|  |  |
| --- | --- |
| CIUDAD Y FECHA | **Bogotá D.C., treinta y uno (31) de agosto de dos mil dieciocho (2018)** |
| REFERENCIA | **Expediente No. 11001333603420150029800** |
| DEMANDANTE | **LEONILDE AVILA DE TRUJILLO Y OTROS** |
| DEMANDADO | **HOSPITAL MILITAR CENTRAL** |
| MEDIO DE CONTROL | **REPARACIÓN DIRECTA** |
| ASUNTO | **FALLO DE PRIMERA INSTANCIA** |

Agotado el trámite procesal sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, se procede a dictar sentencia en el proceso de **REPARACIÓN DIRECTA** iniciado por **LEONILDE AVILA DE TRUJILLO y OTROS** contra el **HOSPITAL MILITAR CENTRAL.**

* 1. **ANTECEDENTES:**
  2. **La DEMANDA**
     1. **PRETENSIONES**

**“Primera.** Se declare que el **HOSPITAL MILITAR CENTRAL** es administrativamente responsable por la muerte del señor **ARGEMIRO TRUJILLO SALAS** (QEPD) y los daños y perjuicios morales y de vida de relación causados a los accionantes por la falla en el servicio médico, asistencial y quirúrgico garantizado por el accionado en sus instalaciones hospitalarias y a través de su equipo de salud adscrito al esposo, padre y abuelo de los accionantes entre los días 3 al 12 de agosto de 2012.

**Segunda.** Se condene al **HOSPITAL MILITAR CENTRAL** a pagar por concepto de **PERJUICIOS MORALES** con ocasión de la muerte del señor **ARGEMIRO TRUJILLO SALAS** (QEPD) en hechos acaecidos entre el tres (3) y doce (12) de Agosto del año 2012 derivados de la falla en el servicio médico, asistencial y quirúrgico garantizado por el accionado en sus instalaciones hospitalarias y a través de su equipo de salud adscrito al esposo, padre y abuelo de los accionantes, las sumas de dinero o su equivalente en SMMLV al momento de la sentencia, así:

1. Para **LEONILDE AVILA DE TRUJILLO**, en calidad de esposa del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a doscientos (200) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.
2. Para **LUZ AMPARO TRUJILLO AVILA**, en calidad de hija del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.
3. Para **ROSA MERY TRUJILLO AVILA**, en calidad de hija del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.
4. Para **MARIA FERNANDA TRUJILLO AVILA**, en calidad de hija del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.
5. Para **RAMIRO AUGUSTO TRUJILLO AVILA**, en calidad de hi/o del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.
6. Para **LUZ STHEPHANIE DIAZ TRUJILLO**, en calidad de nieta del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.
7. Para **CESAR AUGUSTO SARMIENTO TRUJILLO** en calidad de nieto del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.
8. Para **JESSIKA ANDREA TRUJILLO AVILA**, en calidad de nieta del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.
9. Para **RAMIRO EUGENIO SARMIENTO TRUJILLO**, en calidad de nieto del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.
10. Para **MARIA ALEJANDRA SARMIENTO TRUJILLO**, representada por su señora madre ROSA MERY TRUJILLO AVILA, y en calidad de nieta del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.

**Tercera.** Se condene al **HOSPITAL MILITAR CENTRAL** a pagar por concepto de **DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN** con ocasión de la muerte del señor **ARGEMIRO TRUJILLO SALAS** (q.e.p.d) en hechos acaecidos entre el tres (3) y doce (12) de Agosto del año 2.012 derivados de la falla en el servicio médico, asistencial y quirúrgico garantizado por el accionado en sus instalaciones hospitalarias y a través de su equipo de salud adscrito al esposo, padre y abuelo de los accionantes, las sumas de dinero o su equivalente en SMMLV al momento de la sentencia, así:

1. Para **LEONILDE AVILA DE TRUJILLO**, en calidad de esposa del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a doscientos (200) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.
2. Para **LUZ AMPARO TRUJILLO AVILA**, en calidad de hija del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.
3. Para **ROSA MERY TRUJILLO AVILA**, en calidad de hi/a del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.
4. Para **MARIA FERNANDA TRUJILLO AVILA**, en calidad de hi/a del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS La suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.
5. Para **RAMIRO AUGUSTO TRUJILLO AVILA**, en calidad de hi/o del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.
6. Para **LUZ STHEPHANIE DIAZ TRUJILLO**, en calidad de nieta del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.
7. Para **CESAR AUGUSTO SARMIENTO TRUJILLO** en calidad de nieto del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.
8. Para **JESSIKA ANDREA TRUJILLO AVILA**, en calidad de nieta del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.
9. Para **RAMIRO EUGENIO SARMIENTO TRUJILLO**, en calidad de nieto del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.
10. Para **MARIA ALEJANDRA SARMIENTO TRUJILLO**, representada por su señora madre ROSA MERY TRUJILLO AVILA, y en calidad de nieta del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.

**Cuarta.** Ordenar que el **HOSPITAL MILITAR CENTRAL** de cumplimiento a la sentencia en los términos previstos en el Art. 192 y 195 numeral cuarto (4) de la Ley 1437 de 2011 y, de acuerdo al criterio Jurisprudencial actual.

**Quinta.** Se condene al **HOSPITAL MILITAR CENTRAL** a pagar a los accionantes el valor en dinero de las respectivas condenas ordenadas en sentencia ejecutoriada, ajustadas Romanito como base el índice de precios al consumidor de conformidad con el inciso 3 del artículo 187 de la Ley 1437 de 2011.

**Sexta.** Se condene al **HOSPITAL MILITAR CENTRAL** a pagar a los accionantes LAS COSTAS Y AGENCIAS EN DERECHO, que se causen como consecuencia de la actino instaurada por los demandantes, de acuerdo con lo establecido por el artículo 188 de la Ley 1437 de 2011 y bajo los términos del Código de Procedimiento Civil, aplicable en materia administrativa y de conformidad con lo señalado por la reiterada Jurisprudente de la Corte Constitucional.

* + 1. Los **HECHOS** sobre los cuales basa su petición son en síntesis los siguientes:
       1. El señor **ARGEMIRO TRUJILLO SALAS** contrajo matrimonio católico con la señora **LEONILDE AVILA** el 19 de Diciembre de 1955 según Certificación de la Notaria Única de Pitalito-Huila.
       2. Los señores **ARGEMIRO TRUJILLO SALAS** y **LEONILDE AVILA** son padres de **LUZ AMPARO TRUJILLO AVILA, ROSA MERY TRUJILLO AVILA, MARIA FERNANDA TRUJILLO AVILA** y **RAMIRO AUGUSTO TRUJILLO AVILA** e igualmente abuelos de **LUZ STHEPHANIE DIAZ TRUJILLO, JESSIKA ANDREA TRUJILLO Ávila, RAMIRO EUGENIO SARMIENTO TRUJILLO, CESAR AUGUSTO SARMIENTO TRUJILLO** y **MARIA ALEJANDRA SARMIENTO TRUJILLO.**
       3. El señor **ARGEMIRO TRUJILLO SALAS** era pensionado de las Fuerzas Militares de Colombia como Suboficial del Ejército Nacional de Colombia, e igualmente por parte de CAPRECOM.
       4. EL señor **ARGEMIRO TRUJILLO SALAS** para el momento de su fallecimiento percibía una pensión a cargo del Ejercito Nacional y de CAPRECOM.
       5. EL señor **ARGEMIRO TRUJILLO SALAS** tenía su domicilio y residencia en el municipio de Fusagasugá.
       6. El día 3 de Agosto de 2012 el señor **ARGEMIRO TRUJILLO SALAS** consultó el servicio de urgencias de la **CLINICA BELEN** de Fusagasugá a las 4:52 pm horas con un cuadro clínico de "tinte amarillo y dolor en la garganta y estómago".
       7. En la **CLINICA BELEN** fue valorado el señor **ARGEMIRO TRUJILLO SALAS** por el servicio de Cirugía General a través del DR. **JASSON SEBASTIAN SANABRIA SAOSA** quien determino como diagnósticos: HTA CONTROLADA, EPOC OXIGENODEPENDIENTE, ABDOMEN AGUDO, APENDICITOS AGUDA, COLECISTITIS AGUDA CON COLELITIASIS (interrogada).
       8. Al examen físico el equipo de salud de la **CLINICA BELEN** registra "ABDOMEN... SIGN OS DE BLUM BERG Y ROVSING FRANCAMENTE POSITIVOS, DOLOR INTENSO EN PUNTO DE MC BURNEY, S/GNOS DE MURPHY YCOUVOUSIER DUDOSOS. GLASGOW 15/15".
       9. El registro Clínico de la **CLINICA BELEN** indica "PACIENTE ADULTA CON ANTECEDENTE DE RIESGO CARDIOVASCULAR CONSISTENTES EN EPOC Y HTA QUE INGRESA CON CUADRO DE DOLOR TORACOABDOMINAL SE REALIZA ESTUDIO Y ABORDAJE DE ACCIDENTE CORONARIO AGUDO CON PARACLINICOS NEGATIVOS PARA ESTA PATOLOGIA, SIN EMBARGO EN CUANTO AL ESTUDIO DE ABDOMEN AGUDO SE ENCUENTRA LEUCOCITOSIS SEVERA CON NEUTROFILIA IMPORTANTE Y AL EXAMEN ABDOMINAL SE ENCUENTRAN CLAROS SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL QUE SUGIEREN APENDICITIS PROBABLEMENTE COMPLICADA". Vale la pena anotar que según la GUIAS DE PRÁCTICA CLINICA-MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL 3ra EDICION, 2009; MEDICINA INTERNA, Tomo II, pagina 211 "Apendicitis Aguda" refiere frente al DIAGNOSTICO y TRATAMIENTO:

*(...) En el examen físico se encuentra dolor a la pal-pación en el cuadrante inferior derecho, sobre el sitio clásicamente descrito por Charles Mc Brunei (1845-1913), que se conoce por su epónimo, "Punto de Mc Brunei" (centro de una línea trazada entre el ombligo y la espina iliaca anterior y superior, correspondiente al sitio de implantación del apéndice en el ciego). Los signos de irritación peritoneal, como el de Jacob Motriz Blúmer (1873-1955) -la descompresión brusca de la región cecal más dolorosa que la compresión misma- el espasmo muscular y los de deshidratación mucosa oral seca y taquicardia se presentan en los casos más avanzados. El tacto rectal dirigido hacia la fosa iliaca derecha produce dolor, pero hoy es un examen que no se practica sino en casos seleccionados. Una vez ocurre la peroración del apéndice, se desencadenan otras complicaciones como obstrucción intestinal, absceso hepático e incluso pile flebitis (...) Generalmente, los hombres jóvenes con cuadro clínico típico y recuento leucocitario mayor desloo mm3 con desviación a la izquierda deben ser llevados a cirugía sin otros exámenes diagnósticos adicionales.*

*Para contextualizar vemos como el paciente desde su referendo traía un reporte de leucocitosis severa, unos signos claros de abdomen agudo e irritación peritoneal, manifestaciones clínicas que ya vistas por especialista en Cirugía General daban por cierto y altamente probable el diagnostico de apendicitis aguda, lo que implicaba considerando que el diagnostico de esta patología es clínica, se debía optar por intervenir a la mayor brevedad posible al paciente y no someterlo como se hiso a una serie de exámenes para confirmar un diagnóstico clínico ya identificado, y por el cual se justificó y motivo la referendo realizada el 3 de agosto de 2012.*

* + - 1. Se deja anotado en la historia clínica del paciente que "...SE DECIDE INICIAR PROCESO DE REMISION PARA VALORACION Y MANEJO POR CIRUGIA GENERAL EN TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD (...) DADA LA CLARA CLINICA DE IRRITACION PERITONEAL EVALUADA POR CIRUGIA GENERAL DE ESTA INSTITUCION, SE DECIDE INICIAR ESQUEMA DE ANALGESIA Y PROFILAXIS ANTIBIO TIC A, ADEMAS DE HIDRA TACION ENDOVENOSA...".

Lo anotado confirma el hecho de un diagnostico altamente probable de apendicitis aguda por lo que se inicia referendo a III nivel de atención, analgesia y profilaxis antibiótica, conductas aceptadas y pertinentes en la medida de que se cuente con un diagnóstico clínico altamente probable como sucedió en este caso, pero que su desconocido por parte del equipo de salud vinculado con el Hospital convocado.

* + - 1. La hoja de referendo y contra referendo diligenciada a las 04+52 pm horas del 3 de agosto de 2012 suscrita por el **DR. JASSON SEBASTIAN SANABRIA SAOSA** de la **CLINICA BELEN** de Fusagasugá indica al momento de la referendo como DIAGNOSTICOS: "APENDICITIS AGUDA, CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA, COLECISTITIS AGUDA, OTROS DOLORES ABDOMINALES".
      2. El señor **ARGEMIRO TRUJILLO SALAS** (QEPD) ingreso al **HOSPITAL MILITAR CENTRAL** en Bogotá a las 22:47 horas del 3 de agosto de 2012 y se le realiza el respectivo traje clasificándolo como II de urgencia vital y se registra como MOTIVO DE CONSULTA: "PACIENTE REM IT I DO CLINA DE FUSA POR PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL, APENDICITOS INTERROGADA COLECISTITIS AGUDA" y como INDICACION MEDICA se describe: 1. OBSERVACION HOMBRES. 2. NADA DE VIA ORAL. 3. OXIGENO POR CANULA NASAL A 2L/MIN. 4. RANITIDINA 50MG IV AHORA. 5. BUTIL BROMURO DE HIOSCINA 20 MG IV AHORA. 6. CSV-AC. SS/PARACLINICOS. NUEVA VALORACION CON RESULTADOS.
      3. Contrariando lo descrito en la hoja de referendo y contra referencia diligenciada por el personal médico de la CLINICA BELEN de Fusagasugá, se opta por el equipo de salud del **HOSPITAL MILITAR CENTRAL** por indicar paradójicos para un diagnostico ya definido por la **CLÍNICA BELEN** de Fusagasugá como lo era la APENDICITIS AGUDA, sustentado en los hallazgos descritos previamente como: “LEUCOCITOSIS SEVERA CON NEUTROFILIA IMPORTANTE Y AL EXAMEN ABDOMINAL SE ENCUENTRAN CLAROS SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL QUE SUGIEREN APENDICITIS PROBABLEMENTE COMPLICADA".

Es importante recordar que según la GUIAS DE PRÁCTICA CLINICA-MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL 3ra EDICION, 2009; MEDICINA INTERNA, Tomo II, pagina 211 "Apendicitis Aguda" refieren frente al DIAGNOSTICO y TRATAMIENTO de esta patología:

*“(...) El diagnóstico de la apendicitis aguda es esencialmente clínico y lo debe hacer un cirujano. Ello quiere decir que en los servicios de urgencias, el medico que recibe a un paciente con dolor abdominal debe proceder de inmediato a llamar al cirujano en interconsulta sin que ello cause de-mora en la iniciación de los procedimientos diagnósticos. La presencia de un cirujano de disponibilidad inmediata en los servicios de urgencias ha demostrado enormes beneficios en cuanto a los resultados finales en el manejo de la apendicitis aguda (Eral et al, 2006) Al comienzo de la enfermedad, el paciente refiere dolor abdominal difuso, usualmente de tipo cólico, de ubicación peri umbilical, que posteriormente-te se localiza en el cuadrante inferior derecho, acompañado de nausea, vómito y fiebre. Cuando hay vómito, se presenta luego del dolor se reduce a uno o dos episodios.*

*TRATAMIENTO QUIRURGICO. Con el diagnostico bien establecido, o con diagnostico altamente probable, está indicada la intervención quirúrgica urgente. Demoras en practicarla operación pueden significar la progresión de la apendicitis a gangrena y perforación con peritonitis.”*

