



JUZGADO TRECE ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

Tunja, doce (12) de junio de dos mil veinte (2020)

ACCIÓN: REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE: ALCIRA DEL CARMEN GAMBOA GIL Y OTROS
DEMANDADO: E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DEL VALLE DE TENZA DE GARAGOA
RADICACIÓN: 150013333013**20160015800**.

=====

Procede el Despacho a dictar sentencia de primera instancia dentro del asunto de la referencia, toda vez que no se observa causal alguna de nulidad que invalide lo actuado.

I. ANTECEDENTES

I.1. LA DEMANDA.

Alcira del Carmen Gamboa Gil, José Israel Merchán, Paula Andrea, José Israel, María Camila, Kevin Alejandro, Laura Margarita, Mary Luz y Edna Lorena Merchán Gamboa, por conducto de apoderado judicial, formularon demanda en ejercicio del medio de control de reparación directa en contra de la E.S.E. Hospital Regional del Valle de Tenza de Garagoa, para que se declaren administrativamente responsables de la totalidad de los perjuicios materiales y morales causados por la falla médica en el procedimiento quirúrgico realizado a la primera de ellas el día 16 de octubre de 2014.

Como consecuencia de lo anterior solicitan se condene a pagar: i) por lucro cesante, \$12.960.000 que corresponde al valor de sus ingresos dejados de percibir desde el 16 de octubre de 2014 a la fecha; ii) por daño emergente, \$6.500.000 valor de los intereses e indexación de la suma anterior, dejados de percibir desde el 16 de octubre de 2014 a la fecha de la presente demanda; iii) por daño moral doscientos (200) s.m.l.m.v. a la fecha en que se dicte la correspondiente sentencia. Por concepto de

daño moral: iv) para Paula Andrea; José Israel, María Camila, Kevin Alejandro y Laura Margarita Merchán Gamboa, 120 s.m.l.m.v. para cada uno; v) para Mary Luz y Edna Lorena Merchán Gamboa, 100 s.m.l.m.v. a cada una; vi) para José Israel Merchán Hernández, en su condición de compañero permanente, 100 s.m.l.m.v; vii) y para Pedro Alejandrino Gamboa Torres y María Raquelina Gil Amaya, en su condición de padres, 100 s.m.l.m.v. para cada uno.

1.1. HECHOS.

Para soportar las pretensiones se relataron los siguientes hechos:

___ Que Alcira Gamboa y José Israel Merchán conviven como pareja.

___ Que Alcira Gamboa y José Israel Merchán procrearon a Paula Andrea, José Israel, María Camila, Kevin Alejandro, Laura Margarita, Mary Luz y Edna Lorena Merchán Gamboa.

___ Que Alcira Gamboa es hija de los señores Pedro Alejandrino Gamboa y María Raquelina Gil quienes a su turno contrajeron vínculo matrimonial por la iglesia católica.

___ Que Alcira Gamboa Gil ingresó el día 16 de octubre de 2014 a sala de cirugía de la E.S.E Hospital Regional Valle de Tenza de Garagoa. En donde le realizarían el procedimiento quirúrgico de colecistectomía.

___ Que el procedimiento anteriormente descrito fue practicado por el profesional Michel Jabbour Sefair, Médico Cirujano en la E.S.E Hospital Regional Valle de Tenza.

___ Que el día 18 de octubre de 2014, la señora Alcira fue dada de alta de la institución hospitalaria con prescripción de medicamentos y control.

___ Que el día 22 de octubre de 2014, la señora Alcira acudió a control a la E.S.E Centro de Salud de Pachavita estando en curso el sexto día de POP colecistectomía refiriendo malestar desde su egreso. Quien una vez valorada es remitida e ingresada nuevamente a la E.S.E Hospital Regional Valle de Tenza II nivel.

___ Que el día 24 de octubre de 2014, la demandante fue remitida a la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja con diagnóstico de coledocolitiasis residual con el fin de practicar CPRE de urgencia.

___ Que, ante el Tribunal de ética médica de Cundinamarca, se llevó a cabo procedimiento disciplinario contra el llamado en garantía DR. Jabbour el que culminó en sesión No 1378 de fecha 12 de abril de 2016. La Sala Plena del citado Tribunal declaró que no existió mérito para formular cargos en contra del precitado profesional en consideración a la atención médica prestada a la señora Alcira del Carmen Gamboa Gil.

___ Que el llamado en garantía Michel Jabbour Sefair laboraba como médico en el Hospital Valle de Tenza de Garagoa para la fecha de los hechos de la demanda conforme al contrato de prestación de servicios No. 141-2014.

___ Que la sociedad Protección Médico Integral S.A.S suscribió contrato de seguro de responsabilidad civil profesional con Seguros del Estado S.A. según póliza No. 33-03-101009738. Siendo dicha empresa tomador del seguro, el médico Michel Jabbour Sefair asegurado y los terceros afectados y/o usuarios del servicio los beneficiarios. El contrato tenía una vigencia del 2 de septiembre de 2014 al 2 de septiembre de 2015.

1.2. FUNDAMENTOS DE DERECHO.

Trajo a cita en su demanda el artículo 140 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la sentencia del H. Consejo de Estado de 28 de agosto de 2014, M.P. Olga Mélida Valle de la Hoz a través de la cual se reconocieron 400 SMMLV por concepto de daño moral.

1.2. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA.

2.1. E.S.E. Hospital Regional del Valle de Tenza de Garagoa (f. 72- 103)

Se opuso a las pretensiones de la demanda. Advirtió que el procedimiento practicado a la demandante el día 16 de octubre de 2014, era el pertinente de conformidad con los protocolos y procedimientos médicos aplicables al caso. Además, en las intervenciones quirúrgicas como la practicada a la actora es relativamente frecuente el compromiso de otros órganos. La lesión en la vía biliar se presentaba en el 0.1 y el 0.3% de las colecistectomías, por lo que, según la literatura médica, estaba determinado que podía presentarse.

Con fundamento en lo anterior, indicó que no había prueba de negligencia alguna por parte de su representada. Por el contrario, el actuar del médico fue acertado de acuerdo a la patología de la paciente. Propuso la excepción de falta del presupuesto procesal e ineptitud de la demanda, la cual fue resuelta en audiencia inicial de 24 de agosto de 2018, (minuto 11.49 a minuto 14.22 cd f. 218). Frente a la falta de causa pretendí y causa para promover la acción, indicó que los demandantes no habían probado sus relaciones para con la paciente ni los hechos de los cuales se derivan sus perjuicios. Por último, propuso la excepción innominada o genérica.

2.2. Médico Michel Jabbour Sefair. (Llamado en garantía). (f. 131 - 137)

El apoderado del llamado se opuso a la prosperidad de las pretensiones del llamamiento en garantía, pues manifestó que el llamante no podía pretender el traspaso de la responsabilidad a su representado, pues se demostró la diligencia con la que actuó el médico y que los posibles inconvenientes se debían a las complicaciones

del procedimiento de difícil abordaje. Propuso la excepción de cobro de lo no debido, con fundamento en que se otorgó la atención médica del caso, por lo que ante una eventual condena no podría traspasarse a su representado la indemnización, en la medida que este actuó con destreza en el procedimiento quirúrgico.

Sobre el medio exceptivo de inexistencia de responsabilidad o falla en el servicio por parte del Doctor Michell Georges Jabbour Sefair, aseguró que las actuaciones de este deberían ser estudiadas bajo la *lex artis ad – hoc*. Por tanto, afirmó que dentro del compilado probatorio se demostraría que el llamado en garantía actuó conforme a la ciencia médica y los protocolos que excluían cualquier acusación de negligencia. Por último, interpuso la excepción Genérica.

2.3. La Compañía de Seguros del Estado S.A (Llamada en garantía) (f. 176-204)

Se opuso a la prosperidad de las pretensiones de la demanda y del llamamiento, debido a que de la historia clínica se desprende que la institución prestó una atención con la debida pericia y experiencia, sumado a que los procedimientos médicos son de medio y no de resultado. Propuso entre otras la excepción de inexistencia de nexo causal entre el daño y las acciones desplegadas por el Dr. Michell Jabbour Sefair. Frente a la inexistencia de obligación contractual respecto de la E.S.E Hospital Regional Valle de Tenza e inexistencia de la obligación por exoneración del asegurado, determinó que según lo advertido en el contrato de seguros dentro de la póliza No 33-03-101009738, quien era asegurado era el médico y no la ESE. Por lo tanto, no hay existencia de ninguna responsabilidad frente a la Empresa Social.

Por último, formuló los medios exceptivos de cláusula de deducible pactada dentro de la póliza responsabilidad civil profesional No. 33-03-101009738, inexistencia del siniestro e inexistencia de la obligación. Por último, propuso la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguros la cual fue resuelta en audiencia inicial de 24 de agosto de 2018, (minuto 14.25 a minuto 19.31 cd f. 218).

I.3. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN.

Mediante auto de fecha 19 de febrero de 2019, el Despacho corrió traslado para alegar de conclusión. Término dentro del cual, el Ministerio Público guardó silencio. Por su parte, **el médico Michell Georges Jabbour** (fls. 399- 409) reiteró los argumentos expuestos en la contestación de la demanda. Además, señaló que actuó conforme a los protocolos y guías aplicables al caso, como quiera que la lesión iatrogénica de la vía biliar es la colecistitis y por esta patología fue tratada la paciente. Por lo que no podía establecerse la responsabilidad como galeno.

La **Compañía de Seguros del Estado S.A** (fls. 410-414), reiteró los argumentos expuestos en la contestación de la demanda, específicamente lo relacionado con los medios exceptivos propuestos. Agregó que la cirugía practicada era la correspondiente con la patología de la demandante y aprobada por los protocolos aplicables al caso.

Contrario sensu, **la parte demandante** (f. 415-427), advirtió que a la actora se le practicó una colecistectomía con el fin de extraerle la vesícula biliar. No obstante, con posteridad a la intervención la paciente presentó malestar y después de la realización de los exámenes del caso se determinó una laceración al colédoco. Lo cual produjo una peritonitis que la sometió a varias operaciones y múltiples días en la unidad de cuidados intensivos.

II. CONSIDERACIONES.

El Despacho negará las pretensiones de la demanda, debido a que no se logró acreditar la falla en el servicio médico durante la cirugía realizada a Alcira del Carmen Gamboa Gil. Por tanto, el padecimiento sufrido días después de la intervención consistió en la materialización de un riesgo inherente a una colecistectomía.

A fin de resolver el asunto de la referencia, el despacho precisará los siguientes aspectos: i) tesis de las partes y problemas jurídicos; ii). De la responsabilidad estatal por acto médico, y; v). la resolución del caso concreto.

II.1. TESIS Y PROBLEMAS JURÍDICOS.

1.1. Tesis de la parte demandante.

A juicio de la accionante, la entidad demanda realizó un mal procedimiento en la cirugía. Como consecuencia de lo anterior, fue necesaria una nueva intervención quirúrgica en la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja. Por tanto, reclama el pago de los perjuicios sufridos por la accionante y su familia.

1.2. Tesis de la E.S. E Hospital Regional Valle de Tenza de Garagoa.

Sostiene que la atención prestada a la señora Alcira del Carmen Gamboa Gil estuvo desarrollada conforme a los protocolos establecidos para mejorar su condición de salud. Que la atención fue adecuada, diligente y oportuna de acuerdo con el nivel de complejidad, que es de nivel II y que por tanto no puede endilgársele responsabilidad en el daño.

1.3. Llamados en garantía.

El apoderado de Michel Jabbour Sefair afirmó que cumplió a cabalidad con sus obligaciones contractuales dispensando una diligente atención médica a la demandante, acorde a la lex artis ad-hoc, guías protocolos institucionales y normatividad vigente. Demostró la destreza en el procedimiento quirúrgico, toda vez que la paciente venía

presentando la patología con anterioridad (marzo de 2014), situación está que dificultaba la vía de acceso a la vesícula biliar.

Por su parte, la aseguradora Seguros del Estado S.A. sostiene que respecto a las acciones derivadas del contrato de seguros póliza de responsabilidad civil profesional No 33-03-101009738 cuyo asegurado es el médico Michel Jabbour Sefair ha operado la figura jurídica de la prescripción bienal en concordancia con lo señalado en el artículo 1081 del Código de Comercio. Que, de acuerdo a las condiciones particulares de la póliza de seguro de responsabilidad civil profesional No 33-03-101009738 se contemplan como exclusiones las reclamaciones por daños fisiológicos, las reclamaciones por daños morales, los perjuicios morales y los perjuicios por lucro cesante. Por tanto, no se desprende obligación alguna a cargo de la aseguradora frente al reconocimiento de tales conceptos de daño.

2. Formulación de los problemas jurídicos.

En audiencia inicial del día 24 de agosto de 2018, se determinaron como problemas jurídicos resolver los siguientes: ¿La entidad demandada es administrativa y extracontractualmente responsable de los perjuicios materiales y morales ocasionados a los demandantes, por la presunta falla en el servicio médico derivado del procedimiento quirúrgico de colecistectomía efectuado a la señora ALCIRA DEL CARMEN GAMBOA GIL el día 16 de octubre de 2014 en la E.S.E Hospital Regional Valle de Tenza, que originó como consecuencia la realización de una nueva cirugía, la hospitalización por el término de dos meses, la colocación de una sonda adherida a su abdomen durante 1 año y su posterior tratamiento farmacológico hasta la fecha?. De declararse lo anterior, ¿los llamados en garantía se encuentran obligados a concurrir a la satisfacción de la condena que se imponga y de ser así en que porcentaje o cuantía?

II.2. DE LA RESPONSABILIDAD ESTATAL POR ACTO MÉDICO. (MARCO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL).

La Doctrina ha manifestado que la responsabilidad administrativa -para que se configure- requiere la existencia de un daño o perjuicio, la actuación de la administración y un nexo causal entre el daño y la actuación administrativa. Igualmente, la actuación de la administración constituye uno de los elementos necesarios para atribuirle responsabilidad, es decir, para imputarle el daño según el nexo causal existente entre tal actuación y el daño.

Lo anterior se extracta del contenido del inciso 1º del artículo 90 de la Carta Política de 1991, conforme al cual *“El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas”*. De acuerdo con el artículo *ejusdem*, para que exista responsabilidad del Estado, se requiere de la concurrencia de dos elementos a saber: el daño antijurídico y la imputabilidad del daño a un órgano del Estado.

La actuación administrativa puede ser calificada de acuerdo con diversos regímenes según el fundamento y los presupuestos sobre los cuales se estructure la responsabilidad. El régimen de responsabilidad por culpa o falla del servicio, o de responsabilidad subjetiva, llamado también de responsabilidad por mal funcionamiento se complementa con el de los sistemas objetivos de responsabilidad sin culpa o por actuaciones lícitas de la administración.

En éste punto ha mencionado la Doctrina¹ que, se debe tener presente que el artículo 90 de la Constitución, ha permitido correctamente afirmar tanto al Consejo de Estado como a la Corte Constitucional, que el Estado en el cumplimiento de sus funciones puede ocasionar daños, tanto en los casos de funcionamiento anormal como en los de funcionamiento normal y de esta forma, el daño antijurídico puede presentarse tanto en regímenes de responsabilidad sin culpa, como en aquellos basados en la culpa.

