REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO OCTAVO ADMINISTRATIVO DE POPAYÁN
Carrera 4ª No. 2-18 FAX (092)8209563
Email: j08admpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co

Ciudad y Fecha	Popayán, veinticinco (25) de abril del año dos mil dieciocho (2018)
EXPEDIENTE	190013333008 2014 00129 00
ACTOR	ELEIDY PATRICIA AVIRAMA Y OTROS
DEMANDADO	HOSPITAL UNIVERSITARIO SUSANA LOPEZ DE VALENCIA Y OTRO
MEDIO DE CONTROL	REPARACIÓN DIRECTA

SENTENCIA No. 065

1. LA DEMANDA Y SU CONTESTACIÓN

Procede el Juzgado a decidir la Acción Contencioso Administrativa - Medio de Control: REPARACION DIRECTA (Artículo 140 del CPACA), impetrada por la demandante ELEYDI PATRICIA AVIRAMA Y OTROS, en contra del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA DE POPAYÁN y EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ, a fin de que se declaren patrimonialmente responsables y se les ordene el pago de perjuicios materiales, morales y daños de la vida de relación, por la falla en la prestación del servicio médico, que afirman, le ocasionó la muerte a la señora María Eugenia Avirama Vásquez el día 04 de enero del año 2012.

En síntesis, como hechos de la demanda se dice que la señora María Eugenia Avirama acudió al Hospital Susana López de Valencia el día 10 de diciembre de 2011 aproximadamente a las 10:30 pm, manifestándole al médico de turno que sufría de un fuerte dolor en su estómago. Refiere que solamente se le aplicó una inyección de buscapina, pasando varias semanas sin que se le practicaran los exámenes que requería por la inexistencia de contrato por parte de la IPS con los hospitales de Popayán. Agrega que la señora María Eugenia Avirama fue sometida a una endoscopia el día 18 de diciembre y a los dos días siguientes se le intervino quirúrgicamente.

Se dice en el escrito de la demanda que el procedimiento quirúrgico al cual fue sometido la señora Avirama según se afirmaba por parte de sus médicos tratantes resultaría fácil y sin complicaciones, lo cual no resultó, y según se dice la herida de dicho procedimiento era grande y su estado de salud delicado. Afirma que no se le ordenó tratamiento para evitar una posible infección, y que después de la cirugía le dieron salida. Sostiene que una vez en casa, la señora María Eugenia se volvió a complicar por lo que fue ingresada al Hospital Susana López, en donde refirieron al momento de tratarla que había sufrido una infección en el pulmón. Se narra también que la señora Avirama estuvo hasta el día 29 de diciembre de 2011, fecha en la cual fue finalmente remitida al Hospital Universitario San José, en donde le dieron de alta el día 25 de diciembre de 2011, entidad en donde solamente se le formuló al momento de su salida "acetaminofén" para el dolor, sin ningún antibiótico.

Se afirma que el día 29 de diciembre de 2011, dado al estado tan delicado en el que se encontraba la señora María Eugenia Avirama, se requería una atención urgente por nivel III, siendo negado su ingreso a la Clínica la Estancia y al Hospital San José por falta de camas.

El extremo procesal demandante asegura además que en la historia clínica se consignó que por error se ordenaron una serie de exámenes que no correspondían, y que los exámenes que hubieran podido haberse ordenado en aras de detectar alguna falla o riesgo posterior, no se practicaron.

Finalmente se refiere a que el día 30 de diciembre ingresa la señora Avirama al Hospital Universitario San José en malas condiciones y luego de varios días de tratamiento fallece el día 04 de enero de 2012.

La muerte de la señora María Eugenia A6virama, según se argumenta en la demanda, causó perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales a la parte accionante, cuya reparación se reclama a través de la presente demanda.

1.1.- Contestación de la demanda por parte del HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN (fls. 234-253 Cdno. Ppal. 2.)

El Apoderado del HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN, contestó oportunamente la demanda, manifestando que la señora María Eugenia Avirama Vásquez de 64 años de edad ingresó a dicha institución el día 30 de diciembre de 2011 remitida desde el Hospital Susana López de Valencia, con un postquirúrgico de una Colecistectomía realizada en dicho Hospital, el cual la remitió a las 14:35 horas. Manifiesta este extremo procesal que al parecer su remisión se debió a una complicación en el postquirúrgico, y que una vez llegó al Hospital San José fue recibida en la Unidad de cuidados intensivos donde le realizaron ventilación mecánica no invasiva, le iniciaron drogas para mejorar presión arterial, y le hicieron manejo adecuado para la complicación con la que ingresó.

Indica en síntesis, que la señora Avirama según la historia clínica, ingresó con un diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva descompensada, edema pulmonar, cardiopatía isquémica, con una evolución crítica con choque séptico, infección del sitio operatorio, hemicolectomia, peritonitis generalizada, todos estos según se afirma, siendo diagnósticos secundarios al procedimiento realizado 10 días antes en el Hospital Susana López de Valencia.

Asevera que dicha entidad estaba en óptimas condiciones para prestar el servicio, contando con disponibilidad de cama en UCI, hemoderivados sangre, plasma, plaquetas, medicamentos, ayudas diagnósticas, disponibilidad de quirófano, brindándosele a la señora María Eugenia en el campo tecnológico y desde el punto de vista del recurso humano todo lo que estaba al alcance de acuerdo al nivel de complejidad de dicha institución.

Con todo lo mencionado concluye que no existe nexo causal entre la conducta médica ejercida por la entidad hospitalaria y el daño indemnizable, por lo cual formuló la excepción de *"INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN A INDEMNIZAR"*.

1.2.- Contestación de la demanda por parte del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA (fls. 254-261 cdno. Ppal. 2.)

El Apoderado del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA, contestó oportunamente la demanda, manifestando que la señora María Eugenia Avirama se le brindó atención en dicha institución por servicio de urgencias el día 11 de

diciembre de 2011 a las 9:43 pm, anotándose en su historia clínica que era una paciente con antecedentes de litiasis vesicular" y "coledocolitiasis", con un cuadro de 7 horas de dolor abdominal tipo cólico, a nivel de epigastrio y sobre el hipocondrio derecho, con vómito en una oportunidad. Se afirma que ante dicha sintomatología, el médico general instauró tratamiento para el manejo del dolor y suministró líquidos endovenosos que requería la paciente, solicitando una serie de exámenes paraclínicos, como también solicitó valoración por el médico especialista en cirugía, valoración que se llevó a cabo en tiempo oportuno según afirma este extremo procesal.

Se afirma que la atención brindada en el Hospital Susana López de Valencia fue la debida en tiempo oportuno y atendiendo los protocolos correspondientes para la patología que aquejaba a la paciente, y que al momento de realizarle la cirugía a la señora Avirama se determinó por parte del personal médico tratante llevar a cabo el abordaje abdominal convencional utilizado para la colecistectomía, teniendo como hallazgos quirúrgicos que correspondían a patologías crónicas que afectaban el tracto digestivo (colon) y la vesícula biliar, a través de una comunicación entre ellos (fístula) la cual fue eliminada al igual que la reacción inflamatoria de los tejidos vecinos a esta (plastrón). Este extremo procesal, asiste que durante la hospitalización en postquirúrgico y antes de la misma el día 20 de diciembre de 2011, dicha entidad prestó una atención con un equipo médico interdisciplinario idóneo y utilizando las ayudas diagnósticas al alcance de una institución de segundo nivel de atención.

Con todo lo mencionado concluye que no existe nexo causal entre la conducta médica ejercida por la entidad hospitalaria y el daño indemnizable, por lo cual formuló las excepciones de *"LA INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD" e "INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL"*.

1.3.- Contestación de la demanda por parte de la entidad llamada en Garantía- LA PREVISORA S.A. Compañía de Seguros (folios 82-120 C. Llamamiento)

LA PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, como llamado en garantía dentro de esta actuación, al contestar la demanda manifestó que se opone a cada una de las pretensiones, por cuanto aduce que la labor profesional por parte de los galenos que trataron a la señora María Eugenia Avirama en el Hospital Susana López de Valencia, fue idónea, por cuanto se desprende de la historia clínica que el seguimiento realizado a la paciente por dicha institución fue constante y continuo y el tratamiento médico prescrito se hizo de manera oportuna y ajustada a los cánones de la Lex artis.

Así mismo, argumenta que los requisitos que acreditarían una responsabilidad de orden administrativa en el presente caso que identifique una falla del servicio por parte del Hospital Susana López, no están reunidos.

Propuso las excepciones que denominó: *"Inexistencia de la relación de causalidad"; "Cumplimiento de los deberes de diligencia y cuidado"; "Ausencia de responsabilidad conforme a los preceptos legales"; "Exoneración por cumplimiento de la obligación de medio"; "Aplicación de los protocolos"; "Las meras expectativas no son indemnizables"; "Juramento estimatorio", y "Carga de la prueba de los perjuicios sufridos"*.

2. Relación de etapas surtidas

La demanda se presentó el día 28 de marzo de 2014 (fl. 206) y se cumplió con las ritualidades propias del proceso, así: mediante auto interlocutorio No. 348 de

21 de abril de 2014 fue inadmitida, para luego ser corregida y admitida a través de auto de fecha 07 de mayo de 2014 (fls. 221-223), se notificó a las entidades accionadas en debida forma (fls. 226-231) y de las excepciones propuestas tanto por el Hospital Susana López de Valencia como del Hospital Universitario San José de Popayán se corrió traslado a la parte accionante (fl. 341-343), quien se pronunció frente a las mismas (fls. 344-345).

Luego se fijó fecha para audiencia inicial (fl. 346), la cual se celebró el día 08 de abril de 2016 en la que además de otras actuaciones, se fijó el litigio y se abrió el proceso a pruebas (fls. 359-365), citando para audiencia de pruebas, la cual se realizó el día 10 de agosto de 2016 (fls. 382-384), diligencia donde se recaudó el material probatorio allegado hasta ese momento y se suspendió hasta el día 26 de julio de 2017, audiencia en la que se prescindió de la audiencia de alegaciones y juzgamiento previo a dictar sentencia, dando la oportunidad a las partes para que por escrito presenten sus alegatos de conclusión (fls. 415-416).

2.1.- Los alegatos de conclusión presentados por las partes

2.1.1.- De la parte demandante (fls. 436-443)

Previa reiteración de los hechos de la demanda, el apoderado de la parte accionante afirma, en síntesis, que en el caso sub judice logró probar con las pruebas recaudadas que en la atención hospitalaria recibida por la señora María Eugenia Avirama existieron demoras a la hora de practicarle el examen CEPRE. Que una vez practicada la cirugía a la cual fue sometida la paciente, no se les informó a los familiares que habían perforado el intestino delgado. También alega que los médicos omitieron realizar un chequeo para los resultados de la cirugía.

Así mismo alega que dado a las condiciones tan delicadas en las que se encontraba la paciente, no se le debió de dar de alta puesto que según la historia clínica, hasta el día 25 de diciembre existía una sospecha de trombo embolismo pulmonar y formación de coágulos en las piernas, y que a pesar de dicha orden, no se ordenaron medicamentos para evitar una posible infección.

De esta forma, solicita se despache de manera favorable las pretensiones del caso bajo estudio.

2.1.2.- Del Hospital Susana López de Valencia (fls. 423-435)

La apoderada de este extremo procesal demandado en esta etapa procesal argumenta que dentro del presente caso no se estructura responsabilidad en cabeza de su representada, puesto que no se logró probar la existencia de nexo causal entre el daño alegado y el accionar de dicha entidad. Refiere que la señora María Eugenia Avirama era una paciente de 67 años que consultó en el Hospital Susana López por el servicio de urgencias el día 11 de diciembre de 2011, quien según la historia clínica tenía antecedentes de litiasis vesicular y coledocolitiasis, con un cuadro de 7 horas de dolor abdominal, tipo cólico a nivel del epigastrio y sobre el hipocondrio derecho, con vómito en una oportunidad, sensación de escalofrío y con coluria, ante lo cual se afirma el médico general instauró tratamiento para el manejo del dolor y suministró líquidos endovenosos y se ordenó una serie de exámenes paraclínicos.

Se dice que una vez practicados los exámenes ordenados, se definió conducta médica a seguir, en la que se evidenció la necesidad de realización del procedimiento denominado "colangiografía retrograda trasduodenal", la cual había sido solicitada inicialmente por el servicio de consulta externa y por la especialidad de cirugía general de dicha institución el día 11 de noviembre de

2011, en razón a que según este extremo procesal, la paciente anteriormente tenia manifestaciones de patología hepatobiliar.

Se argumenta que el procedimiento quirúrgico que se le practicaría a la paciente era inicialmente utilizando la técnica de Laparoscopia, pero que hasta el momento de llevarla a cabo y ante los hallazgos, se determinó por parte del personal médico tratante, que debía realizarse el abordaje abdominal convencional utilizado para la colecistectomía, en donde se encontró como hallazgos quirúrgicos que correspondían a patologías crónicas que afectaban el tracto digestivo (colon) y la vesícula biliar, a través de una comunicación entre ellos (fistula) la cual fue eliminada, al igual que la reacción inflamatoria de los tejidos vecinos a esta (plastrón), situación por la cual el tiempo se cirugía se prolongó.

La representante judicial de este extremo procesal aduce que para el día 25 de diciembre de 2011, dado a la evolución favorable que había presentado la paciente, se le dio de alta por cirugía con recomendaciones como la orden de controles por consulta externa con cirugía general y medicina interna con resultado de ecocardiograma. Destaca que la salida de la paciente fue motivada porque cumplía con los criterios para dar de alta y porque su estado de salud mostraba franca recuperación.

Se menciona que posteriormente, el día 29 de diciembre de 2011, la paciente María Eugenia Avirama reingresa a dicha institución hospitalaria en donde recibió atención por parte del grupo de médicos cirujanos y se solicitó interconsulta por especialidad en medicina interna en atención al cuadro clínico, quien fue trasladada a emergencias, siendo remitida a III nivel de atención.

Así mismo, esta parte alega que en cuanto a la patología que aquejaba a la señora Avirama, resalta que la presencia de la fistula del colón hacia la vesícula, es una patología con una incidencia de presentación muy baja y que usualmente la evolución a pesar del manejo adecuado que se le haya dado es incierta, debido a que el tejido que se manipula presenta varias características que predisponen una mala cicatrización. Afirma que el desarrollo de complicaciones no es imputable al accionar de la entidad que representan, argumentando que la ciencia médica tiene sus limitaciones, y que dichas complicaciones constituyen contingencias aleatorias de las patologías.

2.1.3.- Del Hospital Universitario San José de Popayán

El apoderado del Hospital Universitario San José de Popayán guardó silencio en esta etapa del proceso.

2.1.4.- De la Previsora Compañía de Seguros S.A. (fls. 445-472)

La apoderada de la entidad llamada en garantía presentó sus alegatos y en síntesis adujo que del análisis de la histórica clínica de la señora María Eugenia Avirama se concluye que el comportamiento de los galenos que la atendieron estuvo ajustado al manejo humanamente posible, y que la parte actora no logró demostrar cuál fue la falla en la prestación del servicio médico.

Argumenta que la Previsora S.A-Compañía de seguros, en cumplimiento de las obligaciones del contrato de seguros solo responderá en caso de sentencia condenatoria, en concurrencia del valor asegurado en la póliza No. RC Profesional clínicas y hospitales No. 1001242 suscrita con el Hospital Susana López de Valencia, con vigencia en los años 2011 a 2014.

2. CONSIDERACIONES:

2.1.- Caducidad y procedibilidad del medio de control:

La demanda se presentó el día 28 de marzo de 2014 (folio 206 C. Ppal.) y los hechos fundamento del litigio acaecieron el día 04 de enero de 2012, por lo que la demanda fue presentada en tiempo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 164 numeral 2 literal J del CPACA, ya que si bien éste se precisa desde el día 5 de enero de 2012, hasta el 5 de enero de 2014, tenemos que se presentó solicitud de conciliación el día 2 de enero de 2014 (folio 11), con lo cual se le suspendió el término de caducidad por 03 días, y que se expidió constancia de conciliación prejudicial el día 27 de marzo de 2014, de manera que la demanda debía presentarse hasta el día 31 de marzo de 2014, y ello ocurrió el día 28 marzo de 2014 como se verifica a folio 206.

Por la naturaleza del medio de control y el lugar de los hechos, el Juzgado es competente para conocer de este asunto en primera instancia conforme a lo previsto en los artículos 140 y 155 # 6 de la Ley 1437 de 2011.

2.2.- Problemas Jurídicos

2.2.1. Problema jurídico principal

En audiencia inicial dispuso este Despacho que el problema jurídico se centraría en determinar si las entidades demandadas Hospital Susana López de Valencia y el Hospital Universitario San José de Popayán, incurrieron en una falla en el servicio médico, en la atención médica recibida por la señora María Eugenia Avirama Vásquez que terminó con su muerte, y si en virtud de ésta hay lugar a declararlas administrativamente responsables y condenarlas al pago de los perjuicios alegados. Asimismo, establecer si hay lugar a que prospere el llamamiento en garantía que formuló el Hospital UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E. frente a LA PREVISORA S.A.