* + - 1. A folio número 2 de la historia clínica diligenciada por el equipo de salud del **HOSPITAL MILITAR CENTRAL** se observa nota médica de la 07+02 horas del 4 de agosto de 2012 por el **DR. DIEGO ARANGO ARDILA** en la cual se registra el reporte de los exámenes de laboratorio y al análisis se describe: "PACIENTE CON CUADRO DE LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA, CON PROBABLE FOCO BASE PULMONARIZO, CON RX DE TORAX QUE TRAE EL PACIENTE QUE MUESTRA BORRAMIENTO DEL ANGULO COSTROFENICO IZQ, SE CONSIDERA NEUMONIA LOBAR...: además se inscribe diagnóstico de NEUMONIA BACTERIANA haciéndose la OBSERVACION que es de tipo PRESUNTIVO.
      2. Para este momento de la atención del señor ARGEMIRO TRUJILLO SALAS (QEPD), es decir para el 4 de agosto de 2012 a las 07:02 horas, habiendo pasado aproximadamente ocho (8) horas después de su ingreso (22:47 horas), el Médico tratante DR. DIEGO ARANGO ARDILA, contrariando lo indicado en la HOJA DE REFERENCIA y descartando que el paciente ya había sido visto por Cirugía General y teniendo un diagnostico altamente probable y claro de APENDICITIS AGUDA define una NEUMONIA BACTERIA e indica estudios complementarios, descartando de piano la patología abdominal de apéndice que motivo la referencia.
      3. El resultado de la ecografía reporta "COLELITITASIS SIN SIGNOS DE COLECISTITIS+ESTEATONOSIS HEPATICA", lo que asocia la sintomatología presentada por el paciente con el diagnostico de referencia de apendicitis aguda motivo de la referencia para manejo en III nivel de atención
      4. Según la historia clínica en evolución de las 04:46 horas del 04/08/2012 suscrita por la **DRA. VILMA ANGELICA PENA COTRINO** confiaron de Cirujano General, registra como diagnostico principal "SEPTICEMIA' con observación "DE ORIGEN ABDOMINAL", siendo claro que el origen de la sepsis no podría ser otro diferente que la apendicitis aguda descrita por el médico de la institución de referencia en Fusagasugá, ya que los reportes de paraclínicos descartaban que fuera derivada de la colelitiasis reportada.
      5. En la historia clínica se refiere para la evolución por parte de TERAPIA RESPIRATORIA del 5 de agosto de 2012 a las 17:30 horas que el paciente estaba con saturación del 97% sin signos de dificultad respiratoria y para el 06/08/2012 a las 12:15, ello es antes de llevarse a cirugía, se registra saturación en 93%.
      6. Según la historia clínica se registra a las 07:47 am horas del 5 de agosto de 2012 que el paciente fallecido fue llevado a cirugía por parte del **DR. JUAN CARLOS GOMEZ RODRIGUEZ** quien describe como HALLAZGOS QUIRURGICOS "SE EVIDENCIA GRAN PROCESO INFLAMATORIO A NIVEL DE VALVULA ILEOCECAL, APENDICE Y COLON DERECHO, SIN PODER EVIDENCIAR CLARAMENTE ESTRUCTURAS INTESTINAL Y VASCULARES, GRAN EMPLASTRONAMIENTO EN DICHO NIVEL, CON ABSCESOS PER/COL/COS DERECHOS. SE DECIDE REALIZAR HEMICOLECTOMIA DERECHA CON RECONSTRUCCION ILEOCOLON/CA" y como diagnostico post operatorio registra "APENDICITIS AGUDA".
      7. La descripción quirúrgica que obra en la historia clínica del paciente indica que el abordaje quirúrgico fue inicialmente mediante laparoscopia, y posteriormente en virtud de los hallazgos quirúrgicos antes citados, se decide convertir a laparotomía media supra infra umbilical. Según dicha descripción, aun en esta etapa de la evolución medica del paciente, se opta por el médico tratante en su criterio discrecional y profesional equivocado, realizar un procedimiento diagnóstico y conservador como lo es el abordaje a través de laparoscopía, existiendo altos indicios y probabilidad clínica de que el cuadro clínico del señor **ARGEMIRO TRUJILLO SALAS** (QEPD) fuera una apendicitis aguda complicada, lo que ameritaba que fuera llevado desde el inicio a una laparotomía.
      8. En la nota de evolución de cirugía general del 07/08/2012 de las 06:37 horas se describe por parte del **DR. RICARDO MENDOZA RAMIREZ** que el paciente se encuentra sin vía oral actualmente y con leve dolor y leve distensión y con leve dolor generalizado a la palpación.
      9. La historia clínica indica que se registró para la 10:41 horas del 07/08/2012 por parte de la **DRA. VILMA ANGEICA PENA COTRINO** "...ASINTOMATICO EN EL MOMENTO, SIN EMBARGO CON LEUCOCITOSIS YAL TERACION DE LA FUNCION HEPA TICA POR LO QUE SE CONSIDERA, PROBABLE SEPSIS DE OR/GEN ABDOMINAL SE SOL/C/TA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL".
      10. En evolución médica de la 06:37 horas del 07/08/2012 se registra por el **DR. RICARDO RAMIREZ MENDOZA** al examen físico de abdomen "...CON LEVE DISTENSION, CON LEVE DOLOR GENERALIZADO A LA PALPAC/ON...SIN SDRA CON PARACL/N/COS QUE MUESTRAN D/SM/NUC/ON ENB LEUCOCITOSIS...". Signos clínicos claros de un proceso infeccioso grave en desarrollo.
      11. La historia clínica del señor **ARGEMIRO TRUJILLO SALAS** (QEPD) para la evolución por parte de la especialidad de Cirugía General del 08/08/2012 de las 02:10 pm horas suscrita por el médico tratante describe "Nota: Se in Ida terapia con antihipertensivos...para hipotiroidismo, se considera que puede tomar un poquito de agua con los documentos, del resto nada de vía oral'. Esta nota contradice la indicación de nada de vía oral, situación que en un post operatorio tan temprano es un factor de riesgo ante una eventual re intervención quirúrgica. Signos clínicos claros de un proceso infeccioso grave en desarrollo.
      12. Para la evolución medica realizada por parte de cirugía general a la 06+13 horas del 08/08/2012 suscrita por el **DR. JUAN CARLOS GOMEZ RODRIGUEZ** se indica "S/PACIENTE REFIERE HABER PASADO MALA NOCHE, POR DOLOR A NIVEL DE AREA DE HERIDA QUIRURGICA Y REGION DORSAL INTENSIDAD 5/10..." y en el examen físico de abdomen se describe "CON LEVE DISTENSION LEVE DOLOR GENERALIZADO A LA PALPAC/ON..." no haya descripción de la vía oral. Signos clínicos claros de un proceso infeccioso grave en desarrollo.
      13. En la historia clínica sin justificación y contrariando los parámetros dispuestos en la resolución 1999 de 1995 del Ministerio de Salud en cuanto al manejo, custodia y diligenciamiento de la historia clínica, se observa una nota de evolución por parte de cirugía general en la que se indica que es de la tarde del 08 de agosto de 2012, pero no se refiere la hora de su diligenciamiento y más grave aún, está firmada por la Jefe de Enfermería; en cuya nota se indica "...tolerando adecuadamente la vía oral (líquidos)" contrariando lo ordenado previamente por el médico tratante donde se ordenó nada de vía oral.
      14. En el folio 16 de la evolución por cirugía general correspondiente a la evolución del 08/08/2012 se registra en el examen físico de abdomen "CON LEVE DISTENSION LEVE DOLOR GENERALIZADO A LA PALPACIÓN... CON LEVE ERITEMA EN EL AREA, SECRECIÓN A NIVEL DE UNA SUTURA... "{Signos clínicos claros de un proceso infeccioso grave en desarrollo) y dentro de las ordenes medicas "PLAN: NVO (tachado)" y de manera manuscrita se escribe "Dieta liquidas hoy, igualmente contrariando la orden previa de nada de vía oral y desconociendo un posible factor de riesgo ante una probable re intervención quirúrgica en razón al dolor abdominal generalizado y no hay registros del control de leucocitosis.
      15. La nota de enfermería de las 11:30 se registra "toma onces ordenadas completas" y a las 12:30 horas del 7 de agosto de 2012 indica "almuerza dieta ordenada" y a las 10+30 horas se registra "Se atiende llamado de timbre paciente refiere sentirse muy cansado por no poder conciliar el sueño quiere una pasta para dormir se In forma al Jefe de turno" con otro tipo de letra y tal en otro momento de la evolución se escribe "quien llama al médico tratante en reiterada ocasión quien no responde".
      16. Para el día 8 de agosto se observa registrado a las 08+30horas "nada vía oral por orden médica" a las 11:30 "nada de vía oral por orden médica", cuando en evolución medica tarde del 08/08/2012 se registra "tolerando adecuadamente vía oral' y el 9 de agosto de 2012 a las 05:29 horas el **DR. MAURICIO PARRA CAICEDO** anota "...CONPADECUADA TPLERANCIA DE LA VIA ORAL, referencias que cuestionan el hecho de que realmente al paciente se le hubiere suspendido la vía oral y que por dicha razón al ser llevado a cirugía el día 11 de agosto, se hubiere presentado su bronco aspiración y complicación preparatoria Severa que desencadeno su deterioro y posterior muerte.
      17. A pesar de lo descrito previamente con apoyo en la historia clínica del paciente fallecido y de conformidad con lo descrito en la evolución de las 05:29 del 9 de agosto de 2012 por el **DR. MAURICIO PARRA CAICEDO** al examen físico de abdomen como: "CON LEVE DISTENSION, LEVE DOLOR GENERALIZADO A LA PALPAC/ON,...CON ZONA ERITEMATOZA EN LA EXTENSION DE LA HERIDA QUIRURGICA, SECRECION A NIVEL DE UNA SUTURA...", se observa que se mantiene la vía oral CONP ADECUADA OPLERANCIA DE A VIA ORAL ante signos clínicos claros de un proceso infeccioso grave en desarrollo, y se ordena dentro del PLAN DE MANEJO 1. DIETA BLANDA. Contrariando el hecho de que el paciente estuviese presentando una infección en sitio operatorio y requiriera ser re intervenido quirúrgicamente.
      18. Para la evolución por parte de cirugía general del 10/08/2012 a la 06:08 horas suscrita por el DR. MAURICIO PARRA CAICEDO se registra ".CON ADECUADA TOLERANCIA A LA VIA ORAL...CON AREA ERITEMATOSA YABUNDANTESECRECION SEROHEMATICA A TRAVES DE LA HERIDA QUIRURGICA POR LO QUE SE SOSPECHA DE UNA INFECCION DEL SITIO OPERATORIO...", y dentro del PLAN DE MANEJO se ordenó 2. DIETA BLANDA, indicación médica cuestionable si se considera, lo siguiente;
* Desde la evolución médica del 6 al 10 de agosto el paciente presentaba al examen físico de abdomen leve distensión y dolor a la palpación y a partir del 8 de agosto presenta leve eritema en herido quirúrgico y secreción a nivel de sutura, signos clínicos claros de un proceso infeccioso grave en desarrollo.
* No existía un adecuado registro del control de la leucocitosis presentada por el paciente que descartara un cuadro infeccioso.
  + - 1. A las 13:47 horas del 10/08/2012 se registra "....se revalora pete quien presenta abundante salda de líquido de características peritoneales a través de he red a Ex liquido no fétido. Se considera pete cursando con evisceración contenida, razón por la cual será llevado a re exploración bajo anestesia general...", seguidamente se registra "se suspende vía oral ultima Ingesta de alimentos a las 13+00 se completara ayuno de 6 horas para ser llevado a procedimiento", y curiosamente esta indicación "medica" la suscribe la Jefe de Enfermería, cuando debía ser una orden estrictamente del médico tratante Cirujano General y además, no se comprende porque razón existiendo un modelo estándar de registro clínico informático se suscrita esta evolución de forma manual, contrariando las reglamentaciones existentes ya citadas.

