HORAS HORAS POR 14 DIAS TIGECICLINA 50 MG IV CADA 12 HORAS POR 14 DIAS VANCOMICNA 1 G IV YA LUEGO 500 MG IV CADA 6 HORAS POR 7 DIAS FLUCONAZOL 400 MG IV YA LEUGO 200 MG IV CADA 12 HORAS REVALORACION POR UCI PARA MANEJO EN CUIDADOS INTERMEDIO”.*

A las 07:00 pm del mismo día (03 de mayo de 2018) la paciente es nuevamente valorada por el cirujano general doctor Luis Joaquín Palomino, en cuya apreciación señala: *"PACIENTE REGULAR ESTADO GENERAL AFEBRIL HIDRATADO ESTABLE, ABDOMEN BLANDO CON PERISTALSIS PRESENTE VAC FUNCIONAL, SE AÍSLA K PNEUMONIAE EN LIQUIDO PERITONEAL ANÁLISIS: SEPSIS CONTROLADA HOY EL INFECTOLOGO ROTA ANTIBIÓTICOS.*

El día 07 de mayo de 2018 a las 09:00 Am, la paciente es llevada nuevamente a cirugía por el doctor Luis Joaquín Palomino, describió como hallazgo de su intervención: *"LIQUIDO INTESTINAL LIBRE APROXIMADAMENTE 200 CC, ABDOMEN BLOQUEADO PARCIALMENTE, AREAS DE ENTERORRAFIAS ANTERIORES Y DE SUTURAS OK, SE PARECIA PERFORACION MICROCIRCULAR BIEN DEFINIDA DE 2 MM EN CARA ANTERIOR SOBRE SUPERFICIE DE VAC DE I DELGADO CON SALIDA DE MATERIAL INTESTINAL".*

Posteriormente es nuevamente valorada por el infectologo José Yesid Rodríguez, quién establece en su análisis: *"INFECTOLOGIA HIPOKALEMIA BACTERIEMIA POR CGPPOP LAVADOS QX POP LAPAROTOMIA + DRENAJE DE PERITONITIS + ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO ANT DE CESAREA EN TTO CON CEFEPIME DIA 4/10 + TIGECICLINA DIA 4/14 + VANCOMICNA DIA 4/7 + FLUCONZOL DIA 4/10 HEMOCULTIVOS 03/05/2018 NEGATIVO CULTIVO DE LIQ PERITONEAL 30/04/2018 NEGATIVO CULTIVO DE LIQ PERITONEAL 28/04/2018 K PNEUMONIAE CON PENICICLINA DE ALTA PRODUCCION LIQUIDO PERITONEAL 24/04/2018 CITROBACTER SIN EXPRESION DE AMP-C HEMOCULTIVOS 24/04/2018 2/2 SNC LEUC 24000 HGB 9 PLAQ 631000 CREAT 0.4 BUN 28 K 3.0 MEJOR ESTADO GENERAL PLAN CONTINUAUR TTO AB INSTAURADO SE INSISTE EN CAMBIO DE CVC (VAN 12 DIAS) FAVOR TOMAR CULTIVO DE SEC ABDOMINAL EN PROXIMO LAVADO QX CONTINUAR TTO AB INSTAURADO".*

El día 08 de mayo de 2018, la paciente es nuevamente valorada por el doctor Luis Joaquín Palomino, quien describe en su historia clínica que: *"FISTULA ENTEROATMOSFERICA DE BAJO GASTO, SE CONTINUA MANEJO INDICADO".* Lo cual denota que hasta ese momento se había logrado un manejo adecuado de la fistula enteroatmosférica.

El día 10 de mayo de 2018, a las 07:28 Am, la paciente es valorada por el doctor Luis Joaquín Palomino, quién describe en su análisis: *"PACIENTE SIN SIFNOS DE SEPSIS , SU INFECCION ESTA CONTROLADA, TIENE COMO PROBLEMA*

ACTUAL FISTULA ENTEROATMOSFERICA DE MEDIANO GASTO MANEJADA CON VAC, DESDE HACE VARIOS DIAS SE HA ESTADO TRATANDO DE TRASLADAR A UNA SALA LIBRE DE INFECCION O GERMENES CONTAMINATES PARA EVITAR OTRA INFECCION NOSOCOMIAL Y NO HA SIDO POSIBLE.- SE INSISTE CON LA JEFE DEL SERVICIO Y CON DIRECTIVAS.- SE HACE REPOSICION DE POTASIO.- SE SUSPENDE FUROSEMIAD E HIDROMORFONA. CURSA CON SINDROME DEPRESIVO POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION POR PSIQUIATRIA”.

A las 04:40 pm, del mismo día, la paciente es valorada por el doctor José Yesid Rodríguez, quien ordena: “SUSPENDER VANCOMICINA CONTINUAR CEFEPIME, TIGECICLINA Y FLUCONAZO LHASA COMPELTAR ESQUEMA AB PROPUESTO COTINUAR LAVADOS QX SE INSITE EN CAMBIO DE CVC ALTA POR INFECTOLOGIA CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 8 DIAS DESPUES DEL EGRESO”.

El día 12 de mayo de 2018, la paciente es intervenida quirúrgicamente por el doctor Luis Joaquín Palomino quien describe como hallazgos del procedimiento: “LIQUIDO INTESTINAL LIBRE EN CAVIDAD 100 CC, LESION EN ABDOMEN PARCIALMENTE BLOQUEADO CON DEHISCENCIA DE LA ENTERORRAFIA ANTERIOR DE 8 MM, SINDROME ADHERENCIAL PARCIAL”.

El día 13 de mayo de 2018, a la 07:21 Pm, la paciente es valorada por el doctor Luis Joaquín Palomino, quien describe: “PACIENTE CON FISTULA ENTEROATMOSFERICA DE ALTO GASTO POR LO QUE SE INDICA TREPAA CON SOMATOSTATINA IV, SE HIDRATA CON BOLO DE HARTMANN Y SE CONTINUA REPOSICION DE POSTASIO. SE LE EXPLICA AL FAMILIAR Y A LA PACIENTE DICHA SITUACION, NO HAY SX DE SEPSIS”. Al día siguiente siendo las 08:06 Am, la paciente es nuevamente valorada por el mentado especialista quién narra en su valoración: “FISTULA PERSISTENTE DE MAYOR GASTO, AUN NO E HA INICIADO SOSMATOSTATINA, SE DEBE CAMBIAR CANISTER, SE INICIARA NUTRICION ENTERLA CON DIETA SEMIELEMENTAL PROTEINAS HIDROLIZADAS RICAS EN ARGININA, INMUNOMODULACION , TIPO ALITRAQ O PEPTAMEN, PDTE PDEO”.