2.2.2. Problemas jurídicos asociados

(i) ¿Cuál es título de imputación bajo el cual debe resolverse la responsabilidad del Estado en el presente caso?

(ii) ¿En el caso sub examine se logró probar la existencia de una falla en el servicio en la prestación del servicio de salud a la señora María Eugenia Avirama?

2.3. Tesis

El Juzgado denegará las pretensiones de la demanda, en la medida en que, del material probatorio aportado no se desprende la relación causal fáctica y jurídica eficiente entre la muerte de la señora María Eugenía Avirama y la atención por ella recibida tanto en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E como en el Hospital Universitario San José.

Se sustentará la tesis sobre los siguientes argumentos: **(i)** Lo probado en el proceso, **(ii)** El daño antijurídico y **(iii)** Título de imputación aplicable en asuntos de Responsabilidad médica Estatal.

2.4. Razones de la decisión

PRIMERA.- Lo probado en el proceso

En la audiencia inicial, celebrada el día 08 de abril de 2016 (fls. 359-365 Cdno. Ppal.), con base en la demanda, las contestaciones presentadas por el HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA y el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN y los documentos aportados, entre ellos la historia clínica de la señora María Eugenia Avirama Vásquez, se acordaron como probados los siguientes hechos:

- De acuerdo con el registro civil de nacimiento de la señora María Eugenia Avirama Vásquez, era hija de la señora Elena Vásquez y del señor Pedro León Avirama Mazabuel, según registro civil que obra a folio 13 del expediente.

- De acuerdo con la copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento con Indicativo Serial No. 6587942, que obra a folio 14 del expediente, el señor LUIS OLAVER AVIRAMA, identificado con cédula de ciudadanía No. 10.548.508, es hijo de la señora MARIA EUGENIA AVIRAMA VASQUEZ (q.e.p.d.) (Folio 14 del Cuaderno Principal).

- Conforme a la copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento con indicativo serial No. 9566081 que obra a folio 15 del expediente, el señor DARIO ALBERTO AVIRAMA, identificado con cédula de ciudadanía No. 76.314.255, es hijo de la señora MARIA EUGENIA AVIRAMA VASQUEZ (q.e.p.d.).

- Conforme a la copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento con indicativo serial No. 9075898, que obra a folio 16 del expediente, la señora MARIA DEL CARMEN AVIRAMA, identificada con cédula de ciudadanía No. 34.569.435, es hija de la señora MARIA EUGENIA AVIRAMA VASQUEZ (q.e.p.d.).

- Según copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento con indicativo serial No. 9075899 que obra a folio 17 del expediente, la señora ELEYDI PATRICIA AVIRAMA, identificada con cédula de ciudadanía No. 34.568.170, es hija de la señora MARIA EUGENIA AVIRAMA VASQUEZ (q.e.p.d.).

- Conforme a la copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento con indicativo serial No. 5792732, que obra a folio 18 del expediente, la señora ALICIA AVIRAMA VASQUEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 34.321.715, es hermana de la señora MARIA EUGENIA AVIRAMA VASQUEZ (q.e.p.d.), (fl.13).

- Según copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento con indicativo serial No. 31975805 que obra a folio 21 del expediente, el menor DUBAN ESTIBEN AVIRAMA CERON, identificado con NUIP 1.002.963.431, es hijo del señor DARIO ALBERTO AVIRAMA y por lo tanto nieto de la señora MARIA EUGENIA AVIRAMA VASQUEZ (q.e.p.d.).

- De acuerdo a la copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento con Indicativo Serial No. 5792557, que obra a folio 22 del expediente, el menor JOSE JULIAN LAME AVIRAMA, identificado con NUIP 1.002.955.896, es hijo de la señora ELEYDI PATRICIA AVIRAMA y por lo tanto nieto de la señora MARIA EUGENIA AVIRAMA VASQUEZ (q.e.p.d.).

- De acuerdo a la copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento con Indicativo Serial No. 25847250, que obra a folio 23 del expediente, la menor YESIKA ALEJANDRA LAME AVIRAMA, es hija de la señora ELEYDI PATRICIA AVIRAMA y por lo tanto nieta de la señora MARIA EUGENIA AVIRAMA VASQUEZ (q.e.p.d.).

- Según copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento con indicativo serial No. 51408718, que obra a folio 19 del expediente, la señora ARACELI VASQUEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 34.527.021, es hermana de la señora MARIA EUGENIA AVIRAMA VASQUEZ (q.e.p.d.).

- Conforme a la copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento con indicativo serial No. 620704, que obra a folio 20 del expediente, el señor PEDRO ANTONIO AVIRAMA MANQUILLO, identificado con cédula de ciudadanía No. 10.543.849, es hijo de la señora MARIA EUGENIA AVIRAMA VASQUEZ (q.e.p.d.).

- De acuerdo a la copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento con Indicativo Serial No. 13614979, que obra a folio 24 del expediente, la señora ANGELICA TATIANA AVIRAMA CHONG, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.061.720.760, es hija del señor LUIS OLAVER AVIRAMA y por lo tanto nieta de la señora MARIA EUGENIA AVIRAMA VASQUEZ (q.e.p.d.).

- De acuerdo a la copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento con Indicativo Serial No. 19378548, que obra a folio 25 del expediente, la señora LUISA MARIA AVIRAMA CHONG, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.061.767.372, es hija del señor LUIS OLAVER AVIRAMA y por lo tanto nieta de la señora MARIA EUGENIA AVIRAMA VASQUEZ (q.e.p.d.).

<u>En cuanto a los hechos de la demanda:</u>

- A folio 12 del expediente obra copia del Registro Civil de Defunción con indicativo serial No. 6861692 de la señora MARIA EUGENIA AVIRAMA VASQUEZ, con fecha de defunción el día 4 de enero de 2012.

- A folios 26 a 75 del expediente, obra copia de la historia clínica de la señora MARIA EUGENIA AVIRAMA VASQUEZ, elaborada por el HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA, en la cual entre otras prescripciones médicas, se consignó:

  FECHA: *11/11/2011*[1]
  HALLAZGOS: *Refiere desde hace un mes dolor abdominal en epigastrio, lo refiere como tipo cólico, no fiebre, no diarrea, ocasionalmente orina colurica que ha mejorado.*

  *"**FECHA DE INGRESO:** 29/11/2010.*[2]
  HORA DE INGRESO: *10:49 P.M.*
  MOTIVO DE CONSULTA: *Dolor en la boca del estómago.*
  ENFERMEDAD ACTUAL: *Hoy 4 PM inicia dolor epigastrio tipo ardor, que se intensifica hace tres horas irradiadas en banda, vómito en 2 ocasiones bilioso (...), intolerancia al café, grasas (...).*
  Refiere inicio de gastritis hace 2 meses.

[1]Folio 28 del Cuaderno Principal.
[2]Folios 26 a 27 Ibídem.

FECHA: *30/11/2010*[3]
EVOLUCION: *Presenta mejoría del dolor el cual ha cedido casi completamente (...), se da salida con omeprazol y control por consulta externa del nivel I.*

FECHA: *11/12/2011*[4]
ENFERMEDAD ACTUAL: *Dolor abdominal. Paciente con antecedentes de litiasis vesicular y coledocoliatisis, cursa con cuadro de 7 horas de dolor abdominal tipo cólico a nivel epigastrio y sobre el hipocondrio derecho, vomitó en una oportunidad, sensación de escalofrío, refiere coluria.*
Valoración por cirugía general.

Indicaciones Médicas

Nada vía oral
Camilla con barandas en alto y acompañante permanente
SSN. 0.9% 500 CC en bolo y luego 1000 cc para cada 12 horas
Ranitidina AMP 50 MP Aplicar 1 AMP EV cada 8 horas
SS Paraclínicos
Valoración por cirugía general

Medicamentos solicitados
Sodio Cloruro por 09% solución inyectable Urg
Ranitidina clorhidrato por 50 miligramos/2ml de base solución inyectable

Exámenes solicitados

Cuadro Hematico o hemograma hematocrito y leucograma
Parcial de orina incluido sedimento
Creatinina en suero orina y otros
Fosfatasa alcalina
Valoración inicial intrahospitalaria por el especialista tratante del paciente ingresado para est por cirugía general.

(...)

Antecedentes

Médicos: HTA con TTO con amlodipino 5 mg cada 12 horas, HCTZ 1 día, ASA 1 día.

Subjetiva:
Paciente dice que desde hace dos meses de evolución, hay dolor localizado en el epigastrio de 4 horas de evolución, no refiere irradiación a la espalda, asociado a vómito en una ocasión, refiere coluria, no acolia, acude a este servicio, la paciente ha sido valorada en el servicio de consulta externa por esta especialidad y se le solicitaron unos exámenes, ya tiene la orden de apoyo, pero se le solicitó un CPER, al parecer le dieron una orden de apoyo para endoscopia de vías digestivas altas.

Objetiva:
Regular estado general, despierta, consiente y orientada.
Cardiopulmonar normal.
Abdomen blando, dolor a la palpación en el epigastrio e hipocondrio derecho, signo de Murphy +, en epigastrio se ausculta un soplo hilo sistólico grado II, no se palpa masas.

Análisis:

[3]Folio 27 Ibídem.
[4]Folios 29 a 31 Ibídem.

Cuadro de colecistitis por colelitiasis + coledocolitiasis con soplo en abdomen superior

Plan:
Se solicita ECO de abdomen por presencia de soplo en abdomen superior, se solicita nuevamente CPER terapéutico, para trámite ante la empresa. Observación y analgesia.

Diagnostico:
Calculo de conducto biliar con colecistitis

Fecha: 12/12/2011[5]
(...)

Objetiva
No cuento con informe escrito de la ECO, pero en transcripción ambulatoria se documentó Coledocolitiasis, abdomen con leve dolor a la palpación profunda en epigastrio, ventila ambos campos pulmonares, fosfatasa alcalina elevada

Paciente con DX imagenologico de coledocolitiasis en el momento. Sintomática se solicitó nueva Eco que esta pendiente
Igualmente requiere CEPER, se hace orden
(...)

Fecha 13/12/2011[6]
(...)

Subjetiva:

Cirugía general Dr. Ruiz
Paciente con diagnóstico de cálculo en conducto biliar, actualmente refiere encontrarse asintomática, tolerando adecuadamente la vía oral, no dolor, no fiebre.

Objetiva: Al examen físico se encuentra paciente alerta orientada sin aparente déficit motor ni sensitivo (...) abdomen: blando depresible peristaltismo presente, no signos de irritación peritoneal, no dolor a la palpación (...)

Análisis
Paciente con dolor abdominal, que en ecografía hepática se documenta coledocolitiasis

Plan
Pendiente CPER y posterior COLELAP
Hospital

Diagnostico:
Calculo de conducto biliar con colecistitis

Historia clínica Evolución anexa-Nota intermedia:
Pte quien ingresa desde urgencias con DX de coledocolitiasis, en espera de realización de CPERE. Pte. Ha recibido vía oral, abdomen blando, anicterica. Cardiopulmonar normal. No edemas de miembros inferiores. Solo tiene pendiente solicitar la cita para el CEPRE, por lo cual previendo que se pueda realizar mañana se deja con dieta líquida.

Fecha 14/12/2011[7]

Subjetiva:

[5]Folios 32-33 del Cuaderno Principal
[6]Folios 34 a 35 Ibídem.
[7]Folios 35 reverso a 37 Ibídem.

Paciente con DX colecsitocoledocolitiasis, en el momento manifiesta sentirse bien, no dolor abdominal

Objetiva:
No SRIS
Abdomen completamente negativo
No Fiebre
No ictericia

Analisis
Conducta definida, CPER y posterior COLELAP en espera de turno
(...)
Indicaciones médicas:
Susp LEV, dejar sello de heparina, deambulación, pendiente CEPR.

FECHA 15/12/2011[8]

Subjetiva
Paciente con DX, Colecsitocoledocolitiasis, en el momento manifiesta sentirse bien, no dolor, tolerando vía oral, no vómito, no fiebre, no ictericia.
Objetiva:
Paciente estable hemodinamicamente, no signos de respuesta inflamatoria sistémica, mucosas rosadas y húmedas. Cardiopulmonar: Corazón rítmico, sin soplos. Pulmones limpios bien ventilados. Abdomen: Blando depresible, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal (...)

Indicaciones médicas:

Suspender líquidos endovenosos y raniditidina endovenosa, Dejar con sello de heparina, buscapina cada 8 horas endovenosa si hay dolor, omeprazol 20 mg día, pendiente CPRE, resto igual.

(...)

Fecha 16/12/2011[9]
(...)

Análisis

Paciente que tiene diagnóstico de Colecsitocoledocolitiasis, en espera de CPRE, se complementó el perfil hepático, se revisa cuadro hemático el cual muestra Leucocitosis y Neutrofilia aunque la paciente no ha presentado signos infecciosos si tiene Neutrofilia asociado a obstrucción de la vía biliar por lo que se podría tratar de colangitis no toxica por lo que se decide iniciar antibiótico ampicilina sulbactam 3 GR cada 6 horas (creatinina 0.5)

(...)

Fecha 17/12/2011[10]

Subjetiva

Cirugía general Dr. Acosta-Dra. Londoño R2
Paciente con diagnóstico de Colelitiasis-Colecistitis aguda. Coledocolitiasis resuelta por CPRE.
Dice sentirse bien, niega dolor abdominal. No ha presentado Emesis.

Objetiva

[8]Folios 37 reverso a 39 Cuaderno principal.
[9]Folios 39 reverso a 40 Ibidem.
[10]Folios 41 a 42 Ibidem.

Aparente buen estado general, anicterica, auscultación cardiopulmonar normal, abdomen blando, depresible, peristaltismo presente, no doloroso a palpación, No irritación peritoneal, resto Normal.

Análisis.

Se realizó CPRE ayer con extracción de cálculo de colédoco, sin complicaciones. Paciente con evolución clínica favorable, sin signos de irritación peritoneal, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica.

Plan
Dieta líquida sin lácteos, si tolera dar dieta blanda, hipograsa; turno para programar COLELAP-Consentimiento informado.

Diagnostico:
Calculo de la vesícula biliar con Colecistitis aguda

Indicaciones médicas:
Dieta líquida sin lácteos, si tolera dar dieta blanda, hipograsa, turno para programar COLELAP-Consentimiento informado

(...)

FECHA: *20/12/2011*[11]
INTERVENCION PRACTICADA: *Laparoscopia diagnostica, liberación de adherencias.*

HALLAZGOS OPERATORIOS Y DEL PROCEDIMIENTO:

Plastrón subhepatico con estómago, omento mayor, colon transverso, fistula colovesical, Vesícula con cálculos múltiples en su interior.
Procedimiento: Mediante técnica americana se introduce puerto 12 MM Umbilical, neumoinsuflacion, se introduce puerto 12 MM epigástrico y dos de 5 MM sobre hemiabdomen derecho, Hallazgos, ante la alteración anatómica se decide convertir a cirugía abierta, Laparotomía mediana supra umbilical, liberación de adherencias, platron subhepatico, se identifica fistula colovesicular, la cual se reseca, Sutru (SIC) de colon con VICRYL 3 0 en dos planos, disección triangulo de CALOT, ligadura de conducto y arteria cística, colecistectomía cistofundica, hepatorrafia con cromado 0, lavado 1000 cc verificación de hemostasia, cierre por planos, Aponeurosis con VICRIL 0, piel con prelene 3 0

DIAGNOSTICO: *Colecistitis crónica.*
Cuidado posterior a la cirugía no especificado.

Medicamentos:
Ampicilina sódica+ Sulbactam por 1 gramo+0.5 gramos polvo para inyección, dos frascos cada 6 horas, Dipirona 2.5 gramos en 5 ML solución inyectable 1 cada 6 horas, sodio cloruro por 09% solución inyectable 3000 cc para 24 horas, ranitidina clorhidrato por 50 miligramos/ 2ML de base solución inyectable 1 cada 12 horas; tramadol clorhidrato por 50 miligramos/ 50 miligramos/ ML solución inyectable 25 mg cada 6 horas; Metroclopramida clorhidrato por 10 miligramos /2 ml de base solución inyectable.

(...)

Historia Clínica Evolución Anexa –Nota intermedia

Paciente con diagnóstico y manejo anotado, Novedades: Mejoría clínica (...) la paciente refiere sentirse mejor, está tranquila (...) Abdomen: no aumenta la distensión, blando, disminuye dolor. SNG produce escaso líquido bilioso aprox 150 cc (...)

[11] Folios 45 reverso a 49 del Cuaderno principal

Diagnostico

Cálculo de conducto Biliar con colecistitis; Cálculo de la vesícula biliar con otra colecistitis; Colecistitis crónica; Cuidado posterior a la cirugía, no especificado.

(...)