En este punto es importante comentar el hecho de que se considere por el médico tratante que el cuadro clínico en franco deterioro corresponda a una probable "evisceración contenida" solamente, para ser llevado a nueva cirugía, y se descarte el componente infeccioso y signos clínicos que lo advertían desde el post operatorio inmediato, cuando el problema de base era sin duda una peritonitis residual o sepsis de origen abdominal.

* + - 1. Según el registro clínico se registra para las 01:36 am horas del 11 de agosto de 2012 por parte del **DR. WILLIAM NORBERTO SANCHEZ MALDONADO** que el paciente es intervenido quirúrgicamente y se describe en el informe " APENUROSIS EN MAL ESTADO, DEHISCENCE EN TOD A SU EXTENSION CON MA TERIAL DE SUTURA INDEMNE, LIQUIDO LIBRE, TURBIO EN TODA LA CAVIDAD ABDOMINAL, MEMBRANAS PURULENTAS EN PELVIS, SUBHEPATICO Y GOTERA PARIETOCOLICA DERECHA. CAVIDADHIPERTERMICA YPERITONEO CONGESTIVO...

Dentro del PLAN DE MANEJO se describe en nota de evolución del 11/08/2012 de las 06+50 horas (reverso): 1. DIETA LIQUIDA..., actino que cuestiona la orden medica dada en un post operatorio inmediato de dieta líquida, más aun si se consideran los hallazgos operatorios y la condición y deterioro del paciente. No hay nota de lavado quirúrgico posterior.

* + - 1. En la evolución obrante a folio 22 reverso del 11 de agosto de 2012 de las 06:50 suscrita por el DR. MAURICIO PARRA CAICEDO se anota PLAN 1. DIETA LIQUIDA y manuscritamente se escribió será llevado a lavado quirúrgico el día de hoy, anotación cuestionable si se considera que el registro clínico es sistematizado.
      2. La descripción quirúrgica del 12/08/2012 refiere "NOTA: DURANTE LA INDUCCION ANESTESICA BRONCOASPIRACION DE MATERIAL BILIOSO y se anota por Médico Internista **DR. DUQUE RUBEN** "...HOY EN NUEVO LAVADO PRESENTA BRONCOASPIRACION PRESENTANDO FALLA RESPIRA TORI A SEVERA POR LO CUAL SE TRASLADA A UCIC DONDE INGRES ANE PESIMAS CONDICIONES GENERALES...A LAS 5+37 PM SE EVIDENCIA ASISTOLIA EN VISOSCOPIO SE REALIZA MASAJE CARDIACO SIN NINGUNA RESPUESTA. SE DECLARA LA MUERTE CLINICA”.

En esta nota se observa que la complicación de bronco aspiración sin duda, tiene una relación directa con el hecho de que al paciente se le ordeno y recibió previamente a la intervención "dieta líquida", por lo que es cuestionable en términos de una atención de calidad y pertinente, el error médico de que se ordene después de la cirugía del 11 de agosto un lavado quirúrgico y no se advierta el riesgo de administrar dieta líquida antes de una nueva cirugía, como se hiso el día 12 de agosto.

* + - 1. Observando lo anotado en la historia clínica del paciente fallecido **ARGEMIRO TRUJILLO SALAS** vemos que no hay una explicación lógica del porque hay demora en la intervención quirúrgica del paciente cuando este ya traía un diagnóstico clínico claro desde su lugar de referencia, demora de más de 24 horas en la realización de los estudios lo cual desencadeno la perforación del apéndice, condición contemplada en la GUIAS DE PRACTICA CLINICA- MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL 3ra EDICION, 2009; MEDICINA INTERNA, Tomo II,
      2. Según la historia clínica, posterior al lavado quirúrgico del 11 de agosto de 2012 se describe que el siguiente lavado será en 48 horas, no es clara la indicación para haberlo llevado a nuevo lavado el 12 de agosto de 2012.
      3. La evolución clínica del 12 de agosto {sistematizada) describe a las 6 am horas un paciente en estado estable, con mejoría del dolor y se ordena dieta líquida, pero, escrito a mano se aprecia "será llevado a lavado quirúrgico el día de hoy", esta nota no tiene hora y no es claro por qué está escrita a mano en una evolución sistematizada, es posible que se haya suscrito después del registro clínico sistematizado.

Esta situación crea muchas dudas porque si le ordeno y dio dieta líquida al paciente **ARGEMIRO TRUJILLO SALAS** (QEPD) a las 6 am horas del 12 de agosto, el paciente no debía ser llevado a lavado quirúrgico hasta no tener el ayuno correspondiente y este factor es predisponente para la bronco aspiración documentada en la historia clínica y causante de su complicación y muerte posterior.

No es clara la conducta medica de porque razón si se había ordenado lavado quirúrgico en 48 horas el día 11 de agosto, este se adelantó para el 12 de agosto, además si el paciente estaba en evolución satisfactoria como lo cita el registro clínico, porque razón se hiso finalmente.

* + - 1. En igual sentido se puede observar a lo largo de la historia clínica del paciente alternancias de notas en el sistema con correcciones a mano y evolución médicas para el mismo día, suscritas a mano, notas de evolución de cirugía general suscrita por personal de Enfermería; aspectos que contrarían al reglamentaciones previstas en la resolución 1999 de 1995 del Ministerio de Salud de la época, veamos;

ARTÍCULO 5.- GENERALIDADES. La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en Bianco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

ARTICULO 18.- DE LOS MEDIOS TECNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACION DE LA HISTORIA CLINICA. Los Prestadores de Servicios de Salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen. Los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos.

En todo caso debe protegerse la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y adoptar las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizo los registros, la hora y fecha del registro.

* + - 1. Se observa FORMULA MEDICA PACIENTE HOSPITALIZADO con N° 1246455 suscrita por Nancy Stela León en la que se describe que es del servicio de cirugía general del día 11 de agosto de 2012 en la cual se anota dentro delas ordenes medicas "dieta líquida'' y tiene indicado que fue ejecutada.

Lo anterior indica que el paciente fue llevado a cirugía el día 12 de agosto de 2012 a pesar de habérsele iniciado dieta líquida el día anterior, lo que sin duda desencadeno la bronco aspiración que desencadeno el deceso del paciente.