El día 15 de mayo de 2018, el doctor Luis Joaquín Palomino valora nuevamente a la paciente describiendo en su análisis lo siguiente: “PACIENTE CON ESTANCIA PROLONGADA QUIEN CURSA CON FISTULA ENTEROATMOSFERICA DE ALTO

GASTO, SE INICIO TRATAMIENTO CON SOMATOSTATINA, IRREGULAR, CUMPLE YA MAS DE TRES SEMANAS CON NPT SIN EVIDENCIA DE MEJORIA DEL GASTO DE LA FISTULA, AUNQUE NO HAY EMPEORAMIENTO DE SU ESTADO CLINICO.- SE DECIDE QUE DEBE SER MANEJADA POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO INTEGRAL EN DONDE EL SOPORTE NUTRICIONAL FORMAL Y CIRUGIA GASTROINTESTINAL ESTEN ACOMPAÑANDO ESTE CASO CLINICO. COMO SE DAOLECE DE LO ANTERIOR SE DECIDE REMITIR ESTA PACIENTE PARA MANEJO INTEGRAL Y MULTIDISCIPLINARIO”.

El 16 de mayo de 2018, es nuevamente valorada por el cirujano General Luis Joaquín Palomino, quién consigna en la historia clínica lo siguiente: “ABDOMEN ABIERTO CON SEPSIS CONTROLADA, CON FISTULA ENETROCUTANEA ACTIVA, CON SOPORTE NUTRICIONAL , A QUIEN SE LE OFRECIO REMISION A INSTITUCION DONDE SE LE BRINDE SOPORTE NUTRICIONAL Y CIRUGIA GASTROINTESTINAL, SE LE ENCUENTRA CAMA EN LA CLINICA REINA CATALINA, EL PACIENTE Y LOS FAMILIARES AL VER LA MEJORIA NO ACEPTAN REMISION A ESTA CLINICA POR LO CUAL ACCEDEN A CONTINUAR MANEJO EN ESTA INSTITUCION .- NO SE HA INICADO NUTRICION ENTERAL.- POR LO ANTERIOR SE SUSPENDE REMISION”.

El día 18 de mayo de 2018, la paciente es valorada nuevamente por el doctor Luis Joaquín Palomino, quién señala en su análisis: “PERSISTE FISTULA ENTEROATMOSFERICA, GASTO MEDIO NO DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO, NO TOLERA NUTRICION ENTERAL, HA PREESENTADO VOMITOS. SE INSISTE MAÑANA EN LIQUIDOS QCOS Y SE ESPERA UN PAR DE DIAS PARA CAMBIAR SISTEMA VAC,.- NO TIENE SEPSIS.-

El día 20 de mayo de 2018, la paciente es llevada por decima vez a cirugía, describiéndose como hallazgos de dicho procedimiento los siguientes: “AREA FISTULOSA CON ESCASO DRENAJE INTESTINAL, ABUNDANTE LIQUIDO EN SU SUPERFICIE, SINDROME ADHERENCIAL DE ASAS A PARED, ABDOMEN BLOQUEADO”.

Durante el 22, 23, 24 y 25 de mayo de 2018 se advierte que la paciente presenta una notable mejoría como quiera que existe una disminución del gasto, intestinal, no hay signos de sepsis, ni de fiebre, la fistula se encuentra estable, y además se le incluye en su dieta alimentos líquidos.

El día 26 de mayo de 2018, es intervenida quirúrgicamente por el doctor Luis Joaquín Palomino, quien describe como hallazgos del procedimiento: “LIQUIDO INTESTINAL LIBRE EN CAVIDAD, ABDOMEN BLOQUEADO PARCIALMENTE, CON FISTULA DE TAMAÑO IMPORTANTE, DRENANDO LIQUIDO INTESTINAL EDEMA DE MUSCOSA, IMPREGNACION DE LIQUIDO EN TEJIDOS BLANDOS”. Posteriormente fue valorada por el mismo especialista a las 08:56 Pm, del mismo día, en la que se describe por el especialista lo siguiente: “FISTULA ENTEROATMOSFERICA CON INTENTO DE ORIENTACION EN EL MOMENTO SON SIGNOS DE SEPSIS, Y ANEMICA CON DESNUTRICION SEVERA A PESAR DE SOPORTE NUTRICIONAL, QUIEN AMERITA ESTAR EN UCI INTERMEDIO PARA MONITORIZACION HEMODINAMICA Y REPOSICION HIDROELECTROLITICA. SE DEBE TRANSFUNDIR, PRONOSTICO RESERVADO”.

El día 27 de mayo de 2018, es trasladada a UCI, donde el intensivista tratante a su ingreso registra lo siguiente: “PACIENTE CON AYUNO PROLONGADO, RECIBE ALIMENTACION PARENTERAL TOTAL, CON DESNUTRICION PROTEICO CALORICA, DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO, ANEMIA, CON SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL POR PERITONITIS TERCIARIA, CON FISTULA ENTEROCUTANEA DE ALTO GASTO; SE REINICIA ULTIMO ESQUEMA ANTIBIOTICO. REQUIERE MANEJO MULTIDISCIPLINARIO, Y SEGUIMIENTO ESTRICTO POR CIRUGIA GENERAL. ESTADO ACTUAL CRITICO, ALTO RIESGO DE DETERIORO HEMODINAMIC. SE INFORMA A FAMILIAR”.

A las 04:10 Pm, del mismo día la paciente es valorada por el doctor Luis Joaquín Palomino, quién describe en su análisis: “CUADRO SEPTICO EN FISTULA ENTEROATMOSFERICA NO CONTROLADA, SE DECIDE REVISAR MAÑANA Y COLOCAR SISTEMMA VAC ABTHERA NUEVAMENTE”

Finalmente, consta en la historia clínica que el día 28 de mayo de 2018, la paciente falleció a pesar de las maniobras de reanimación realizadas por el personal médico, tal como se describe en la siguiente nota retrospectiva del intensivista: “SE VALORA PACIENTE POR PRESENTAR DESATURACIONES FLUCTUANTES CON MAXIMAS DE 93% Y MINIMAS DE 78% CON VENTURY AL 50%, ANIMO ANSIOSO, POCO COLABORADORA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SE OBSERVA PACIENTE CON MAL PATRON RESPIRATORIO, SE ORDENAN GASES ARTERIALES QUE MUESTRAN ACIDOSIS METABOLICA TRASTORNO SEVERO DE OXIGENACION, SE INDICA REALIZAR INTUBACION OROTRAQUEAL INMEDIATA, SE ALISTA CARRO DE PARO, SE INDUCE CON FENTANYL 100MCG,