Fecha 21/12/2011[12]

Historia clínica Evolución Anexa-Nota intermedia

Paciente de 64 años a quien se le realizó cirugía el día de ayer con hallazgos: Plastron subhepatico con estómago, fistula colovesicular, vesícula con numerosos cálculos, cístico de 0.8 cm, via biliar de 1.5 cm. El día de hoy se encuentra con leve dolor y en mejores condiciones generales, sin SRIS, continua igual manejo instaurado

(...)

Fecha: 22/12/2011[13]

Subjetiva
Cx Gral Dr. Acosta. Dr Medina R 3
Dx POP 2do dia de colelaparo conversión por SD adherencia más fistula colecisto colonica, colecistectomía más hepatorrafia. Eventos: aun con dolor abdominal pero no constante, no Emesis, tolera la via oral.

Objetiva
Mucosas semirosadas, húmedas, C/P Normal, abdomen heridas suturadas, limpias, no deshiscencia, sin signos de irritación de irritación peritoneal dolor a la palpación profunda en hemiabdomen superior

(...)

FECHA: 23/12/2011[14]
Paciente en buenas condiciones generales, hidratado, con adecuada evolución clínica, abdomen blando depreciable sin signos de infección, herida quirúrgica limpia.

Subjetiva:
Paciente en buenas condiciones generales, hidratado, sin SRIS, sin déficit, con adecuada evolución clínica, abdomen blanco depresible, sin signos de infección local, herida quirúrgica limpia, tolera vía oral
Análisis:
Paciente con buena evolución clínica pero paraclínicos alterados, al examen físico pulmonar no se encuentran hallazgos sugestivos de neumonía por lo cual no se solicita radiografía de tórax, se ordena parcial de orina para identificar foco infeccioso, mañana cuadro hemático y PTC de control.

DIAGNOSTICO: *Abdomen agudo. Cuidado posterior a la cirugía, no especificado.*

Indicaciones médicas

Se solicita parcial de orina, se solicita mañana cuadro hemático y PTC de control. Continua igual manejo.

(...)

[12]Folios 49 reverso a 52 Ibídem.
[13]Folios 52 reverso a 54 del Cuaderno principal
[14]Folios 54 reverso a 57 Ibídem.

Medicamentos

Ampicilina sódica+ sulbactam por 1 gramo + 0.5 gramos polvo para inyección, 3 gramos endovenoso lentos diluidos cada 8 horas; acetaminofén por 500 miligramos tableta, 1 gramo oral cada 6 horas, sodio cloruro por 09% solución inyectable, diluciones

Historia clínica Evolución anexa-Nota intermedia

Se corrige formulación: la ampicilina sulbactam es 3 gramos cada 6 horas, el acetaminofén es 1 gramo cada 8 horas, resto igual.

FECHA: 24/12/2011[15]
Subjetiva
"Me siento mejor"

Objetiva
Paciente en postquirúrgico de Colelap convertida a cirugía abierta por fistula colovesicular quien ha permanecido hemodinamicamente con taquicardia y tendencia a la desaturacion, la paciente es hipertensa crónica en manejo con parcial adherencia. Examen físico: Cardio pulmonar: Ritmo de galope S3 presente, no estertores. Abdomen: Áreas quirúrgicas sin sangrado ni secreción, hoy completa cuarto de cirugía, no distención abdominal, no irritación peritoneal. Uroanalisis: Proteínas y Leucocituria, no bacterias. Hemograma Neutrofilia, anemia sin criterio de transfusión. Paciente con buena evolución clínica desde el punto de vista quirúrgico, pero encuentra ritmo de galope y esto me puede explicar la taquicardia persistente que describen e incluso la desaturacion, no tiene foco infeccioso.

Plan
Solicito valoración por Md. Interna.

Diagnostico
Cuidado posterior a la cirugía, no especificado. Valoración por Md. Interna.

Medicamentos
Sodio cloruro por 09% solución inyectable
Ampicilina sódica+ Sulbactam por 1 gramo+0.5 gramos polvo para inyección 3 gr, EVL cada 8 horas; acetaminofén por 500 miligramos tableta 1gr, VO, cada 8 horas; Dipirona 2.5 gramos en 5ML solución inyectable

Exámenes:
Electrocardiograma para hoy, Cama 206 C, Tórax PA O PAY Lateral reja costal, falla cardiaca a estudio.

(...)

Subjetiva (Valorada por medicina interna):
Paciente de 64 años, DX POP de Colelap-Conversión por SD Adherencial mas fistula Colecisto colonica. Colecistectomía mas hepatorrafia. Ha presentado dificultad respiratoria con necesidad de 02 por canula, es hipertensa en Tto previo con amlodipino, ha tenido cifras de TA normal en la estancia hospitalaria.

Objetiva:
Afebril, sin tirajes, sin ingurgitación yugular, corazón rítmico, sin soplos, taquicardica, pulmones con escasos estertores crepitantes de predominio derecho sin edema de MS IS, consiente, orientada, sin déficit motor. SS Rx de torax que muestra prominencia del ventrículo izquierdo, imagen hipodensa en base derecha, borramiento del ángulo costofrenico en RX lateral, no observo

[15]Folios 57 reverso a 60 del Cuaderno Principal

congestión pulmonar. ECG: Taquicardia sinusal, presencia de onda Q en DIII (ya estaba en ECG de ingreso) T invertida en DIII.

Análisis:
Paciente en POP de Colelap con cuadro de dificultad respiratoria y desaturacion, con taquicardia, sin profilaxia para TVP, se plantea tromboembolismo pulmonar, falla cardiaca?

Plan:
Se solicita ecocardiograma, SS gammagrafía de ventilación perfusión, SS TP TPT, considerar anticoagulación formal.

Exámenes

Ecocardiograma modo M bidimensional y Doppler color; protrombina tiempo pt; tromboplastina tiempo parcial ptt

FECHA: *25/12/2011*[16]

EVOLUCION:
OBJETIVO: Paciente ambulatoria, comiendo bien, buen estado general y con deposición y diuresis espontanea normales, corazón rítmico, sin soplos, pulmones con escasos estertores en ambas bases posteriores, abdomen sin distención, bien depresible, sin signos de irritación peritoneal, miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

PLAN: ***Alta con analgesia****, recomendaciones de signos de alarma, curaciones, retiro de puntos en primer nivel de atención, valoración por médico general en este hospital o en su primer nivel de atención en 4 días y por cirujano en 18 días con la patología. Control por internista con reporte de ecocardiograma.*

Indicación Médica:
ALTA

Medicamentos:
Acetaminofén por 500 miligramos tableta

Exámenes
H Estancia general adultos interv valoración ambulatoria por internista, prioritaria con reporte de ecocardiograma.

FECHA DE INGRESO: *29/12/2011*[17]
MOTIVO DE CONSULTA: *Salida de líquido por la herida más diarrea.*
ENFERMEDAD ACTUAL: *Paciente a quien se dio egreso de esta institución hace 4 días en tratamiento con acetaminofén, actualmente cuadro de 24 horas de dolor abdominal, tipo cólico difuso asociado a salida de líquido amarillento fétido por sitio de sutura, refiere además deposiciones diarreicas liquidas en múltiples ocasiones con moco, no sangre, no fiebre, no nauseas, no otro síntoma.*
DIAGNOSTICO: *Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. Insuficiencia cardiaca congestiva.*
PLAN: *Trasladar a emergencia.*
INTERVENCION PRACTICADA: *Inserción de catéter venoso central subclavio derecho. (Hora inicio: 13:50 - Hora terminación: 14:10).*
DESCRIPCION DE HALLAZGOS OPERATORIOS: *Clavícula derecha ancha, paciente con cifras tensiones limítrofes.*
DIAGNOSTICO: *Infección bacteriana de origen abdominal no especificada. Insuficiencia cardiaca congestiva.*
PLAN: REMISION III NIVEL.

(...)

---

[16] Folio 61 del Cuaderno Principal
[17] Folios 62-70 Ibidem.

ANALISIS

Paciente en POP Reciente, en el momento con signos de falla cardiaca descompensada, con cuadro de dificultad respiratoria en quien no se descarta la posibilidad de TEP y sospecha de sepsis de origen abdominal

Plan

- *Trasladar a emergencia*
- *Nada vía oral*
- *O2 por cánula nasal para mantener oximetrías mayores a 90%*
- *Alistar para paso de CVC para corrección hidroeléctrica*
- *Piparacilina Tazobactam 1 Amp IV cada 6 horas*
- *Dipirona 1 Amp IV cada 6 horas*
- *Raniditina 1 AMP IV cada 8 horas*
- *Fraxiparina 0.3 MG cada 12 horas SC*
- *Furosemida AMP X 20 MG, aplicar 10 MG IV cada 6 horas*
- *Lev D5% en SSN 40CC/H*
- *En 500 CC de Hartman, mezclar 2 ampollas de katrol, pasar por CVC, por BIC a 60CC/H*
- *SS RX torax PA y lateral, electrocardiograma, TP, TPT, gases arteriales y gases venosos*
- *Cruce y reserva de 2UGR*
- *SS Valoración por medicina interna*
- *Remisión urgente a nivel III (Paciente que requiere manejo en UCI)*
- *Sonda vesical a cistoflo-cuantificar diuresis*
- *Monitoreo Continuo de signos vitales, PVC cada 6 horas, medir PIA cada 6horas*

Diagnostico
Otras septicemias especificadas (principal)
Sepsis origen abdominal
Insuficiencia cardiaca congestiva
Embolia pulmonar con mención de corazón pulmonar agudo

FECHA: *30/12/2011*
HORA: *1:19 P.M.*
DIAGNOSTICO: *Insuficiencia cardiaca congestiva. Embolia pulmonar sin mención de corazón pulmonar agudo.*

- A folios 78 a 97 del expediente, obra copia de la historia clínica de la señora MARIA EUGENIA AVIRAMA VASQUEZ, elaborada por el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE, en la cual entre otras prescripciones médicas, se consignó:

INGRESO: *30/12/2011*
DIAGNOSTICO DE INGRESO: *Falla cardiaca, edema pulmonar, shock. Colecistectomía quien se encuentra hospitalizada, presenta dificultad respiratoria. (...) fue manejada en HSLV, con tratamiento antibiótico y analgésico, paciente sin antecedentes previos, días antes de su egreso se torna con taquicardia (...), la paciente no tenía disnea, ni dolor torácico, se dio salida ante la buena evolución de la paciente, al 4 día pos egreso, la paciente se torna disneica de forma progresiva con fatigabilidad, dolor abdominal y distensión, ingresa al HSLV con disnea en edema pulmonar, con ritmo de galope, dolor abdominal, se sospechó que la paciente cursara una descompensación de una falla cardiaca.*
Intervención quirúrgica por laparotomía (2/1/2012).

31/12/2011[18]
(...)

[18]Folio 83 Cuaderno Principal

Análisis clínico
Paciente con proceso cardiaco de base, con edema pulmonar, sin fiebre, recibiendo antibiótico por foco de pared abdominal con ISO, en destete de nitroglicerina, persiste hipoxemia por su edema pulmonar, pero más compensada, no ha requerido VMNI.

Plan de manejo integral y monitoreo

Soporte y monitoria: Goteo por nitroglicerina, continuar ATB, con reposición de potasio por desequilibrio hidroeléctrico

01/01/2012[19]

Valoración clínica
Insuficiencia Cardiaca congestiva
Edema pulmonar
Cardiomiopatia isquémica
Otros estados posquirúrgicos especificados
Schock séptico

(...)

Análisis Clínico
Paciente hipoxemica con P02 50 con PAFI 77 a pesar de VMNI taquipneica con uso de músculos accesorios, hemodinamicamente inestable requiriendo inicio de vaso activo e infusión de bolo de coloide ahora con pico febril aunque una F cardiaca descompensada puede darla correlacionándola con demás paraclínicos se decide policulivarla. Además se realiza intubación orotraqueal revia sedación profunda con Fentanyl 100 (...)".

02/01/2012[20]

"Análisis clínico
Pacte en malas condiciones, altos requerimientos de vaso activos, falla renal, soporte ventilatorio, hemorragia digestiva

Intervención practica: Drenaje peritonitis generalizada, lavado peritoneal, postquirúrgico, sección adherencias peritoneales, drenaje de absceso intraperitoneal, incluye epiploico (omental), de fosa iliaca, resección intestinal, incluyendo duodenectomia e interocolectomia, enterectomia, yey, colectomia subtotal, incluye hemicolectomia o ileocolectomia, sigmoidectomia.

DESCRIPCION DE HALLAZGOS QUIRURGICOS: *Peritonitis fecal de 3000 cc en cavidad, tejido desvitalizado subhepatico, gotera parietocolica derecha, fosa pélvica, síndrome adherencia severo, colon transverso con desistencia de sutura previa.*

Descripción del procedimiento quirúrgico:
Retiro de puntos de fascia, liberación de adherencias, drenaje de peritonitis generalizada, drenaje de abscesos interasas, resección intestinal de 80 cm a 1.2 mt del ángulo de treiz , hemicolectomia derecha y transverso, ligadura de meso con seda 3 ceros, ligadura de cabos con hiladillas, lavado de cavidad con 10 litros de solución salina tibia, empaquetamiento de goteras perito cólicas con 2 compresas en cada lado y 2 compresas en fosa pélvica para un total de 6 compresas, viaflex libre en cavidad y otro fijo a piel con prolene 1."

[19]Folio 84 del Cuaderno principal.
[20]Folios 88-96 Ibídem.

- A Folios 107 a 114 obran solicitudes de exámenes médicos y sus respectivas autorizaciones a nombre de la señora María Eugenia Avirama.

- En la indicación de salida tramitada el día 25 de diciembre de 2011, el médico especialista en cirugía general tratante de la señora María Eugenia Avirama consignó lo siguiente:

  "Dieta: Baja en grasas
  Recomendaciones: 1) Curación diaria de las heridas quirúrgicas y RETIRO DE PUNTOS EN SU 1er NIVEL DE ATENCIÓN el 3 de enero de 2011; 2) Valoración por MEDICO GENERAL en este hospital o en 1er nivel de atención el 29 de diciembre de 2011; 3) Consultar por urgencias si presenta dolor en el pecho, dificultad respiratoria, tos, vómito, distensión abdominal, dolor abdominal permanente, amarillitis (ictericia), fiebre, secreción y/o enrojecimiento de las heridas quirúrgicas; 4) no olvidar del resultado de la patología; 5) Sacar anticipadamente la cita con los especialistas: Cirugía e internista; 6) Tramitar de manera prioritaria el ECOCARDIOGRAMA

  Próximo Control

  Pedir cita en: 18 días con el cirujano Dr. Juan Pablo Martínez con el reporte de patología".[21]

- En la epicrisis perteneciente a la señora María Eugenia Avirama de fecha 30 de diciembre de 2011 se describe lo ya señalado en la historia clínica.[22]

- En fragmento de historia clínica del Hospital Universitario San José de Popayán de fecha 04 de enero de 2012 se consignó lo siguiente: *"Se lleva a laparotomía por mala evolución encontrándose peritonitis fecha de 3000 ml en cavidad con tejido debilitado (ILEGIBLE) la paciente entra hacia el shock séptico y fallece".*

- En el resultado de la colangiografía retrograda endoscópica practicada a la señora María Eugenia Avirama el día 16 de diciembre de 2011 se consignó lo siguiente:

  *"**Procedimiento endoscópico**: Canulación selectiva de la vía biliar, colangiografía. Esfinterotomia endoscópica. Extracción de varios cálculos pequeños, el mayor de 15 mms y abundante barro biliar con canastillo de Dormia. Lavado de la vía biliar con solución salina. Finalmente nueva colangiografía y revisión de canastillo negativa para más litiasis.*
  ***Observaciones**: Procedimiento sin complicaciones.*
  ***Diagnósticos:** Vía biliar dilatada, Coledocolitiasis a cálculo grande. Colodolitiasis múltiple + barro biliar.*

- En el consentimiento informado firmado por la señora María Eugenia Avirama el día 17 de diciembre de 2011 en donde se le informó que se le realizaría un procedimiento denominado *"Colecistectomía laparoscópica como tratamiento para colelitiasis, colecistitis aguda" y que se entendía básicamente en: "Resecar la vesícula biliar con cálculos en su interior mediante técnica mínimamente invasiva".* Así mismo, que dentro de los riesgos asumidos estaban los siguientes: *"Sangrado o hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o posoperatoria), infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas...),*

[21] Folio 115 Cuaderno principal
[22] Folios 121 a 124 Ibidem.

NECESIDAD DE CONVERTIR A CIRUGIA ABIERTA, LESIÓN INVOLUNTARIA DE LA VIA BILIAR, reacciones alérgicas, irritación frénica, anemia, heridas involuntarias en vasos sanguíneos, vejiga, intestino y otros órganos, eventración (hernias en la cicatriz). Existen otros riesgos como: requerimiento de colostomía transitoria o definitiva."[23]

- Con la contestación de la demanda, el Hospital Susana López de Valencia aportó historia clínica de la señora María Eugenia Avirama la cual ya valorada en líneas anteriores.[24]

.- Durante el debate probatorio se logró probar lo siguiente:

- A folios 41 a 48 del cuaderno de pruebas obra copia de la póliza de seguro por responsabilidad civil No. 1001598, con vigencia desde el 31 de enero de 2011 hasta el 1 de enero de 2012, suscrita por el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE. Así mismo se verifica una prórroga sobre esa misma póliza con una vigencia desde el 19 de enero hasta el primero de abril de 2012.