En lo que respecta al concepto de daño antijurídico, Javier Tamayo Jaramillo², advierte que, éste es aquel que el Estado, en el ejercicio de su soberanía y de sus funciones, no tiene derecho a causar. O lo que es lo mismo: cuando el Estado causa un daño que no tenía derecho a causar, es responsable.

Tal como lo ha señalado la Sección Tercera del Consejo de Estado³, la falla médica involucra:

“de una parte, el acto médico propiamente dicho, que se refiere a la intervención del profesional en sus distintos momentos y comprende particularmente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas, y de otra, todas aquellas actuaciones previas, concomitantes y posteriores a la intervención profesional, que operan desde el momento en que la persona asiste o es llevada a un centro médico estatal, actividades estas últimas que están a cargo del personal paramédico o administrativo. Todas estas actuaciones integran el “acto médico complejo”, que la doctrina, acogida por la Sala⁴ clasifica en: (i) actos puramente médicos; (ii) actos paramédicos, que corresponden a las acciones preparatorias del acto médico, que por lo general son llevadas a cabo por personal auxiliar, en la cual se incluyen las obligaciones de seguridad; y (iii) los actos extramédicos, que corresponden a los servicios de alojamiento y manutención del paciente”.

Como se aprecia, el servicio público sanitario y hospitalario no sólo está circunscrito a la prestación o suministro de los denominados “acto médico y/o paramédico”, es decir, la atención dirigida o encaminada a superar o aliviar una enfermedad a partir de la valoración de los síntomas y signos evidenciados con el objetivo de restablecer la salud del paciente, sino que comprende otra serie de obligaciones principales como la de seguridad, cuidado, vigilancia, protección y custodia de los usuarios.

¹ ARENAS MENDOZA, Hugo Andrés. *El Régimen de Responsabilidad Subjetiva*, Primera Edición, Página 243, Editorial Legis.

² *La Responsabilidad del Estado*, Páginas 32 – 33.

³ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 23 de junio de 2010, exp. 19.101, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 28 de septiembre de 2000, exp: 11.405, C.P. Alíer Eduardo Hernández Enríquez.

En ese orden de ideas, la responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria y hospitalaria encuentra su fundamento en el principio de la buena fe, el principio del interés general que lleva implícito la prestación del servicio referido, así como en los derechos de los pacientes y usuarios.

En efecto, el numeral 3 del artículo 3º del Decreto 1011 de 2006⁵, define la obligación de seguridad en la atención en salud como "*...el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de salud o mitigar sus consecuencias.*"

Así las cosas, la responsabilidad extracontractual del Estado que se genera a partir de la ocurrencia de eventos adversos, esto es, la trasgresión del principio de seguridad, mismo que comprende las obligaciones de cuidado, vigilancia, protección, entre otras, tendrá como referente la falla del servicio, razón por la que siempre será imprescindible constatar, en el caso concreto, si el daño tuvo origen en la violación al deber objetivo de cuidado, es decir, provino de una negligencia, impericia, o imprudencia⁶

Al respecto el máximo órgano de la jurisdicción contenciosa administrativa, en sentencia del 4 de octubre del 2007⁷, señaló:

"Por posición de garante debe entenderse aquella situación en que coloca el ordenamiento jurídico a un determinado sujeto de derecho, en relación con el cumplimiento de una específica obligación de intervención, de tal suerte que cualquier desconocimiento de ella acarrea las mismas y diferentes consecuencias, obligaciones y sanciones que repercuten para el autor material y directo del hecho."

Así las cosas, la posición de garante halla su fundamento en el deber objetivo de cuidado que la misma ley –en sentido material– atribuye, en específicos y concretos supuestos, a ciertas personas para que tras la configuración material de un daño, estas tengan que asumir las derivaciones de dicha conducta, siempre y cuando se compruebe fáctica y jurídicamente que la obligación de diligencia, cuidado y protección fue desconocida."

Por otra parte, el H. Consejo de Estado se refirió a la naturaleza de las obligaciones de los prestadores del servicio médico las cuales, salvo casos excepcionales, se resumen en obligaciones de medio y no de resultado.

Así, en la providencia del 31 de mayo de 2016⁸ se refirió al hecho de que previo a emitir un pronunciamiento sobre la responsabilidad en la prestación del servicio de salud frente a la ocurrencia de un resultado desafortunado, es preciso considerar la

⁵ Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 4 de octubre de 2007, Exp. 15.567. M.P. Enrique Gil Botero.

⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 4 de octubre de 2007, Exp. 15.567. M.P. Enrique Gil Botero.

⁸ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN B. Consejera ponente: STELLA CONTO DÍAZ DEL CASTILLO. Bogotá, D.C., treinta y uno (31) de mayo de dos mil dieciséis (2016). Radicación número: 17001-23-31-000-2002-11611-01(33650). Actor: NORLEY MEJÍA CRUZ. Demandado: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS RIOSUCIO Y HOSPITAL DE CALDAS E.S.E.

naturaleza del acto médico y de la consecuente índole de las obligaciones que se derivan de su ejercicio. En tal sentido, consideró:

“En efecto, a pesar de los notables progresos que ha experimentado en los últimos siglos, el ejercicio de la medicina comporta riesgos cuyo control escapa a la ciencia, haciendo ajena a la actividad la completa exactitud y a cualquier pretensión de infalibilidad. Esto es así porque todo procedimiento médico implica algún grado de riesgo (así en algunos casos pueda ser ínfimo) cuya eventual realización la asume el paciente, una vez conocida en forma de consentimiento informado.

En vista, pues, de que a la práctica médica atañe siempre un cierto componente de inexactitud o si se quiere de alea, no es dable sostener que las obligaciones que las instituciones médicas y asimismo los profesionales de la salud contraen con los pacientes sean de resultado. Por eso, aunque se han abandonado unánimemente las posturas que abogan por una total irresponsabilidad del médico, la naturaleza de medio de las obligaciones médico asistenciales y hospitalarias es de común aceptación”.

En tal sentido, si bien es cierto que el paciente tiene derecho a exigir la mayor diligencia posible, debe considerarse que el mero “fracaso” del procedimiento médico no constituye *per se* una violación de las obligaciones que se adquieren con la prestación. Bajo todos estos matices es que vía jurisprudencial, en la actualidad⁹ se ha optado por la aplicación de la falla probada del servicio, dada la complejidad de los temas médicos y la dificultad para las instituciones públicas en el ámbito probatorio, debido al tiempo que transcurre y la cantidad de casos que manejan; aunado, a la dificultad que representa determinar la distribución de la carga probatoria a la luz del principio dinámico, pues no existen parámetros claros frente a los casos en que una u otra parte deba aportar los distintos elementos de juicio que han de servir para sustentar la decisión correspondiente.

En consecuencia, se ha dicho que corresponde a los afectados demostrar la falla en el servicio, para lo cual pueden valerse de todos los medios de prueba previstos en el ordenamiento jurídico, adquiriendo gran relevancia la prueba indiciaria que se genera como consecuencia de la renuencia de las partes frente la carga de aportar los elementos probatorios que tengan en su poder.

Ahora si bien, en estos casos se impone la obligación de probar el daño; la falla por el acto médico y el nexo causal entre esta y el daño, ello no obsta para que, en asuntos concretos el juez pueda, de acuerdo con las circunstancias, optar por un régimen de responsabilidad objetiva¹⁰.

⁹ Sobre el particular pueden consultarse entre otras las siguientes providencias emitidas por el Consejo de Estado, Sección Tercera: de 13 de noviembre de 2018, M.P. Marta Nubia Velásquez Rico, Radicación No. 66001-23-31-000-2010-00039-01(47680); de 6 de marzo de 2013, M.P. Olga Melida Valle De La Hoz, Radicación No. 25000-23-26-000-1999-02274-01(27132); de 30 de enero de 2012, M.P. Stella Conto Díaz Del Castillo, Radicación No. 17001-23-31-000-1999-00964-01(23017); de 7 de febrero de 2011, M.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Radicación No. 73001-23-31-000-2000-0573-01(22466); de 7 de junio de 2012, Olga Melida Valle De La Hoz Radicación No. 23001-23-31-000-1998-00359-01(21722) y; de 27 de abril de 2011, M.P. Mauricio Fajardo Gómez, Radicación No. 52001-23-31-000-1998-00157-01(19192).

¹⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 13 de noviembre de 2018, M.P. Marta Nubia Velásquez Rico, Radicación No. 66001-23-31-000-2010-00039-01(47680).

II.3. RESOLUCIÓN DEL CASO CONCRETO.

3.1. De la existencia del daño.

Conforme al marco normativo, lo primero que habrá de establecer el juzgado para definir si están probados los elementos que estructuran la responsabilidad en cabeza del Estado, es la existencia del daño.

El daño se ha entendido jurisprudencialmente como:

“(…) el detrimento, perjuicio, menoscabo, dolor o molestia causado a alguien, en su persona, bienes, libertad, honor, afectos, creencias, etc., suponiendo la destrucción o disminución de ventajas o beneficios patrimoniales o extrapatrimoniales de que goza un individuo, sin que el ordenamiento jurídico le haya impuesto a la víctima el deber de soportarlo, es decir, que el daño carezca de causales de justificación (Consejo de Estado – Sección Tercera, sentencia del 27 de enero del 2000, M.P: Alier E. Hernández Enríquez).

En el *sub examine* los daños invocados por los demandantes consisten en el deterioro del estado fisiológico que sufrió la señora Alcira del Carmen Gamboa Gil, a su juicio, por la falta de pericia, inexperiencia y mal manejo de la cirugía realizada por el médico Michel Jabbour Sefair. La intervención consistía en una colecistectomía¹¹ que fue realizada el día 16 de octubre de 2014 en la E.S.E Hospital Regional Valle de Tenza. Luego de ello, se realizó una nueva cirugía para tratar una peritonitis aguda producto de la lesión al colédoco¹². La paciente debió ser hospitalizada por el término de dos meses, le fue colocada una sonda adherida a su abdomen durante 1 año y fue sometida a un tratamiento posterior hasta la fecha.

Dentro del plenario se acreditó que, en efecto, la señora Alcira del Carmen Gamboa Gil quedó con secuelas por una peritonitis biliar¹³ que se mantuvo hasta el día 28 de octubre de 2014 cuando se le practicó otra operación con el fin de contrarrestar una complicación a una colecistectomía realizada en la E.S.E. Hospital Regional del Valle de Tenza de Garagoa el día 16 de octubre de 2014. De tal suerte que salta a la vista que sufrió un daño personal y cierto que constituyó una grave lesión a su integridad y vida.

Asimismo, la parte demandante acreditó tener la siguiente relación de consanguinidad con la víctima Directa Alcira del Carmen Gamboa Gil: José Israel Merchán compañero permanente (declaración folio 24 Anexo 1); Alcira Gamboa y José Israel Merchán procrearon a Paula Andrea; José Israel, María Camila, Kevin Alejandro, Laura Margarita, Mary Luz y Edna Lorena Merchán Gamboa, hijos (Registros civiles folios 6, 8 y 10 al 15 Anexo 1), y; Pedro Alejandrino Gamboa y María Ranquelina Gil padres (folios 4 y 19 Anexo 1).

¹¹ Es la cirugía para extirpar la vesícula biliar a través de un corte grande en el abdomen. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002930.htm>

¹² Tubo que transporta la bilis desde el hígado y la vesícula biliar a través del páncreas y hasta el duodeno (la parte superior del intestino delgado). Se forma donde se unen los conductos que vienen del hígado y la vesícula biliar. Forma parte del sistema de las vías biliares. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/conducto-coledoco>

¹³ Peritonitis aguda que se produce por una fuga de bilis a la cavidad peritoneal. Ver coleperitoneo. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/peritonitis-biliar>

De acuerdo a lo anterior, puede afirmarse que el grave estado de salud y posteriores lesiones de la víctima y familiar, constituye indefectiblemente un menoscabo personal y cierto a los accionantes, pues teniendo en cuenta las reglas de la experiencia es natural que ante la convalecencia de salud de un consanguíneo exista una afectación material y moral de sus familiares. En consecuencia, se encuentra acreditado el primer elemento constitutivo de la responsabilidad del Estado.

3.2. LA IMPUTACIÓN.

Establecida la existencia de los daños alegados, el despacho abordará el análisis de la presunta falla en el servicio médico. Con el fin de determinar si en el *sub judice* dichos daños le pueden ser atribuidos a la entidad demandada y, por lo tanto, constituye deber jurídico a su cargo el resarcir los perjuicios que de los mismos se derivan.

De la historia clínica detallada de la señora Alcira del Carmen Gamboa Gil (anexo No 2) y la respectiva transcripción (folio 310 y ss), se advierte:

(...) NOMBRE: Gamboa de Merchán Alcira del Carmen

IDENTIFICACION CC. 23845921

SEXO: FEMENINA

EDAD: 42

PROCEDENCIA: PACHAVITA

(...)

FOLIO No. 162: INFORME DE ANESTESIA: Diligenciada la primera cara el día 10 de octubre de 2014, cara b diligenciada el días 16 de octubre de 2014 (anexo)

...

FOLIO No. 169: FORMATO DILIGENCIADO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS HOSPITALARIOS. Registro diligenciado del 16 de octubre de 2014. (Anexo).

FOLIO No. 170: FORMATO REGISTRO DE SIGNOS VITALES: Diligenciado desde el 16 de octubre de 2014 hasta el 18 de octubre de 2014, (anexo).

FOLIOS No. 171 Y 172: NOTAS DE ENFERMERÍA 16 DE OCTUBRE DE 2014 6:45: Ingresa paciente a cirugía para procedimiento quirúrgico, se prepara, se canaliza, se toman signos vitales: tensión arterial. 120/60, frecuencia cardiaca: 78 por Minuto, saturación de oxígeno: 98%, se coloca manilla de identificación, valorada por dra Nahora, se lleva paciente a servicio de cirugía.

16 de octubre de 2014: 8:20: Se entra paciente a la sala de cirugía, se monitoriza, signos vitales: tensión arterial. 132/80, frecuencia cardiaca: 72 por minuto, saturación de oxígeno: 96%.

8:30: Dra Diana coloca anestesia, palabra ilegible

8:40: El doctor inicia procedimiento

8:45: Tensión arterial. 97/66, frecuencia cardiaca: 68 por minuto, saturación de oxígeno: 100%. 9:00: Tensión arterial. 85/50, frecuencia cardiaca: 76 por minuto, saturación de oxígeno: 95%. 9:30: Se termina procedimiento. Tensión arterial. 100/60, frecuencia cardiaca: 62 por minuto, saturación de oxígeno: 95%. se lleva paciente a recuperación, líquidos endovenosos permeables. 9:40: sale paciente de sala de cirugía en pos operatorio de colecistectomía, consiente, orientada, bajo efectos de anestesia raquídea, con signos vitales: Tensión arterial. 109/70, frecuencia cardiaca: 78 por minuto, saturación de oxígeno: 100%, frecuencia respiratoria 20 por minuto manifestando dolor en omoplato derechos, asistida por anestesióloga de turno.

13:00. Queda paciente en camilla con acceso venoso permeable, pasando lactato de ringer a 100cc/h, herida quirúrgica cubierta y seca, no ha eliminado luego de la cirugía, paciente tranquila con pañal. (...)

13:00. Recibo paciente en camilla con líquidos endovenosos permeables, control de signos vitales estables, un poco álgida, dra Diana anestesióloga realiza valoración y considera administrar 5 mg de morfina, intravenoso lento y directo.