*MIDAZOLAM 3MG Y VECURONIO 5 MG, SE REALIZA 1 INTENTO LOGRANDOSE CANALIZAR VIA AEREA OBSERVANDOSE RETORNO DE ABUNDANTES SECRECIONES, SE ASPIRA, SE VERIFICA POSICION DE TUBO, SE ASPIRAN SECRECIONES, SE DECIDE CAMBIAR TUBO POR OBSTRUCCION Y DIFICULTAD PARA VENTILAR POR SECRECIONES, SE VENTILA Y VERIFICA POR AUSCULTACION Y VISION DIRECTA POSICION DE TUBO EN VIA AEREA, SE VENTILA, PRESENTA BRADICARDIA QUE SE MANEJA CON ATROPINA, PRESENTA PARO CARDIORRESPIRATORIO A LAS 00:39 HRS, SE INICIAN MANIOBRAS BASICAS Y AVANZADAS DE REANIMACION, SE ADMINISTRAN 7 AMPOLLAS DE ADRENALINA, 1 SULFATO MG, 2 DE AMIODARONA, 3 DE ATROPINA, SE OBTIENE RITMO DE PARO ACTIVIDAD ELECTRICA SIN PULSO SIN RESPONDER A MANIOBRAS DECLARANDOSE HORA DE MUERTE A LAS 00:55 HRS. PUPILAS PLENAS. SE LLAMO PREVIAMENTE A FAMILIAR Y SE INFORMA CON CLARIDAD. SE DILIGENCIA FORMATO DE DEFUNCION”.*

El anterior recuento de la historia clínica revela una eficiente prestación de los servicios de salud por parte de las demandadas, frente al estado de salud de la señora BRISNETH DEL CARMEN PARRA MORALES, así como una lectura e interpretación sesgada de la misma, realizada por los demandantes y el perito Guillianio Carlo Salazar Oñate, al no estar estructuradas las faltas que le enrostran frente a la atención medico asistencial brindada a la paciente.

La relevancia de la historia clínica ha dicho la Corte Suprema de Justicia, es indiscutible, *porque sirve como herramienta para informar al personal médico sobre todas las condiciones de salud, el tratamiento y la evolución del paciente. También como medio de prueba para reconstruir los hechos frente a la necesidad de establecer una eventual responsabilidad galénica, sin descartar la importancia de otras pruebas, como las notas de enfermería y demás elementos probatorios admisibles.*

*No obstante, en sí misma, carece de aptitud para relevar las faltas imputadas a los convocados al juicio. Esto, desde luego, no significa la postulación de una tarifa probatoria en materia de responsabilidad medica o de cualquier otra disciplina objeto de juzgamiento. Tratándose de asuntos médicos, cuyos conocimientos son especializados, se requieren esencialmente pruebas de igual modalidad, demostrativa de una mala praxis.*

*Como el juez es ajeno al conocimiento de la disciplina médica, la Corte, tiene explicado que: “un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la*

*misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar (...) sobre las reglas (...) que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga”.<sup>5</sup>*

De lo anterior, no queda duda que si bien la historia clínica y las prescripciones emitidas por los médicos tratantes, no serian suficientes para dar por sentados los presupuestos de la responsabilidad civil médica, dado que se hace necesario la ayuda de otros medios de convicción que las interpreten, pues de no ser así, no podría el juez determinar si lo realizado por la clínica era o no un tratamiento adecuado y pertinente según las reglas del arte de la ciencia médica, como quiera que éste es ajeno al conocimiento de la disciplina médica.

Una vez precisado lo anterior, pasara el despacho a efectuar un análisis de las distintas faltas o eventos adversos que le irrogan los demandantes a las demandadas, los cuales se efectuará con fundamento en la historia clínica y demás medios probatorios allegados al expediente.

El primer evento adverso, como lo denominó el perito de la parte demandante, consiste en que en su criterio existió un incumplimiento de los protocolos de egreso de la paciente, por parte de las demandadas, porque no se le realizó a BRISNETH DEL CARMEN PARRA MORALES, un adecuado examen físico, como quiera que el galeno no auscultó los ruidos intestinales, que hubieren podido sospechar la existencia de un proceso obstructivo cuando consta en la historia clínica que a la paciente Parra Morales, se le realizaron 02 exámenes físicos previo a su egreso, el primero realizado por el ginecoobstetra Edwin Henry Mendiola Rodríguez, a las 09:28Am del día 17 de abril de 2018, y el efectuado por la médico general a las 03:47 Pm, y en ambos se describe: abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, con herida quirúrgica en buen estado, por lo que se queda sin fundamento el inadecuado examen físico de egreso del que se duelen los actores.

Tal como se ratifica con la declaración del infectologo José Yesid Rodríguez, quién al preguntársele sobre dicho punto respondió: *“Es claro que el estado clínico de la paciente en el momento del egreso era adecuado y no había nada que hiciera o hiciese sospechar que la paciente se iba a complicar, si bien tener una cirugía previa es un factor de riesgo, lamentablemente en medicina, No hay predictores que sean 100% confiables y solo con ese factor de riesgo la paciente no debería permanecer más tiempo hospitalizada si la evolución en principio del postoperatorio era adecuada,*

---

<sup>5</sup> Sentencia SC917 de 2020, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

*en medicina, muchos de los hallazgos los da el tiempo entonces, pues para ese momento la paciente estaba muy bien y la evolución clínica era dentro de la esperada para un paciente que se le había realizado cesárea y no había presentado ningún inconveniente. Eso es lo que describe el examen físico y sí, tiene un examen físico, está descrito en la evolución del 17 de abril”.*

Como segundo evento adverso que desencadenó el fatal desenlace de BRISNETH DEL CARMEN PARRA MORALES, los demandantes atribuyen la falta de oportunidad en la valoración por las subespecialidades de ginecoobstetricia, cirugía general, la realización del procedimiento de LAPAROTOMIA EXPLORADORA + RESECCIÓN INTESTINAL, ANASTOMOSIS Y DRENAJE DE PERITONITIS GENERALIZADA, y la valoración por infectología,

En ese orden, corresponde verificar si existió la falta de oportunidad en las valoraciones realizadas por cada una de las subespecialidades. Para lo cual debe tenerse en cuenta que el reingreso de la paciente se da el día 19 de abril de 2018 a la 01:34 Am, siendo valorada por médico general, quien ordenó valoración por ginecoobstetricia, la cual se realizó a las 08:31 Am, del mismo día, es decir cuando apenas habían transcurrido 07 horas, termino que no luce excesivo, pues durante dicho espacio de tiempo la paciente recibió manejo medico para su dolor abdominal, y una vez fue atendida por el especialista en ginecoobstetricia, éste ordenó la realización de unos exámenes y valoración por cirugía general, la cual se realizó a la 01:19 pm, del mismo día, es decir, habiendo transcurrido solo 05 horas desde que se había ordenado dicha valoración por la ginecobstetra tratante, la cual vale precisar dependía del resultado del hemograma y la radiografía de abdomen simple de pie, y frente a la supuesta demora en el procedimiento de laparotomía exploratoria, tampoco se configura porque éste se hizo 03 horas y media después de la valoración por cirugía general, en la que el doctor Diego Armando Peláez Gómez, consideró necesario su traslado a quirófano.