- En la historia clínica aportada por el Hospital San José en medio magnético CD-ROM, se tiene que la señora María Eugenia Avirama recibió la siguiente atención medica[25]:

  .- La paciente María Eugenia Avirama fue ingresada al Hospital Universitario San José el día 30 de diciembre de 2011 a través del servicio de Ambulancia siendo aceptada por en la unidad de cuidados intensivos.[26]

  .- En el análisis clínica realizado el día 31 de diciembre de 2011 por el médico tratante de la señora María Eugenia Avirama se consignó: "*Paciente con proceso cardiaco de base, con edema pulmonar, sin fiebre, recibiendo antibiótico por foco de pared abdominal con ISO, en destete de nitroglicerina, persiste hipoxemica por su edema pulmonar, pero más compensada, no ha requerido VMNI*".[27]

  .- En el consentimiento informado suscrito el día 02 de enero de 2012, por la señora María Eugenia Avirama se le informó que se le realizaría un procedimiento quirúrgico y anestésico en el Hospital Universitario San José.[28]

  .- En la descripción operatoria de fecha 02 de enero de 2012, la médico tratante de la señora María Eugenia Avirama consignó que la intervención quirúrgica realizada consistió en: "*Drenaje peritonitis generalizada, lavado peritoneal postquirúrgico, sección adherencias peritoneales, drenaje de absceso intraperitoneal, incluye epiploico (omental) de foca iliaca, resección intestinal, incluye duodenectomia, enterocolectomia, enterectomia, yey, colectomia subtotal, incluye hemicolectomia o ileocolectomia, sigmoidectomia, CE*
  Descripción de hallazgos quirúrgicos: Peritonitis fecal de 3000 cc en cavidad, tejido desvitalizado subhepatico, gotera parietocolica derecha pélvica, abscesos interasas, síndrome ahderencial severo, colon

[23]Folios 162 a 162 Ibídem.
[24]Folios 267 a 338 del Cuaderno Principal Nro. 2
[25]Folio 54 del Cuaderno de pruebas.
[26]Folio 9 del medio magnético que obra a folio 54 del Cuaderno de pruebas.
[27]Folio 18 Ibídem.
[28]Folios 113 a 114 Ibídem.

transverso con dehiscencia de sutura previa con drenaje activo, perforación en ileo y yeyuno distal ".[29]

.- El día 04 de enero de 2012 a las 16:20 horas, se consignó en la historia clínica lo siguiente: "*Nota. Paciente con shock a pesar de manejo fallece (ILEGIBLE) se le informa a familia".*[30]

- La apoderada del Hospital Universitario San José aportó un dictamen pericial elaborado por el médico Víctor Andrés Ruiz, especialista en cirugía general.

.- Respecto de esta prueba, el despacho a través de Auto interlocutorio Nro. 183 del 06 de marzo de 2017, resolvió que ésta no sería objeto de valoración probatoria según lo expuesto en dicha providencia, la cual quedó en firme.[31]

En el Cuaderno de Llamamiento en garantía se tiene:

- A folios 33-71 del cuaderno de llamamiento en garantía obra copia de la póliza de seguro por responsabilidad civil No. 1001242, con vigencia para los años 2011, 2012 a 2014, suscrita por el HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA.

Testimonios recepcionados:

1. **Testimonio de la Dra. SANDRA LUCÍA FERNANDEZ:**

JUEZ: NOS PUEDE INFORMAR CUAL ERA EL ESTADO DE LA PACIENTE Y LA EVOLUCION Y DEMAS DE LA SEÑORA MARIA EUGENIA AVIRAMA VASQUEZ Y SI UD LA ATENDIÓ?
CONTESTÓ: *la paciente estaba hospitalizada en el HSLPV a cargo de la especialidad de cirugía, el día 24 de diciembre se hace una interconsulta por medicina interna porque la paciente estaba desaturada, era una paciente con antecedentes de hipertensión arterial. Dentro del contexto de la paciente por su edad, sus antecedentes y post operatorio se plantean diagnósticos de falla cardiaca y trombo embolismo pulmonar. Siendo una especialidad interconsultante, se dan recomendaciones a la especialidad tratante. Entonces se solicita un eco cardiograma, una gammagrafía de perfusión y se sugiere el inicio de anticoagulación formal, dado a que es un paciente con riesgo de sangrado y la especialidad mirará si es prudente darle una anticoagulación.*
JUEZ: QUE DIAGNOSTICOS SE DIERON ENTONCES?
CONTESTÓ: *se dieron unas impresiones diagnósticas, para corroborar necesitamos paraclínicos, y se hizo unas sospechas de trombo embolismos y se pidieron los paraclínicos correspondientes.*
JUEZ: A QUE SE DEBIÓ ENTONCES LA MUERTE DE LA SEÑORA MARÍA EUGENIA AVIRAMA?
CONTESTÓ: *Yo no lo podría determinar porque no tengo la base y todos los documentos para determinarlo, le puedo hablar de mi valoración y los de mis colegas internistas.*
JUEZ: QUE ANTECEDENTES TENIA LA SEÑORA MARIA EUGENIA AVIRAMA?
CONTESTÓ: *tenía hipertensión arterial, esta lleva a complicaciones renales, cardiacas, cerebro vascular, complicaciones a niveles de otros órganos que podrían llevar al paciente a una complicación por la que fallezca.*

APODERADA DEL HOSPITAL SUSANA LOPEZ
PREGUNTADA: DESDE SU ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA, QUIEN DEBIA CUMPLIR LAS ORDENES DE LOS EXAMENES EMITIDOS?
CONTESTÓ: *en la historia se solicitaron como urgentes los paraclínicos, ya estaban las solicitudes, el jefe de enfermería hace el trámite respectivo ante la aseguradora de la paciente, esos paraclínicos no se hacían en el hospital.*

[29] Folio 117 Ibídem.
[30] Folio 92 reverso Cuaderno principal.
[31] Folios 413 a 414 Cuaderno principal Nro. 3.

PREGUNTADO: DESDE SU ESPECIALIDAD PODRIA DECIR QUE EL MANEJO POR MEDICINA INTERNA CORRESPONDIO A LOS PROTOCOLOS INSTAURADOS A NIVEL NACIONAL?
CONTESTÓ: *se podría decir que si, se pidió lo pertinente y cuando la paciente vuelve complicada, la valora por medicina interna, el Dr. Bermúdez es internista, se le hace diagnóstico de falla cardiaca, se le toman las medidas generales de una falla y además según la historia clínica los manejos que corresponden a falla cardiaca y edema pulmonar. Todo el manejo está de acuerdo con el diagnóstico y en ese momento se hace la remisión a Nivel III. Según la historia clínica no se hace efectiva la remisión de inmediato pero se hizo la remisión cuando medicina interna la ve.*
PREGUNTADO: QUE EFECTOS PUDO HABER TENIDO EN EL SALUD DE LA PACIENTE QUE ELLA PRESENTARA ANTECEDENTES DE ELITIASIS VESICULAR Y COLEDOCOLIATISIS?
CONTESTÓ: *según lo que vi lo que la llevo a ella a hospitalizarse fue una alitiasis vesicular pero el más idóneo para decir esto es el cirujano general.*

APODERADA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ
PREGUNTADA: UD RECUERDA SI LA PACIENTE VENÍA DESDE TIEMPO ATRÁS CON ENFERMEDADES DE BASE Y SÍ SU ENFERMEDAD ESTABA CONTROLADA?
CONTESTÓ: *dentro de la historia clínica ella venía con un tratamiento médico previo por hipertensión arterial, esta enfermedad genera daños a todos los órganos.*
PREGUNTADO: VENÍA CONTROLADA LA PACIENTE?
CONTESTÓ: *en mi nota del día 24 de diciembre la paciente se encontraba lormotensa.*
PREGUNTADO: TIENE ALGUN EFECTO ESA TENSION DESCONTRALADA EN QUE LA PACIENTE TUVIERA SIGNOS DE AGRAVAMIENTO EN LA SALUD DE LA PACIENTE?
CONTESTÓ: *yo no diría que tenía una tensión arterial descontrolada, las cifras eran normales, no puedo decir que era descontrolada. Ahora que previamente la haya tenido no hay certeza de cómo se controlaba su presión.*

APODERADA PARTE DEMANDANTE:
PREGUNTADA: QUE TIEMPO TOMA UD CON CADA PACIENTE?
CONTESTÓ: *en una interconsulta por ejemplo en consulta externa no das de 20 a 30 minutos, pacientes en urgencias hasta una hora, pacientes en una sala por lo menos media hora.*
PREGUNTADA: QUE TIEMPO LE TOMÓ A UD LA ATENCIÓN A LA PACIENTE MARIA EUGENIA AVIRAMA?
CONTESTÓ: *en promedio media hora.*
PREGUNTADA: DESDE SU ESPECIALIDAD UD NO PODRÍA DETERMINAR LA CAUSA DE MUERTE DE LA PACIENTE?
CONTESTÓ: *no podría determinarlo.*

JUEZ: AL MOMENTO DE HABER VERIFICADO A LA PACIENTE TENIA ALGUN PROCESO INFECCIOSO?
CONTESTÓ: *al momento en que yo la veo no estaba febril, solamente estaba taquicardica. El problema de la taquicardia es que se produce por muchas causas. Uno lo que tiene que empezar a buscar cual fue la causa de la taquicardia.*

2. TESTIMONIO DEL DOCTOR VICTOR RUIZ

JUEZ: SE LE PONE DE PRESENTE LA HISTORIA CLINICA AL DOCTOR RUIZ.
JUEZ: PUEDE INDICARNOS TODO LO QUE LE CONSTE SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA A LA PACIENTE?
CONTESTÓ: *según folio 266-267 y en calidad de testigo, está el registro del 29 de noviembre de 2010, donde ingresa la paciente María Eugenia Avirama en donde se menciona que la paciente tiene antecedentes de hipertensión arterial. La paciente consulta por dolor en la boca del estómago, dolor en el epigastrio, en la parte superior del abdomen, dice que ese dolor le pasa en banda, esta anotado que tiene vomito de aspecto bilioso, niega la presencia de melenas (deposiciones con sangre), niega episodio de pérdida de conocimiento, esta anotado que tomó buscapina sin mejoría. La paciente tiene taquicardia, la causa de ellos son múltiples. En los ojos no tiene ictericia. Evalúan el abdomen donde encuentran que existe panículo adiposo abundante, abdomen blando, depresible, palpable, hay movimiento de peristaltismo, hay dolor a la palpación del epigastrio así mismo en el lado superior derecho del abdomen. A la paciente se le indica pasar como ordenes médicas nada vía oral, canalizar vena, pasar un bolo de líquidos*

500 cc de solución salina, iosina y dipirona, protección gástrica con ranitidina, se le pone metroclopramida, se le ordena fosfatasa alcalina para ver si había o no obstrucción de la bilis, revalorar con resultados. En la pagina 268 se reportan los reportes del hemograma: Leucocitosis con neutrofilia, no hay anemia, las plaquetas son normales, no hay pancriatitis, la fosfatasa alcalina esta aumentada, esta anotado que el dolor ha cedido casi por completo. Se le da salida.
A folio 269, la paciente el 11 de noviembre de 2011, a las 10:39 de la mañana es valorada por el Doctor Juan Pablo Martínez Ureña: Refiere la paciente dolor a nivel de epigastrio, tipo cólico, ocasionalmente orina coluricas, que ha mejorado. Antecedentes de hipertensión arterial. Litiasis en la vesícula, y coledocolitiasis es decir cálculos por fuera de la vesícula biliar, usualmente en el conducto que drena la bilis, el coleoco y por eso las orinas color agua panela. El diagnóstico es calculo en el conducto biliar sin presencia de colangitis, o sea infección en la vía biliar, no hay inflamación en las paredes de la vesícula. La indicación por parte del especialista es que se solicita un CEPRE, o sea un procedimiento quirúrgico mínimamente invasiva. La paciente es valorada por el servicio de consulta externa el día 11 de noviembre de 2011 según el folio 271 la paciente reingresa el 11 de diciembre de 2011 a las 10:20 de la noche, casi un mes después, se ingresa por el doctor Andrés Felipe General médico general, el motivo de consulta fue dolor abdominal, la enfermedad actual: paciente con antecedentes de litiasis vesicular, coledocolitiasis, cursa con cuadro de 7 horas de evolución, dolor cólico a nivel del epigastrio, dolor en la parte del hipocondrio derecho, sensación de escalofrío y coluria producto del mal drenaje de la bilis. Tiene Taquicardia. El estado general de la paciente es bueno (...) A nivel pulmonar, los pulmones están limpios, el corazón refleja taquicardia, al nivel del abdomen, panículo adiposo prominente, dolor intenso a la palpación al nivel del epigastrio, la presencia de signo de Murphy que detecta la inflamación de la vesícula esta reportado como negativo y Bloomberg negativo es negativo, que son signos de irritación peritoneal (...) Diagnostico de cálculo del conducto biliar con colecistitis, se ordena dejar sin vía oral (...) líquidos con solución salina, 500 cc en bolo, luego 1000 para 12 horas, protección gástrica con ranitidina, ampolla por 50 mg, una ampolla endovenosa cada 8 horas, se solicitan paraclínicos y valoración por el grupo de cirugía general. Exámenes solicitados: cuadro hemático, leucograma, parcial de orina, creatinina, fosfatasa alcalina.
En el folio 273 está la valoración del grupo del grupo de especialistas del Doctor Omar Alejandro Ortega valencia el día 11 de diciembre a las 11:06 en donde menciona lo siguiente: Presión arterial con valores normales, incluso en una paciente con hipertensión (...) menciona que es una paciente con dos meses de evolución, dolor localizado en el epigastrio de cuatro horas de evolución, asociado a vomito en una ocasión, refiere coluria, no tiene acolia (heces blanquecinas), la paciente ha sido valorada en el servicio de consulta externa por la especialidad, ya tiene orden de apoyo, se solicitó un CEPRE, al parecer le dieron orden de apoyo para endoscopia de vías digestivas altas, Valoración objetiva de la paciente: regular estado general (...) abdomen blando con dolor, signo de Murphy presente, en epigastrio se osculta un soplo olosistolico grado dos por disfunción del corazón, hay edema en tejidos blandos, el análisis del especialista en ese momento: cuadro de coleosistitis mas coledococolitiasis mas soplo en abdomen derecho, Plan de manejo: se solicita ecografía de abdomen por presencia de soplo en abdomen superior, se solicita CEPRE terapéutico, observación de la paciente y analgesia.