14:00 h. Paciente con signos vitales estables y disminución del dolor, paciente elimino e hizo deposición, se administran medicamentos ordenados, se traslada paciente a piso con líquidos endovenosos, permeables, herida quirúrgica cubierta y seca. Firma Diana.

15:00h: paciente se recibe de salas de cirugía en pos operatorio de colecistectomía, paciente se ve pálida y decaída, consiente con acceso venoso en miembro superior izquierdo, pasando lactato de ringer a 100 cc/h, se observa herida quirúrgica cubierta, limpia y seca. Sin firma.

16 de octubre de 2014: Paciente con pañal, se le asigna unidad No. 10, del servicio, 18:00h.paciente bastante álgida, paciente se le administra medicación ordenada, paso estable, no ha eliminado, ni hizo deposición, queda en unidad despierta con liquido endovenosos permeables pasando a 100 cc /h. hay sello de Sandra Milena Gómez Figueredo Enfermera. RUN 36093. (...)

19:15. Recibo paciente acostada, consiente, alerta, en compañía de su familiar, con diagnóstico de pos operatorio de una colecistectomía, con acceso venos en miembro superior izquierdo, pasando lactato de ringer a 100 cc /h, jefe administra sus medicamentos, se toman signos vitales, paciente refiere tener mucho dolor, jefe administra sus medicamentos, pasa noche estable. Queda paciente estable, consiente alerta, con líquidos endovenosos permeables, durante la noche elimino en pato, con menos dolor y queda en compañía de familia, Firma Sandra. (...)

17 de octubre de 2014: 7:00 am. Recibo paciente en unidad consiente, orientada con líquidos endovenoso permeables en su primer día de pos operatorio de colecistectomía con herida quirúrgica cubierta, seca, no vía oral, paciente acompañada de familiar.

12:00m baño general, sigue asintomática,

15:30. Paciente acompañada, recibe onces, permanece sentada a ratos. 17:00 Ingirió dieta tolero. 1

9:00. Queda con líquidos endovenosa permeables. Firma ilegible.

19:00 horas: Recibo paciente unidad acostada, consiente, orientada en su primer día de hospitalización, por diagnóstico de pasa operario de colecistectomía, con líquidos endovenoso permeables, herida cubierta y seca en compañía de su familiar, se controlan signos vitales, se administran medicamentos, según orden médica, paciente se observa un poco álgida, refiere dolor en miembro superior derechos, paciente elimino, no hizo de posición, pasa noche estable. Firma ilegible.

FOLIO No. 173. FORMATO CONTROL DE LÍQUIDOS: Diligenciado desde el 16 de octubre de 2014 al 17 de octubre de 2014. (Anexo)

FOLIO No. 174: FORMATO CONTROLES ESPECIALES DE ENFERMERÍA. Se registran dispositivos médicos con fecha del 16 de octubre de 2015. (Anexo).

FOLIOS No. 175 Y 176: FORMATO REGISTRO DE TRATAMIENTOS: Diligenciada desde el 16 de octubre de 2014 hasta el 18 de octubre de 2018, se evidencia administración de lactato de ringer, cefalotina, ranitidina, metoclopramida, dexametasona, diclofenac, dipirona, solución salina, tramadol, morfina, se especifican las horas y dosis en el formato

FOLIO No. 177: FORMATO REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS. Se registra el procedimiento aparece colecistectomía y patología, firma y sello el Dr. MICHEL JABBOUR SEFAIR. Cirugía general. RM. 21767 U,N.

FOLIO No. 178: FORMATO INFORME QUIRURGICO

NOMBRE DEL PACIENTE: Gamboa de Merchán Alcira del Carmen,

IDENTIFICACIÓN: CC. 23845921

SEXO: Blanco

EDAD: No diligenciado

CIRUJANO: Dr. MICHEL JABBOUR SAATAIR

AYUDANTE: Nohora
ANESTESIOLOGO: Diana
OTRO: Maritza
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO: Colelitias
FECHA: 16/10/2014
HORA DE COMIENZO: 8.30
HORA QUE TÉRMINO: 9:20

Descripción de hallazgos operatorios, procedimientos y complicaciones Incisión transversa abdominal derecha, apertura de la cavidad abdominal, hallazgos vesícula con Múltiples cálculos, en su interior, adherencias al epiplón, se practica colecistectomía retrograda, encontrándose colédoco un poco engrosado, pinzamiento y ligadura de arteria cística, peritonización del lecho vesicular. Revisión y sutura de la pared por planos. Firma y sello el Dr. MICHEL JABBOUR SEFAIR. Cirugía general. RM 21767 U.N.

TEJIDOS ENVIADOS A ANATOMÍA PATOLÓGICA: vesícula biliar.

FOLIO No. 179: FORMATO SOLICITUD DE EXAMEN DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. Solicitado para Gamboa de Merchán Alcira del Carmen. IDENTIFICACIÓN: CC. 23845921. EDAD:42. Fecha: 16 de octubre de 2014. Biopsia quirúrgica. Sitio de lesión: VESICULA. Firma y sello el Dr. MICHEL JABBOUR SEFAIR. Cirugía general. RM 21767 U.N. FOLIOS No. 180 Y 181: FORMATO ORDENES MEDICAS: Diligenciado del 16 de octubre de 2014 al 18 de octubre de 2014. (Anexo)

FOLIO No. 182: FORMATO EPICRISIS

NOMBRE: Gamboa de Merchán Alcira del Carmen.

IDENTIFICACION: 23845921

EDAD: 42

INICIACION DE LA ATENCION: 14/10/2014

SERVICIO: Cirugía general

FINALIZACION DE LA ATENCION: 18/10/2014

SERVICIO: Cirugía general

DIAGNOSTICO DE INGRESO: Colelitiasis

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: Pos operatorio de colecistectomía

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS U OBSTETRICOS: Colecistectomía

TRATAMIENTOS: Lactato de ringer, cefalotina, ranitidina, metoclopramida dexametasona, diclofenac, dipirona, solución salina, tramadol, morfina.

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL Paciente de 42 años Ingres programa para ANTECEDENTES Ante patológica H resto ilegible

REVISION POR SISTEMAS: Niega

EXAMEN FÍSICO: Buen estado general frecuencia cardiaca 78, frecuencia respiratoria: 16. Tensión arterial (...), mucosas oral húmedas, consiente, hidratada, ruidos cardiacos sin agregados,(...)

CONDUCTA INICIAL: (Incluye solicitud de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, resultados y tratamiento Iniciados)

Se realiza colecistectomía sin complicaciones, se hospitaliza para manejo de dolor, 17/10/2014, paciente hemodinamicamente estable con tratamiento instaurado, can evolución clínica favorable, herida quirúrgica en buen estado sin signos de infección, continua igual manejo medico instaurado, 13/10/2014 Paciente hemodinamicamente estable, con tratamiento Instaurado, con Evolución clínica favorable, por lo cual se decide dar salida con recomendaciones generales, signos de alarma, formula médica cita de control con cirugía general en 10 días, para retiro de puntos y en un mes para resultado de patología, se explica conducta evolución y egreso (incluye cambios de estado del paciente, complicaciones u accidentes, eventos adversos resultados, condiciones la salida del paciente, incapacidad, recomendaciones, destino final...) A pacientes lo cual entiende y acepta.

Firma y sello el Dr. MICHEL JABBOUR SEFAIR Cirugía general. RM 21767 UN

FOLIO No. 183: FORMATO HOJA DE EVOLUCIÓN 16 DE OCTUBRE DE 2014: Paciente femenina de 42 años ingresa programada para colecistectomía, niega antecedentes de importancia, antecedentes: Ante patológicos

Examen físico: Buen estado general, frecuencia cardiaca 78, frecuencia respiratoria 16, tensión micos no soplos, ruidos respiratorios campo pulmonares bien ventilados, abdomen blando no dolor Extremidades normales Firma y selo Dra. Nohora Montana medicina UPTCRM 85020

17 DE OCTUBRE DE 2014. 600. Evolución Piso (...)

O/Paciente alerta, consiente, hidratada, con signos vitales de: Frecuencia cardiaca 70, frecuencia respiratoria: 18, tensión arterial: 120/80, temperatura 36,2, saturación de oxígeno: 93%, cabeza y cuello: mucosas húmedas, pupilas reactivas normo reactivas a la luz, cardio-pulmonar:ruidos cardiacos sin agregados, rítmicos, no soplos, ruidos respiratorios campo pulmonares bien ventilados. Abdomen: blando, herida quirúrgica limpia, no signos de irritación peritoneal genitourinaria: normal. Extremidades: normal. Neurológicos: normal Análisis: Paciente hemodinamicamente estable, con tratamiento instaurado, con evolución clínica favorable, herida quirúrgica en buen estado sin signos de infección, continua igual manejo medico instaurado. Ver órdenes médicas. Firma y sello el Dr. MICHEL JABBOUR SEFAIR. Cirugía general. RM. 21767 U.N.

18 DE OCTUBRE DE 2014. 5:30. EVOLUCIÓN PISO

Paciente de 41 años de edad en su segundo día de hospitalización con diagnóstico de pos operatorio de colecistectomía.

S/Paciente refiere control del dolor, tolera vía oral, diuresis positiva, deposición positiva, febril.

O/Paciente alerta, consiente, hidratada, con signos vitales de: Frecuencia cardiaca 70, frecuencia respiratoria: 18, tensión arterial: 110/70, temperatura 36,2, saturación de oxígeno: 98%, **cabeza y Cuello: mucosas húmedas, pupilas reactivas normo reactivas a la luz, cardio-pulmonar ruidos cardiacos sin agregados, rítmicos, no soplas, ruidos respiratorios campo pulmonares bien ventilados. Abdomen: blando, herida quirúrgica limpia, no signos de irritación peritoneal genitourinario: normal. Extremidades: normal. Neurológicos: sin déficit aparente Análisis: Paciente hemodinamicamente estable, con tratamiento instaurado, con evolución clínica favorable, se decide dar salida, con resultado de exámenes, más signos de alarma, mas cita de control por cirugía general en 10 días.** Ver órdenes médicas, Salida. Firma y sello Dr. Alirio Arévalo, médico cirujano UNIBOYACA, RM 1517718.

FOLIO No. 184: formato bitácora de registro trámite de remisiones.

NOMBRE DEL PACIENE: Alcira del Carmen Gamboa. IDENTIFICACION: 28845921 ENTIDAD RESPONSABEL DE PAGO: Comfaboy MUNICIPIO DE PROCEDENCIA: Pachavita. NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REMITE: DR. MICHEL JABBOUR SEFAIR. ESPECIALIDAD a que se remite: Gastroenterología. EDAD DEL PACIENTE: 42 años. 22 de octubre de 2014: 15:45. Recibo remisión d bloque 3 y la envié a los hospitales: San Rafael, clínica Medilaser, Clínica Los Andes, CRUEB. 16:26: me comunico con gastroenterología me comunican que debo llamara mañana en la mañana. 16:45. Llamo a hospital San Rafael y comunico con Sandra Molina y me dice que me comuniqué mañana a las 8:00 am. 8:50. llame a gastro y me comunicaron que llame a las 11 para ver si me dan una cita hoy y si no esperan mañana a la paciente a la 1:00 pm.

10:30: Llamo a Comfaboy para solicitar la autorización de CPRE y la señorita Zamira me pide exámenes de laboratorio, valoración anestesiólogo, protocolo de cirugía, radiografía de tórax, electro, se le fueron enviado a las 13:01. 15:10. Llamo a Comfaboy y hable señorita Zamira (...)

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE: José Merchán-esposo RESIDENCIA ACTUAL: Hospital Regional Valle de Tenza Garagoa. Teléfono: 3133754595.

SOLICITUD DE ATENCION

FECHA DE REMISION: 22/10/2014

MÉDICO QUE REMITE: Dr. MICHEL JABBOUR SEFAIR

SERVICIO AL CUAL SE REMITE: GASTROENTEROLOGIA CPRE DE URGENCIA.

ORDENAMIENTO Paciente en pos operatorio de colecistectomía abierta, consulta por dolor abdominal en hipogastrio, asociado a distensión abdominal, refiere cambios en el color de la orina e ictericia generalizada, ultima deposición el día de hoy. Al examen físico con signos vitales de: Frecuencia cardiaca 103, frecuencia respiratoria: 18, tensión arterial: 120/70, temperatura 36,8, saturación de oxígeno: 95%, ictericia generalizadas, escleras icterica, mucosas semi húmedas, ruidos cardiacos rítmicas sin soplo, ruidos respiratorios sin agregados, abdomen con herida quirúrgica en buen estado, sin signos de infección, blando sin dolor a ala palpación, no irritación peritoneal, perfusión distal normal, extremidades sin edemas, neurológico sin déficit. Paraclínicos. Cuadro hemático: leucocitos 13900, neutrófilos 95%, hb 10 hto 31, fosfatasa alcalina 4040, amilasa, 101, bilirrubina total 12 bilirrubina directa 8,82, bilirrubina indirecta 4,01, sodio 137, potasio 3,6, cloro 104, pt 15. INR 1,1, PTT 27, TGP, 54, TGO 75, glucosa 105, nitrógeno ureico 15, ecografía de hígado y vía biliar reporte. Liquido libre en cavidad, se realiza drenaje de pared con escaso líquido hemático, se considera que paciente puede estar cursando con coledocolitiasis residual.

MOTIVO DE REMISION: CPRE URGENTE

DIAGNOSTICO: coledocolitiasis residual.

Firma y sello: Dr. MICHEL JABBOUR SEFAIR. Cirugía general. RM 21767 U.N.

(...)

DIAGNOSTICO: COLEDOCOLITIASIS (COLECISTECTOMIA ABIERTA HACE 8 DIAS)

GENERACION PROPUESTA: CPRE

(...)

FOLIOS No. 205 A 207: EVOLUCIONES MEDICAS 22 DE OCTUBRE DE 2014

Paciente a quien se le practicó colecistectomía hace 6 días, actualmente hospitalizada en aceptable estado general, ictericia, abdomen blando depreciable no hay signos de irritación peritoneal, se le practicaron exámenes de laboratorio: cuadro hemático con hemoglobina 10,1, hematocrito 31, bilirrubinas totales 12,83, directa 8,82, fosfatasa alcalina 400, ecografía abdominal reporte liquido libre en cavidad, colédoco 6,6 mm, no hay cálculos, se practica punción en pared abdominal obteniendo liquido hemático Conducta: se hospitaliza, se remite para CPRE urgente.(...)

23 DE OCTUBRE DE 2014: 7:40.am Paciente continua muy icterica dolor abdominal. Abdomen un poco globoso, blando depresible, doloroso a la palpación, no hay signos de irritación peritoneal, continua pendiente remisión urgente para practicarle CPRE.Firma y sello el Dr. MICHEL JABBOUR SEFAIR. Cirugía general. RM. 21767 U.N.(...)