Ahora, de cara al argumento de que la paciente tenía que ser valorada por cirugía general y no por obstetricia, teniendo en cuenta los síntomas que presentaba a su reingreso, el doctor José Yesid Rodríguez señaló: *“Estaríamos obviando cómo es el proceder normal en el acto médico Un ginecólogo realiza un procedimiento quirúrgico, la primera persona que debe valorar al paciente a su reingreso es el médico que realizó el procedimiento quirúrgico. Entonces si ella reingresa a las 2ª o 48 horas, después de realizada una cesárea, la primera persona que lo debe ver siempre va a ser un ginecólogo. Y así pasa con la mayoría de especialidades. Sí, obviamente el*

*ginecólogo la ve y dice, pues esto parece que ya no es solo una complicación ginecológica, también puede ser una posible complicación quirúrgica y solicitó valoración por cirugía, pero ese es el actuar normal. Y que debe ser así para manejo de una complicación, porque es que uno siempre debe pensar que la complicación se presentó como consecuencia del procedimiento, es por ello, que la primera persona que debe evaluar la paciente es el médico que le ha hecho el procedimiento en ese orden de ideas, si ella fue llevada a cesárea, se debe ser valorada inicialmente por un ginecólogo y él es el que dictamina si puede ser un procedimiento que él pueda manejar o deba manejarse por un cirujano, o sea así, es como se ha hecho y así es como debería hacerse para el manejo de los reingresos de pacientes que son sometidos a algún proceso”.*

Por su parte, el perito de la parte demandada doctor Jacobo Evaristo Pérez Pérez, especialista en cirugía general, refrendó dicha tesis al preguntársele sobre dicho asunto expuso: *“es un evento frecuente en las en las instituciones hospitalarias. Lllaman primero al ginecólogo y él es el que, pues mira al paciente ya desde la perspectiva de su especialidad, y considera si esa complicación es de su especialidad o no, y a nosotros en casos como este nos llama el ginecólogo ya, al considerar que la lesión posible de esta paciente o de cualquier paciente no es de origen directamente de la cesárea, sino de algo más de algo intestinal, o sea que lo usual y la práctica usual en todos los hospitales es que se llame a la especialidad quirúrgica que hizo la cirugía, además que como digo en este caso los ginecólogos también entran al abdomen, como entran los urólogos y otros especialistas que entran al abdomen y pueden tener complicaciones derivadas de su cirugía, que se manifiestan también en el abdomen, y en este caso particular no debía llamarse al cirujano, sino cómo lo hacen en todas las instituciones, primero el ginecólogo y él es el que ya determinó y también sucedió acá, que definitivamente había que llamar al cirujano.*

En lo que atañe a la valoración por infectología la cual en criterio de los actores se hizo 04 días después de haberse ordenado, y era necesaria para el manejo de la infección que presentaba la paciente, al respecto, debe decirse que, si bien es cierto que el día 29 de abril de 2018, el intensivista tratante doctor Ricardo Roque García, describe en la evolución de la paciente que, la paciente presenta una infección del torrente sanguíneo asociado a CVC, por lo que solicitó valoración por infectología, dicho resultado fue descartado a las 06:24 pm del mismo día en la que el mentado galeno indica: *SE REVISAS HISTORIA CLINICA ENCONTRANDO QUE LOS CULTIVOS SE TOMARON EL DIA 24-04-18, SIENDO ESTOS TOMADO POR VIA PERIFERICAS Y EL CATETER VENOSO CENTRAL SE COLOCO EL DIA 25-04-18*

*EN LA HORAS DE TARDE, ADEMÁS PACIENTE PRESENTA FLEBITIS EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, POR LO TANTO, NO SE TRATA DE BACTEREMIA ASOCIADA A CATETER, POR LO QUE NO SE HACE CAMBIO DE CATETER VENOSO CENTRAL”*

Asimismo, en la historia clínica consta que el intensivista tratante en valoración realizada el día 30 de abril de 2018 a las 09:45 Am, deja constancia que se mantiene la solicitud de valoración por infectología, pero que la misma tiene como finalidad realizar ajustes en la terapia antimicrobiana, tal como lo ratifica el intensivista Ricardo Roque García, en valoración realizada el mismo día a las 08.27 pm, en la que señala: “PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA ESTACIONARIA, SE ESPERA NUEVO LAVADO Y TOMA DE CULTIVOS PARA QUE SEAN VALORADOS POR INFECTOLOGIA Y OPTIMIZAR TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO, RESTO SIN CAMBIOS”.

Finalmente, la paciente es valorada por el infectólogo el día 03 de mayo de 2018 a las 04:27 pm, quien hizo el análisis de la paciente señala que *la tigeciclina es el tratamiento de elección de infecciones intraabdominales polimicrobianas al tener menor presión de selección sobre bacilos gran negativos no fermentadores que los carbapenemicos, por lo que ordena retirar sonda vesical suspender meropenem favor cambio de CVC favor tomar hemocultivos No. 2 continuar lavados quirúrgicos favor tomar cultivo de SEC en próximo lavado quirúrgicos (...)*” la anterior nota en la historia clínica llevó al perito de la parte demandante a afirmar sin sustento alguno que no había una socialización de las guías de manejo de enfermedades intraabdominales polimicrobianas, lo cual no es cierto, pues como lo indicó el mismo infectólogo que valoró a la paciente, el cambio de antibiótico se hizo para descalonar la terapia microbiana, previendo que la paciente pudiera presentar posteriores infecciones.

Así lo expuso en su declaración al precisar: *“la paciente se encontraba hospitalizada en una unidad de cuidados intensivos y estaba recibiendo la mejor terapia posible que pudo haber recibido para ese momento que era meropenem, la valoración se hace un par de días después, en la medida en que nos toca esperar los resultados, De los cultivos y con los cultivos. Lo que yo hago es descalonar la terapia, o sea, ella estaba recibiendo meropenem que como les expliqué, es un antibiótico de muy amplio espectro y ya con los resultados de los cultivos, lo que hice fue acortar el espectro antimicrobiano dirigido específicamente para las bacterias que se habían aislado tanto en sangre como en el líquido peritoneal en Orden de ideas, la paciente nunca estuvo desprotegida de terapia antibiótica. Siempre estuvo con un cubrimiento antibiótico*

*adecuado y lo que yo hago como infectólogo es reducir el espectro antimicrobiano simplemente para preservar posibles opciones terapéuticas futuras en caso que la paciente necesite continuar con terapias antimicrobianas posteriormente, Siempre decimos en esto que hay que esperar el segundo hit, o sea, un paciente presenta una infección, pero siempre debemos preservar segundas o terceras opciones en caso que el paciente permanezca hospitalizado. El proceso infeccioso no se haya controlado por algo que se llama resistencia antimicrobiana, y es que las bacterias tienen la capacidad de desarrollar resistencia a todos los antibióticos con los que tenemos disponibles actualmente, Entonces si dejamos meropenem para tratar esta infección, pudiéndola tratar con medicamentos que tengan un espectro antimicrobiano mejor, no estoy dejando oportunidad de caso de que la paciente necesite un nuevo cambio en el futuro y estoy preservando la terapia con carpatilémicos para ese momento. Entonces, resumiendo, la paciente tenía un cubrimiento antibiótico adecuado, estábamos esperando el resultado de los cultivos, Y cuando yo la veo, lo que hice fue descalonar la terapia y pues como se verá en las evoluciones posteriores más, la paciente hubo un momento en que le fue relativamente bien, de tal forma que salió de la unidad de cuidados intensivos. Estaba siendo manejada en piso, iba controlando relativamente su proceso intraabdominal, sin embargo, posteriormente presentan nuevos episodios de perforación y nuevas complicaciones”.*