* + - 1. Analizando el contenido del registro clínico se concluye que hubo "error médico" importante al no intervenir al paciente a pesar de ingresar en la noche del 3 de agosto de 2012 con un diagnóstico clínico de alta probabilidad determinado en una valoración previa por Cirugía General en la institución que lo remite, además, también en el hecho de llevar a un paciente que tenía dieta líquida a un procedimiento de lavado quirúrgico el 12 de agosto, donde se registra según el informe quirúrgico bronco aspiración, sin duda del líquido de la dieta líquida ordenada y recibida como consta en la historia clínica.
      2. Afirman los accionantes en sus calidades de esposa, hijos y nietos, que sufrieron y vieron afectada su esfera familiar y personal con ocasión del deterioro que sufrió el señor **RAMIRO TRUJILLO SALAS** (QEPD) y por su puesto con su desafortunado deceso.
  1. **LA CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA:**

El **HOSPITAL MILITAR CENTRAL** se opuso a la prosperidad de todas las pretensiones en los siguientes términos: *“(…)Me opongo a todas y cada una de las pretensiones y condenas por perjuicios materiales, morales, vida de relación y cualquier otra denominación, por carecer de fundamento fáctico y legal toda vez que el Hospital Militar Central a través de sus especialistas del servicio de Cirugía General y Anestesiología entre otros, puso a disposición del señor ARGEMIRO TRUJILLO SALAS Q.E.P.D. todo el equipo técnico y humano con el que cuenta para tratar la patología (DOLOR ABDOMINAL DIFUSO, LEUCOCITOSIS, ALTERACION DE FUNCION HEPATICA Y POSIBLE NEUMONIA LOBAR) que en el año 2012 consulto según remisión de la Clínica Belén de Fusagasugá y que le afectaban su estado de salud, brindando una atención oportuna, racional, secuencial, eficaz, diligente, tratadas por personal idóneo, con amplia experiencia en el área de la medicina requerida, quienes de acuerdo con su criterio medico científico obraron con prudencia y diligencia, razones por las cuales no es apropiado predicar una falla en la prestación del servicio de salud que brinda la entidad demandada a los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía.*

*En este orden de ideas el Hospital Militar Central no puede ser considerado como agente de responsabilidad en el presente asunto en la medida en que el paciente presenta una patología que recibe atención oportuna, debido a que el grupo multidisciplinario que valora y presta atención al paciente despliega todo su andamiaje.*

*Tales situaciones permiten identificar claramente que no tienen relación causal entre sí. el resultado aquí discutido por los actores y la atención medica dispensada por el Hospital Militar, pues médicamente el paciente fue manejado con criterios de oportunidad, pertinencia y diligencia.*

*El Hospital Militar y los galenos a él adscritos mostraron oportunidad e idoneidad en la atención, pues nótese que dentro de la extensa Historia clínica que reposa bajo custodia de la Institución que represento obra evidente constancia sobre la pertinencia de los tratamientos y esfuerzos adelantados.*

*Para el caso de la entidad que represento, se trata de una Institución, con III y IV nivel de atención y alto grado de complejidad, dotada con los mejores recursos humanos, científicos, técnicos, administrativos y materiales de la llamada tecnología de punta, razón que deja sin piso fáctico la omisión o negligencia aludida como título de la pretendida declaratoria de responsabilidad.*

*Mayor oposición presenta el suscrito a la tasación caprichosa de las pretensiones, pues de conformidad con los lineamientos establecidos para tal fin, se conoce que el monto máximo de los eventuales perjuicios, ha quedado establecido en cien salarios mínimos legales mensuales vigentes, pero de conformidad con el pedimento del demandante, tal parámetro resulta excesivamente superado .(…)”*

Propuso la siguiente **excepción:**

|  |
| --- |
| ***FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA POR ACTIVA***  *Argumentada la misma en el hecho de figurar las señoras ROSA MERY TRUJILLO AVILA con su menor hija MARIA ALEJANDRA SARMIENTO TRUJILLO como demandantes sin corresponder sus nombres a los registrados civilmente según los documentos aportados para el traslado del demandado.*  *De conformidad con los argumentos expuestos en el acápite de las partes y la legitimación, las mencionadas personas no logran probar mediante los registros civiles de nacimiento el parentesco con el causante, ya que en la foliatura aparecen registros civiles de ROS MARY TRUJILLO Y MARY ALEJANDRA SARMIENTO.* |

* 1. **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN**
     1. La parte **DEMANDANTE** manifestó *“(…) Hay elementos tácticos y jurídicos que sustenta la petición de declaratoria de responsabilidad del Hospital Militar Central en la muerte del señor ARGEMIRO TRUJILLO SALAS (QEPD) y los perjuicios reclamados, porque sus elementos de esenciales están probados.*

*El daño, la muerte del paciente se acredito con el registro civil de defunción y con el registro clínico aportado por las partes.*

*El hecho o falla institucional (falla médica), quedo demostrado porque el paciente no fue intervenido quirúrgicamente de forma oportuna, paso un tiempo aproximado de 18 horas, para poder ser llevado a cirugía, sin que se justifique porque razón, pues sí era claro, como lo dijo el DR. JUAN CARLOS GOMEZ RODRIGUEZ, que la apendicitis aguda solo es diagnosticable con alto grado de certeza mediante la TOMOGRAFIA DE DOBLE CONTRASTE, porque no se ordenó desde el ingreso en el transcurso de la noche, si la condición clínica con que fue remitido ya justificada un alto grado de probabilidad de apendicitis aguda.*

*El mismo DR. JUAN CARLOS GOMEZ RODRIGUEZ indico que con el resultado del examen clínico (signos de Rovsing, Blumberg, irritación peritoneal y otros) y el hemograma, no era posible obtener una certeza diagnostica mayor al 60%, porque el Hospital Militar Central no ordeno la Tomografía de doble contraste la misma noche del ingreso, y solo espero hasta el 4 de agosto de 2012 a las 12+07 horas para ordenarla, se quebranta la calidad en el servicio por esta omisión.*

*No se atendió al paciente con oportunidad como criterio de calidad en la prestación del servicio de salud, sí el GOLD ESTÁNDAR indica desde hace 20 años como lo dijo el médico JUAN CARLOS RODRIGUEZ, que se debe hacer tomografía de doble contraste, porque en el caso de Don Argemiro Trujillo Salas, no se le ordeno al ingreso o durante la noche, si la hoja de referencia de la Clínica Belén de Fusagasugá, era precisa en la sintomatología clínica del paciente y los cirujanos tratantes determinaron que se trataba de una apendicitis aguda.*

*El consentimiento informado para la cirugía del 5 de agosto de 2012 no describe la eventración contenida como riesgo inherente a la cirugía que se le practico al paciente, es decir, el paciente no fue informado, no lo acepto este riesgo; pero la historia clínica y el Dr. Gómez Rodríguez, confirman que sufrió esa complicación, se faltó al deber de seguridad e información del paciente.*

*La relación causal está demostrada, si el equipo de salud del Hospital Militar Central hubiera considerado la clínica (sintomatología) y diagnóstico de referencia de la Clínica Belén de Fusagasugá al ingreso del paciente, seguramente hubiera ordenado la tomografía de doble contraste para confirmar la apendicitis aguda, pero no fue así, el equipo de salud solo la ordena casi 13 horas después y su práctica es diferida otras 4 horas más; finalmente el paciente se lleva a una cirugía de urgencia, con hallazgos operatorios que confirman que el paciente tenía una apendicitis aguda con plastrón, que obviamente evolucionó a esa condición, por el paso del tiempo entre el momento en que su cuadro clínico fue sintomático y cuando se intervino quirúrgicamente.*

*Las consecuencias de la tardía e inoportuna cirugía son: 1- El proceso infeccioso a causa de una apendicitis complicada y con plastrón, tratada tardíamente, más la peritonitis generalizada documentada, 2- La posterior eventración contenida, que requirió nueva cirugía y de la cual el paciente no fue advertido como riesgo a la cirugía del 5 de agosto, 3- Los posteriores lavados quirúrgicos, para tratar la peritonitis residual, 4- La bronco, la cual como dijo la anestesióloga interrogada, incidió potencialmente en la falla respiratoria que llevo al paciente a la muerte porque además, estaba predispuesto el paciente por la enfermedad abdominal, como consta en la historia clínica.*

*Por último, tratándose de responsabilidad patrimonial derivada de la actividad médica, la parte interesada puede utilizar cualquiera de los medios de prueba legalmente permitidos, entre estos, la prueba indiciaría, con el fin de lograr que el juez establezca con certeza y un grado suficiente de probabilidad preponderante, el nexo causal entre la conducta médica y el daño reclamado. También el despacho puede apoyarse en criterios científicos y técnicos definidos en la literatura médica y documentos científicos acreditados, tales como guías de manejo, protocolo, estudios e investigaciones, entre otros.*

*Por ejemplo, la guía para el manejo de urgencias del Ministerio de Salud y Protección Social, Tomo II a partir de su página 211 define lo referente con el manejo de la apendicitis aguda, veamos algunas referencias:*

*El tratamiento de la apendicitis aguda es quirúrgico: la resección urgente del apéndice inflamado antes de que se produzca su perforación. El cirujano siempre se propone realizar el mínimo de "apendicetomías en blanco" (la operación que encuentra un apéndice sano), pero, al mismo tiempo, operar oportunamente para evitar la perforación con la consecuente peritonitis. Este objetivo presume que la perforación tiene relación directa con el tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y el tratamiento quirúrgico.*

*DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO El diagnóstico de la apendicitis aguda es esencialmente clínico y lo debe hacer un cirujano.*

*Ello quiere decir que, en los servicios de urgencias, ei médico que recibe a un paciente con dolor abdominal debe proceder de inmediato a llamar al cirujano en interconsulta, sin que ello cause demora en la iniciación de los procedimientos diagnósticos. La presencia de un cirujano de disponibilidad inmediata en los servicios de urgencias ha demostrado enormes beneficios en cuanto a los resultados finales en el manejo de la apendicitis aguda (Early et al, 2006).*