23 DE OCTUBRE DE 2014: 11:00 am

Paciente en pos operatorio de colecistectomía abierta en su 7 día de evolución con ictericia generalizada, se solicita CPRE para diagnóstico y tratamiento, se toman paraclínicos, electrocardiograma, radiografía de tórax y valoración por anestesia. Firma y sello el Dr. MICHEL JABBOUR SEFAIR. Cirugía general. RM 21767 U.N

23 DE OCTUBRE DE 2014: 13:00.pm

Reporte de paraclínicos: electrocardiograma: frecuencia cardiaca 100, taquicardia, radiografía de tórax con aumento del trauma vascular, no infiltrados, no imágenes con tendencia a la consolidación, 22/10/2014. Electrolitos: sodio 157, potasio 3,61, cloro 104,9, normales, cuadro hemático: blancos 13900, rolos 3230, hemoglobina 10.1, hematocrito 31,2 plaquetas 250.000, neutrófilos 995%, linfocitos 5%, pendiente remisión a realización de CPRE diagnostica y tratamiento, ya valorada por anestesia, anexo formato a historia clínica

SERVICIO: Cirugía general

DIAGNOSTICO DE INGRESO: 1. Coledocolitiasis 2. Pos operatorio de colecistectomía
DIAGNOSTICO DEFINITIVO: 1. Colestasis hepática pos colecistectomía 2. Litiasis
residual. 3. Ictérica y ascitis pos quirúrgica.

23/10/2014. Paciente quien continua muy ictérica, dolor abdominal intermitente,
estable hemodinamicamente, tiene pendiente remisión para realización de CPRE para
diagnóstico y tratamiento, se realiza valoración por anestesia, toma de radiografía de
tórax, electrocardiograma que muestra frecuencia cardiaca 109 por minuto, no lesiones
isquémicas agudas, rítmicos, radiografía de tórax no infiltrados no imágenes para
consolidación, pendiente remisión. 24/10/2014. Paciente en condición estable, ictérica,
con dolor episódico, taquicardia, sin fiebre, deposición y diuresis normales. Es aceptada
en Tunja para manejo integral por cirugía general, sale en buen estado general (...)"

Posteriormente, la paciente fue remitida al Hospital San Rafael de Tunja, en donde se registraron las siguientes anotaciones en la historia clínica (fls. 5 y ss. del anexo 4):

(Folio 1)

Identificación y Resumen de Atención.

Nombre: ALCIRA DEL CARMEN GAMBOA GIL.

Historia / ingreso: 5268892 Identidad: c.c. 23.845.921

Edad: 42 años.

Sexo: Femenina

Teléfono: 3133754595

Dirección: Vda sotaquirá

Tipo de usuario: subsidiado

Fecha de Atención: **2014/10/25.**

Hora: 01+41

Causa Externa 13 enfermedad general.

(Folio 14)

Epicrisis continúa

Identificación

Nombre: ALCIRA DEL CARMEN GAMBOA GIL.

Historia / ingreso: 5268892 Identidad: c.c. 23.845.921 Edad: 42 años.

Servicio de ingreso al hospital: Urgencias Afiliación: comfaboy
151

Ingreso a la institución:

Servicio: cx General

Cama: 502

Fecha de ingreso: 24 de octubre 2014.

Motivo de consulta: POP Colecistectomía +CEPRE.

Enfermedad Actual:

Paciente en post operativo día de 8 de colecistectomía, quien refiere persistencia de dolor, abdominal, asociado a ictericia generalizada acolia, coluria, remitido para realización de CPRE interinstitucional, donde se evidencia, lesión de vía biliar.

Estadio general al ingreso: Regular

Antecedentes

Pat: colelitiasis (2x colecistectomía CPRE Por Quirúrgico TA: exposición trauma de leña
Alérgicos (-) familia (-)

Revisión por sistemas

Diuresis + Deposición (+) Acolia y coluria

Examen Físico

Paciente con ictericia mucocutanea generalizada, regulares condiciones generales con signos vitales TA: 126/74, FC: 92x, FR: 20x, -ro: 36.5 O, Satol: 920/0 al simétrica normo expansible son ruidos cerrados pulmonares Taquicardicos sin soplos, ni agregados. Abdomen blando doloroso en termo abdomen derecho herida quirúrgica en buenas

condiciones, extremidades eutónicas, eutróficos sin edema neurológico sin déficit motor/ sensitivo perfusión distal < 2 seg.

Ayuda Diagnósticas:

Amputación de la vía Biliar.

Diagnóstico

Principal: Lesión de vía Biliar

Relacionando: 1 POP da CPRE. 2 POP D8 de colecistectomía

Plan de manejo.

Hospitalizar por Cirugía General.

Fecha: 25-10-2014 Día Hospitalaria.

Paciente con Diagnóstico anotado, hemodinamicamente estable sin SIRS con leucocitosis y Neutrofilia por lo cual se inicia manejo ab con Ampicilina Sulbactam por Hallazgos en CPSR de lesión Biliar se inicia trámite de Remisión a IV nivel.

Fecha: 26-10-2014 Día Hospitalaria.

Paciente con Diagnóstico anotados, hemodinamicamente estable sin SIRS, con evolución clínica estacionaria sin signos de colangitis en el momento se continua manejo médico instaurado.

Plan de Manejo

S/S CH, PCR- Bilirrubina- TGO- TGP se suspende colangiografía se continua trámite de Remisión

Fecha: 27-10-2014 Día Hospitalaria.

Paciente con evolución estacionaria con apariencia Diagnóstico de lesión de la vía biliar con TA: 86/50, FC: 93, FR: 20., Escleras nictéricas, dolor abdominal de moderada a severo ext.: sin edema no déficit neurológico.

Plan de Manejo

1. se solicita Monitorización 2. Paso sonda vesical.

3. valoración cirugía Turno.

(Folio 15)

Fecha: 28-10-2014 Día Hospitalaria.

Paciente mal estado general con SRIS, Taquicardia con picos febriles con Diagnóstico de colangitis con dificultad respiratoria, paciente soporte inotrópico, se solicita traslado a UCI.

Plan de Manejo

1. Traslado a UCI A.

(Folio 16)

1. Apellido: Gamboa

Nombre: Alcira del Carmen.

N O Historia Clínica: 23.845.921.

Egreso

Servicio /especialidad: Cirugía general Cama o Unidad: 722 b.

Fecha de egreso: 28/10/2014. Condición: vivo Diagnóstico:

Principal: colecistectomía código cie 10: 1<830.

Plan de manejo ambulatorio

Traslado a UCI-A

Nombre, Firma y Registro Médico: Diego Fernando Córdoba Médico General. R.M 1239/09.

(Folio 22)

Identificación del Usuario

1. Apellido: Gamboa

Nombre: Alcira del Carmen.

N O Historia Clínica: 23845921.

Edad: 42 años

Género: F

Número de Documento: 23.845.921.

Servicio de Ingreso al Hospital: Urgencias. Entidad: Comfaboy

Ingreso a la institución

Servicio/ especialidad: cirugía General.

Cama O unidad: 719 a

Fecha de Ingreso: 31/10/2014.

Motivo de Consulta: Ingreso de Uci.

Enfermedad Actual:

Paciente con antecedentes de Colectomía Abierta hay 15 días, extra institucional, con posterior tinte icterico coluria y dolor abdominal, se considera coledocolitiasis residual, se realiza CPRE el 24/10/2014. Paciente cursa con peritonitis de origen biliar, sepsis que requirió manejo en UCI, por mejoría clínica y para clínicos continua manejo por Piso.

Antecedentes

Patológicos coledocolitiasis, dislipidemia farmacológicos (-) Hx: por patología de base, Qx: colectomía CPRE laparotomía exploratoria. G/O G8 P7 Al. Transf: (+) Familiares madre coledocolitiasis padre. HTA, cont pulmonar.

Revisión por sistemas

Nauseas emesis, diuresis (+) deposiciones, Diarreicas

Examen Físico

Signos vitales: TA: 115/75, FC: 120, FR: 20, -ro: 38, san: 100% al 28%, escaleras con tinte icterico conjuntiva hipocromía mucosas secas. C/p RsRs taquicardico RsRs no agregados abdomen blando depresible, doloroso a nivel de neurológica, presencia de Dren subhepático, herida Quirúrgica afrontada con puntos de sutura en buen estado, Secreción amarillenta. Ext edema grado I neuro sin déficit.

Diagnóstico

Principal: colectomía abierta extrahospitalaria. Relacionados: Lesión de vía biliar - sepsis. 1<832.

2 Ictericia obstructiva.

3 POP CPRE + Amputación vía biliar.

4. Coledocolitiasis residual POP laparotomía.

- omeprazol, Ampicilina sulbactam, Dipirona Acetaminofén ION, K Metoclopramida, albendazol, tinidazol.

Evolucion: Justificación de estancia Hospitalaria.

Fecha: 1/11/2014 Día Hospitalario

Paciente de sexo femenino de 42 años de edad con Diagnostico anotados, paciente refiere sentirse regular con pobre tolerancia a la vía oral, náuseas, al examen físico signos vitales de TA: 115/65, FC: 102, FR: 20 T0: 38, NO Hallazgo positivo, adicionales al Examen Físico, se pasa lavado peritoneal procedimiento sin complicaciones, se realiza nueva mente en 4 días, se continúa manejo médico.

Fecha: 2/11/2014 Día Hospitalario

Paciente con Diagnostico anotados, refiere sintomatología se nauseas, diuresis y laparotomía positiva al examen físico con signos vitales estable, no Hallazgo positiva.

Plan de manejo ambulatorio.

Plan de manejo

Asintomática Se inicia Dieta a tolerancia, se reajusta fluido terapia.

Fecha: 3/11/2014

Paciente de 42 años de edad con Diagnostico anotados, refiere tolerando adecuada a la vía oral, Diuresis y deposición a la vía oral, Diuresis y deposición positiva de característica normales, buen patrón de sueño, refiere epigastralgia, al examen físico signos vitales estables de FR: 20 TA: 90/60, FC: 100, T0: 37, abdomen blando, doloroso a la palpación con drenaje por Tubo supra hepático de 1500cc. Se continúa conducta médica, Mañana se definirá nuevo lavado. (Folio 23)

Fecha: 4/11/2014 Día Hospitalario

Paciente de sexo femenino de 42 años de edad con Diagnósticos anotados al examen físico paciente con signos vitales de T0 36. O c. FC: 100, FR: 20, TA: 100/70, herida quirúrgica cubierta por apósitos limpio no sangrado, se solicita con colangiografía, se pasara a lavado quirúrgico el día de mañana y se realizara junta quirúrgica.

Fecha: 5/11/2014 Día Hospitalario

Paciente con Diagnostico anotados al examen físico con signos vitales: TA: 96/60, FC:

110, T0: 37, FR: 19, SatO2: 86% al 21% abdomen blando no doloroso a la palpación, con herida quirúrgica cubierta por apósito, limpio levemente doloroso a la palpación se reporta la colangiografía dentro de límites adecuados T con tolerando 700 Dren:10 El día de hoy se pasa a lavado Quirúrgico y reconstrucción de la vía biliar por el Dr. Corredor, procedimiento sin complicaciones.

Fecha: 6/11/2014 Día Hospitalario

Paciente de sexo femenino de 42 años de edad con Diagnostico anotados, actualmente sin nada vía oral, Diuresis positiva deposición negativa refiere sentir cólicos región abdominal el examen físico signos vitales: FC: 95, FR: 22, TA: 100/60, T0: 36. NO Hallazgo positivo adicional que examen físico, evolución clínica favorable. Solicita incentivo Respiratorio y placa de tórax puesto que la tomada el 30/10/14 muestra derrame pleural Bibasal.

Fecha: 7/11/2014 Día Hospitalario

Paciente de sexo femenino de 42 años de edad, con Diagnósticos anotados, refiere diuresis y deposición positiva sin nada vía oral, al examen, signos vitales de FR: 20, FC: 100, TA: 110/60, T0: 36.5, NO Hallazgos positiva, asintomática, se continua conducta medica instaurada.

Fecha: 8/11/2014 Día Hospitalario

Paciente de sexo femenino de 42 años de edad, con Diagnósticos anotados, tolerando la vía oral, Diuresis y deposición positiva, refiere dolor en área operatoria al examen Físico signos vitales: de FC: 107, -ro: 36.4, FR: 20 TA: 112/84, Dolor a la palpación abdominal en zona quirúrgica; se reporte colangiografia de tubo en T con discreta fuga de material de contraste hacia la cavidad peritoneal.

Fecha: 9/11/2014 Día Hospitalario

Paciente de sexo femenina con Diagnostico todos, refieren estar asintomática, Diuresis y deposición positiva al examen físico signos vitales de FC: 80, T0: 36.5, TA: 110/80, FR: 18, Sonda drenando 0.0 se reportan paraclínicos Bil total 0.76 Bilirrubina directa: 0.69, Bilirrubina indirecta: 0.07, Fosfatasa alcanina: 12# PT: 10 INR: 1.06, PIT: 30.6. (Folio 24)

Fecha: 10/11/2014 Día Hospitalario

Paciente de sexo femenino de 42 años de edad, con Diagnostico anotados actualmente refiere Diuresis y deposición positiva tolerando vía oral al examen físico signos vitales de FC: 110, TA: 110/90, FR: 18, T0: 37.5 AL Examen físico se evidencia secreción verdosa por fistula biliar, se continua manejo módico instaurado, solución clínica favorable.

Fecha: 11/11/2014 Día Hospitalario

Paciente de sexo femenino de 42 años de edad con Diagnostico anotados, diuresis y deposición positiva tolerando adecuadamente Vía oral. Al examen físico signos vitales de FC: 100, FR: 20 TA: 110/73, -ro: 35. Drenando por sonda de 5c.

Plan de Manejo

Se continúa Manejo clínico- medios instaurados.

(Folio 100)

ANOTACION DE ENFERMERÍA

Fecha: 25/10/2014

Hora: 3+10

Ingresa paciente al servicio de ortopedia proveniente del servicio de salas de cirugía con Diagnostico lesión de la vía, Biliar en camilla en compañía de familiar, esposa con cánula nasal pasado oxígeno a 2 litros por minuto, con vena canalizada en pliegue de miembro superior izquierdo, con yelco Número 18 pasando DAD 0.5% y cloruro de sodio 0.9% +5CC DE Potasio 110 cc/hora por bomba de infusión , se observa herida quirúrgica en abdomen destapada con buena cicatrización sin signos de infección saturando con hoja de cargo, orden médica para medicamentos, se brinda educación sobre lavado de manos, selección de desechos hospitalarios baranda arriba, riesgo de

caída, se enseña el servicio el familiar, se toman signos vitales, pendiente tomar Arteriales y colangiorresonancia, se brida cuidados integrales de enfermería, TA: 121/82, TAM: 92, FC: 117x, FR: 21x, T^o: 36 ° C spO2: 28%, Francy Jimena Silva Auxiliar enfermería. Reg. 2019.

Fecha: 25/10/2014 Hora: 24h.

Paciente alerta acostado en la unidad coleditis residual paciente post operatoria.

Fecha 25/ 10/2014 Hora: 12h.

Paciente es espera de realizar colangioresonancia en revista médica. Se inicia antibiótico ampicilina sulbactam en espera el resultado de colangioresonancia para según Hallazgo remitir a cirugía de 4 niveles. Firma. Hora: 14+17.

Paciente en la unidad, alerta, orientada con oxígeno por cánula nasal, con vena punción en pliegue de bazo izquierdo con fecha 24/10/14, pasando mezcla DAD +SSN+ potasio a 40 cc/h con venopunción+ conector en dorso mano izquierdo 25/10/14. Para paso de tratamiento con herida quirúrgica en abdomen limpio se controlan y se registran signos vitales. Firma Auxiliar Enfermería.

Fecha: 25/10/2014 Hora: 18.