Lo cual demuestra que, en efecto, tal como lo afirmar el infectologo tratante y da cuenta la historia clínica, no existía la urgencia en la valoración por dicha especialidad, pues en primer lugar la bacteria STAPOHYLOCOCUS EPIDERMIDIS encontrada en el CVC y en el catéter venoso periférico, fue descartada el mismo día por el intensivista tratante, por lo que la valoración por dicho especialista se mantuvo con la única finalidad de cambiar el antibiótico, por uno igual de potente pero menos invasivo, teniendo en cuenta el tiempo en que iba a durar la paciente en estancia hospitalaria y previendo que pudiera presentar posteriormente nuevas infecciones, tal como consta en la valoración del 03 de mayo de 2018, en la que el doctor Luis Joaquín Palomino, señala: **PACIENTE REGULAR ESTADO GENERAL AFEBRIL HIDRATADO ESTABLE, ABDOMEN BLANDO CON PERISTALSIS PRESENTE VAC FUNCIONAL, SE AÍSLA K PNEUMONIA EN LIQUIDO PERITONEAL ANÁLISIS: SEPSIS CONTROLADA HOY EL INFECTOLOGO ROTA ANTIBIÓTICOS.**

Luego entonces, no es cierto que, cómo lo pretenden mostrar los demandantes que el Meropenem, no fuera un antibiótico ideal para el manejo de paciente con enfermedades polimicrobianas, sino que la tigeciclina es una antibiótico con un espectro antimicrobiano más corto pero igual de potente que el meropenem, por lo

que no queda duda que, tal como da cuenta la historia clínica, la paciente desde su ingreso a UCI el día 19 de abril de 2018, recibió el antibiótico apropiado para el manejo de sus patologías.

En lo que tiene que ver con las órdenes del infectólogo tratante de que no se cumplieron a cabalidad, porque éste había ordenado retirar la sonda vesical, suspender meropenem y el cambio de CVC, tampoco se acoge, pues el cambio de antibiotico se hizo, tal como lo dejó consignado en su historia clínica el cirujano general doctor Luis Joaquín Palomino en valoración del 03 de mayo de 2018, y frente a las ordenes de cambio de sonda vesical y CVC, el citado galeno al preguntársele sobre si consideraban que dichas ordenes se habían cumplido manifestó: *“una vía central es un catéter que se utiliza, un catéter de un volumen, grande, que se utiliza para la instalación de líquidos de nutrición parenteral o de medicamentos con ese catéter usualmente va a una vía venosa que tenga un diámetro bastante grande. En este caso, la mayoría de los catéteres se implantan en la subclavia, en la yugular o en la femoral, que son venas de bastante calibre, cuando uno revisa la guía para el manejo de infecciones asociadas a catéteres, la guía es muy clara en decir que los catéteres no deben cambiarse a menos que se sospeche que hay un proceso infeccioso originado en los catéteres. Sin embargo, como norma del comité de infecciones en las diferentes instituciones de la ciudad, tengo establecido que los catéteres Venosos centrales, deben cambiarse con relativa frecuencia, hemos tenido la experiencia de que después de dejarlos algún tiempo, empiezan a aparecer infecciones asociadas, entonces esa es la experiencia aquí en la región, es por eso que después de cierto tiempo, mi recomendación siempre es cambiar la vía de acceso que se le realizó a la paciente, no, Inicialmente a ella se le realizó, Un cambio de catéter el día 29 hay una nota, donde el internista de turno le cambia el catéter venoso central y después solicito cambio de catéter porque el Catéter debe ser cambiado entre cada 10 o 15 días, según los protocolos institucionales. Entonces, los esquemas antibióticos que propuse se cumplieron sin inconvenientes. Entonces creería que las recomendaciones que di primero fueron adecuadas y segundo, se cumplieron sin ningún inconveniente en la institución.*

De modo que, la insistencia del infectólogo José Yesid Rodríguez, en el cambio de la sonda vesical y el CVC, no puede valorarse como lo hicieron los demandantes y el perito por ellos traído al proceso, de que habían transcurrido 12 días desde que el especialista había ordenado el cambio de tales implementos y no se había realizado, sino que éste al colocar al margen de su historia clínica (van 12 días) lo hacia para llevar el conteo de los días que llevaba la paciente con la sonda vesical y el CVC, a

fin de que al completarse los 15 días de tenerlo, procedieran a cambiarlos nuevamente, tal como lo establecen los protocolos del comité de infecciones, al que el mismo especialista en su declaración hace referencia.

El otro evento adverso de donde derivan la culpa la parte actora a las demandadas y le restó una falta de oportunidad a BRISNETH DEL CARMEN, al impedirle recuperarse a pesar de la fistula entero atmosférica que la aquejaba, fue la demora en el inicio de la nutrición enteral y no remitirla a una sala libre de infecciones o gérmenes contaminantes.

Frente a la nutrición enteral debe decirse que, la misma fue ordenada por el doctor Luis Joaquín Palomino el día 14 de mayo de 2018, a la 08:06 Am, al advertir que la fistula enteroatmosférica que padecía la paciente había pasado de ser de menor y mediano gasto a mayor gasto, lo que en su criterio hacía necesaria una nutrición enteral con dieta semielemental en proteínas hidrolizadas ricas en arginina, la cual es iniciada el día 18 de mayo de 2018, tal como lo describe el mentado galeno en su valoración de ese día, precisando que: “PERSISTE FISTULA ENTEROATMOSFERICA, GASTO MEDIO NO DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO, NO TOLERA NUTRICION ENTERAL, HA PREESENTADO VOMITOS. SE INSISTE MAÑANA EN LIQUIDOS QCOS Y SE ESPERA UN PAR DE DIAS PARA CAMBIAR SISTEMA VAC, NO TIENE SEPSIS.