No encuentro reporte de ecografía que fueron solicitadas por el especialista. A folio 267 menciona el reporte de dicha ecografía, donde dice que el hígado tiene esteatosis grasa, colédoco de 14 mm (ducto que drena la bilis) lo norma son 6 mm, y en su interior se observan varios cálculos entre 4 y 9 mm, en el interior de la bilis hay varios cálculos y las paredes de la vesícula están engrosadas 4 mm lo normal son 2mm (...) ***Conclusión del especialista radiólogo****: hígado graso, colelitiasis, coleosistitis crónica, coledocolitiasis con dilatación secundaria a la vía biliar. La paciente ante los hallazgos es solicitado un CEPRE. En las evoluciones subsecuentes folios 279, 281 se anota: pendiente realización de CEPRE. Así mismo en el folio 284 de dia 15 de diciembre de 2011: pendiente de realización de CEPRE. En el folio 286 se menciona que está pendiente el CEPRE. Esta una nota del Doctor Víctor Hugo Vivas en donde como hallazgos se tiene: (...) Paciente en el momento manifiesta sentirse bien, no vómito, tolerando la vía oral, no fiebre no ictericia. El análisis objetivo: Paciente estable hemodinamicamente (...) cardiopulmonar sin soplos, no signos de irritación peritoneal (...) Aunque la paciente no presenta signos infecciosos si tiene neutrofilia asociado a*

obstrucción de vía biliar, se decide iniciar antibiótico ampicilina sulbactam, dejar sello de parina, Pendiente CEPRE. En el folio 287 está registrado que el 16 de diciembre de 2011 a las 2:32 Reporte del CEPRE de 16 de diciembre de 2011, vía biliar dilatada, coledocolitiasis a cálculo grande, coledocolitiasis múltiple y barro biliar. Se extraen varios cálculos pequeños y abundante barro biliar, no existe nota del médico especialista que realiza el CEPRE. En el folio 288 el Dr. Juan Felipe Acosta, especialista en cirugía menciona: paciente con diagnóstico de colelitiasis, coleosistitis aguda, coledocolitiasis resuelta por el CEPRE, dice sentirse bien, niega dolor abdominal, no ha presentado vómito, no tiene ictericia, la auscultación cardiopulmonar es normal, el abdomen es blando, tienen peristaltismo. Se realizó CEPRE ayer, sin complicaciones con evolución clínica favorable, sin signos que alerten sintomatología, se ordena dieta líquida, hipograsa. Turno para cirugía por COLELAP (cirugía mínimamente invasiva) colecistectomía por laparoscopia, consentimiento informado, se llama la autorización para realizar procedimiento.
En el folio 289 y 290 el especialista encuentra la paciente sin signos de irritación peritoneal.
JUEZ: UD ATENDIÓ A LA PACIENTE?
CONTESTÓ: la atendí cuando estaba hospitalizada en su primera hospitalización el 13 de diciembre de 2011 a las 4:18 de la tarde, está mi nota en donde anoté que la paciente se encontraba asintomática (...).
JUEZ: DE TODO LO REFERIDO, AL MOMENTO DE ACLARAR LOS TERMINOS MEDICOS, DE LO QUE UD HA REVISADO SE PUEDE DETERMINAR LA CAUSA EFICIENTE DEL FALLECIMIENTO DE ELLA?
CONTESTÓ: *no doctor.*
JUEZ: UD CONSIDERA QUE LOS PROTOCOLOS MANEJADOS A LA PACIENTE FUERON ADECUADOS?
CONTESTÓ: *si doctor. A Folio 295 está la descripción quirúrgica del Dr. Ureña en donde ingresan a haber el abordaje por técnica laparoscópica, está en el folio 295 de fecha 20 de diciembre de 2011, inicio: 7:30 am y terminan a las 8:30 (...) Los hallazgos: Plastrón, que es esto? Es una inflamación crónica y aguda muy probablemente por su patología de base que son los cálculos en la vesícula y aún más la presencia de cálculos en la vía biliar. La inflamación es bastante compleja,* ***presencia de fistula colo vesical****, el diagnóstico de las mismas son unas patologías muy infrecuentes, y en la literatura no existe un experto que diagnostique fistulas de la vesícula al colón, usualmente son hallazgos incidentales, a través de procesos que se le hacen al paciente antes de ser llevados a cirugía se les hace un diagnóstico, la mayoría de pacientes son diagnosticados intra operatoriamente, la corrección de la fistula colo vesical como menciono solo hay reporte de casos, alguien experto en ellos es difícil (...)* ***la corrección de las mismas es un acto complejo con múltiples comorbilidades post quirúrgicas.*** *El Dr. Comenta que existe la fistula y la vesícula con cálculos múltiples en su interior, el cístico tiene 0.8 cm, la vía biliar esta dilatada ya hecha a través del CEPRE. Dentro del procedimiento quirúrgico: Mediante técnica americana, cirugía mínimamente invasiva (...) Hallazgos: Ante la alteración anatómica, se decide la cirugía abierta, convertir la cirugía. Laparotomía mediana supra umbilical, liberación de adherencias, se corrige la fistula, se sutura el colon con bicril 000 en dos planos como se indica en protocolos, se hace disección en triangulo de CALOT (...) se liga el conducto cístico, se realiza colecistectomía cistofundica, se realiza hepatorrafia con cromado cero, se hace lavado con 1000 cc, se cierra por planos con bicril 0 con piel con prolene 000 como indican los protocolos.*
JUEZ: UD CONSIDERA LA CAUSA DE FALLECIMIENTO DE LA SEÑORA, O SU DIAGNOSTICO ANTES DE MORIR?
CONTESTÓ: *no se puede decir dado a que tengo la historia clínica del Hospital Susana López y no la del Hospital San José.*

APODERADA HOSPITAL SUSANA LOPEZ
PREGUNTADO: CUALES FUERON LAS ENFERMEDADES DE BASE Y QUE INCIDENCIAS TIENE EN LAS COMPLICACIONES POSTERIROES DE LA PACIENTE?
CONTESTÓ: *la señora María Eugenia Avirama padecía de hipertensión (...) Las complicaciones de esta enfermedad de base son varias porque las alteraciones cardiovasculares y pulmonares las puede ir desarrollando en el trascurso del tiempo o con algún tipo de intervención que agudamente afecte su sistema. La patología que padecía la paciente era muy compleja cual es una fistula colo vesical que requiere una intervención y posiblemente puede conllevar junto al estrés del proceso infeccioso, hay*

liberación de faltantes en fase aguda, que pueden hacer más complejo la posterior evolución del paciente tanto clínico como quirúrgicamente.
PREGUNTADO: EL DIAGNOSTICO DADO FUE CIERTO Y OPORTUNO Y EL MANEJO DADO A LA PACIENTE FUE ACORDE AL DIAGNOSTICO?
CONTESTÓ: *si, el diagnóstico de ingreso de la paciente esta anotado en el folio 279, a la paciente se le dio un manejo médico es decir enfriamiento del proceso, y posteriormente con los hallazgos de los estudios paraclínicos se estableció que no solo tenía cálculos en la vesícula sino también por fuera de la vesícula en el conducto que se llama colédoco. Requiere primero el CEPRE, dice que le sacan cálculos de gran volumen, cálculos pequeños y barro biliar. Posteriormente la paciente evoluciona bien y se programa una cirugía laparoscópica, ante haber resuelto ya el problema más delicado que es la presencia de los cálculos en la vía biliar, se hace el procedimiento e intra operatoriamente se hace el diagnóstico de fistula de la vesícula al colon. Los pasos que se han seguido en la paciente son los que se mencionan en los diversos protocolos.*
PREGUNTADO: CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA SE TIENE QUE EL PROCEDIMIENTO COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SE CONVIRTIO EN CIRUGIA ABIERTA. ESTO SE PUEDE DAR? PORQUE SE DIO? O FUE UNA MALA PRAXIS DEL MEDICO CIRUJANO?
CONTESTÓ: *no es una mala praxis, puede ser objeto de estudio dentro de los diferentes protocolos, los de nivel internacional deben ser estudiados con lupa a nivel nacional debido a que por múltiples causas no podemos contar con ellos, pueden decir los protocolos internacionales que la paciente podía ser operada por laparoscopia y hacer la corrección de la fistula por laparoscopia, pero también dicen que se debe saber dónde se está trabajando. Está escrito que ante los hallazgos y la complejidad de estos se haga una cirugía abierta. Si se decide hacer una cirugía por laparoscopia y corrección de la fistula se necesitan todos los implementos necesarios para hacerlo, no se tenían en ese momento por eso se decide realizar cirugía abierta, mala praxis no.*

PREGUNTADO: EN LA DEMANDA SE MENCIONA QUE SE INFORMÓ A LA PACIENTE QUE QUEDARIA CON DOS PEQUEÑAS CICATRICES Y ESE NO FUE EL RESULTADO. CUAL ES LA DIFERENCIA ENTRE UNA CIRUGIA LAPAROSCOPICA Y UNA ABIERTA?
CONTESTÓ: *cuando es valorada por el doctor Juan Pablo Martínez en consulta externa ante la buena evolución de la paciente en el primer evento, menciona que la paciente después del CEPRE se le programa para hacerle colecistectomía por laparoscopia y en dos oportunidades menciona la realización de consentimiento informado. Al paciente se le menciona, se le explica, los riesgos y las posibilidades de conversión, incluso la posibilidad de muerte. La decisión queda en manos de la paciente.*
PREGUNTADO: POR ULTIMO PUEDE EXPLICAR LA EVOLUCION CLINICA POSTQUIRURGICA, LA EVOLUCION TARDIA QUE ES DESPUES DE 72 HORAS Y LA EVOLUCION POSTERIOR DEL PACIENTE A FIN DE ENTENDER EL CUADRO CLINCO PRESENTADO?
CONTESTÓ: *el 20 de diciembre de 2011 la paciente fue intervenida quirúrgicamente, la evolución post quirúrgica de la paciente es inicialmente adecuada, me refiero a folio 300 se dice que el doctor Jose Luis Mera anota: Paciente en posquirúrgico (...) objetivamente presenta un episodio de hipotensión (...) la paciente está estable, no tiene signos de dificultad respiratoria (...) el análisis en ese momento: paciente que presentó hipotensión muy posiblemente por uso de morfina, con riesgo de sangrado post quirúrgico y requiere manejo de anestesiología y cirugía general (...) a folio 302 la evolución de la paciente, dolor controlado, cifras de presión arterial normal, la paciente refiere sentirse mejor (...) El medico anestesiólogo refiere que ya se puede trasladar a sala con oxígeno (...) en el folio 306 del 22 de diciembre de 2011 el especialista Juan Felipe Acosta menciona en el análisis: paciente estable, sin abdomen agudo, no tiene ictericia, puede deambular y continuar analgesia. A folio 308 el Dr. Víctor Hugo Vivas refiere en su análisis: paciente con buena evolución clínica, pero paraclínicos alterados, pulmonar no se encuentran hallazgos sugestivos de neumonía, no se solicita radiografía (...) En el folio 310 y 311 el 24 de diciembre de 2011 a las 9:47 hago el siguiente análisis: a Nivel objetivo encuentro paciente que se siente mejor, paciente en postquirúrgico quien ha permanecido con taquicardia, tendencia a desaturarse, la paciente es hipertensa crónica en manejo con parcial adherencia. La paciente en ese momento tiene ritmo de galope que puede ser por la patología de base la hipertensión. Las áreas quirúrgicas no tienen sangrado ni secreción, hoy completa cuarto día de cirugía, no hay distención abdominal, no tiene signos que requieran la intervención de la paciente. La paciente le está saliendo proteínas por la orina, signo de patología crónica y una de las causas puede ser la hipertensión. Leucocituria, producto del estado post quirúrgico, el Dr. Hugo vivas le*

inició antibiótico por presencia de colangitis, paciente a quien se le encuentra ritmo de galope, taquicardia persistente e incluso desaturacion, solicita valoración por medicina interna. ***La evolución clínica de la paciente no es la mejor, en las anotaciones posteriores la paciente requiere ser bajada a urgencias, porque requiere oxígeno, reposición de potasio central, diurético.*** *A Folio 326 se dice: 29 de diciembre de 2011 se describe las valoraciones (...)*
JUEZ: DE SU CONOCIMIENTO Y DADO A QUE UD ATENCIÓN EN ALGUNAS OCASIONES A LA PACIENTE, UD VERIFICÓ QUE AQUELLA TUVIERA ALGUN PROCESO INFECCIOSO?
CONTESTÓ: *si doctor, a folio 322 del 30 de diciembre de 2011 a las 9:26 de la mañana, dentro de la valoración integral se coloca: aparente regular estado general, incremento del trabajo respiratorio, ruidos cardiacos, soplo oleo sistólico, murmullo vesicular disminuido, estertores, abdomen distendido, herida quirúrgica sin secreción purulenta en el momento, por los hallazgos básicamente por la descomposición cardio vascular es que la paciente la bajan a urgencias y se hace manejo conjunto con medicina interna, hasta ese momento no encuentro signos de infección en la paciente*

APODERADA DEL HOSPITAL SAN JOSE
PREGUNTADO: EN QUE CONSISTE QUE LA PACIENTE PADECIA DE HIPERTENSION CRONICA?
CONTESTÓ: *la hipertensión arterial es una de las patologías más prevalentes, que afecta muy frecuentemente a la población (...)*
PREGUNTADO: LA EDAD Y LA HIPERTENSION PUEDEN SER FACTORES QUE CONTRIBUYAN PARA QUE SE PUEDAN PRESENTAR COMPLICACIONES POSTERIORES?
CONTESTÓ: *las patologías de base del paciente si, la edad está pasando a un segundo plano gracias a la tecnología. Sin embargo, la hipertensión arterial de la paciente es un cofactor que puede originar complicaciones en cualesquier tipo de intervención.*
APODERADO PARTE DEMANDANTE:
PREGUNTADO: ACLARE EL TERMINO DE FISTULA COLO VESICAL?
CONTESTÓ: *la presencia de fistula colo vesicular es una enfermedad infrecuente, la fistula se llama comunicación o un camino entre la vesícula biliar por un proceso crónico, la presencia de los cálculos y la inflamación producto de los mismos cálculos van haciendo una comunicación entre la vesícula y el colon transverso, no es lo común por ello es un hallazgo incidental (...) menciono que no hay un experto que maneje en el diagnóstico de ello es complejo, la presencia de estas fistulas se hacen con el tiempo, cuando agudamente se inflama la vesícula las personas acuden por dolor, náuseas y cuando se complica significa que los cálculos migran a la vía biliar y los pacientes se ponen amarillos, ictericia.*
APODERADO PARTE DEMANDANTE
PREGUNTADO: DESDE EL MOMENTO ES QUE SE LE PRACTICA EL PRIMER EXAMEN A LA SEÑORA, EL TRANSCURSO DEL TIEMPO HASTA LA INTERVENCION AGRAVÓ LA SITUACION DE LA PACIENTE?
CONTESTÓ: *como lo mencione la paciente ingresa es atendida y se le da el manejo inicial, y dentro de las evoluciones, la evolución clínica de la paciente es favorable, tanto así que ella menciona que esta sin dolor, pero ante los hallazgos de la presencia de cálculos en la vía biliar se hace la solicitud del examen CEPRE. Si me pregunta si hubo demora en la realización o no del CEPRE es probable que sí, los protocolos mencionan que debe realizarse dentro de las primeras 72 horas, lo anterior debido a los inconvenientes existentes con las EPS, pero la paciente tiene una buena evolución. Días después se le hace CEPRE, no hay reporte del mismo, reportan la presencia de coledocolitiasis de grandes elementos, así mismo de múltiples cálculos y barro biliar se le resuelve el problema de la coledocolitiasis y posteriormente la paciente se egresa para hacerle una colecistectomía por laparoscopia.*
PREGUNTADO: QUE MEDICAMENTOS SE LE DEBE ORDENAR A UNA PACIENTE DESPUES DE UNA CIRUGIA DE ESAS CONDICIONES?
CONTESTÓ: *en esta cirugía mayor que se le practicó a la paciente, dependiendo de las complicaciones que tenga la paciente, porque ella tiene una fistula colo vesicular que se corrigió técnicamente, en el post quirúrgico se le administraron líquidos endovenosos de mantenimiento que ya mencione, se le coloca analgesia y según hallazgos se puede colocar antibióticos, porque digo según hallazgos. A la paciente se le hizo seguimiento por el grupo de anestesiología y el especialista en cirugía general.*
PREGUNTADO: QUIEN ES EL QUE DEBE ORDENAR LOS MEDICAMENTOS DESPUES DE LA CIRUGIA?
CONTESTÓ: *el médico cirujano*

PREGUNTADO: Y EN EL CASO ESPECIFICO FUE ORDENADO?
CONTESTÓ: *en el folio 296 está la firma del doctor Ureña especialista en cirugía general en donde hace formulación del paciente (se remite a esta página).*
PREGUNTADO: ESTOS MEDICAMENTOS FUERON APLICADOS DENTRO DEL HOSPITAL?
CONTESTÓ: *si*
PREGUNTADO: DESPUES DE SALIR DEL HOSPITAL HACIA SU CASA HAY MEDICAMENTOS INDICADOS QUE REFIEREN CUALES DEBEN APLICARSE?
JUEZ: INICIALMENTE DOCTOR A LA PACIENTE SE LE DIO DE ALTA DESPUES DE LOS PROCEDIMIENTOS?
CONTESTÓ: *en el folio 306 está la nota del Doctor Acosta (se remite a dicho folio). La nota es mientras se encontraba en el postquirúrgico.*
PREGUNTADO: A LA PACIENTE POR QUE LA TRASLADARON DEL SUSANA LOPEZ AL HOSPITAL SAN JOSE?
CONTESTÓ: *la paciente se le hace la intervención quirúrgica y ante los hallazgos de descompensación que va progresivamente la paciente, se pasa a emergencia y se remite a nivel III. Existe remisión del doctor Henry Pastas. (2 horas 4 minutos).*

Sobre el núcleo familiar de la señora María Eugenia Avirama y el perjuicio moral sufrido por los demandantes

En lo referente a la conformación del grupo familiar de la señora María Eugenia Avirama, sus relaciones afectivas, y los perjuicios sufridos, los testigos manifestaron:

TESTIMONIO DE LA SEÑORA RAQUEL FLOREZ DE VELASCO

JUEZ: UD CONOCIÓ A LA SEÑORA MARIA EUGENIA AVIRAMA Y DESDE HACE CUANTO?
CONTESTÓ: *la conozco desde hace 6 o 7 años porque ella vivía de arriendo en la casa de mis papas, de ahí salieron a vivir a otra casa más arriba de donde vivíamos. Ella vivió como quince años conmigo.*
JUEZ: UD NO TIENE NINGUN TIPO DE PARENTEZCO CON ELLA?
CONTESTÓ: *no, solamente soy la madrina de las hijas de Patricia.*
JUEZ: NOS PUEDE INDICIAR QUIEN CONFORMABA LA FAMILIA DE LA SEÑORA MARIA EUGENIA?
CONTESTÓ: *el padre se llamaba Pedro Avirama, la mama no la conocí. Las muchachas eran María Eugenia, Araceli, Alicia, y Pedro que son los cuatro hermanos. Ella tenía un hijo que era Luis, las hijas vinieron después, Carmen, Carola y Darío que son los hijos de ella.*
JUEZ: UD SABE A QUE ACTIVIDAD SE DEDICABA LA SEÑORA MARIA EUGENIA?
CONTESTÓ: *lavaba ropa en las casas.*
JUEZ: CON QUIEN VIVIA ENTONCES LA SEÑORA MARIA EUGENIA?
CONTESTÓ: *con los hijos, Carmen y Patricia, con ellos convivía en la casa.*
JUEZ: COMO ERAN LAS RELACIONES DE LA SEÑORA MARIA EUGENIA QUE UD DICE CONOCER?
CONTESTÓ: *todos bien, muy unidos, y los que estaban fuera de la casa le colaboraban a su mama.*
JUEZ: UD SABE QUE CONSECUENCIAS LES TRAJO A LA FAMILIA DE MARIA EUGENIA CON SU MUERTE?
CONTESTÓ: *mucho pesar, les trajo mucho padecimiento entre lo que es económico y todo, aunque sea pobre uno ayuda en la casa y la falta fue tremenda para los hijos.*
JUEZ: UD SABE SI ALGUNO DE LOS MIEMBROS FUE OBJETO DE TRATAMIENTO PSICOLOGICO CON LA MUERTE DE LA SEÑORA MARIA EUGENIA?
CONTESTÓ: no lo conozco.
APODERADO PARTE ACTORA NO HACE PREGUNTAS
APODERADA DE LAS ENTIDADES DEMANDADAS Y LLAMADA EN GARANTIA TAMPOCO INTERROGAN

TESTIMONIO DE LA SEÑORA MARIA TERESA COLLAZOS

JUEZ: UD CONOCIÓ A LA SEÑORA MARIA EUGENIA AVIRAMA Y PORQUE?
CONTESTÓ: *la conocí porque ella arrendó la casa de mi mama, ellos vivieron mas de quince años allí.*

JUEZ: UD TIENE ALGUN TIPO DE PARENTEZCO CON LA SEÑORA MARIA EUGENIA?
CONTESTÓ: *no.*
JUEZ: UD SABE CON QUIEN VIVÍA LA SEÑORA MARIA EUGENIA?
CONTESTÓ: *con Don Pedro, doña Irma, la madrasta de ella, Alicía y María Eugenia. Ellos vivieron siempre con ellos*
JUEZ: UD RECUERDA LA FECHA EN LA QUE FALLECIÓ LA SEÑORA MARIA EUGENIA?
CONTESTÓ: *el 4 de enero pero no recuerdo el año*
JUEZ: SABE CON QUIEN VIVIA LA SEÑORA MARIA EUGENIA EN ESE MOMENTO?
CONTESTÓ: *con sus hijos y nietos y ya Vivian en el Retiro.*
JUEZ: QUINES CONFORMABAN LA FAMILIA DE LA SEÑORA MARIA EUGENIA?
CONTESTÓ: *vivía con Pedro su padre, doña Irma su madrastra, y los hermanos: Alicia, Aracely, Pedro y Luisa Olave.*
JUEZ: UDS SABEN COMO ERAN LAS RELACIONES ENTRE ELLOS?
CONTESTÓ: *muy buenas, entre hermanos, como ellos eran muy pobres, ella me iba a ayudar a la casa, me enjabonó casi 20 años, me ayudaba a arreglar la casa.*
JUEZ: COMO LE CONSTA ESO?
CONTESTÓ: *porque no peleaba con nadie, ella era muy bella persona.*
APODERADO PARTE ACTORA: NO PREGUNTA
APODERADA HOSPITAL SUSANA Y SAN JOSE: NO PREGUNTA
APODERADA LA PREVISORA:
PREGUNTA: UD EN ALGUN MOMENTO VISITÓ A LA SEÑORA MARIA EUGENIA?
CONTESTÓ: *si yo iba a la casa de ella porque yo vivo en la 17 y ella vivía en el Retiro.*

.- Interrogatorio de Parte de la señora María del Carmen Avirama, hija de la señora María Eugenia Avirama (QEPD).

"APODERADO PARTE ACTORA: MANIFIESTE LOS HECHOS POR LOS CUALES MURIO LA SEÑORA MARIA EUGENIA AVIRAMA, Y DE LAS DILIGENCIAS HECHAS POR UD EN LOS HOSPITALES SUANA LOPEZ Y SAN JOSÉ?CONTESTÓ: *mi mama empezó con el dolor el día 10 de diciembre, yo la lleve como a las 10 pm, ella ya tenía programada una cirugía de los cálculos de la vesícula, el doctor la vio y dijo que la iban a dejar unos días para operarla, pasaron los días y yo diciéndole al doctor y a la jefe que que pasaba con mi mama, me decían que debía esperar porque en la EPS no habían reportado orden de apoyo. Pasados los días me dijeron que debían hacerle una endoscopia a mi mama, y que tenía que ir a la clínica la estancia, entonces yo fui el 17 de diciembre, allá me dijeron que mi mama debían trasladarla hasta allá. Hablamos con el Hospital Susana López de Valencia pero no la trasladaron cuanto habíamos programado la cita. Finalmente la trasladaron y le hicieron el procedimiento, le dijeron que había quedado limpia, vi en la pantalla del computador los resultados. Lo único que faltaban eras los cálculos de la vesícula, el médico me preguntó cómo iba a ser la cirugía, le expliqué y el doctor me dijo que sería sencilla y una cirugía ambulatoria. Cuando regresamos al Hospital Susana López, esperamos hasta el 20 de diciembre cuando la operaron. Ella entró a las 7 de la mañana. Cuando pasadas las 9 am, salió esa enfermera y le pregunté sobre qué había pasado con mi mama. Pasada un cuarto para la siete de la noche sacaron a mi mama, el doctor me dijo que la cirugía se había complicado. Mi mama me dijo que cuando estaban operándola, porque no la habían dormido, y escuchó que los médicos dijeron que le habían perforado el intestino, y que el medicó decía que la señora se les había infectado, y pedían que la lavaran porque habían perforado el intestino y el colon. Luego le pregunté al doctor porque se había complicado mi mama, y le pregunté porque el doctor Martínez no la había operado, me dijo que a él se le había presentado una situación y debió irse.*
Pasaron los días y el día 25 de diciembre, el doctor dijo que la paciente ya se podía ir, y le dije porque le daban salida si ella estaba fatigada, y que estaba mal, el médico me dijo que los doctores eran ellos. Me dijo que salida era a las 2 pm, y la única droga que le ordenaron fue acetaminofén. Me la lleve ese 25 que fue domingo, pasamos una noche en vela, cuando el 27 a mi mama la llevamos al baño se le había zafado un punto, y vimos el pañal y vimos el pañal con agua sangre y pus, la enfermera la vio y le apretó el estómago y nos dijo que la llevaran de inmediato al hospital. En el hospital la pusieron en observación y no le hicieron nada, el 27 estuvo todo el día en observación, y solo le aplicaban buscapina. El día 28 el medico la vio, y dijo que no sabía porque se había complicado, porque era, porque le perforaron el intestino y mi mama decía que desde ahí empezó mal. Porque después de una cirugía así la mandaron a la casa con solo acetaminofén?. Todo era con mi mama, éramos muy unidas.

APODERADO: DIGALE AL DESPACHO, CUANDO LA ENTREGARON A SU MADRE QUE MEDICAMENTOS LE ORDENARON?
PARTE DEMANDANTE: *solo le ordenaron acetaminofén.*
JUEZ: CUANTO TIEMPO ESTUVO SU MAMA DESPUES DE LA CIRUGIA?
CONTESTÓ: *la intervinieron el día 20 de diciembre y le dieron salida el día 25 de diciembre. Ella la volvimos a llevar fue el 28 de diciembre, es decir tres días después.*
APODERADO: UD LA REGRESÓ AL HOSPITAL SUSANA LOPEZ?
CONTESTÓ: *cuando la ingresaron a ella con mi hermana, la metieron a pieza y le metieron buscapina y otro medicamento. Al día siguiente cuando fui, el médico no sabía porque se había complicado. Mi mama me decía que el medico la había perforado y que por eso habían pedido abrirla. Después la tuvieron en cuidados intermedios, porque según ellos el carne de mi mama no había dado orden para poderla trasladar a otra parte, la tuvieron hasta el 31 de diciembre la llevaron al Hospital San José a cuidados intensivos. A las 11:30 am tenia salida ella pero la llevaron hasta la 1:30 pm, me decían que debían esperar unos papeles del carne. La cara de mi mama era roja, y ella estaba mal.*

APODERADO: A ELLA LA TRASLADARON AL HOSPITAL SAN JOSE Y QUE PASÓ ALLA?
CONTESTÓ: *cuando la llevaron en el San José la ingresaron por cuidados intensivos, y dijo que no podía ingresar nadie. Cuando ya la vimos, ella estaba toda entubada, y me dijeron que mi mama estaba para morirse. Les dije a mis hermanos sobre esa situación. Mi hermano debía firmar un papel, el firmó y luego mi mama se puso mal. El día 04 de de enero que fuimos a visitarla el medico nos dijo que si pasaba de las 4:30 se salvaba, y nos fuimos a despedir. El doctor Martínez nos dijo que iba a ser una cirugía simple y mire como terminó.*
JUEZ: ELLA SUFRIA DE ALGUNA ENFERMEDAD?
CONTESTÓ: *solamente sufría de la presión.*
JUEZ: DESDE HACE CUANTO TIEMPO SUFRÍA DE LA PRESIÓN?
CONTESTÓ: *después de la menopausia pero ella nunca, y en los controles le decían que ella estaba mal.*
JUEZ: ENTONCES DESPUES DE LA MENOPAUSIA ELLA TOMABA MEDICAMENTOS?
CONTESTÓ: *si así es.*
JUEZ: CON QUIEN VIVIA LA SEÑORA MARIA EUGENIA ANTES DE FALLECER?
CONTESTÓ: *ella lavaba ropa, hacia aseo, y vivíamos con mi hermana y mi persona, los dos nietos, un yerno y el hermano de mi mama.*

.- Respecto del anterior interrogatorio de parte, es necesario establecer que no se puede perder de vista que las manifestaciones de la demandante no pueden ser tenidas en cuenta como si reflejaran la apreciación imparcial que sobre la ocurrencia de los hechos se forma un tercero, declaración testimonial que difiere de la declaración de parte en dicho sentido[32], y según lo ha establecido el Consejo de Estado, que en su sección tercera ha sostenido en casos similares al referirse a la posibilidad de que la fuente de conocimiento de un hecho sea el dicho de una de las partes procesales, lo siguiente: "*11.18 De otro lado, comoquiera que no se identificó el miembro o miembros de la familia del fallecido que les comunicó a los testigos en mención lo que aparentemente ocurrió, y de los que es posible inferir que en su mayoría obran como demandantes y además, que no estuvieron presentes al momento en que éste resultó lesionado -por lo que las deponencias correspondientes se basarían en*

[32] Bajo la misma hermenéutica, la Sala de esta Subsección ha sostenido en casos similares al referirse a la posibilidad de que la fuente de conocimiento de un hecho sea el dicho de una de las partes procesales, lo siguiente: *"11.18 De otro lado, comoquiera que no se identificó el miembro o miembros de la familia del fallecido que les comunicó a los testigos en mención lo que aparentemente ocurrió, y de los que es posible inferir que en su mayoría obran como demandantes y además, que no estuvieron presentes al momento en que éste resultó lesionado -por lo que las deponencias correspondientes se basarían en simples conjeturas-, cabe destacar que si la fuente de conocimiento se llegara a tratar de alguno de los que integran la respectiva parte procesal, la Sala no podría estimar esos testimonios indirectos, por cuanto ello equivaldría a valorar la apreciación de uno o varios de los actores frente a circunstancias que los benefician, como si hubieran sido percibidas por un tercero imparcial, teniendo en cuenta que tal posibilidad es contraria a la naturaleza de las declaraciones de terceros -prueba histórica o de reconstrucción de hechos-, no tiene sustento normativo alguno, sería equivalente a afirmar que una parte procesal puede conformar un testimonio de oídas a voluntad por el simple hecho de trasladar su conocimiento a otra persona que no vaya a ser parte del conflicto y frente a lo cual cabe igualmente recordar que las manifestaciones de las partes de la litis sólo adquieren valor probatorio cuando se configuran en una confesión -ver párrafo 7.1.4-".* Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 30 de octubre de 2013, exp. 25000232600020010046601(27916), C.P. Danilo Rojas Betancourth.

simples conjeturas-, cabe destacar que si la fuente de conocimiento se llegara a tratar de alguno de los que integran la respectiva parte procesal, la Sala no podría estimar esos testimonios indirectos, por cuanto ello equivaldría a valorar la apreciación de uno o varios de los actores frente a circunstancias que los benefician, como si hubieran sido percibidas por un tercero imparcial, teniendo en cuenta que tal posibilidad es contraria a la naturaleza de las declaraciones de terceros -prueba histórica o de reconstrucción de hechos-, no tiene sustento normativo alguno, sería equivalente a afirmar que una parte procesal puede conformar un testimonio de oídas a voluntad por el simple hecho de trasladar su conocimiento a otra persona que no vaya a ser parte del conflicto y frente a lo cual cabe igualmente recordar que las manifestaciones de las partes de la litis sólo adquieren valor probatorio cuando se configuran en una confesión -[33]

De esta forma, se dirá que la declaración de parte rendida por la hoy demandante se valorará conforme a los demás medios probatorios que obran en el plenario.

Con base en los supuestos fácticos probados, el Juzgado determinará si se cumplen los presupuestos de la responsabilidad estatal, empezando por el primero de ellos: el daño antijurídico.

SEGUNDA.- El daño antijurídico

Conforme al artículo 90 constitucional son dos los elementos de la responsabilidad patrimonial del Estado: El daño antijurídico y la imputación de éste al Estado.

Sobre este particular ha dicho el Consejo de Estado:

> *"Nunca, hasta 1991, nuestro ordenamiento jurídico había consagrado un precepto constitucional constitutivo de la cláusula general de responsabilidad patrimonial del Estado, que recogiera tanto la responsabilidad de naturaleza contractual como la extra contrato; tal cosa ocurrió con el artículo 90 de la Constitución Política vigente, de cuyo inciso primero, se deduce,* ***como ya lo ha dicho la Sala en otras oportunidades, que son dos los elementos indispensables para la declaración de la responsabilidad patrimonial del Estado y demás personas jurídicas de derecho público, a saber: el daño antijurídico y la imputabilidad del mismo al Estado"****.(Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de 21 de octubre de 1999, Consejero Ponente: Alier Eduardo Hernández Enríquez, radicación número: 10948-11643, actor: Luís Polidoro Combita y otros).*

En otras oportunidades ha dicho:

> *"Con fundamento en el artículo 90 de la Constitución Política de 1991, el Estado es responsable patrimonialmente por los daños antijurídicos que ocasione por la acción u omisión de las autoridades públicas, por lo cual para la prosperidad de las pretensiones de la demanda presentada en ejercicio de la acción de reparación directa,* ***es necesario que la parte actora acredite los elementos que configuran dicha responsabilidad, es decir el daño y la imputación del mismo a la entidad pública demandada****" (Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de 27 de noviembre de 2006. Exp. 14882. C.P. Ramiro Saavedra Becerra). (Negrilla y subraya fuera de texto).*

El daño antijurídico, cuya definición no se encuentra en la Constitución ni en la ley, sino en la doctrina española, particularmente en la del profesor Eduardo García de Enterría, ha sido reseñado en múltiples sentencias desde 1991 hasta

[33] *ver párrafo 7.1.4-".* Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 30 de octubre de 2013, exp. 25000232600020010046601(27916), actor: Elba María Peña Gómez y otros, C.P. Danilo Rojas Betancourth.

los tiempos más recientes, como el perjuicio que es provocado a una persona que no tiene el deber jurídico de soportarlo.
En este caso el daño, comprendido como el primer elemento en un juicio de responsabilidad, lo constituye la muerte de la señora María Eugenia Avirama, la cual no estaba en la obligación de soportar.

Así pues, se verificará conforme al material probatorio, si en este caso la parte accionante ha sufrido un daño entendido como el perjuicio o menoscabo en su patrimonio o en su persona física o en su aspecto moral, lo cual debe evaluarse en este evento bajo la óptica de la falla del servicio, según se expone a continuación.

TERCERA.- Título de imputación aplicable en asuntos de responsabilidad médica estatal.

Sobre el título de imputación bajo el cual se debe analizar la responsabilidad administrativa en asuntos de falla médica, el Consejo de Estado[34] ha expresado en su jurisprudencia de recientes años:

> *"En lo que tiene que ver con la imputación del daño, la Sala considera pertinente precisar que en el asunto sub iudice, el* ***régimen de responsabilidad*** *bajo el cual se deben analizar las obligaciones resarcitorias que eventualmente existan a cargo del Estado,* ***es el de la falla probada del servicio, con las consecuencias probatorias que le son propias, tal y como se ha reiterado***[35]*, en el sentido de precisar que "... en la medida en que el demandante alegue que existió una falla del servicio médico asistencial que produjo el daño antijurídico por el cual reclama indemnización, ...deberá en principio, acreditar los tres extremos de la misma: la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y ésta..."*[36]*."*(Negrillas del texto).