*La tomografía axial computadorizada (TAC) es considerada el "patrón oro" como examen diagnóstico no invasor en la apendicitis aguda. Puede detectar y localizar masas inflamatorias periapendiculares (plastrones), abscesos (algo similar como en la diverticulitís) y, con gran precisión, la apendicitis aguda.*

*Con el diagnóstico bien establecido, o con diagnóstico altamente probable, está indicada la intervención quirúrgica urgente. Demoras en practicar la operación pueden significar la progresión de la apendicitis a gangrena y perforación con peritonitis.*

*Los pacientes de edad avanzada que desarrollan apendicitis aguda presentan una sintomatología menos aparente: ausencia de signos agudos y de fiebre y, con mayor frecuencia, ausencia de leucocitosis. Hasta 30% de los pacientes de edad avanzada acuden a los servicios de urgencias con cuadros de más de 48 horas de evolución, y entre 50 y 70% de ellos tienen perforación en el momento de la cirugía. La TAC de abdomen es de gran utilidad para establecer un diagnóstico preoperatorio exacto.*

*Estos criterios ya descritos en la guía confirman no solo la oportunidad con la cual el paciente debía ser tratado, sino también la manera como debía abordarse el diagnóstico en un paciente anciano, en quienes la presentación del cuadro es atípica, pero que sí la institución actúa a través del cirujano con oportunidad y un criterio médico acertado, se puede obtener un pronóstico favorable. En este caso, el cirujano no valoró al paciente oportunamente, la orden médica de TAC de doble contraste, casi 13 horas después de su ingreso, mitigo el riesgo de que la apendicitis aguda se complicara, como efectivamente sucedió y consta en la historia clínica y nota operatoria, desencadenando todo las complicaciones que llevaron al paciente a su deceso, pues sus enfermedades de base estaban controladas y no fueron causa directa del deceso, la causa directa del deceso fue la bronco aspiración derivada de la necesidad de un lavado quirúrgico que no está justificado en ia historia clínica (se había ordenado para el día siguiente) y que se hubiera evitado sí se opera oportunamente al paciente el día 3 de Agosto.*

*Estando acreditado el daño, la conducta médica omisiva e inoportuna, y la relación causal entre esta y el deceso del paciente, es procedente que se declare la responsabilidad patrimonial de la accionada por la muerte del señor ARGEMIRO TRUJILLO SALAS (QEPD) y en consecuencias se reconozca a cada uno de los demandantes, el valor económico que por perjuicios MORALES y VIDA DE RELACION solicitaron teniendo en cuenta la historia clínica psicológica de la señora LUZ AMPARO TRUJILLO AVILA que se aportó oportunamente al proceso.*

*En estos términos dejo presentadas mis alegaciones finales.(…)”*

* + 1. La parte **DEMANDADA HOSPITAL MILITAR** señaló *“(…) Me opuse y ahora con soporte probatorio suficiente, me opongo a la declaratoria de responsabilidad administrativa solicitada por el demandante frente a cada uno de los ordinales de este acápite, teniendo en cuenta que el actor no logra individualizar ni demostrar la presunta responsabilidad del Hospital Militar Central por la efectiva causación de un daño antijurídico o perjuicio que no esté obligado a soportar, y que haya sido originado por la deficiente, inoportuna o defectuosa prestación del servicio médico asistencial por parte de la entidad que represento en este proceso, siendo estas razones por demás suficientes para considerar que no existen méritos objetivos que permitan declararlo responsable de acción u omisión que conlleve el pago de indemnización.*

*Por el contrario las pruebas obrantes indican claramente que el diagnóstico, tratamiento y terapéutica ordenada por los especialistas del grupo multidisciplinario que atendió al paciente fue el adecuado y se realizó con el fin de establecer un diagnóstico acertado acerca de la patología que le aquejaba, siempre basado en los protocolos que el Hospital Militar tiene establecidos en concordancia con la literatura médica universal.*

*Por estas razones debe decirse que no están probadas las condiciones establecidas en la ley para declarar responsabilidad administrativa en cabeza de la entidad que represento, pues por el contrario, se encuentra probada la diligencia, pericia, pertinencia y oportunidad respecto del tratamiento y actuar de los galenos adscritos al HMC.*

*Por lo dicho, y luego de valorar las pruebas deberá llegarse a la conclusión inequívoca de no estar probado el DAÑO ANTIJURIDICO como primer requisito a estudiar y en consecuencia, declararse interrumpida la relación causal, respecto de la participación del Hospital Militar, situaciones por las que no existe jurídicamente otra opción diferente a la de proferir decisión de fondo que desestime las pretensiones.*

*Consecuente con lo anterior de ninguna manera se puede inferir responsabilidad al Hospital Militar Central por presunta falla del Servicio Médico-Asistencial, por cuanto por principio universal y legal (Código de Ética Médica) el desempeño y la labor del Médico es de MEDIO Y NO DE RESULTADO, además el tratamiento ofrecido al paciente y diagnóstico previo para instaurarle el tratamiento se ciñe a protocolos y literatura médica universal, lo que me permite solicitarle al Juez presentar sentencia que niegue las pretensiones. (…)”*

* 1. **CONSIDERACIONES**
  2. **ESTUDIO DE LAS EXCEPCIONES:**

Respecto de la **FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA POR ACTIVA** propuesta por la demandada HOSPITAL MILITAR, el despacho se remite a lo resuelto en el auto que decidió sobre las excepciones previas en la audiencia inicial.

* 1. **LA RAZÓN DE LA CONTROVERSIA:**

Conforme a lo establecido en la FIJACIÓN DEL LITIGIO, su causa es **establecer si la demandada HOSPITAL MILITAR CENTRAL debe responder por la muerte del señor ARGEMIRO TRUJILLO SALAS ocurrida el 12 de agosto de 2012.**

Surge entonces el siguiente problema jurídico:

***¿Existió una falla o falta en la prestación del servicio médico prestado al señor ARGEMIRO TRUJILLO SALAS que devino o trajo como consecuencia su muerte ocurrida el 12 de agosto de 2012?***

Para dar respuesta a este interrogante deben tenerse en cuenta estos puntos:

Con relación a la responsabilidad por falla médica, el Consejo de Estado ha propendido por la adopción de la Teoría de la carga dinámica de la prueba de manera adecuada, es decir, analizando en cada caso en particular cómo será la distribución de las cargas y qué le corresponderá probar a cada parte, puesto que la manera como ha venido aplicándose la falla presunta ataca el fundamento mismo de la teoría de las cargas dinámicas.

Así las cosas, la demostración de la falla en la prestación del servicio médico asistencial será carga de la parte demandante, a menos que aquélla resulte extraordinariamente difícil o prácticamente imposible y dicha carga se torne, entonces, excesiva. Sólo en este evento y de manera excepcional, será procedente la inversión del deber probatorio, previa la inaplicación del artículo 177 del Código de Procedimiento Civil (hoy código general del proceso) *-que obligaría a la parte actora a probar siempre el incumplimiento por el demandado de su deber de prestar debidamente el servicio mencionado-*, por resultar la regla en él contenida, en el caso concreto, contraria a la equidad, prevista en el artículo 230 de la Constitución Política como criterio auxiliar de la actividad judicial.

La carga de la prueba puede definirse como aquella obligación que tienen las partes de demostrar lo afirmado en su demanda o en su contestación, con fundamento en el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil (hoy código general del proceso), el cual dispone que *“incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”.*

En desarrollo de la norma procesal antes citada, tenemos en principio que la legislación colombiana establece que es el paciente quien está obligado a demostrar la culpa del profesional de la salud, así como los otros dos elementos de responsabilidad (daño y nexo causal entre daño y culpa), si quiere que sus pretensiones sean acogidas.

En estos casos, si el paciente no logra acreditar dentro del proceso que fue imprudente, negligente o imperito el actuar del profesional de la salud, éste último no podrá ser obligado a resarcir los perjuicios alegados.

La Sección Tercera del Consejo de Estado ha cuestionado la presunción de la falla del servicio y ha señalado, en aplicación de la teoría de la carga dinámica de las pruebas, que dicha presunción no debe ser aplicada de manera general sino que en cada caso el juez debe establecer cuál de las partes está en mejores condiciones de probar la falla o su ausencia.

En conclusión, siguiendo la más reciente posición de la jurisprudencia, es necesario tener en cuenta los siguientes criterios:

1. Corresponderá al demandante probar la falla del servicio, salvo en los eventos en los cuales le resulte “*excesivamente difícil o prácticamente imposible*” hacerlo;
2. Corresponde al demandante aportar la prueba de la relación de causalidad, la cual podrá acreditarse mediante indicios en los eventos en los cuales le “resulte muy difícil -si no imposible-...la prueba directa de los hechos que permiten estructurar ese elemento de la obligación de indemnizar”;
3. En la valoración de los indicios tendrá especial relevancia la conducta de la parte demandada, sin que haya lugar a exigirle en todos los casos que demuestre cuál fue la causa real del daño;
4. La valoración de esos indicios deberá ser muy cuidadosa, pues no puede perderse de vista que los procedimientos médicos se realizan sobre personas que presentan alteraciones en su salud, y
5. el análisis de la relación causal debe preceder el de la falla del servicio[[1]](#footnote-1).