Al indagarle sobre la demora en la administración de la nutrición enteral a tiempo hubiere podido tener alguna mejoría en el estado de salud de la paciente contestó: *“Las nutriciones enterales a veces se necesitan insumos, elementos especiales que no los hay para prepararlos en una cámara especial de laminar de flujo laminar y a veces hay que traerlos, y eso me sucede yo trabajo en el hospital y sucede en el hospital y he tenido pacientes en la Cesar, he tenido pacientes en el Instituto Cardiovascular cuando he operado, ya que a veces no se inician porque obviamente no está el insumo en ese momento que hay que buscarlo, que se diligencia, pero que al fin se consigue y termina aplicándose, además que si no se pudo conseguir el tipo de nutrición enteral, ella estaba protegida con nutrición parenteral, O sea, estaba recibiendo por un catéter especial los nutrientes, Pero uno lo que busca con la nutrición enteral es habilitar la función intestinal y al habilitar la función intestinal, Hace que los mecanismos de defensa del intestino comiencen a activarse y, Las condiciones locales intestinales en la medida en que sea posible. Si se revisan los folios cuando iniciamos la vía oral, o sea, comenzamos a darle líquidos claros, aromáticas, calditos y la misma nutrición, la paciente vomitaba, o sea, llegó un*

*momento en que tocó recurrir al gastroenterólogo para ver por qué vomitaba tanto y para ver qué medicamentos podíamos utilizar. De hecho, ella le formuló la gastroenteróloga con el fin de limitar la honesis, limitar los vómitos para poder utilizar la vía oral para mejorar las condiciones locales, lo que se perseguía con la nutrición enteral, no era nutrirla totalmente. Ahora sí, el organismo de ella daba la facilidad que toda la nutrición se hiciera por vía enteral, pues sería mucho mejor, pero no la dio, no la dio porque obviamente creo que el intestino estaba inflamado, estaba bloqueado, estaba parcialmente obstruido ante tanto bloqueo y había una disminución del tránsito intestinal, En ese momento, no haber iniciado la nutrición enteral pero igual la demora en conseguir tales medicamentos no fue lo que ocasionó la desnutrición que padeció la paciente, no, porque ya recibía su nutrición parenteral, ella estaba recibiendo nutrición desde otro abordaje, entonces el no haberle iniciado no tienen nada que ver con lo otro, dado que la nutrición enteral era para mejorar las condiciones locales intestinales.*

Lo anterior, nos permite arribar a la conclusión de que la demora en el suministro de la nutrición enteral no tuvo ninguna repercusión en el estado de salud de la paciente, pues como lo relaciona el especialista en cirugía general Luis Joaquín Palomino, la paciente desde su ingreso a UCI el día 19 de abril de 2018 venía recibiendo nutrición parenteral, de ello da cuenta también la historia clínica, y que si bien existió demora en iniciar la nutrición enteral ello obedeció a la falta de insumos, sin que dicha circunstancia haya desencadenado el fatal deceso de la paciente, pues nótese que para ese momento, la paciente recibía alimentos líquidos y la nutrición enteral y aún así no las toleraba, que fue la razón por la que se solicitó valoración por gastroenterología.

Además, que, tal como lo narra el especialista en cirugía general en su declaración, la nutrición enteral tenía como finalidad no mantener alimentada a la paciente sino mejorar las condiciones intestinales, debido al bloqueo de su abdomen, pues para su nutrición estaba recibiendo alimentos líquidos y alimentación parenteral.

En lo que concierne a la falta de remisión de la paciente a una sala libre de infecciones o gérmenes contaminantes, debe decirse que, tal como lo manifestaron los testigos técnicos traídos al proceso, esa recomendación, no era para salvaguardar la vida de la paciente sino para los demás pacientes que estuvieran en el mismo lugar que ella, así lo indicó el doctor José Yesid Rodríguez al deponer: *“La orden de traslado a salas creo que la da el médico cirujano que le estaba evaluando en ese momento. Sin embargo, hay que tener en cuenta, las condiciones, de clínica de alta complejidad y*

*para el momento en que es evaluada la paciente, la paciente ya se encontraba en habitación unipersonal, Que es una ventaja que no tienen todas las instituciones de la ciudad, En la medida en que estemos en una habitación unipersonal, la posibilidad de infectarse con bacterias de otros pacientes es mínima y el digamos que en ninguna institución hay habitaciones completamente estériles. Algunas instituciones por fuera de la ciudad que manejan trasplantes y, Y algunas otras patologías como quimioterapias, etcétera. Sí tienen sitios que intentan tener menor cantidad de bacterias en el ambiente y aire filtrado, etcétera. Sin embargo, somos contadas con una mano el tipo de habitaciones disponibles en el país para eso, Lo máximo a lo que podemos tener, que es lo que se tiene normalmente en la ciudad, es que uno tenga habitaciones individuales y la paciente en ese momento tenía que estar en una habitación individual, entonces ese concepto de traslado a un área diferente con todo respeto en ese momento no le vi sentido y tengan en cuenta que la paciente presenta las complicaciones porque nunca resuelve su proceso abdominal. Tengan en cuenta que el intestino está lleno de bacterias, entonces las infecciones que presentó ella fueron infecciones con su propia flora gastrointestinal, no fueron infecciones de afuera hacia adentro, fueron infecciones de adentro, lo que complicó la evolución de la paciente. En resumen, no le veo sentido al que sea trasladada a otro sitio, puesto que inicialmente se encontraba en una unidad de cuidados intensivos, que era el sitio que requería por la complejidad que tenía y posteriormente es trasladada a una habitación individual que es un sitio en el que la posibilidad de presentar complicaciones Infecciosas por microorganismos externos es muy poca en la medida en que no va a estar con otros pacientes”.*

Al referirse sobre dicho punto su médico tratante doctor Luis Joaquín Palomino precisó que: *“(…) yo escribí literalmente en el folio y yo lo leía anoche, De que solicitaba una sala o una habitación libre de infección, Y no hay habitaciones libres de infección. Hay habitaciones limpias o no contaminadas y hay habitaciones contaminadas. De pronto. Lo que quería decir era eso, que ya estuviera, una habitación en donde su patología, Y sus bacterias aisladas no fueran a formar problemas con los otros pacientes o pacientes cercanos y además por el estado de motivo de ella motivo de ella porque tenía una depresión, como lo ven con las informes de psicología y psiquiatría, pues estar más cerca de sus familiares cercanos de tener el apoyo, De buscar una habitación adecuada para ella, Pienso yo acá ahora retrospectivamente, porque no existen habitaciones libres de infección, Entonces a eso me refiero o creo que me referí cuando coloqué textualmente en el folio”.*

Entonces, queda sin piso la hipótesis de los demandantes de que el traslado a una sala libre de infecciones y de agentes contaminantes no era para evitar que la paciente adquiriera nuevas infecciones, sino para proteger a los demás pacientes que estuvieran con ella en la misma habitación, y no de que la habitación en la que se encontraba la paciente no contara con las condiciones de seguridad que ella requería, como afirman sin respaldo los demandantes en el libelo demandatorio y su apoderado en los alegatos de conclusión.