En complemento de lo anterior, sobre el régimen de la carga de prueba, en la misma providencia dijo:

> *"En relación con la carga de la prueba del nexo causal, se ha dicho que corresponde al demandante, pero dicha exigencia se modera mediante la aceptación de la prueba indirecta de este elemento de la responsabilidad, a través de indicios y además, se ha precisado que "la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica debida no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que esa actuación fue constitutiva de una falla del servicio y que dicha falla fue causa eficiente del daño...; se requiere que dicho daño sea imputable a la Administración, y no lo será cuando su intervención aunque vinculada causalmente al daño no fue la causa eficiente del mismo sino que éste constituyó un efecto no previsible o evitable, de la misma enfermedad que sufría el paciente o de otra causa diferente"*[37]*."*

De la providencia en cita, la cual recoge a su vez el precedente jurisprudencial sobre las reglas que deben observarse para determinar una presunta falla en el servicio médico, este Despacho, en otras oportunidades resolvió los litigios

---

[34] CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA-SUBSECCIÓN B, Consejero Ponente (E): Danilo Rojas Betancourth, Bogotá D. C., veintiocho (28) de septiembre de dos mil doce (2012).

[35] Ver, entre otras las siguientes sentencias de la Sección Tercera del Consejo de Estado: de 10 de febrero de 2000, exp. 11878, C.P. Alier Eduardo Hernández Enríquez; de 31 de agosto de 2006, exp. 15.238, de 30 de noviembre del mismo año, exp. 15201, la proferida en la misma fecha dentro del exp. 25063; y la de 23 de abril de 2008, exp. 17750, C.P. Mauricio Fajardo Gómez.

[36] Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 11 de mayo de 2006, exp. 14400, C.P. Ramiro Saavedra Becerra.

[37] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

planteados bajo las siguientes conclusiones o premisas sobre el título de imputación aplicable y la carga de la prueba: *(i) Los litigios sobre falla médica se deben absolver bajo el régimen subjetivo de responsabilidad, esto es, falla probada; (ii) La carga de la prueba de los elementos de la responsabilidad administrativa recae sobre la parte demandante; (iii) Es posible acudir al medio probatorio de los indicios para probar los elementos de responsabilidad y (iv) la sola demostración de las actuaciones u omisiones de la prestación médica debida no es suficiente para imputar daños al Estado.*

A juicio de este Despacho, del material probatorio allegado a la actuación no se vislumbra la responsabilidad que se endilga a la administración.

Las pruebas documental y testimonial conducen a inferir que la paciente fue valorada, diagnosticada, intervenida y tratada hasta donde le fue posible a las entidades hospitalarias demandadas, pero la aparición de complicaciones posteriores al tratamiento quirúrgico –algunas previsibles, pero relacionadas con los antecedentes clínicos del paciente y los riesgos inherentes de los procedimientos sobre los que se otorgó consentimiento informado y otras imprevisibles- redundaron en el deterioro que de manera secundaria condujo a su muerte, cuando ya había sido remitida la paciente al tercer nivel de atención, si se considera que quedó probado que la señora María Eugenia Avirama padecía de una Colelitiasis-Colecistitis aguda - Coledocolitiasis consistente en varios cálculos pequeños, el mayor de 15 mms y abundante barro biliar, padecimiento de un mes de evolución, que ya manifestaba síntomas como dolor abdominal en el epigastrio, vómito biliar en dos ocasiones, intolerancia al café y a las grasas, y orinas coluricas ocasionales[38].

Así mismo, consta en el plenario que el paciente tenía la edad de 64 años y contaba con antecedentes de hipertensión arterial tratada y abdomen con panículo adiposo prominente[39]. Afecciones que dan cuenta del sufrimiento de enfermedades crónicas de carácter cardiovascular que generaban un riesgo para el éxito de la cirugía.

De conformidad con la literatura médica, la colecistectomía es el tratamiento indicado para la colecistitis crónica, cuando ésta ya presenta síntomas[40]. En el caso concreto, durante el procedimiento quirúrgico se confirmó la necesidad de realización del procedimiento pues se encontró una *vesícula con numerosos cálculos, cístico de 0.8 cm* y además un diagnostico intraoperatorio denominado *"fistula colovesicular":*

> *"La mayoría de las veces, la cirugía no es necesaria, a menos que empiecen los síntomas. (...). En general, los pacientes que tengan síntomas necesitarán cirugía inmediatamente o poco después de detectarse el cálculo.*
> *Se utiliza con mayor frecuencia una técnica llamada colecistectomía laparoscópica. En este procedimiento, se hacen incisiones quirúrgicas más pequeñas que permiten una recuperación más rápida. Los pacientes pueden salir del hospital un día después de la cirugía.*
>
> *En el pasado, casi siempre se hacía una colecistectomía abierta (extirpación de la vesícula biliar). Sin embargo, ahora esta técnica es menos común (...)"*

[38] Folios 26 a 28 del Cuaderno principal.
[39] Folio 29 Reverso Cuaderno principal.
[40] BIBLIOTECA NACIONAL DE MEDICINA DE LOS ESTADOS UNIDOS- NIH (MEDLINE PLUS), "Cálculos biliares", en línea: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000273.htm (consultada el 7 de mayo de 2015).

Frente a la técnica de la colecistectomía, refiere la literatura médica su ordinaria práctica por laparoscopia, aunque en ocasiones, debe realizarse de la forma tradicional, como cirugía abierta:

> *"La cirugía con el uso de un laparoscopio es la manera más común de extirpar la vesícula biliar. Un laparoscopio es un tubo delgado e iluminado que le permite al médico ver el interior del abdomen.*
> *La cirugía de extirpación de la vesícula biliar se realiza mientras usted está bajo anestesia general, así que usted estará dormido y sin dolor.*
> *El cirujano hará de 3 a 4 incisiones pequeñas en su abdomen.*
> *El laparoscopio se introducirá a través de 1 de las incisiones.*
> *Otros instrumentos médicos se introducirán a través de las otras incisiones.*
> *Se bombeará gas dentro del abdomen para expandirlo, lo cual le da al cirujano más espacio para trabajar.*
> *Luego, el cirujano extirpa la vesícula, usando el laparoscopio.*
> *Durante la cirugía, se puede tomar una radiografía llamada colangiografía.*
> *Para hacer este examen, se inyecta un tinte dentro del conducto colédoco y se toma una radiografía. El tinte ayuda a encontrar cálculos que pueden estar por fuera de la vesícula. Si se encuentran otros cálculos, el cirujano los puede extraer con un instrumento especial.*
> *Algunas veces, el cirujano no puede extraer la vesícula biliar con total seguridad usando un laparoscopio. En este caso, el cirujano usará una cirugía abierta, para la cual se hace una incisión más grande"*– se destaca-.

Frente a los factores de riesgo de esta patología, se indica en la revista Colombiana de Cirugía, volumen 28[41]:

> *"Son múltiples y de diferente orden los factores de riesgo que podrían hacer prever en cuáles pacientes se van a presentar dificultades al practicar una colecistectomía; los más conocidos son: el sexo masculino, el adulto mayor (edad superior a 65 años), la obesidad, la diabetes mellitus, la colecistitis aguda y cirugía abdominal previa. Otros no menos importantes, son: la historia prolongada de enfermedad vesicular, la leucocitosis y los signos sistémicos de sepsis; además, hallazgos ecográficos de pared vesicular engrosada, líquido perivesicular, vesícula calcificada o con escleroatrofia, cálculos grandes o compactados en la bolsa de Hartmann y dilatación de la vía biliar. Pueden existir otras situaciones que podrían hacer muy difícil una colecistectomía, como son: hígado muy grande, alteraciones anatómicas, cirrosis hepática, fistulas colecisto-intestinales, cáncer de vesícula (http://www.ascolcirugia.org, sección Publicaciones, ver en Videos casos clínicos, videos 1-3) y cáncer de las vías biliares]"*– se destaca-.

Así las cosas, en el caso concreto se encuentra que la señora María Eugenia Avirama contaba con varios de los factores de riesgo que facilitan el surgimiento de complicaciones en dicho acto quirúrgico (edad, evolución prolongada del padecimiento, fistula colecisto intestinales, obesidad, cálculos grandes y dilatación de la vía biliar).

Respecto de la fistula colo vesicular, el médico Víctor Ruiz, dentro de la declaración brindada, manifestó sobre esta patología lo siguiente:

> *A Folio 295 está la descripción quirúrgica del Dr. Ureña en donde ingresan a haber el abordaje por técnica laparoscópica, está en el folio 295 de fecha 20 de diciembre de 2011, inicio: 7:30 am y terminan a las 8:30 (...) Los hallazgos: Plastrón, que es esto? Es una inflamación crónica y aguda muy probablemente por su patología de base que son los cálculos en la vesícula y aún más la presencia de cálculos en la vía biliar. La inflamación es bastante compleja,*

[41] ÁLVAREZ, Luís Fernando; RIVERA, Diego; ESMERAL, Miguel Evaristo; GARCÍA, Marta Cecilia; TORO, Diego Fernando; ROJAS, Olga Lucía. "Colecistectomía laparoscópica difícil, estrategias de manejo" en Revista Colombiana de Cirugía, vol. 28 No. 3, Bogotá, Julio a Septiembre de 2013, ISSN 2011-7582.

> ***presencia de fistula colo vesical***, *el diagnóstico de las mismas son unas patologías muy infrecuentes, y en la literatura no existe un experto que diagnostique fistulas de la vesícula al colón, usualmente son hallazgos incidentales, a través de procesos que se le hacen al paciente antes de ser llevados a cirugía se les hace un diagnóstico, la mayoría de pacientes son diagnosticados intra operatoriamente, la corrección de la fistula colo vesical como menciono solo hay reporte de casos, alguien experto en ellos es difícil (...)* ***la corrección de las mismas es un acto complejo con múltiples comorbilidades post quirúrgicas.*** *El Dr. Comenta que existe la fistula y la vesícula con cálculos múltiples en su interior, el cístico tiene 0.8 cm, la vía biliar esta dilatada ya hecha a través del CEPRE. Dentro del procedimiento quirúrgico: Mediante técnica americana, cirugía mínimamente invasiva (...) Hallazgos: Ante la alteración anatómica, se decide la cirugía abierta, convertir la cirugía. Laparotomía mediana supra umbilical, liberación de adherencias, se corrige la fistula, se sutura el colon con bicril 000 en dos planos como se indica en protocolos, se hace disección en triangulo de CALOT (...) se liga el conducto cístico, se realiza colecistectomía cistofundica, se realiza hepatorrafia con cromado cero, se hace lavado con 1000 cc, se cierra por planos con bicril 0 con piel con prolene 000 como indican los protocolos.*

De esta manera, la paciente María Eugenia además de presentar cálculos en la vesícula, también presentó cálculos en su vía biliar, así mismo una inflamación bastante compleja denominada plastrón, y un elemento más, el cual fue un diagnostico hecho en el momento de la cirugía, una fistula colo vesicular, la cual según el médico en su testimonio es una patología infrecuente, la que en el momento de su corrección implica un acto complejo con múltiples comorbilidades post quirúrgicas. Así mismo, el galeno en mención refiere que dado a los hallazgos durante la cirugía y la alteración anatómica de la paciente, se decidió convertir de técnica americana mínimamente invasiva a cirugía abierta-Laparotomía mediana supra umbilical, en donde se liberó adherencias y se corrigió la fistula, suturando el colon, ligando el conducto cístico y realizando una colecistectomía cistofundica.

Frente a la definición de la fistula colo vesicular, el Dr. Víctor Ruiz conceptuó:

> "PREGUNTADO: ACLARE EL TERMINO DE FISTULA COLO VESICAL?
> CONTESTÓ: *la presencia de fistula colo vesicular es una enfermedad infrecuente, la fistula se llama comunicación o un camino entre la vesícula biliar por un proceso crónico, la presencia de los cálculos y la inflamación producto de los mismos cálculos van haciendo una comunicación entre la vesícula y el colon transverso, no es lo común por ello es un hallazgo incidental (...) menciono que no hay un experto que maneje en el diagnóstico de ello es complejo, la presencia de estas fistulas se hacen con el tiempo, cuando agudamente se inflama la vesícula las personas acuden por dolor, náuseas y cuando se complica significa que los cálculos migran a la vía biliar y los pacientes se ponen amarillos, ictericia."*

De esta forma, el hallazgo intraoperatorio a la paciente fue una enfermedad infrecuente, siendo una comunicación entre la vesícula biliar y el color transverso, como resultado de la presencia de un proceso crónico en la vesícula biliar, a causa de cálculos.

Igualmente, se tiene que la historia clínica da cuenta de que la señora María Eugenia, dio su consentimiento informado previamente a la realización de la colecistectomía, en el que manifestó la asunción voluntaria de los riesgos inherentes a la misma, los cuales contemplaban la "*Necesidad de convertir a cirugía abierta*"[42].

[42]Folio 162 del Cuaderno Principal.

Este documento también revela en la descripción operatoria correspondiente que el procedimiento llevado a cabo el 20 de diciembre de 2011 inició con la aplicación de anestesia general y que posteriormente mediante técnica americana se introdujo puerto de 12 mm umbilical, neumoinsuflacion, introduciendo puerto de 12 MM en el epigástrico y dos de 5MM sobre hemiabdomen derecho y ante hallazgos de alteración anatómica (Plastrón subhepatico con estómago, omento mayor, color transverso, fistula colovesical, vesícula con cálculos múltiples en su interior, cístico de 0.8 cm, vía biliar de 1.5 cm)[43], el cirujano a cargo, doctor Juan Pablo Martínez Ureña, decidió convertirla en cirugía abierta-Laparotomía mediana supraumbilical-.

El procedimiento revisitó complejidad en donde se debió realizar: "*liberación de adherencias platron subhepatico, se identificó fistula colovesicular, la cual se reseca, sutru de colon con VICRYL 3 0 en dos planos, disección triangulo de calot, ligadura de conducto y arteria cística, colecistectomía cistofundica, hepatorrafia con cromado 0, lavado 1000 cc verificación de hemostasia, cierre por planos*".[44]

Una vez terminada la intervención se registró que la paciente tuvo una evolución post quirúrgica inicialmente adecuada, siendo su estado estable, sin signos de dificultad respiratoria, con dolor controlado, cifras de presión arterial normales, en donde la paciente refirió sentirse mejor, con valoración del día 22 de diciembre de 2011 por el especialista Juan Felipe Acosta quien mencionó en el análisis: *paciente estable, sin abdomen agudo, no tiene ictericia, puede deambular y continuar analgesia*".[45]

Sin embargo, el Doctor Víctor Hugo Vivas refirió en su análisis:

> "*paciente con buena evolución clínica, pero paraclínicos alterados, pulmonar no se encuentran hallazgos sugestivos de neumonía, no se solicita radiografía*"[46] (...).

Posteriormente, el 24 de diciembre de 2011, el médico cirujano Víctor Ruiz, refirió: "*a Nivel objetivo encuentro paciente que se siente mejor, paciente en postquirúrgico quien ha permanecido con taquicardia, tendencia a desaturarse, la paciente es hipertensa crónica en manejo con parcial adherencia*"[47]. Según el testimonio rendido por el doctor Ruiz, la paciente en ese momento tenía ritmo de galope que podía ser producto de la patología de base de su hipertensión. En el posoperatorio, se resalta que las áreas quirúrgicas no tenían sangrado ni secreción a la altura del cuarto día de cirugía, sin existencia de distención abdominal, sin signos que requieran la intervención de la paciente.

En esa misma fecha, la doctora Sandra Lucía Fernández, valoró a la señora María Eugenia por medicina interna y consignó como análisis: "*Paciente en POP de Colelap con cuadro de dificultad respiratoria y desaturacion con taquicardia, sin profilaxia para TVP, se plantea tromboembolismo pulmonar, falla cardiaca?*". Referido a lo anterior, procedió a establecer como plan lo siguiente: "*Se solicita ecocardiograma, SS gammagrafía de ventilación perfusión, considerar anticoagulación formal*"[48]. De esta forma se evidencia que se hicieron todos los trámites administrativos pertinentes para la práctica del examen denominado "ecocardiograma modo M y bidimensional con doppler a color"[49].

---

[43]Folio 45 Ibídem.
[44]Ibidem.
[45] Folio 306 Ibidem.
[46] Folio 308 Ibidem.
[47] Folio 310 y 311 Ibidem.
[48]Folio 60 Cuaderno principal.
[49]Folios 102 a 106 Ibídem.