Quiere decir lo anterior, que cuando se demanda buscando la indemnización de perjuicios que según la víctima del daño se produjeron con ocasión de una actuación u omisión atribuible a autoridades o entidades médicas y hospitalarias por actos médicos o asistenciales, en principio le corresponde al interesado probar los extremos de tal responsabilidad (la existencia del daño y su imputabilidad a la parte demandada, la falla en el servicio médico y el nexo causal entre el daño causado y el servicio prestado).

* 1. **ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS PRUEBAS:**
     1. Conforme al material probatorio aportado se encuentran **PROBADOS los siguientes hechos**:
* En la epicrisis de la Historia Clínica se señaló *“(…)* ***Enfermedad Actual:*** *PACIENTE MASCULINO DE 78 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN DE DOLOR EN HEMIABDOMEN INFERIOR, IRRADIADO A FLANCOS E HIPOCONDRIOS BILATERALES, QUE CEDIÓ PARCIALMENTE A LA INGESTA DE BUSCAPINA, PERO QUE DESDE EL DÍA DE HOY EN LA MAÑANA AUMENTO DE INTENSIDAD Y SE ACOMPAÑÓ DE SENSACIÓN DE FIEBRE SUBJETIVA LO QUE LE HIZO CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLÍNICA BELÉN DE FUSA. ADICIONALMENTE REFIERE DOLOR URENTE EN GARGANTA Y DISCONFORT EN EL PECHO, NIEGA NAUSEAS, EMESIS O ALGUNA OTRA SINTOMATOLOGÍA, EN SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLÍNICA BELÉN DE FUSA TOMAN PARACLÍNICOS QUE EVIDENCIAN MARCADA LEUCOCITOSIS CON NEUTROFILIA SIN OTRO HALLAZGO DE IMPORTANCIA HACIENDO LA IMPRESIÓN DIAGNOSTICA DE APENDICITIS VS COLECISTITIS PERO POR COMORBILIDADES DECIDEN REMITIR A INSTITUCIÓN. EN EL MOMENTO PACIENTE REFIERE ÚNICAMENTE DOLOR URENTE EN GARGANTA SIN NINGUNA OTRA SINTOMATOLOGÍA.*

***Indica Med/conducta:*** *PACIENTE ADULTO MAYOR CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN QUIEN CONSULTO A CLÍNICA BELÉN DE FUSA DONDE ENCONTRARON PACIENTE ÁLGIDO, CON DISTENCIÓN Y LEUCOCITOSIS MARCADA CON NEUTROFILIA POR LO CUAL HACEN IMPRESIÓN DIAGNOSTICA DE APENDICITIS VS COLECISTITIS E INICIAN AMPICILINA SULBACTAM 3G CADA 6 HORAS Y ANTIESPASMÓDICO EN EL MOMENTO PACIENTE ESTABLE TERMODINÁMICAMENTE, SIN SIRS, SIN SDR, SIN DOLOR ABDOMINAL, ASINTOMATICO, SIN CLÍNICA DE APENDICITIS AGUDA, SIN EMBARGO, SE DECIDE DEJAR EN OBSERVACIÓN Y TOMAR PARACLÍNICOS INSTITUCIONALES PARA DEFINIR CONDUCTA SE EXPLICA PACIENTE.*

***Result. Procedimientos:*** *ASEPSIA Y ANTISEPSIA, COLOCACIÓN DE CAMPOS, SE ABORDA INICIALMENTE CAVIDAD ABDOMINAL DE FORMA LAPAROSCÓPICA CON 4 TROCARES, UMBILICAL 12MM, FIJ DE 12MM Y DOS DE 5MM EN FID Y PARAMEDIANO DERECHO. SE EVIDENCIAN HALLAZAGOS DESCRITOS. SE CONVIERTE PROCEDIMIENTO A LAPAROTOMÍA MEDIA SUPRA E INFRAUMBILICAL, SE DECIDE REALIZAR HEMICOLECTOMIA DERECHA HASTA ÁNGULO HEPÁTICO SE LIMITA ÁREA DE RESECCIÓN EN ILEON TERMINAL A 10 CM DE VALVULA ILEOCECAL, ASI COMO BORDE PROXIMAL A 5 CM DE FLEXURA HEPÁTICA, DISECCION Y LIGADURA DEL MESO Y LIBERACIÓN DE SEGMENTEO A RESECAR CON LIGASURE IMPACT. SE CORTAN BORDES SUPERIOR E INFERIOR ENTRE CLAMPS Y ROCHESTER. SE APORXIMAN AMBOS BORDES ANTI MESENTÉRICOS CON PROLENE 3.0 Y SE DEJAN REPARADOS. SE REALIZA ANASTOMOSIS LATERO-LATERAL DE ILEON A COLON DERECHO. SE REALIZA LAVADO DE CAVIDAD CON 2000 CC DE SSN. SE REFUERZA LÍNEA DE SUTURA CON SELLANTE DE FIBRINA, SE DEJA DREN DE ZOOM A NIVEL DE FOSA PÉLVICA, SE APLICA GUARDIX. SE CIERRA PARED ABDOMINAL CON PDSIL. SE LAVA HERIDA QUIRÚRGICA CON SSN. SE CIERRA PIEL CON SUTURA CONTINUA DE PROLEME 3.0.*

*ASEPSIA, ANESTESIA GENERAL, CAMPOS QUIRÚRGICOS SE REALIZA RETIRO DE MATERIAL DE SUTURA ANTIGUO, INGRESO A CAVIDAD ENCONTRANDO HALLAZGOS. TOMA MUESTRAS DE LIQUIDO PERITONEAL, DRENAJE DE PERITONITIS RESIDUAL Y TOMA DE MUESTRAS PARA CULTIVO. LAVADO DE CAVIDAD CON 5.000 CC DE SSN. SECADO Y REVISIÓN DE HEMOSTASIA. SE DEJADREN DE ZUMP EN GOTERA DERECHA, SE FIJA A PIEL Y SE CIERRA PIEL CON PROLENE 2-6. NO COMPLICACIONES. SANGRADO ESCASO.*

*ASEPSIA, ANTISEPSIA, COLOCACIÓN DE CAMPOS QUIRÚRGICOS, SE REALIZA RETIRO DE MATERIAL DE SUTURA EN PIEL. INGRESO A CAVIDAD E IDENTIFICACIÓN DE HALLAZGOS. SE REALIZA LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS. REVISIÓN DE LA CAVIDAD Y LAVADO DE LA MISMA CON 3.0000 CC SS. CIERRE DE PIEL CON SUTURA KORACHAN CONTINUA CON PROLENE 2-0 CUBRIMIENTO CON COMPRESA ESTERILES. NO COMPLICACIONES.*

***Justificación:*** *PACIENTE DE 78 AÑOS DE EDAD A QUIEN SE LE REALIZA HEMICOLECTOMIA POSTERIOR A PATOLOGÍA APENDICULAR. EL DÍA DE AYER CON EVISCERACIÓN QUE REQUIRIÓ LAVADO PERITONEAL, HOY EN NUEVO LAVADO PRESENTA BRONCO ASPIRACIÓN PRESENTADO FALLA RESPIRATORIA SEVERA POR LO CUAL SE TRASLADA A UCI DONDE INGRESA EN PÉSIMAS CONDICIONES GENERALES HIPOXEMICO SAT 40% CON O2 AL 100%, HIPOTENSO CON NORADRENALINA A 0.15 MCG/KG/MIN TAQUICARDICO Y CON LLENADO CAPILAR MAYOR A 5 SEGUNDOS. DESDE EL INGRESO CON DOSIS CRECIENTES DE NORADRENALINA HASTA 0.5 MCG MIN. SE APLICA HIDROCORTISONA 50 MGIV, PERO PACIENTE CON PERSISTENCIA DE LA HIPOTENSIÓN, TRONÁNDOSE MAS HIPOTENSO POR LO CUAL SE ASDMINISTRA VASOPRESINA A 2 UNIDADES CON DOSIS CRECIENTES A 5 UNIDADES/H. PACIENTE TORNÁNDOSE MAS HIPOTENSO Y BRADICARDICO ADMINISTRÁNDOSE DOSIS DE ADRENALINA SIN NINGUNA RESPUESTA, A LAS 5:37 PM SE EVIDENCIA ASITOLIAEN VISOSCOPIO SE REALIZA MASAJE CARDIACO SIN NINGUNA RESPUESTA. SE DECLARA LA MUERTE CLINICA. (…)*