Asimismo, pretenden los demandantes derivar la culpa médica en el inadecuado entrenamiento del equipo de enfermería y la demora en el inicio de la somatostatina, medicamento que según consta en la historia clínica fue ordenada el día 13 de mayo de 2018 a las 07:21 Pm, por el doctor Luis Joaquín Palomino, y se inició el día 15 de mayo de 2018, de forma irregular, sin embargo, quedó plenamente demostrado que ese tiempo tampoco fue determinante en el fallecimiento de la paciente, pues como lo señaló el ilustre especialista en su declaración, *“Sí presentamos de pronto alguna dificultad para conseguir e iniciar un tratamiento con un medicamento que se llama Somatostatina, que con ese medicamento uno busca no cerrar las fístulas, sino cerrar la disminuir la cantidad de producción de jugos gastrointestinales, porque en la medida en que se produzca menos presión, Contenido gastrointestinal va a haber y menos líquido va a salir por la fístula, Ese medicamento, por ejemplo, bien, a veces no es fácil de conseguirlo, hay que traerlo. A veces se agota, etcétera. Entonces hay que conseguirlo de pronto, Se indicó y uno quiere como médico tratante, que uno lo indique inmediatamente se lo coloquen, pero a veces no está disponible, hay que traerlo y a eso me explicaron los diferentes coordinadores, Y uno como médico siempre vela porque las cosas traten de hacerse inmediatamente, pero ese hecho de que de pronto. Se retrasó, no quiere decir de que hubo un manejo inadecuado, se hizo el esfuerzo, se consiguió y se inició y se aplicó lo mismo, ya sabíamos que la fístula iba a persistir, sabíamos que ella corría el riesgo en cualquier momento a pesar de tener antibióticos, de hacer sexis. Porque la somatostatina no iba a cerrar la fístula, iba a crear condiciones para disminuir la producción de líquido intestinal y de pronto, mejorar el Estado para que se condujera la fístula hacia la pared abdominal, O sea, la somatostatina no tiene nada que ver con la sepsis, aunque indirectamente entre menos líquido intestinal se vote, pues menos cantidad de bacterias, pero seguía botando líquido intestinal, incluso con la somatostatina. El gasto diario oscilaba entre 500 y 700 ml, o sea 3/4 de litros diarios de líquido intestinal utilizando la somatostatina”.*

Declaración que se encuentra corroborada con el dictamen pericial del también cirujano general Jacobo Evaristo Pérez Pérez, quién al cuestionarlo sobre dicho medicamento conceptuó : *“en este tipo de fístula, el efecto de la somatostatina es mínima, Desafortunadamente en otro tipo de fístulas de trayecto largo, en la cual hay más tejido entre la fístula y la pared abdominal, uno pueden esperar un efecto significativo, la el somatostatina, lo que intenta es que por la fístula no salga tanto líquido, Ya, pero en este caso y al final, pues la fístula como la clasificación del mismo cirujano que la operó allá, la nombra como entero atmosférica. Ahí la somatostatina ya prácticamente no hace nada, O sea, no habérsela dado, no importa que se derramó. ¿Qué se perdió, que no se le dio, o sea, no hubiera tenido en este caso cómo evolucionó esta paciente? Desafortunadamente, no le servía de mucho la sormatostatina”.*

Así las cosas, el despacho acoge el dictamen pericial aportado por la demandada Clínica Médicos S.A., por su solidez , claridad , precisión y calidad de sus fundamentos con la historia clínica y el comportamiento médico asistencial, pues varias de las fallas que irroga el perito de los demandantes a los demandados y que sirvió de base para edificar la demanda deviene del estudio sesgado de la historia clínica, además que, tal como lo dijo el propio perito al sustentar su dictamen éste corresponde a una auditoria en retrospectiva de la historia clínica; mientras que el rendido por el doctor Jacobo Evaristo Pérez Pérez, se compadece con la historia clínica, y con las demás pruebas allegadas al expediente, con las cuales se complementa, además cuenta con la especialidad y trayectoria necesaria para llevarle a esta juzgadora a la convicción necesaria de que el tratamiento suministrado a la paciente BRISNETH DEL CARMEN PARRA MORALES, fue el indicado de acuerdo al arte de la ciencia médica, y que contrario a lo que señalan los demandantes, su fallecimiento lo ocasiona la formación de una fístula enteroatmosférica de difícil tratamiento y que finalmente llevó a la paciente a falla orgánica múltiple de origen séptico y muerte, como lo señaló el mentado perito como conclusión de su dictamen.

El dictamen también coincidente con la declaración del médico cirujano general Luis Joaquín Palomino, quien trató a la paciente por solicitud de sus familiares y porque confiaban plenamente en su experiencia y profesionalismo, quién al preguntársele sobre la causa del fallecimiento de la señora Parra morales, indicó: *“Nosotros ya éramos conscientes y se le había dicho al doctor Eduardo Calderón que la fístula no iba a cerrar, que la fístula se iba a conducir, o sea, que la fístula iba a persistir y cuando se persiste la fístula, cuando está ahí, sin teniendo el abdomen abierto, sin poder cerrarlo, Hay riesgo de que en cualquier momento el paciente vuelva y repito, entre*

*en septicemia, porque lo que se está drenando es líquido intestinal, y todos los líquidos intestinales de los seres humanos lo que tienen es bacterias, sobre todo bacterias negativas y si están más cercanas al colon lo que tiene, es bacterias gran negativas y anaerobios, entonces si hay un flujo o una invasión bacteriana persistente por el hecho de tener la Fístula ahí, pues hay el riesgo de que en cualquier momento haya una infección generalizada que se llama septicemia o sepsis. Entonces. Ya sabíamos que la fístula iba a persistir, sabíamos que ella corría el riesgo de hacer sepsis”.*

Adicionalmente para ilustrarnos más de las graves complicaciones de la paciente agregó que: *“Yo pienso que la paciente tenía varias condiciones que hacían persistente la Fístula uno, Su síndrome adherencial, síndrome Aderencial, Esa paciente tenía un antecedente meses o años atrás, años atrás, creo que era de una peritonitis por apendicitis, en la cual requirió varias lavados o varias situaciones y eso genera un síndrome adherencial, un pegamento entre intestinos y estructuras viscerales, Que hacen que la circulación o el tránsito del contenido intestinal no sea el mejor posible y hace que se estanque a veces, Ese tránsito y el estancarse hace que se aumente la presión dentro de la luz del intestino y el aumento de la presión de la luz del intestino hace que busque el líquido una vía, la más fácil para disminuir, para aliviar esa presión, Y la que tenía la paciente era la fístula, entonces si hay algo que permite o que facilite que haya una salida frecuente de líquido por ahí, pues, difícilmente va a cerrar la fístula. En segundo lugar, pienso, bueno, anoto también que la paciente tenía alteraciones de su tránsito porque varias ocasiones recuerdo que yo le hacía tacto rectal y le mandaba enemas porque se encontraba impactada, no podía defecar, etcétera, Entonces uno, el síndrome adherencial 2., El hecho de que la paciente, En su fase inicial, hizo peritonitis, O sea, tuvo su volvulo, su perforación, su situación previa a mi intervención, mis intervenciones y eso inflama toda la cavidad peritoneal y el peritoneo y cuando hay inflamación y si esa inflamación es persistente, No es erradicada, puede ser controlada, pero no erradicada. La cicatrización también es defectuosa y lo otro, obviamente, la desnutrición paciente con peritonitis tiene un Estado catabólico y así uno le esté colocando nutrición parenteral, soporte nutricional, eso alivia ayuda, pero obviamente por las condiciones Metabolismo, Dadas por la sepsis dada por las condiciones, Pues hay consumo de proteínas de cantidad de proteínas tratando de hacer reparaciones en los diferentes órganos afectados, Y eso genera pérdida de la masa muscular, pérdida de peso que puede también llevar a la persistencia de la Fístula. Entonces yo pienso que esas condiciones facilitaron en ella, Síndrome adherencial, Infección, a pesar de que estaba controlada con inflamación y desnutrición de su Estado católico, Para que esa fístula no sellara o no cicatrizara, Indudablemente que sí identificamos que esta Fístula la única forma de sellarla o de*