El 25 de diciembre de 2011 se registró un buen estado general con tolerancia de la vía oral sin signos inflamatorios ni sangrado, corazón rítmico, pulmones con escasos estertores en ambas bases posteriores, por la que fue dado de alta.[50]

Como recomendaciones al momento de darle salida a la señora María Eugenia, se estipularon las siguientes: "*Curación diaria de las heridas quirúrgicas y retiro de puntos en su 1er nivel de atención el 3 de enero de 2011; 2) Valoración por médico general en este nivel o en su 1er nivel de atención el 29 de diciembre de 2011; 3) Consultar por urgencias su presenta dolor en el pecho, dificultad respiratoria, tos, vómito, distensión abdominal permanente, amarillitis (ictericia), fiebre, secreción y/o enrojecimiento de las heridas quirúrgicas; 4) No olvidarse del resultado de la patología; 5) tramitar de manera prioritaria, el ecocardiograma*".[51] Asimismo, se evidenció que se expidieron las autorizaciones de servicios por consulta ambulatorio de medicina especializada - medicina interna, como también la solicitud de autorización de servicios por salud para el examen "*ecocardiograma modo M y bidimensional con doppler a color*"[52]. Como medicamentos, le fue ordenado "acetaminofén por 500 miligramos tableta", 4 veces al día durante 5 días.

El paciente regresó a urgencias el día 29 de diciembre de 2011, es decir cuatro días después de haberle dado de alta, y como motivo de consulta se consignó "salida de líquido por la herida + diarrea"[53]. Consta en su historia clínica que al examen físico, al momento de palpar el abdomen de la señora María Eugenia Avirama se encontró que era "blando, distendido, dolor difuso a la palpación, peristaltismo positivo, no signos de irritación peritoneal, timpánico a la percusión con salida de líquido amarillento fétido a nivel de sitio de sutura supra e infra umbilical, se observa además dehiscencia de 1 punto de sutura", complicaciones que debió ser tratada con "pipiracilina Tazobactam 1 amp IV cada 6 horas, Dipirona, Raniditna, Fraxiparina, Furosemida y la orden de exámenes RX de torax, electrocardiograma, TP, TPT"[54].

Así, se constata en la historia clínica que debido a la secreción de la herida quirúrgica, y el diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva que presentaba la señora Avirama, se hizo un manejo en emergencia y se ordenó su remisión a un nivel III, dado a su delicada situación. Lo anterior, es consonante con la apreciación entregada en su testimonio por el doctor Víctor Ruiz, quien precisó que la señora María Eugenia Avirama se encontraba en estado crítico pero estable:

> *"JUEZ: DE SU CONOCIMIENTO Y DADO A QUE UD ATENCIÓN EN ALGUNAS OCASIONES A LA PACIENTE, UD VERIFICÓ QUE AQUELLA TUVIERA ALGUN PROCESO INFECCIOSO?*
> *CONTESTÓ: si doctor, a folio 322 del 30 de diciembre de 2011 a las 9:26 de la mañana, dentro de la valoración integral se coloca: aparente regular estado general, incremento del trabajo respiratorio, ruidos cardiacos, soplo oleo sistólico, murmullo vesicular disminuido, estertores, abdomen distendido, herida quirúrgica sin secreción purulenta en el momento, por los hallazgos básicamente por la descomposición cardio vascular es que la paciente la bajan a urgencias y se hace manejo conjunto con medicina interna, hasta ese momento no encuentro signos de infección en la paciente".*

[50] Folio 61 Ibidem.
[51] Folio 115 Cuaderno principal.
[52] Folio 102 a 104 Ibídem.
[53] Folios 317 reverso Cuaderno principal 2
[54] Folios 318 a 322 Ibídem.

Complicaciones en todo caso previsible, si se tiene en cuenta el antecedente por enfermedad cardiovascular, aunado a la declaración de la doctora Sandra Lucía Fernández, médica especialista en medicina interna, que dado a la patología de base de la señora María Eugenia Avirama, cuál era la hipertensión podía *"lleva(r) a complicaciones renales, cardiacas, cerebro vascular, complicaciones a niveles de otros órganos que podrían llevar al paciente a una complicación por la que fallezca".*

La prueba recaudada señala que el día 30 de diciembre de 2011 a las 5:22 pm, se realizó el efectivo traslado en ambulancia medicalizada al Hospital Universitario San José (tercer nivel), de la paciente María Eugenia Avirama.[55]

Según la historia clínica aportada y referida en líneas superiores, a la paciente María Eugenia se le realizó el manejo clínico correspondiente a las patologías de insuficiencia cardiaca congestiva, edema pulmonar, Cardiomiopatia isquémica y shock séptico que presentaba. De esta forma se le dio manejo de soporte y monitoria por UCI, manejo farmacológico: *"ASA, omeprazol, oral, enoxaparina como profilaxis, nitroglicerina, furosemida, carvedilol".* Asimismo, se consignó en la historia clínica que se estipulo plan con la familia, y que su estancia en la unidad de cuidado crítico se justificaba por el riesgo de colapso hemodinámico y ventilatorio".[56]

El día 31 de diciembre de 2011, se consignó como análisis clínico: *"paciente con proceso cardiaco de base, con edema pulmonar sin fiebre, recibiendo antibiótico por foco de pared abdominal con ISO, en destete de nitroglicerina, persiste hipoxemica por su edema pulmonar, pero más compensada, no ha requerido VMNI".*[57]

Al siguiente día, se denota una desmejora en la situación de la señora María Eugenia y como análisis clínico se consignó: *"Paciente hipoxemica con PO2 a pesar de VMNI taquipneica con uso de músculos accesorios, hemodinamicamente inestable requiriendo inicio de vasoactivo e infusión de bolo en coloide ahora con pico febril aunque una F cardiaca descompensada puede darle correlacionándola con demás paraclínicos se decide policuliverla. Además se realiza intubación orotraqueal previa sedación profunda con Fentanyl 100 y midazolam (...)"*[58]. Como plan de manejo integral y monitoreo se estableció: *"Monitoria invasiva línea arterial control de electrolitos, gases arteriales y venosos (...)";* y se procedió a informarle a los familiares.

Debido al estado crítico de salud de la paciente, el día 02 de enero de 2012 se procedió a realizarle un procedimiento quirúrgico y anestésico denominado, con el debido consentimiento informado de la misma.[59] En dicha intervención práctica, como descripción de la intervención practicada se consignó: *"Drenaje peritonitis generalizada, lavado peritoneal postquirúrgico, sección adherencias peritoneales, drenaje de absceso intraperiotoneal, incluye epiploico (omental) de fosa iliaca, resección intestinal, incluye duodenectomia, enterocolectomia, enterectomia, yey, colectomia subtotal, incluye hemicolectomia o ilecolectomia, sigmoidectomia, CE."*[60]Como hallazgos quirúrgicos se consignó: *"Peritonitis fecal de 3000 cc en cavidad, tejido desvitalizado subhepatico, gotera parietocolica derecha, fosa pélvica, abscesos interasas, síndrome Adherencial severo, colon transverso con dehiscencia de sutura previa y drenaje activo, perforación en ileo y yeyuno distal".*[61]

---

[55]Folios 336-337 Ibídem.
[56]Folio 14 historia clínica aportada en medio magnético que obra a folio 54 del Cuaderno de pruebas
[57]Folio 18 Ibídem.
[58]Folio 20 Ibídem.
[59]Folio 114 Ibídem.
[60]Folio 117 Ibídem.
[61]Ibídem.

De conformidad con la literatura médica, la formación de adherencias peritoneales es un riesgo inherente a las cirugías y que cuenta con una morbimortalidad significativa[62]:

> *"Las adherencias peritoneales (AP) pueden ser definidas como bandas fibrosas anormales entre órganos y/o tejidos en la cavidad abdominal, que normalmente están separados. La gran mayoría de estas son adquiridas como resultado de una injuria peritoneal (ya sea incisión, cauterización, sutura u otro tipo de trauma) siendo la causa más común la cirugía. Independientemente de su origen, las AP van a ser resultado de una compleja interacción de procesos inflamatorios intraperitoneales en los que la cascada de coagulación y el proceso de fibrinólisis van a estar íntimamente relacionados.*
>
> *Se estima que del 93 al 100% de los pacientes que van a cirugía transperitoneal desarrollarán AP. Uno de los factores quirúrgicos que han demostrado contribuir a la formación de AP es la presencia de cuerpos extraños intraperitoneales, incluyendo mallas, talco de guantes, material de sutura y litos vesiculares residuales, entre otros. Afortunadamente, la gran mayoría de los pacientes con AP no experimentan ningún síntoma clínico, sin embargo, a corto o largo plazo pueden afectar de forma severa la calidad de vida de millones de personas alrededor del mundo, al condicionar diversos problemas como obstrucción intestinal, dificultad técnica en reintervenciones, dolor crónico e infertilidad femenina, entre otros, siendo por lo tanto causa de una morbilidad y mortalidad significativa"*– se destaca -.

De lo anterior se colige la gravedad del estado clínico posterior a dos intervenciones quirúrgicas intraabdominales, factor en sí mismo de riesgo. Adicionalmente, se debe referir el hallazgo intraoperatorio de la Fistula colovesicular, complicación de alta gravedad y morbilidad asociada, desde el 20 de diciembre de 2011.

Respecto de la muerte del paciente, la prueba documental indica que el 04 de enero de 2012 se consignó a las 16:20 horas agravamiento de su estado general, ocurriendo su muerte. De conformidad con la epicrisis la muerte se produjo por shock séptico.

El shock séptico es definido por la literatura médica como *"una afección grave que ocurre cuando una infección devastadora lleva a que se presente hipotensión arterial potencialmente mortal"*[63]. Es decir, la causa de la muerte de la señora Avirama sí tuvo relación con la presencia de infección, lo que no se opone a que la infección generalizada se haya presentado ante el padecimiento de una peritonitis que pese a ser tratada, no pudo ser curada. Y es que no puede pasar por alto este despacho que el paciente tuvo problemas de insuficiencia cardiaca congestiva, lo que dificultó su recuperación.

De lo anterior se colige, sin óbice de duda, que las complicaciones efectivamente se presentaron después de la práctica de la primera cirugía, aunque esto es cinco días después. Pero no se establece del material probatorio allegado al plenario que las complicaciones sean consecuencia del error médico, esto es, asistencial y hospitalario, sino por el contrario, las pruebas son concordantes en indicar que las complicaciones postoperatorias de la paciente tuvieron relación directa con la materialización de los riesgos inherentes a la cirugía, para una persona de edad avanzada y con antecedentes de enfermedad cardiovascular,

---

[62] GONZÁLEZ TORRES, Carlos; UZCÁTEGUI, Estrella; MILANO, Melisse, PLATA – PATIÑO, José, NOBOA B, Fabianne, SHIOZAWAKA, Naoaki. "Prevención de adherencias peritoneales postoperatorias mediante uso de antagonista de receptores de neurokinina tipo 1" en Revista Chilena de Cirugía. En línea: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262010000400008 (consultada: 8 de mayo de 2015).

[63] Shock séptico, University of Maryland Medical Center, en línea:http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/shock-septico#ixzz3ZrM4nmLc (consultada el 11 de mayo de 2015).

asociada a su vez, a la complicación de los hallazgos intraoperatorios como fueron la fistula colo vesicular, adherencias y plastrón, desarrollada por el paciente, cuya causa se desconoce; mientras que la prueba no es contundente en relación con la causalidad eficiente entre las mismas y la muerte.

La evidencia da cuenta de que el diagnóstico fue correcto. La cirugía de colecistectomía confirmó la colelitiasis y colecistitis, la cual se inició por el método menos lesivo, laparoscopia, que debió convertirse en cirugía abierta por el estado crónico y avanzado de la lesión. Si bien la cirugía revistió complejidad, tanto por el estado inflamatorio del paciente como por los antecedentes clínicos que establecían un riesgo mayor para su práctica. Sin embargo, la presentación de complicaciones de gravedad, inicialmente el sangrado postoperatorio y salida de líquido por la herida, y posteriormente, una insuficiencia cardiaca congestiva, edema pulmonar, cardiopatía isquémica, y finalmente perforación intestinal con adherencias interasas generaron el mal pronóstico del paciente, aunado, como se ha dicho, a la edad, enfermedades de base así como a la realización de múltiples cirugías en un lapso corto. Así las cosas, aunque asiste razón al demandante en cuanto a las complicaciones se generaron después de la primera cirugía, no hay evidencia de que las mismas se deban a un desconocimiento de la *lex artis.*

En síntesis, al criterio de este Juzgador, pese a la muerte del paciente, la cual se presentó quince días después de la primera intervención en el Hospital Susana López de Valencia y por una patología diferente a aquellas presentadas con ocasión a su tratamiento en dicho ente hospitalario, la historia clínica aportada da cuenta de una adecuada atención tanto en esa institución como en el Hospital Universitario San José, esto es, se advierte el diagnóstico y tratamiento adecuado a la enfermedad padecida por la señora Avirama y cuyas complicaciones post operatorias, tanto previsibles como imprevisibles fueron puestas en conocimiento de ella misma y sus familiares, y el tratamiento aceptado por esta, asumiendo los riesgos de complicaciones postoperatorias como las presentadas en el caso *sub examine*.

Así las cosas, a juicio este juzgador, del material probatorio aportado no se desprende la relación causal fáctica y jurídica eficiente entre la muerte de la señora María Eugenia Avirama y la atención por este recibida tanto en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E como en el Hospital Universitario San José.

Abordado lo anterior, pasa el Despacho a hacer referencia al tema de las costas del proceso, incluyendo agencias en derecho.

3.- COSTAS PROCESALES – AGENCIAS EN DERECHO

Conforme el artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, salvo en los procesos en que se ventile un interés público la sentencia dispondrá sobre la condena en costas cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código General del Proceso.

Bajo este lineamiento, es del caso condenar en costas a la parte demandante con fundamento en el artículo 365 del C.G.P., cuya liquidación se hará por secretaría del Despacho, conforme lo establece el artículo 366 de las misma codificación, como quiera que la acción contenciosa no prosperó.

Respecto a las agencias en derecho, se fijarán éstas teniendo en cuenta las actuaciones adelantadas por los apoderados de la parte demandante, para lo cual es preciso hacer remisión a lo dispuesto por el Numeral 3.1.2 del artículo 6

del Acuerdo 1887 de 2003, modificado por el Acuerdo 2222 del 10 de diciembre de 2003, así como al numeral 3 del artículo 366 del CGP. Agencias en derecho que se fijarán en 4% respecto de las pretensiones solicitadas por la parte demandante.

4.- DECISIÓN

Por lo expuesto, el JUZGADO OCTAVO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE POPAYÁN, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO.- Declarar probadas las excepciones denominadas *"inexistencia de la obligación a indemnizar", "inexistencia de responsabilidad" "inexistencia del nexo causal" e "inexistencia de la relación de causalidad"* formuladas por las entidades demandadas y llamada en garantía, según lo enunciado en precedencia.

SEGUNDO.- Negar las pretensiones de la demanda.

TERCERO.- Condenar en costas a la parte demandante de conformidad con lo dispuesto en el artículo 188 del C.P.A.C.A., las cuales se liquidarán por secretaría. FIJENSE las agencias en derecho de acuerdo a lo expuesto en este fallo, en la suma de 4% respecto de las pretensiones de la demanda, las que serán tenidas en cuenta al momento de liquidar las costas.

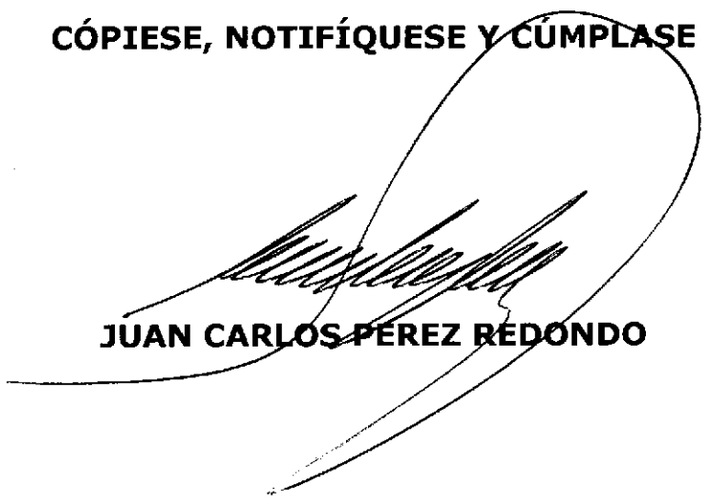
CUARTO.- Archívese el expediente previa cancelación de su radicación, una vez cobre firmeza esta providencia. Por secretaría liquídense los gastos del proceso.

QUINTO. Notificar esta providencia tal y como lo dispone el artículo 203 del Código de Procedimiento Administrativo y de Lo Contencioso Administrativo, en concordancia con lo señalado en el artículo 295 del Código General del Proceso.

SÉXTO.- En firme esta providencia, entréguese la primera copia de la misma a la parte interesada para los efectos pertinentes, ello a la luz de lo dispuesto en el artículo 114 del Código General del Proceso.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

El Juez,



JUAN CARLOS PEREZ REDONDO