CSV FC: 112x, spO2: 88, T^o: 36.5, FR: 26x, TA: 120/78, 88 mmHg, B6.5c, TAM: 85 FC: 107x, FR: 22x, TI: 36.5 SpO2: 92%-28%. Recibo paciente en la unidad alerta orientado consiente con trauma por cánula nasal. FiO2: 281ts. Con acceso venoso permeable en miembro superior izquierda, pasando por bomba de infusión DAD en SSN a 110cc/h paciente en POP CPRE, con herida Quirúrgica en abdomen flanco derecho con puntos de sutura sus signos de infección, se controlan y se registran signos vitales. Auxiliar 6660 firma.

(...) Paciente en la unidad alerta, orientada consiente con oxígeno por cánula nasal pasa la noche. (Folio 101)

ANOTACION DE ENFERMERÍA

Continuación

Estable sin ninguna complicación tolerando tratamiento medica con infusión de Dad, en SSN 0.9 0/0 A 110 cc/h, paciente en compañía de familiar, se controlan y se registran signos vitales (p) colangioresonancia. Ángela Bautista. 6660.

Fecha: 26/10/2014 Hora: 114.

Valoración por cirujano de Turno Doctor Rodolfo Uscatequi, quien suspende orales de colangioresonancia ordena continuar tratamiento de Remisión IV Nivel, se informa. A referencia se le comenta a Sandra. Soraya González, Auxiliar enfermería.

Hora: 11h

Se toma muestra sangre para cuadro hemático, fosfatasa amilasa bilirrubinas Totales y diferenciales — Transaminasas glutámica oxalacetica y pirúvica, se envía muestra a laboratorio clínico. Soraya González Auxiliar Enfermería.

Fecha: 29/10/2014 Hora: 1211.

Paciente en la unidad consiente alerta, en compañía se familia con Diagnostico de lesión de vías Biliares con vena permeable pasando DAD en SSN 0.9 0/0 + potasio 5cc

(...)

Hora: 20+50

Se realiza enjuague bucal con clorhexidina. Liliana Lorena Peña C. Auxilia Enfermeria CC. 52.266330 simijaca.

Hora: 24h.

Se realiza baño general en cama asistida, lubricación de piel y arreglo de la unidad, curación en región abdominal. Liliana Lorena Peña C. Auxilia Enfermería CC.

52.266330 simijaca.

Hora: 2am.

Se toma control de Rx de Tórax portátil se realiza cambio de posición y lubricación de
Hora: 09+30.

Ingresa paciente proveniente de salas de cirugía en compañía de médico, jefe y auxiliar de enfermería paciente bajo sedación, pupilas normoreactivas, con tubo oro traqueal conectado a ambu, con sonda orogastrica a drenaje, con catéter venoso central

yugular derecho con sus vías permeables cerradas con acceso venoso periférico en MSD con adapter, abdomen con herida quirúrgica cerrada con dren de Zum derecho con carayá y con dren de Zum izquierdo conectado a bolsa recolectora, eliminando por sonda vesical a urimetrix, paciente con hipoperfusión distal hipotérmica edema leve generalizado. Diana Higuera Auxiliar Enfermería. CC. 1049611451.

Hora: 09+40

Se ubica en UCI 401. Se monitoriza, se toman signos vitales, se toman electrocardiograma. Diana Higuera Auxiliar Enfermería. CC. 1049611451.

Hora: 10+30.

Por orden medica de toman hemocultivos y uro cultivos, se hace rastreo de sepsis. Diana Higuera Auxiliar Enfermería. CC. 1049611451.

Hora: 11h.

Toman de Tórax portátil. Diana Higuera Auxiliar Enfermería. CC. 1049611451.

Hora: 1211.

En compañía de terapia respiratoria se realiza lavado de boca, procedimiento sin complicaciones. Diana Higuera Auxiliar Enfermería. CC. 1049611451. (...)

Dentro del expediente se practicaron los testimonios de Miguel Mauricio Alba Jaramillo (minuto 20.52 a minuto 44.12 del CD visto a folio 358) y Marcelo Mariño Martínez (minuto 48.14 a minuto 57.39 del CD visto a folio 358). Y el interrogatorio del llamado en garantía Michel Jabbour Sefair (minuto 03.30 a minuto 39.09 del cd visto a folio 398), quienes se manifestaron sobre la historia clínica de la paciente:

MICHEL JABBOUR SEFAIR.

“(…) Preguntado ¿Doctor Jabbour, usted recuerda a su paciente Alcira Del Carmen Gamboa Gil, se sabe quién se trata? Responde: claro se de quien se trata Preguntado ¿Doctor Jabbour que usted señala que se acuerda de quién se trata quiere usted señalar en qué consistió el procedimiento que usted le practicó? Responde: si a ella en el 2016 (sic) en septiembre (sic), yo le practique una colecistectomía a la paciente en el Hospital Valle de Tenza de Garagoa, en septiembre, se dio salida después por mejoría y a los 6 días de reingreso al hospital por problemas de ictericia y dolor abdominal por lo que le practicó una ecografía, y nos reportó que tenía líquido en cavidad, esa misma ese mismo momento yo le hice una paracentesis obteniendo líquido sanguíneo en la prueba por lo que inmediatamente la remití inmediatamente al tercer nivel para estudio de una CPRE, y esa paciente no fue remitida ese mismo día, sino que al día siguiente a eso de las 11 continúa con la sintomatología, por lo que yo hable personalmente con el gastroenterólogo del hospital de la ciudad de Tunja y le expuse la situación de la paciente y él me aceptó que la enviara inmediatamente por los que fue atendida en el Hospital San Rafael Después entiendo que se le hizo un procedimiento ahí en el hospital y pues no fue muy buena la evolución de ella y yo la verdad que ya después no volví a ver a la paciente.(…) Preguntado ¿Doctor Jabbour, indíqueme al despacho si resulta ser cierto o no, que un médico de la ESE Hospital Valle de Tenza que conversó con el esposo de la señora Alcira Del Carmen Gambia Gil tuvo que interceder por ella para que usted la revalorara y ordenará la remisión al Hospital San Rafael de Tunja, toda vez que, usted consideraba que el procedimiento estaba en orden que no se le presentaba ninguna circunstancia adicional a esta paciente y que fue por virtud de un médico radiólogo de la ESE Hospital Valle de Tenza que de ordenó el traslado de esta paciente. Responde: Eso es falso, incluso yo acompañe y la lleve a consultorio del Doctor Lara que él era el radiólogo ese momento y el me reportó que tenía líquido en cavidad, ahí mismo la pase a urgencia mismo le hice la paracentesis. Preguntado ¿Doctor Jabbour, cuáles son los riesgos de la práctica de una colecistectomía? Responde: Bueno, la colecistectomía, y más cuando es proceso inflamatorio como el caso de esta señora que tenía un hidrocolecisto, macolelitiasis, macolelitiasis de seis

meses porque a ella le han visto antes dos cirujanos que no la habían operado; yo cuando entre al turno mío en septiembre, fue que la pasé a cirugía; La primera complicación es la lección de las vías biliares en ese caso, fuera de eso la paciente también presentaba una colangitis, y esa es una inflamación de las vías biliares y la puede llevar si no se trata adecuadamente y al momento hasta una sepsis y la sepsis puede llevar a la muerte. Preguntado ¿Esos riesgos de las vías biliares se materializaron en el caso del procedimiento la Señora Alcira Del Carmen Gamboa? Responde: Si claro, ella tenía múltiples adherencias en la vesícula, la vesícula demasiado dermatizada y fuera de eso tenía todas las vías biliares no se podían identificar por el Estado inflamación en otras cosas, no era tan indicado, pero en vista de que la paciente me pidió prácticamente el favor de que la operarán, porque más cómodo y rápido para mí era darle tratamiento médico como venía y yo preferí ir con todos los riesgos y se lo dije a ella y le hablé y eso quedo ahí en el consentimiento informado y ella aceptó, y por eso yo la lleve, sin embargo nos fue bien, porque ella tercer y cuarto día, estaba bien ella te puso icterica el sexto día por una obstrucción del colédoco, que es el tubito que va del hígado al intestino delgado que se obstruyó supuestamente por vía externa, eso todavía no quedó muy claro, pero si tuvo una obstrucción de la vía biliar, qué es verdad que la conllevó de posteriormente a la a la nueva cirugía que le practicaron en el Hospital de Tunja. Preguntado ¿Doctor Jabbour indique, por favor, al despacho, cómo fue que se realizó el consentimiento informado a la señora Alcira del Carmen Gamboa Gil para realizar el procedimiento de colecistectomía en la ESE Hospital Regional Valle? Responde: bueno miré hay una cosa porque consentimiento informado protocolariamente viene un informe donde se describen los riesgos que hay en una cirugía, pero en este caso yo hablé antes, ... este caso yo hablé antes personalmente con la paciente y le se le informe y le dije los riesgos que se podía correr en anestesia, porque aparte es el anestesiólogo también debe darle riesgos que puede corresponder a la paciente en anestesia y eso yo no me acuerdo exactamente si en este caso ella firmó aparte lo de la anestesia y lo de la cirugía, y tengo entendido que ella firmó, no sé si estás lleno, no es la verdad no me acuerdo porque eso también me lo preguntaba en el Tribunal de Ética Médica y yo dije casi lo mismo que estoy diciendo que yo hablé con la paciente le expuse los riesgos de la cirugía y la complicación que podía traer un post operatorio de esa cirugía. Preguntado ¿Doctor Jabbour informe al despacho si usted en época posterior a cuando la señora Alcira del Carmen campo a regreso del Hospital San Rafael de los procedimientos que tuvieron que hacerle a ella para corregir lo que había ocurrido en la colecistectomía usted la atención en consulta nuevamente en la ESE Valle De Tenza?. Responde: No, no recuerdo a ella. Esa pregunta, si no recuerdo la verdad no recuerdo porque si ha habido otros pacientes que después de un tiempo lo he visto. Porque eso fue en el 2014 no recuerdo y yo. En el 2016 fui dos veces no más, no recuerdo creo que no, tal vez un día me informaron de la queja de ella desde que ha ido al hospital a quejarse, pero no, no recuerdo yo sí la he visto tal como post operatorio me está preguntando Preguntado ¿Doctor Jabbour sírvase informarle al despacho cómo y con qué Instrumentos quirúrgicos usted realizó la colecistectomía a la Señora del Carmen Gamboa en la ESE Valle de Tenza que utilizó usted para realizar esa colecistectomía? Responde: bueno los instrumentos convencionales, yo utilice pues pinzas de Kelly Rochester utilice para disección del cístico pinzas cístico, que yo me acuerde, lo que siempre se utiliza en una en un procedimiento de ese tipo no. Pues si se quiere referir a que sí, por lo menos se le practicó una colangiograma operatoria o post operatoria eso si no porque después en el hospital no los utilizaba qué es un método, Pues cuando uno tiene dudas para hacer una radiografía dentro de la cirugía, eso se hace más en tercer nivel, eso en segundo nivel no se practica, eso en el segundo nivel hace una cirugía corriendo ciertos riesgos como por ejemplo, usted puede tener una ecografía, donde no le diga que tenga cálculo de colédoco residual. Usted extirpa vesícula y se queda el cálculo porque no lo ve, yo sin embargo hay palpe, sin embargo, con tanta inflamación tan irregular anatomía de momento depende del sitio donde está la vesícula y el hígado, qué pues uno no puede identificar. Por eso lo primero cuando yo la vi al sexto día, la vi icterica a esta paciente se obstruyo a lo mejor sería un cálculo en

el colédoco que no estaba reportado en ecografías anteriores, porque ya tengo ecografía anterior y tenía una reciente, porque si en esas ecografías me reporta un cálculo en las vías biliares fuera de la vesícula no es condición para operarla dentro de un nivel 2 y la cuestión lo supere cuenta porque dice que cree instrumental porque ahí si habría que usar otro tipo de instrumental como los dilatadores la colangiotrans operatoria. Qué eso si no hay en el hospital para ese procedimiento, pero lo demás las pinzas los císticos, las tijeras si había en el hospital. Preguntado ¿Doctor Jabbour sírvase informar al despacho, si en el caso de la señora Alcira del Carmen Gamboa era posible reducir la inflamación de sus vías digestivas y en general de los órganos que tiene en su abdomen, si era posible reducir esta inflamación antes de practicar colecistectomía. Responde: Bueno, eso era posible a seis meses antes porque si usted mira la historia en el mes de marzo de ese año un cirujano que estaba antes que yo por cierto reemplace, el ya la había visto y ya tenían el diagnostico a ella la tuvieron prácticamente 6 meses en tratamiento médico a base de antiinflamatorios o antibiótico y todo lo que necesite, y con todo eso cuando yo la vi, la pase a cirugía no tenía mejora médicamente yo no había tenido antes para mí estaba empeorando, pero si hubiera mejorado había sido una vesícula mucho más fácil más sencilla y más no había habido complicaciones, Preguntado ¿Doctor Jabbour conforme de su respuesta anterior, porque razón decidió usted practicar este procedimiento en la ESE Valle de Tenza atendiendo, a qué es un establecimiento de segundo nivel de atención en vez de haberla remitido a uno tercer nivel? Responde: Bueno porque ya los tipos de paciente cuando ya, ya están, digamos agudos en ese momento y había tenido el tratamiento médico anterior es indicado no pasarla cirugía. Bueno, pues yo soy cirujano. Yo estoy en capacidad de hacerlo ahí o en el tercero el cuarto nivel porque el procedimiento el mismo, el problema en este caso y/o en cualquier otro caso que pueda presentarse, es la complicación posterior en caso de que se presente, pero muchas veces uno opera una colecistitis aguda en ese nivel porque se puede operar, es lo mismo que esté un apéndice aguda con peritonitis en el segundo se puede operar, se opera y de acuerdo evoluciones uno la remite (...) ahí le dije el proceso es agudo y de pronto complicaciones como puede ser que salga todo bien, (...) porque en medio todo tuve mucha, mucha, Mucha, prudencia opere despacio es una técnica que fue fundo cística, (...) todo muy despacio, si tuve problemas con el sangrado, que eso sí, el hecho de circular por más que sea me sangró y si pensé que pronto me iba a generar un hematoma intraabdominal posteriormente pero que podía resolver o por punción o por reabsorción, eso no me preocupa tanto eso es la hemoglobina ella nunca bajo mucho creo que hasta 10 o 11 y algo así pero si se puede pero no hay ninguna imprudencia puede operar una vesícula inflamada una colecistitis en este caso en un segundo, (...) Preguntado ¿conoce usted los protocolos de manejo del Ministerio de Salud y el hospital? Responde: claro que sí, los protocolos son los exámenes que se pueden hacer antes de la cirugía y ella tenía práctica todos los exámenes paraclínicos radiología valoración completa (...). Preguntado: ¿tiene conocimiento de acuerdo con la literatura médica si este tipo de complicaciones son frecuentes Que cada tanto se puede producir? Responde: Sí, claro, este tipo de cirugía, yo por lo que he leído y por la experiencia que tengo, voy a decir un porcentaje que pronto se te pase, pero hay entre el 5 y el 6 % por lo general de complicaciones, lo Digo porque en el tribunal también pusieron un porcentaje, pero mucho menor, (...) Preguntado ¿de acuerdo con repuestas anteriores usted afirma que la paciente se encontrara con inflamaciones y apiñamiento de órganos. ¿Esto puede generar mayor porcentaje complicaciones? Responde: Sí claro, eso es obvio ya, eso es lo que produjo la complicación en ella, pues yo no voy a juzgar a nadie, pero según lo que siempre yo aprendí después de 40 años en esto. Es que después de un tratamiento de 48 horas, la una colecistitis aguda, si no mejora clínicamente hay que pasarla cirugía. Eso es lo que aprendí yo la Universidad (...) pero hoy en día como han surgido otros elementos como está que la ecografía propia ha dado más tiempo a ver si mejoran los pacientes y pues la cirugía en estado agudo, pero hoy en día, eso es lo que pasa, pero antes los protocolos de esas 48 horas paciente que no mejoraba hospitalizado, se pasaba a cirugía con todos los riesgos, porque daba más peligro que se perforará una vesícula y