*quitarla era quirúrgica, Y lo intentamos de varias maneras, en la medida en que las condiciones lo permitieron”.*

Entonces, del análisis del acervo probatorio se concluye que las demandadas, actuaron de acuerdo a la *lex artis* y en tiempo oportuno, sin que pueda atribuirse culpa alguna, como quiera que el diagnóstico y tratamiento dado a la paciente, fue el adecuado y que su fallecimiento no se debió a culpa, impericia, negligencia, falta de oportunidad, en la atención medico asistencial que se le brindó por parte del cuerpo médico ni paramédico de la Clínica médicos y menos aún de la EPS, sino a la fistula entero atmosférica de la paciente, la cual a pesar de los incesantes esfuerzos de los profesionales de los galenos de la Clínica Médicos S.A., en buscar erradicarla, o desviarla, para mejorar el estado de salud de la paciente, no fue posible, desencadenando en BRISNETH DEL CARMEN una falla multiorgánica de origen séptico llevándola a la muerte.

Además de la ausencia de la culpa galénica tampoco se configuró el nexo de causalidad porque la muerte de BRISNETH DEL CARMEN PARRA MORALES, no obedeció a una mala aplicación de la *lex artis* por parte de los demandados sino a una condición inevitable por parte del organismo de la paciente (fistula entero atmosférica) la cual no pudo ser evitada ni reparada pese a los ingentes esfuerzos de los distintos especialistas que la atendieron.

Ante la falta de comprobación de la culpa galénica y el nexo de causalidad, la pretensión indemnizatoria no puede abrirse paso, al encontrarse probadas las excepciones de mérito denominadas *INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE REPARAR POR AUSENCIA DE HECHOS QUE CONFIGUREN NEXO DE CAUSALIDAD FRENTE A CLINICA MEDICOS S.A, ADECUADA PRÁCTICA MÉDICA – CUMPLIMIENTO DE LA LEX ARTIS AD HOC, INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA IMPUTABLE A LA CLINICA MEDICOS S.A., POR CONFIGURACIÓN DE UN RIESGO INHERENTE AL PROCEDIMIENTO REALIZADO, INEXISTENCIA DE LOS PRESUPUESTOS PARA QUE SE CONFIGURE RESPONSABILIDAD DE CLÍNICA MÉDICOS S.A, INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE EL ACTUAR MÉDICO DE SALUD TOTAL EPS Y EL DAÑO QUE SE IMPUTA, INEXISTENCIA DE CULPA O NEGLIGENCIA DE SALUD TOTAL EPS, Y CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE MEDIOS POR PARTE SALUD TOTAL EPS Y SUS GALENOS*, propuesta por los demandados, por lo tanto, se negaran las pretensiones de la demanda y se declarará terminado el presente proceso, condenándose en costas y agencias en derecho a la demandante.

En virtud y mérito de lo expuesto el Juzgado Quinto Civil del circuito de Valledupar, administrando justicia en nombre de la República de Colombia,

RESUELVE:

PRIMERO: Declarar **PROBADAS** la excepciones de mérito denominadas **INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE REPARAR POR AUSENCIA DE HECHOS QUE CONFIGUREN NEXO DE CAUSALIDAD FRENTE A CLINICA MEDICOS S.A, ADECUADA PRÁCTICA MÉDICA – CUMPLIMIENTO DE LA LEX ARTIS AD HOC, INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA IMPUTABLE A LA CLINICA MEDICOS S.A., POR CONFIGURACIÓN DE UN RIESGO INHERENTE AL PROCEDIMIENTO REALIZADO, INEXISTENCIA DE LOS PRESUPUESTOS PARA QUE SE CONFIGURE RESPONSABILIDAD DE CLÍNICA MÉDICOS S.A, INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE EL ACTUAR MÉDICO DE SALUD TOTAL EPS Y EL DAÑO QUE SE IMPUTA, INEXISTENCIA DE CULPA O NEGLIGENCIA DE SALUD TOTAL EPS, Y CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE MEDIOS POR PARTE SALUD TOTAL EPS Y SUS GALENOS**, propuesta por las demandadas, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de este proveído.

SEGUNDO: **NEGAR** la totalidad de las pretensiones de la demanda, de conformidad con lo expuesto en párrafos anteriores.

TERCERO **DECLARAR** terminado el proceso de responsabilidad Civil Extracontractual promovido por DUVERTH YUSETH MANGA GOMEZ, quien actúa en nombre propio y en representación de sus menores hijos JULIAN DAVID MANGA PARRA y JULIANA MANGA PARRA, OLGA BELEN MORALES POLO, ERIKA MILENA PARRA SARMIENTO, LILIBETH PARRA SARMIENTO, IVAN ADOLFO PARRA SARMIENTO, JOSE RAFAEL CALDERON MORALES, PATRICIA DEL CARMEN CALDERON MORALES, EDUARDO RAFAEL CALDERON MORALES y MAYBETH PATRICIA GARCÍA CALDERON, contra CLINICA MEDICOS S.A y SALUD TOTAL E.P.S., y SEGUROS DEL ESTADO S.A.

CUARTO: **CONDENAR** en Costas a la parte demandante. Fíjese agencias en derecho en el 3% de las pretensiones de la demanda equivalente a la suma de Cuarenta Y Tres Millones Novecientos Siete Mil Setecientos Setenta Y Tres pesos Mcte (\$43.907.773, 00).

QUINTO: ARCHÍVESE el expediente en el evento de no ser apelada..

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

**DANITH CECILIA BOLÍVAR OCHOA**  
**JUEZ**

**Firmado Por:**  
**Danith Cecilia Bolivar Ochoa**  
**Juez**  
**Juzgado De Circuito**  
**Civil 05 Escritural**  
**Valledupar - Cesar**

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: **e70c8c6957c66f67247403106fc4c88c0f3f74714ae96c87b59f6a6ab7bdcf1a**  
Documento generado en 19/11/2023 10:58:10 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**