producir una peritonitis. Preguntado ¿De acuerdo con respuesta anterior, una vez se dio de alta la paciente después de la cirugía se le dio alguna indicación de cuidados que había algún signo de alarma para casa de re consulta? Responde: Sí, claro, se le dio y se le dio la continuidad de su tratamiento como cualquier postoperatorio y tenía su control a los 8 días para retirarle putos y verla, lo que pasa es que ya al sexto día sentía dolor algo y consulto la medicatura de su pueblo de ella y de la medicatura no lo mandaron y ahí fue cuando yo la vi en la mandaron al hospital, Preguntado ¿Doctor Michel podría explicarle al despacho que es una puntuación de vía biliar y por qué se puede producir Responde: Una puntuación de vía biliar, quiere decir una sección, o sea, un taponamiento de las vías biliares de los hepáticos o el colédoco una obstrucción intrínseca puede ser extrínseca intrínseca por lo general mecánica por un cálculo que porque puede ser este caso y la otra persona externa puede ser por obstrucción de por inflamación (...) puede producir heridas que pueden a veces obstruir las vías billares en este caso que ya tenía adherencias. Preguntado ¿Doctor Michel considera usted que ese tipo de complicaciones son preoperatorias intraoperatorias o postoperatoria? Responde: Bueno, estás complicación si es un cálculo residual, eso es preoperatorio y eso y eso es lo que uno está dispuesto y son riesgos porque también como uno trabaja con equipos y equipos para el cirujano, el radiólogo que hace las bueno hoy en día no se hacen las ecografías antes y si la ecografía no reporto un cálculo y si lo hay, pues eso no corre y no. Preguntado ¿podría explicar al despacho las razones por las que dio de alta a la señora si Gamboa Con solamente una prescripción de medicamentos el día de la cirugía? Responde: el día de la cirugía no le di de alta le di de Alta a los 2 días siguientes a la cirugía y se mandó con sus medicamentos usuales que utilizamos los antibióticos analgésicos y antiinflamatorios, que quedamos siempre, sino que la paciente control para verla, si no cuando ella se puso mala y se enfermó en el pueblo, al sexto día en la medicatura rural la mandaron y ese ese día yo la vi allá por urgencias en Garagoa (...)”

MIGUEL MAURICIO ALBA JARAMILLO.

“(…) Preguntado ¿quiere indicarme las razones clínicas buenas razones científicas por las cuales esta persona tuvo que ser remitida como urgencia a otra entidad hospitalaria, Responde: si la paciente tenía un cuadro obstructivo biliar, o sea, la vía biliar, estaba obstruida por alguna algún cálculo residual o y estaba presentando signos de signos clínicos de infección tenía fiebre tenía leucocitosis, o sea, los glóbulos blancos elevados tenía ictericia tener la bilirrubina, bastante elevada en un patrón y otras pruebas hepáticas alteradas de fosfatasa, alcalina, transaminasas entonces en ese caso. la paciente requiere un estudio con imágenes que puede ser resonancia magnética o tomografía computarizada o por lo menos ecografía y en el hospital, pues no disponemos de sus estudios, por lo menos ecografía ocasionalmente pero en esta ocasión no, no contábamos con efecto, entonces había que remitir la para estudio y para manejo integral además teniendo en cuenta las complicaciones que la tenía una paciente, pues no podía atendida en ese nivel. Preguntado ¿atendiendo lo manifestado por profesional manifieste, si tiene conocimientos, qué tipo de procedimientos fueron realizados a la Señora del Carmen Gamboa por el 23 de febrero de 2017 Responde: ese día de laboratorio se administraron líquidos endovenosos medicamentos para analgésicos y una dosis de antibiótico se conviene y la ordenada por el cirujano eso fue lo que se le hizo básicamente porque no tenemos más, no tenemos más medios de diagnóstico y había era que remitirla. Preguntado ¿sírvese manifestar al despacho concepto médico y experticia y según lo consignado en la historia clínica de la paciente, si cuando ingresó a la paciente al servicio urgencias del hospital en la fecha indicada realizó los tratamientos que eran requeridos o lo que se podía ser el hospital para la tensión de la patología que parecía? Responde: si se le realizó lo que lo que había que hacer y lo que se podía hacer en el hospital hasta ahí, pues por eso había la necesidad de remitirla porque pues no teníamos los medios,

pues para llegar al diagnóstico y tratamiento definitivo. Preguntado ¿sírvase, manifestar al despacho de acuerdo con su conocimiento médico en que consiste el procedimiento quirúrgico de colecistectomía? Responde: La colecistectomía consiste en extraer la vesícula biliar. Básicamente es eso. Preguntado ¿Manifesté al despacho, qué secuelas o qué complicaciones tiene ese tipo de procedimiento? Responde: la colecistectomía en un procedimiento y una cirugía mayor se puede decir que puede tener varias complicaciones importantes como por ejemplo el daño de la vía biliar... que haya una fístula que haya cálculos residuales... que haya pancreatitis por el procedimiento que haya infección básicamente íbamos los más importantes bueno hemorragia. Pues puede ser un procedimiento que podría tener potenciales complicaciones que algunos pueden ser utilizadas. Yo sé que en la colecistectomía programadas de todas maneras de riesgo y en 1 % de complicaciones graves y hasta la muerte puede llegar a suceder, ósea un procedimiento que hoy en día se hace digamos cotidianamente sin complicaciones, pero puede existir el riesgo de esta talla como en este caso. Preguntado: ¿Teniendo en cuenta la atención de urgencias prestada es la segunda, porque inicialmente se le hizo un procedimiento inicial que se llevó a cabo que más lo que estamos hablando y le pedí concepto médico esas consecuencias son normales para ese tipo de procedimientos para y necesariamente puede consultar el cómo normal o como el manejo después de una colecistectomía? Responde: Pues lo que le mencionaba bueno, yo la atendí casi 3 años después del procedimiento inicial no, pero puede suceder ese tipo de complicaciones, como les decía pues cerca de 1% de los casos se complican aún en los mejores hospitales literatura mundial SF digamos, no es porque sea aquí en Colombia o en cualquier parte del mundo, digamos que más o menos el 1% se complica y puedes tener complicaciones. (...) Normalmente no sucede normalmente y muchos procedimientos de ese tipo que se hacen. Frecuentemente y normalmente no hay problema, pero puede suceder este tipo de complicaciones que está contemplado la posibilidad de siempre, la literatura mundial (...) Preguntado: ¿De acuerdo a la complejidad la cirugía es posible de atender el hospital? Responde: Si es una cirugía que se hace programa más o menos frecuentemente. Cirugías que se pueden hacer en el hospital Preguntado: ¿No requiere mayores estudios se puede hacer, así como uno con los servicios que tiene habilitados el hospital? Responde: cómo es una cirugía programa el paciente o la paciente con los estudios previos que le ha solicitado el especialista y fuera de eso con la valoración previa por parte del anestesiólogo, entonces normalmente no requiere ninguna otra, cómo se hace en el hospital hoy en día hacen también el procedimiento más que todo por laparoscopia, pero en el hospital se hace vía abierta, pero normalmente, pues con lo que los estudios que llega el paciente. Preguntado: ¿Podría informar si tiene conocimiento de qué tipos de procedimientos quirúrgicos realizaba el Doctor Michel pues como que fueran constantes o que fueran habituales en sus turnos de hospital? Responde: Si yo tuve oportunidad de trabajar con él y bastantes ocasiones serví, de ayudante también con él y sé que básicamente trabajo de cirujano general colecistectomía apendicetomía. Si los demás se hacen operaciones de varices de miembros inferiores, básicamente y pues hay muchas otras que se hacen con recepción de tumores de lesiones de básicamente es eso no tuve oportunidad con él, pero no es lo más común en la región... Pero Frecuencia son las apendicetomías las vesículas las varices es lo más lo más frecuentes en cirugía (...) Preguntado: ¿Según historia clínica reposa que inicia un procedimiento 8:40 y termina 9:30. Ya estamos hablando más o menos de unos 50 minutos, según el procedimiento usted cree que digamos esos 50 minutos de procedimiento los convenientes para hacer realizar una colecistectomía sin complicaciones Responde: si es el tiempo habitual más o menos 1 hora 50 minutos tiempo habitual en una colecistectomía (...)"

MERCELO MARIÑO MARTÍNEZ.

“(…)Preguntado: ¿qué contacto tiene usted con este caso? Responde: bueno, nosotros tenemos un comité defensa judicial de la institución, entonces... dentro de las cosas que hacer este Comité defensa y es conocer los procesos que tiene la institución hacer reuniones periódicas evalúan los casos y en el caso mío por mi parte médica pues emitir conceptos respecto a la que tiene nuestros profesionales y básicamente cuando se hayan involucrados en procesos tales como una demanda o situaciones diversas donde algo de la parte médica. Preguntado: ¿usted ha tenido algún contacto con la Señora del Carmen Gamboa Gil o con alguno de sus familiares por alguna circunstancia? Responde: No, no la conozco. Preguntado: ¿Cuál ha sido el resultado sus conceptos que mencionó ha brindado respecto a la historia clínica del paciente? Responde: Básicamente uno entiende que en el ejercicio de la medicina pues se pueden presentar complicaciones de hecho, pues en todos los consentimientos informados siempre se le indica al paciente que todo procedimiento quirúrgico es susceptible complicaciones infección sangrado daño de cualquier tipo en lecciones de Huecas bueno diferentes infecciones diferentes patologías que regularmente se pueden presentar en cualquier cirugía, entonces yo considero que dentro de la medicina, pues se pueden presentar todas estas eventualidades y que ninguna de las personas actúan en digamos con dolo para causar daño, sino simplemente se trabaja en beneficios paciente de hecho con la señora Alcira lo que se trata es hacer lo que la literatura médica consigne qué es hacer una colecistectomía en un paciente que Colelitiasis y una colecistitis documental pues considero que es una actuación que está entre la lógica científica y dónde lo sé lo que los parámetros médico asistenciales Preguntado: ¿indíqueme al despacho si se estableció la causa que la complicación que tuvo la paciente? Responde: No tengo toda la documentación del Hospital San Rafael lo que tengo digamos algunos fragmentos de la historia en donde se menciona que una complicación de amputación de la vía biliar ya con una peritonitis biliar lo que uno pensar es que da la dificultad técnica que se presentó para la colecistectomía porque un proceso adherencial localizado es factible que durante el procedimiento. Presentado alguna lesión o alguna tracción que pudo haber ocasionado la complicación. Preguntado: ¿Esa adherencia que menciona, en qué consiste? Responde: Básicamente cuando existen en procesos inflamatorios con este caso que se inflama la vesícula que se inflame los conductos o que se hayan dilatado, pues localmente hay un proceso inflamatorio que causa que hagamos los tejidos adyacentes, se adhieran, se peguen digamos en términos coloquiales, se peguen se adhieran y entonces cuando se va a ingresar también el epiplón, qué es un tejido cómo se llamaría un tejido conectivo adiposo y forme como una especie de pegote adherencia y que en el momento que liberarlo es un poco complejo de punto de vista quirúrgico porque dificulta. Que se va a desarrollar, además que causa de pronto alteración de la anatomía normal que no encontraría si no hay procesos inflamatorios previos. Preguntado: ¿indique si en el Hospital Regional Valle de Tenza se encuentran o no el protocolo de atención y de ser así en dónde se encuentran consignados y si usted lo conoce? Responde: Si regularmente nosotros para para las primeras causas de ingreso hospitalario protocolos no están para todos pero regularmente para las diez Primeras causas encuentran protocolos igualmente todos los procesos y procedimientos que se tienen establecidos porque la rehabilitación lo exigen, ahora regularmente en esto pues también se basa la literatura médica, la conducta que se toman de acuerdo a la literatura médica que regularmente esta disposición de quien quiera consultar. Preguntado: ¿protocolo de primeras causas de referencia a qué?, Responde: Son las 10 primeras causas de morbilidad o enfermedad en ese

caso, entonces se toman las 10 primeras causas de los servicios hospitalarios de externa de hospitalización, entonces nos exigen que tengamos protocolos para eso sí es primero Preguntado: ¿usted sabe si para el año 2014 la coleditiasis y la colecistectomía se encontraban dentro de las 10 primeras causas y por lo tanto ustedes estaban obligados a protocolos para ese procedimiento? Responde: para esa fecha no está entre las 10 primeras causas de peso hospitalario, pero igual la literatura es muy Muy congruente con el manejo que se vea en estos casos. Preguntado: ¿El protocolo de atención y hospitalización existía en el Hospital Valle de Tenza de Garagoa para octubre 2014? Responde: Si señora completamente. Preguntado: ¿La atención de la señora Alcira desde el punto de vista de la hospitalización estuvo acorde al protocolo? Responde: Si señora. Lo que se contempla inicialmente es que los pacientes llegan al servicio urgencias se hace una anamnesis ósea un interrogatorio, una valoración inicial del paciente se hace un examen físico se tiene una impresión diagnóstica, si sobre la impresión diagnóstica se establece un plan de manejo, ese plan de manejo contempla la solución de paraclínicos la iniciación de algún médico alguna medicación la solicitud de interconsulta en este caso se tomaron los laboratorios se hicieron las interconsultas se hizo el manejo inicial con líquidos endovenosos con antibiótico terapia con antiespasmódicos se procedió igualmente a solicitar la ecografía las pruebas de función hepática función integral cuadro hemático y la ecografía qué es lo que contempla la literatura médica para el caso particular igualmente se hizo una interconsulta cuando se tiene dolor mirar regularmente se admiten consulta con el cirujano y ese también puedes solicitar desde luego y a su vez el especialista solicita los exámenes complementarios adicionales que informar al paciente está contemplado todos los protocolos, Preguntado: ¿ Complementa al respecto algo usted?. Responde: Lo que se hizo con la paciente con el manejo inicial y manejo posterior está dentro que contempla los protocolos de la institución desde el punto de vista de atención de cualquier paciente que vaya con esta patología e igualmente lo que la literatura mundial contempla. Preguntado: ¿porque al hacer consulta usted sobre ese aspecto dijo que era posible un corte biliar y en qué consiste el Corte biliar? Responde: Bueno, yo lo que menciono, es que cuando se tiene hípica actínica, se puede haber complicaciones dentro de esas la lesión de la vía biliar. Entonces cualquier alteración primero de la anatomía normal de una paciente porque hay una cosa que es cierta y es que en la vía biliar hay mucha variación en la posibilita, cualquier tipo de complicación, igualmente pacientes, obesos pacientes con síndromes gerenciales o pacientes que tengan algún proceso inflamatorio previo de la zona, pues se dice técnicamente cualquier ejecución terapéutica del punto de vista quirúrgico, entonces por eso considero técnica puede facilitar misión de cualquier tipo. Preguntado ¿está lesión puede ser por omisión o acción del médico cirujano? Responde: regularmente las lesiones no involucran la omisión no tiene sentido pensar que alguien pretende operar una paciente para no sé lo que tiene que hacer de hecho pues cirujanos una colecistectomía vía abierta, qué es una de las técnicas reconocidas y pues que está ampliamente difundida, pero como digo, pues cualquier complicación se puede presentar en cualquier cirugía de cualquier ámbito. Preguntado: ¿La consideraría usted que la colecistectomía de alto, medio o bajo riesgo? Responde: en general la cirugía de la vía biliar, siempre ha sido complicada aún se mencionan en la literatura médica que las manos más expertas pueden presentarse las complicaciones, si es compleja la vía biliar, es compleja las complicaciones que se pueden presentar y pues como te digo ósea, pues a ver si lo sabes muy expertos, podemos estar en Hospitales de más alta complejidad con las mejores técnicas, pero las complicaciones igual se pueden dar en el caso particular de las de la vía biliar... yo considero que puede estar de amputación de vía biliar 1 o 2 porciento de lectura que no busque pero está escrita que aún mejores manos

todas estas complicaciones... ¿cree que hubo un retraso en la remisión?
Responde: Bueno, no tengo muy claro cuánto tiempo demoro en la paciente en la remisión, pero claro, si alguien si hay un proceso que se da remisión de un paciente, pues entre más tiempo que pase, pues puede complicarse (...)

Finalmente, según el pronunciamiento emitido por el Tribunal Médico de Cundinamarca en auto de fecha 12 de abril de 2016, no se halló mérito para formular cargos en contra del Doctor Michel Jabbour Sefair. Dicho órgano de control está conformado por 5 magistrados que son especialistas médicos encargados de juzgar el comportamiento del profesional. Al respecto, indicó: (f. 138 a 145)

“(…) Para resolver el Magistrado considera:

Las lesiones iatrogénicas de la vía biliar se presentan aproximadamente entre el 0.1 y 0.3 de las colecistectomías.

Los factores de riesgo para las lesiones iatrogénicas de la vía biliar son la colecistitis aguda, el sangrado Intraoperatorio, las malformaciones congénitas, las variaciones anatómicas de la vía biliar y la no experiencia del cirujano en esta patología.

En el caso que nos ocupa no existe ningún elemento de juicio que permita concluir que la lesión del colédoco se haya producido por inexperiencia, negligencia, imprudencia o desconocimiento (lex artis) de las normas propias del ejercicio quirúrgico. El médico que practicó la cirugía es un médico especialista en cirugía general, con varios años de experiencia en su ejercicio profesional. El doctor Michel Georges Jabbour Sefair tomo medidas quirúrgicas, como practicar la colecistectomía fundocística por la inflamación en el hilo hepático, sin embargo se presentó la complicación. Ante la presencia de la ictericia marcada el doctor solicitó los exámenes adecuados y practicó la remisión a un sitio de mayor nivel y con la experiencia necesaria para tratar estas complicaciones, como fue el hospital San Rafael de Tunja donde solucionaron la lesión de la vía biliar. La cirugía estaba indicada. El doctor actuó con diligencia y responsabilidad, tenía la experiencia en este tipo de cirugía por lo cual considero que no existe mérito para formular cargos por posible violación a la Ley 23 de 1981 o su decreto reglamentario (...)”

De conformidad con el material probatorio anteriormente analizado, el Despacho advierte lo siguiente:

Para determinar si se presentó una falla del servicio por parte de la E.S.E. demandada, el Despacho realizará el análisis probatorio partiendo del fundamento que desarrolló la parte demandante para alegar la falla. El cual consistió en la indebida ejecución de la Colecistectomía por el médico Michel Jabbour Sefair.

Al respecto, se advierte que, en la historia clínica suministrada por el Hospital Regional del Valle de Tenza de Garagoa se evidencia que a la paciente se le practicaron exámenes previos a la cirugía así como análisis por anestesiología (10 de octubre de 2014 f. 310); que ingresó al servicio de intervenciones quirúrgicas (16 de octubre de 2014); que luego de la cirugía evolucionó satisfactoriamente al punto que fue dada de alta el 18 de octubre de 2014 a las 05.30 de la mañana con control dentro de los 10 días siguientes; que luego de 4 días ingresó nuevamente por un dolor abdominal (22 de octubre de 2014); por lo cual se realizaron los exámenes del caso que dieron como resultado el diagnóstico coledocolitiasis residual. (22 de octubre de 2020); que luego de

dos días fue remitida al Hospital San Rafael de Tunja (24 de octubre de 2020); que antes de dicha remisión, en el Hospital Regional del Valle de Tenza de Garagoa se le practicaron diferentes exámenes como cuadro hemático con hemoglobina, hematocrito, bilirrubinas, fosfatasa, alcalina y ecografía abdominal.

Ahora bien, observados los medios de convicción, se logró demostrar que la demandante tenía un padecimiento en desarrollo desde hacía más de 6 meses, toda vez que, desde marzo de 2014 ya se le había ordenado una cirugía que fue reprogramada; así se hizo constar en la nota de la profesional de la salud Señora Roció Ramírez Rico (f. 149 Anexo No 2). Esta circunstancia también fue señalada por el interrogado Michel Jabbour Sefair, cuando se le preguntó si era posible disminuir la inflamación antes de realizar la cirugía, en su respuesta expuso “(...) si usted mira la historia en el mes de marzo de ese año un cirujano que estaba antes que yo por cierto reemplace, él ya la había visto y ya tenían el diagnóstico a ella la tuvieron prácticamente 6 meses en tratamiento médico a base de antiinflamatorios o antibiótico y todo lo que necesite, y con todo eso cuando yo la vi, la pasé a cirugía no tenía mejora médicamente y no había tenido antes para mí estaba empeorando (...)”.

Quiere decir lo anterior, que dicha cirugía se realizó en cumplimiento de un deber del médico, quien determinó que ante la evidente disminución progresiva de la salud que presentaba la demandante era urgente la realización de la colecistectomía, la cual tenía una complicación que era el proceso inflamatorio de los órganos de la paciente, lo que dificultaba con mayor medida su éxito. Esto fue resaltado por parte del testigo Marcelo Mariño Martínez quien con sus conocimientos médicos estimó: “(...) Básicamente cuando existen procesos inflamatorios, como en este caso que se inflama la vesícula; que se inflamen los conductos o que se hayan dilatado, pues localmente hay un proceso inflamatorio que causa que los tejidos adyacentes, se adhieran, se peguen; digamos en términos coloquiales, se peguen, se adhieran y entonces cuando se va a ingresar también el epiplón, qué es un tejido, cómo se llamaría un tejido conectivo adiposo y deforme como una especie de pegote o adherencia y que en el momento de liberarlo es un poco complejo desde punto de vista quirúrgico porque dificulta lo que se va a desarrollar, además, que causa de pronto alteración de la anatomía normal que no encontraría si no hay procesos inflamatorios previos (...)”.

Nótese que dentro del mismo procedimiento quirúrgico, ya se había advertido la inflamación por parte del Médico Jabbour Sefair cuando en la historia clínica se indicó de manera muy breve los detalles de la operación “(...) Incisión transversa abdominal derecha, apertura de la cavidad abdominal, hallazgos vesícula con Múltiples cálculos, en su interior, adherencias al epiplón, se practica colecistectomía retrograda, encontrándose colédoco un poco engrosado, pinzamiento y ligadura de arteria cística, peritonización del lecho vesicular (...). (f. 177 -f. 310 y ss.).

Ulteriormente, así lo manifestó cuando en el interrogatorio relató las complicaciones por las inflamaciones de la paciente cuando dijo: “(...) Si claro, ella tenía múltiples adherencias en la vesícula, la vesícula demasiado dermatizada y fuera de eso tenía todas las vías biliares que no se podían identificar por el Estado inflamación en otras

cosas, no era tan indicado (...). En ese orden de ideas, según lo manifestaron los médicos el estado inicial de la paciente era delicado y requería de manera urgente la práctica de la intervención aun cuando esta representaba riesgos que se aumentaban de manera exponencial por la arraigada inflamación.

De igual manera, no solo se demostró que la condición inicial de la paciente era grave, por el contrario, de las diferentes pruebas se evidenció la existencia de los riesgos inherentes a la cirugía, aunado a la debida intervención por parte del profesional de la salud, tal y como lo advirtió el Tribunal Médico de Cundinamarca en auto de fecha 12 de abril de 2016 (f. 138 a 145), en esta discernió que “Las lesiones iatrogénicas de la vía biliar se presentan aproximadamente entre el 0.1 y 0.3 de las colecistectomías. (...) En el caso que nos ocupa no existe ningún elemento de juicio que permita concluir que la lesión del colédoco se haya producido por inexperiencia, negligencia, imprudencia o desconocimiento (lex artis) (...) El doctor actuó con diligencia y responsabilidad, tenía la experiencia en este tipo de cirugía por lo cual considero que no existe mérito para formular cargos por posible violación a la Ley 23 de 1981 o su decreto reglamentario (...)”. Debe resaltarse que este órgano de control está conformado por 5 magistrados que son especialistas médicos encargados de juzgar el comportamiento de los galenos. Sin embargo, estudiadas sus pruebas no hallaron ningún medio de convicción que les permitiera reprochar la conducta desplegada por el médico Jabbour Sefair, por el contrario, fueron enfáticos en destacar la posibilidad de las lesiones iatrogénicas de la vía biliar en intervenciones como la colecistectomía, siniestro que infortunadamente le ocurrió a la señora Alcira del Carmen Gamboa Gil.

Sobre la existencia de los pluricitados riesgos, el interrogado fue enfático en manifestar que estaban presentes y que podían llevar a la muerte del paciente, así lo aseguró, cuando se le preguntó sobre cuáles eran los peligros de la práctica de una colecistectomía, en su momento refirió que “la primera complicación es la lesión de las vías biliares en ese caso, fuera de eso la paciente también presentaba una colangitis, y esa es una inflamación de las vías biliares y la puede llevar si no se trata adecuadamente y al momento hasta una sepsis y la sepsis puede llevar a la muerte”.

Lo dicho por el médico Jabbour Sefair, fue ratificado por el testigo, Miguel Mauricio Alba Jaramillo, quien sobre esas eventuales complicaciones señaló: “(...) la coledocostomía en un procedimiento y una cirugía mayor se puede decir que puede tener varias complicaciones importantes como por ejemplo el daño de la vía biliar hace que haya absolución que haya una fístula que haya cálculos residuales ... que haya pancreatitis por el procedimiento que haya infección básicamente íbamos los más importantes bueno hemorragia. Pues puede ser un procedimiento que podría tener potenciales complicaciones que algunos pueden ser utilizadas. Yo sé que en la colecistectomía programadas de todas maneras de riesgo y en 1 % de complicaciones graves y hasta la muerte puede llegar a suceder, ósea un procedimiento que hoy en día se hace digamos cotidianamente sin complicaciones, pero puede existe el riesgo de esta talla como en este caso, (...)”.

En igual sentido, se pronunció el señor Mariño Martínez cuando al preguntársele por el nivel de complejidad de la colecistectomía respondió *“en general la cirugía de la vía biliar, siempre ha sido complicada aún se mencionan en la literatura médica que las manos más expertas pueden presentarse las complicaciones, si es compleja la vía biliar, es compleja las complicaciones que se pueden presentar... muy expertos, podemos estar en Hospitales de más alta complejidad con las mejores técnicas, pero las complicaciones igual se pueden dar en el caso particular de las de la vía biliar... yo considero que puede estar de amputación de vía biliar 1 o 2 por ciento de lectura no busque pero está escrita que aún en mejores manos todas estas complicaciones”*.

Así las cosas, es inobjetable la existencia de los denominados riesgos específicamente las lesiones iatrogénicas de los órganos como complicación de la misma cirugía.

Igualmente, debe señalarse que la operación inicialmente fue desarrollada de manera exitosa, tanto fue así, que el día 18 de octubre de 2014 se decidió dar de alta a la demandante dejando expresa constancia en la historia clínica de las condiciones que se observaban en ese momento, estas fueron *“S/Paciente refiere control del dolor, tolera vía oral, diuresis positiva, deposición positiva, febril. (...) O/Paciente alerta, consiente, hidratada, con signos vitales de: Frecuencia cardíaca 70, frecuencia respiratoria: 18, tensión arterial: 110/70, temperatura 36,2, saturación de oxígeno: 98%, cabeza y Cuello: mucosas húmedas, pupilas reactivas normo reactivas a la luz, cardio-pulmonar ruidos cardiacos sin agregados, rítmicos, no soplas, ruidos respiratorios campo pulmonares bien ventilados. Abdomen: blando, herida quirúrgica limpia, no signos de irritación peritoneal genitourinario: normal. Extremidades: normal. Neurológicos: sin déficit aparente Análisis: Paciente hemodinamicamente estable, con tratamiento instaurado, con evolución clínica favorable, se decide dar salida, con resultado de exámenes, más signos de alarma, más cita de control por cirugía general en 10 días (...)”*. Por lo que evidentemente hasta el 18 de octubre de 2014, la operación era catalogada como procedimiento más acertado a la patología presentada.

Posteriormente ante una complicación, debió ser internada nuevamente el día 22 de octubre de 2014, y al ser valorada se estableció la necesidad de remitirla a una ESE de mayor nivel, dejando constancias en la historia clínica en la que se determinó como diagnóstico definitivo: *“1. Colestasis hepática pos colecistectomía 2. Litiasis residual. 3. Ictérica y ascitis pos quirúrgica. (...) 23/10/2014. Paciente quien continua muy icterica, dolor abdominal intermitente, estable hemodinamicamente, tiene pendiente remisión para realización de CPRE para diagnóstico y tratamiento, se realiza valoración por anestesia, toma de radiografía de tórax, electrocardiograma que muestra frecuencia cardíaca 109 por minuto, no lesiones isquémicas agudas, rítmicos, radiografía de tórax no infiltrados no imágenes para consolidación, pendiente remisión. 24/10/2014. Paciente en condición estable, icterica, con dolor episódico, taquicardia, sin fiebre, deposición y diuresis normales. Es aceptada en Tunja para manejo integral por cirugía general, sale en buen estado general (...)”*.

En ese orden, puede subsumirse que la dificultad que ocasionó la peritonitis biliar no proviene de una negligencia médica o de la inobservancia de las guías y protocolos

aplicables al caso. Contrario sensu, de los testimonios de los señores Alba Jaramillo y Mariño Martínez y la historia clínica, se evidencia el actuar en debida forma del Profesional de la salud a cargo de la cirugía, que dado el estado de la paciente terminó por ordenar de urgencia enviarla a otras instalaciones médicas de mayor nivel de atención, conducta que es la esperada en ese tipo de urgencias.

Así las cosas, ante la ausencia de algún medio probatorio que permita objetar lo reseñado en los acápites que preceden, no podría declararse la responsabilidad patrimonial por el daño sufrido por la señora Alcira del Carmen Gamboa Gil. Razón por la cual no es posible reconocer indemnización alguna, pues se advierte que la operación practicada se materializó con la observancia, pericia y cuidado del caso. Empero existía un alto riesgo de ocasionarse una lesión e infortunadamente para la salud de la paciente, este se concretó.

En efecto, para este despacho el médico Jabbour Sefair, no incurrió en ninguna negligencia en las etapas preoperatoria, operatoria o la complicación de la misma. Conociendo los protocolos, guías y los deberes que le impone su Profesión actuó de manera respetuosa a la *Lex artis* vigente, pues manejó de manera adecuada, tanto la cirugía como la dificultad de haberse concretado un riesgo inherente a la colecistectomía. En tal virtud, de los medios de prueba se observa que los accionados no incurrieron en alguna falla que acarree la obligación de efectuar la reparación del daño sufrido por la actora.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, el Despacho concluye que no se vislumbra la responsabilidad que se endilga a la administración. Al respecto, es necesario recordar la jurisprudencia del H. Consejo de Estado, según la cual, las obligaciones que se desprenden del acto médico propiamente dicho son de medio y no de resultado¹⁴. Por tanto, al demandante no le es suficiente con demostrar que su estado de salud no mejoró o que empeoró luego de la intervención del profesional de la salud, puesto que dentro del complejo actuar de los médicos, el paciente puede no reaccionar de manera favorable como se espera al tratamiento de su enfermedad.

Adicionalmente, es claro que, como lo indicaron los especialistas interrogados, la cirugía practicada a la paciente conllevaba unos riesgos que se podían concretar. De acuerdo con la literatura médica existen ciertos peligros relacionados con la Colecistectomía tradicional o laparoscópica. Las complicaciones de la Colecistectomía no son comunes, pero pueden incluir sangrado, infección, neumonía, coágulos de sangre o problemas cardíacos, e incluso se puede presentar una lesión inadvertida a una estructura aledaña como el colédoco o el duodeno. De igual manera, han sido descritos por la experiencia médica que se pueden presentar fugas de bilis al abdomen proveniente de los conductos que llevan la bilis desde el hígado hasta el duodeno.¹⁵

¹⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 27 de abril de 2011, Ex. 20.502, C.P. Ruth Stella Correa Palacio. "Se entiende por acto médico propiamente dicho el que involucra "la intervención del profesional médico en sus distintos momentos y comprende particularmente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas"

¹⁵ http://laparoscopia-avanzada.com/via_biliar.html#num_12

Al respecto, en sentencia de fecha 28 de mayo de 2015, emitida por parte del H. Consejo de Estado -Sección Tercera- Subsección B¹⁶, se analizó un caso de similares contornos al presente. En el cual se mencionó amplia literatura relacionada con la nombrada Colectistectomía:

(...) De conformidad con la literatura médica, la colectistectomía es el tratamiento indicado para la coleditiasis, cuando ésta ya presenta síntomas¹⁷. En el caso concreto, durante el procedimiento quirúrgico se confirmó la necesidad de realización del procedimiento pues se halló una vesícula escleroatrófica, esto es, calcificada – párr.2.3.7.-: “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 colectistectomía 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 colectistectomía abierta (extirpación de la vesícula biliar). Sin embargo, ahora esta técnica es menos común (...)”

Frente a la técnica de la colectistectomía, 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.

(...)

Luego, el cirujano extirpa la vesícula, usando la laparoscopia.

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 laparoscópico. 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 28¹⁸:

“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 colectistectomía; los más conocidos son: el sexo masculino, el adulto mayor (edad superior a 65 años), la

¹⁶ Consejera ponente: STELLA CONTO DIAZ DEL CASTILLO

¹⁷ 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).

¹⁸ ÁLVAREZ, Luis Fernando; RIVERA, Diego; ESMERAL, Miguel Evaristo; GARCÍA, Marta Cecilia; TORO, Diego Fernando; ROJAS, Olga Lucía. “Colectistectomía laparoscópica difícil, estrategias de manejo” en Revista Colombiana de Cirugía, vol. 28 No. 3, Bogotá, Julio a Septiembre de 2013, ISSN 2011-7582.

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 biliares¹⁹ – se destaca-.

En el mismo sentido, respecto a los riesgos inherentes a las intervenciones quirúrgicas, se refirió el H. Tribunal Administrativo de Boyacá al resolver un asunto similar:

“(…) Por otra parte, la parte actora indicó que si a la víctima del daño se le hubiese realizado desde primer momento una cirugía abierta, no se habría causado perforación del colon y por ende, no se había ocasionado peritonitis, lo cierto es que no se aportó al proceso medio de prueba alguno con el cual se acredite que por no habersele practicado la colecistectomía abierta desde un primer momento, esa situación desencadenó las complicaciones presentadas en la intervención quirúrgica, tales como la perforación del colon.

Respecto de la perforación del colon durante la intervención quirúrgica practicada el 19 de octubre de 2011, tal circunstancia está documentada en la epicresis emitida por la Unidad de Cuidados Intensivos, en la que se refiere de las complicaciones que presentó la paciente durante la cirugía.

En ese sentido, hay constancia de que la paciente sufrió una lesión de colon de +1-3mm a causa de la cirugía, sin embargo, esa afectación hace parte del marco de riesgo al que estaba sometida la paciente y la misma fue aceptada como riesgo inherente al tratamiento, tal como consta en el documento contentivo del consentimiento informado visto a folio 289.

Así las cosas, la Sala encuentra que el equipo médico previo a la cirugía a la que fue sometida la paciente, realizó una evaluación de riesgo quirúrgico en la que se valoraron los factores de riesgo inherentes a la extracción de cálculos, riesgos que desafortunadamente se concretaron durante la intervención, al presentarse complicaciones que de acuerdo a lo señalado en la historia clínica, provocaron lesión en el colon (...)¹⁹

A partir de las anteriores referencias, al establecerse que la perforación del colédoco es un riesgo propio de la cirugía de Colecistectomía, mal puede predicarse un error en el procedimiento del cirujano que lo practicó y por el que deba responder la E.S.E. demandada. Por tal razón, se tiene por desvirtuado el argumento expuesto por la parte demandante sobre un presunto error de procedimiento por parte del cirujano que le practicó la cirugía a la señora Alcira del Carmen Gamboa Gil.

El Despacho encuentra que el riesgo de una peritonitis biliar sea cual sea su causa, producto de una lesión en el colédoco, como consecuencia de la realización de una

¹⁹ TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOYACÁ MAGISTRADO PONENTE: OSCAR ALFONSO GRANADOS NARANJO sentencia de 29 de octubre de 2018 Accionante Ligia Dionicia Ruiz Reyes y Aura Stella Ruiz Reyes Accionado Saludcoop E.P.S y E.S.E Hospital San Rafael Tunja Expediente 15001-3333-005-2014-00013-01 Medio control de Reparación Directa

Colecistectomía es inherente y connatural a dicho procedimiento quirúrgico. Nótese que tras la evolución silenciosa que presentó la paciente, en los dos días siguientes a la cirugía no demostraba signos ni síntomas o un estado crítico que hiciera sospechar la complicación que se estaba instaurando, lo cual permitió darla de alta. No obstante, su condición de salud obligó a la remisión al Hospital San Rafael de Tunja. De allí que es viable concluir que la peritonitis biliar es directa consecuencia de la intervención para el retiro de su vesícula biliar, sin perder de vista que el estado de salud de la paciente no era nuevo pues llevaba más de seis meses siendo tratada por parte de la E.S.E.

Es claro que el profesional de la salud debe hacer todo lo posible para minimizar los riesgos, pero la Colecistectomía, como todas las operaciones, conlleva siniestros. Pues la inserción de instrumentos y su uso durante la técnica en la colecistectomía tradicional, puede causar heridas en los intestinos u otros órganos abdominales como lo es el colédoco. El cirujano debe trabajar con extremo cuidado y estar siempre vigilante en caso de cualquier señal de sangre o contenido irregular durante el procedimiento. Todo esto dependiendo siempre de la anatomía del ser humano que se somete al procedimiento quirúrgico.

En este orden de ideas, es dable concluir que no existió un error durante la práctica de la cirugía y, la lesión padecida por la accionante no fue intencional. Además de que dicho procedimiento era el requerido por la paciente al pretender sustraer su vesícula la cual presentaba un cuadro agudo de los dominados quistes, la lesión fue consecuencia de la materialización inherente al procedimiento.

Ahora, no puede reprocharse la falta experiencia, conocimiento o improvisación del médico Michel Jabbour Sefair, en la medida que se allegó una copia de la hoja de vida del referido profesional de la salud en la que se indica que es médico cirujano de la Universidad Nacional de Colombia desde el día 5 de julio de 1974, además, de tener una especialización en Cirugía General, para la fecha de la intervención (16/10/2014) contaba con 40 años, 3 meses, y 11 días de actividad médica, lo que demuestra basta formación y experiencia profesional en esa área (fls. 104 a 111)

La supuesta negligencia del galeno durante la intervención quirúrgica no se acompasa con la realidad probatoria, en la medida que se constató (fls. 120 y ss. Anexo No 2) en la historia clínica que a la señora Gamboa Gil se le indicó la existencia de un alto riesgo de complicaciones. Lo anterior, es consonante con la apreciación entregada en el interrogatorio de parte por el doctor Michel Jabbour Sefair, quien precisó que previamente de manera verbal había hablado con la demandante y sus familiares sobre los siniestros que podían presentarse como consecuencia de la operación a surtir, aseveración que no fue objetada por la parte demandante según se observa en el minuto 38.11 a minuto 39.25, del cd visto a folio 394.

De la misma manera se acreditó, según certificación que obra a folio 245, que en la E.S.E. Hospital Regional del Valle de Tenza de Garagoa era viable la práctica de la Colecistectomía, pues de acuerdo a su nivel de la institución médica, dicho procedimiento era permitido. Con ello, la complicación fue debidamente atendida por

parte del profesional de la salud tratante, realizando los exámenes clínicos de modo que el 22 de octubre de 2014 se consignó que la paciente evolucionó indebidamente por aparente coledocolitiasis residual. Razón por la que fue remitida a tercer nivel de atención, a la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, dada la posible necesidad de Unidad de Cuidados Intensivos. En este sentido, la remisión de la paciente a tercer nivel de atención era el procedimiento a seguir, acorde con la *lex artis*, ante el posible agravamiento por cuenta de la sospecha de una infección o peritonitis, como en efecto se identificó.

Por otra parte, de acuerdo con lo mencionado por los médicos especialistas, la patología de la paciente y el aplazamiento de una cirugía que en anteriores meses se había programado determinaron la gran posibilidad de materializar el riesgo mencionado. En efecto, se advirtió que la demandante, previo a la intervención quirúrgica de 16 de octubre de 2014, había tenido atenciones y valoraciones médicas tendientes a realizar una Colectistectomía por un padecimiento agudo en su parte abdominal, la cual según consta en nota de la profesional de la salud Señora Roció Ramírez Rico debería ser reprogramada (f. 149 Anexo No 2).

Por otra parte, el Juzgado advirtió que la complicación postoperatoria es un caso minoritario que, si bien escasamente se presentan (un porcentaje del 0.1 y el 0.3 f.144), la señora demandante se encontraba en el riesgo de sufrir dicha dificultad por su patología de base. Apreciación que es concordante con las anotaciones sobre los antecedentes clínicos de la actora a lo largo de la historia clínica.

De lo anterior se colige, sin óbice de duda, que le asiste razón a la parte accionante en cuanto a que las complicaciones efectivamente se presentaron después de la práctica de la primera cirugía al punto que la paciente tuvo que afrontar otra cirugía iniciada por su Colectistectomía. Pero no se establece del material probatorio allegado al plenario que las complicaciones sean consecuencia de un error médico, esto es, asistencial y hospitalario.

En ese sentido, en el presente caso se puede concluir lo siguiente:

i) No hubo error en el diagnóstico, pues desde su valoración en el E.S.E. Hospital Regional del Valle de Tenza de Garagoa le fue diagnosticada la coledocolitiasis, diagnóstico al que llegaron los galenos luego de practicarle los correspondientes exámenes físicos y de laboratorio (fls. 111 y ss del anexo No 2).

ii) No hubo atención tardía, ni en la atención del 10 de octubre de 2014, esto es la Colectistectomía adelantada el 16 de octubre del 2014, ni en la complicación pues a partir del diagnóstico emitido, la paciente fue remitida al Hospital San Rafael de Tunja en donde se le dio el manejo adecuado de acuerdo al diagnóstico y a los protocolos médicos establecidos nacional e internacionalmente.

iii) No hubo error en el procedimiento si se tiene en cuenta que la lesión en la vía biliar es un riesgo propio e inherente a la cirugía de Colectistectomía, pues cuando la vesícula

biliar se retira hay que separarla de las estructuras que están al lado de ellas (colon, duodeno, hígado, estómago, colédoco etc.), y al separarlas existe siempre el riesgo que se rompan o se lesionen en la cirugía o posteriormente. De igual manera, luego de advertida la perforación del colédoco, el cirujano la remite a una ESE de tercer nivel con la nota de urgencias del caso.

iv) La lesión de la paciente generó una sepsis la peritonitis biliar como consecuencia de la perforación del colédoco durante la cirugía de la colecistectomía, la cual, se repite, es un riesgo que está descrito en la literatura médica y que desafortunadamente le sucedió a la señora Gamboa Gil.

v) A partir de las pruebas documentales y testimoniales allegadas al expediente, se establece que con relación a la atención médico, hospitalaria y quirúrgica prestada a la demandante por parte de la E.S.E. Hospital Regional Del Valle de Tenza de Garagoa, los profesionales de la medicina practicaron conforme a la *lex artis*, los procedimientos adecuados para el tratamiento de la patología que presentaba la paciente.

En consecuencia, el Despacho negará las pretensiones de la demanda con fundamento en los argumentos expuestos previamente.

DE LA CONDENA EN COSTAS.

El artículo 188 de la Ley 1437 de 2011, dispone que 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 Procedimiento Civil acogiendo un régimen objetivo. A su turno, el artículo 365 del Código General del Proceso, establece que se condenará en costas a la parte vencida en el proceso y dicha condena se hará en la sentencia, dicha condena está sujeta según el numeral 9º ídem, a que en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación. En este sentido, se condenará en costas procesales a la parte demandante.

En mérito de lo expuesto el Juzgado Trece Administrativo del Circuito Judicial de Tunja, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

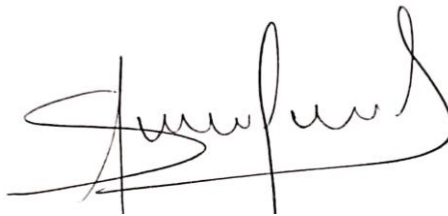
PRIMERO: NEGAR las pretensiones de la demanda del medio de control de Reparación Directa que fue promovida por los señores Alcira Del Carmen Gamboa Gil y Otros, en contra de la E.S.E. Hospital Regional del Valle de Tenza de Garagoa, de conformidad con lo expuesto en precedencia.

SEGUNDO: Condenar en costas a la parte demandante, por secretaría liquídense, téngase en cuenta el trámite del artículo 366 del CGP.

TERCERO: En firme la sentencia, háganse las comunicaciones del caso para su cumplimiento y archívese el proceso previa anotación en el programa “Justica XXI Web”. Si al liquidarse los gastos ordinarios del proceso quedaren remanentes a favor del depositante, desde ahora se ordena la devolución correspondiente. Desde ahora se autoriza la expedición de las copias que soliciten las partes.

CUARTO. Notificar a las partes conforme a lo dispuesto en el artículo 203 del CPACA.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.



ÁNGELA DANIELA SÁNCHEZ MONTAÑA

Jueza