*04/08/2012 07:02AM*

*PACIENTE CON CUADRO DE LEOCOCITOS Y NEUTROFILIA, CON PROBABLE FOCO BASE PULMONAR IZQ, CON RX DE TÓRAX QUE TRAE EL PACIENTE QUE MUESTRA BORRAMIENTO DEL ÁNGULO COSTOFRENICO IZQ, SE CONSIDERA NEUMONÍA LOBAR. ADEMÁS, SE EVIDENCIA TROPONINA LEVEMENTE ELEVADA LA CUAL PODRÍA ESTAR ASOCIADA A CUADRO DE FALLA CARDIACA.*

*04/08/2012 10:41AM*

*PACIENTE REMITIDO POR DOLOR ABDOMINAL, ASINTOMÁTICO EN EL MOMENTO, SIN EMBARGO CON LEUCOCITOS Y ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA POR LO QUE SE CONSIDERA, PROBABLE SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL SE SOLICITA VALORACIÓN POR CIRUGÍA GENERAL.*

*04/08/2012 12:00PM*

*PACIENTE DE 78 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE DOLOR ABDOMINAL DE 4 DÍAS DE EVOLUCIÓN, QUE INICIA EN FLANCO DERECHO Y SE IRRADIA A HIPOCONDRIO BILATERAL, ASOCIADO A UN PICO FEBRIL NO CUANTIFICABLE. CON PARACLÍNICOS REALIZADOS EN EL PRESENTE HOSPITAL QUE REPORTA LEUCOCITOS CON DESVIACIÓN A LA IZQUIERDA, AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE EN EL MOMENTO SIN DOLOR ABDOMINAL, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO NAUSEAS, NO EMESIS, CON OXÍGENO POR CÁNULA NASAL 2L/MIN, SE SOLICITA PARCIAL DE ORINA, SE VALORARA CON RESULTADOS.*

*04/08/2012 12:07PM*

*PACIENTE DE 78 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE DOLOR ABDOMINAL DE 4 DÍAS DE EVOLUCIÓN, QUE INICIA EN FLANCO DERECHO Y SE IRRADIA A HIPOCONDRIO BILATERAL, ASOCIADO A UN PICO FEBRIL NO CUANTIFICABLE. CON PARACLÍNICOS REALIZADOS EN EL PRESENTE HOSPITAL QUE REPORTA LEUCOCITOS CON DESVIACIÓN A LA IZQUIERDA, AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE EN EL MOMENTO SIN DOLOR ABDOMINAL, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO NAUSEAS, NO EMESIS, CON OXÍGENO POR CÁNULA NASAL 2L/MIN, SE SOLICITA PARCIAL DE ORINA. ECOGRAFÍA ABDOMINAL, SE REVALORARA CON RESULTADOS.*

*04/08/2012 04:46PM*

*PACIENTE CON TROPONINA INICIAL 0.015 CON CONTRO 0.013 SE CONSIDERA CURVA NEGATIVA DE BIOMARADORES, CONTINUA MANEJO POR CIRUGÍA GENERAL.*

*04/08/2012 05:09PM*

*PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCIÓN DE SU CUADRO CLÍNICO, ACTUALMENTE SINTOMÁTICO, SIN DOLOR ABDOMINAL, AFEBRIL, CON PARACLÍNICOS QUE REPORTAN PERSISTENCIA DE LEUCOCITOS CON DESVIACIÓN A LA IZQUIERDA, SE SOLICITA TAC ABDOMINAL, CON DOBLE CONTRASTE, EN ESPERA DE REALIZACIÓN DE PARCIAL ORINA, ATENTOS A EVOLUCIÓN DE PACIENTE.*

*04/08/2012 05:11PM*

*PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCIÓN DE SU CUADRO CLÍNICO, ACTUALMENTE SINTOMÁTICO, SIN DOLOR ABDOMINAL, AFEBRIL, CON PARACLÍNICOS QUE REPORTAN PERSISTENCIA DE LEUCOCITOS CON DESVIACIÓN A LA IZQUIERDA, SE SOLICITA TAC ABDOMINAL, CON DOBLE CONTRASTE, EN ESPERA DE REALIZACIÓN DE PARCIAL ORINA, ATENTOS A EVOLUCIÓN DE PACIENTE.*

*04/08/2012 10:41AM*

*PACIENTE REMITIDO POR DOLOR ABDOMINAL, ASINTOMÁTICO EN EL MOMENTO, SIN EMBARGO CON LEUCOCITOS Y ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA POR LO QUE SE CONSIDERA, PROBABLE SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL SE SOLICITA VALORACIÓN POR CIRUGÍA GENERAL.*

*04/08/2012 12:00M*

*PACIENTE DE 78 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE DOLOR ABDOMINAL DE 4 DÍAS DE EVOLUCIÓN, QUE INICIA EN FLANCO DERECHO Y SE IRRADIA A HIPOCONDRIO BILATERAL, ASOCIADO A UN PICO FEBRIL NO CUANTIFICABLE, CON PARACLÍNICOS REALIZADOS EN EL PRESENTE HOSPITAL QUE REPORTA LEUCOCITOSIS CON DESVIACIÓN A LA IZQUIERDA, AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE EN EL MOMENTO SIN DOLOR ABDOMINAL SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO NAUSEAS, NO ENEMESIS, CON OXÍGENO POR ANULA NASAL2L/MIN, SE SOLICITA PARCIAL DE ORINA SE VALORARA CON RESULTADOS.*

*04/08/2012 12:07PM*

*PACIENTE DE 78 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE DOLOR ABDOMINAL DE 4 DÍAS DE EVOLUCIÓN, QUE INICIA EN FLANCO DERECHO Y SE IRRADIA A HIPOCONDRIO BILATERAL, ASOCIADO A UN PICO FEBRIL NO CUANTIFICABLE, CON PARACLÍNICOS REALIZADOS EN EL PRESENTE HOSPITAL QUE REPORTA LEUCOCITOSIS CON DESVIACIÓN A LA IZQUIERDA, AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE EN EL MOMENTO SIN DOLOR ABDOMINAL SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO NAUSEAS, NO ENEMESIS, CON OXÍGENO POR ANULA NASAL2L/MIN, SE SOLICITA PARCIAL DE ORINA, ECOGRAFÍA ABDOMINAL, SE VALORARA CON RESULTADOS.*

*04/08/2012 04:46PM*

*PACIENTE CON TROPONINA INICIAL 0.015 CON CONTROL 0.013 SE CONSIDERA CURVA NEGATIVA DE BIOMARADORES, CONTINUA MANEJO POR CIRUGÍA GENERAL.*

*04/08/2012 05:09PM*

*PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCIÓN DE SU CUADRO CLÍNICO, ACTUALMENTE SINTOMÁTICO, SIN DOLOR ABDOMINAL, AFEBRIL, CON PARACLÍNICOS QUE REPORTAN PERSISTENCIA DE LEUCOCITOS CON DESVIACIÓN A LA IZQUIERDA, SE SOLICITA TAC ABDOMINAL CON DOBLE CONTRASTE, EN ESPERA DE REALIZACIÓN DE PARCIAL DE ORINA, ATENTOS A LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE.*

*04/08/2012 05:11PM*

*PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCIÓN DE SU CUADRO CLÍNICO, ACTUALMENTE SINTOMÁTICO, SIN DOLOR ABDOMINAL, AFEBRIL, CON PARACLÍNICOS QUE REPORTAN PERSISTENCIA DE LEUCOCITOS CON DESVIACIÓN A LA IZQUIERDA, ECOGRAFÍA QUE REPORTA COLELITIASIS SI SIGNOS DE COLECISTITIS + ESTEATOSIS HEPÁTICA, SE SOLICITA TAC ABDOMINAL CON DOBLE CONTRASTE, EN ESPERA DE REALIZACIÓN DE PARCIAL ORINA, ATENTOS A EVOLUCIÓN DE PACIENTE.*

*06/08/2012 05:50 AM*

*PACIENTE MASCULINO QUIEN SE ENCUENTRA EN SU POP DÍA 1 DE HEMICOLECTOMIA DERECHA MÁS ANASTOMOSIS, SIN COMPLICACIONES AL MOMENTO, CON QUIEN SE PRESENTA UNA EVOLUCIÓN FAVORABLE DADO LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR, SIN EVENTOS EMÉTICOS, DEPOSICIONES NEGATIVAS PERO FLATOS OCASIONALES, SE COMETA CON SERVICIO DE ENFERMERÍA LA NECESIDAD DE REALIZAR CUANTIFICACIÓN ESTRICTA DE LÍQUIDOS ELIMINADOS Y AMDINISTRADI AL IGUAL DEL GASTO URINARIO EL CUAL AL MOMENTO NO SE ENCUENTRA, POR OTRO LADO SE OPTIMIZA MANEJO MEDICO INSTAURADO Y SE SOLICITAN PARACLÍNICOS CONTROL.*

*06/08/2012 06:19 AM*

*PACIENTE MASCULINO QUIEN SE ENCUENTRA EN SU POP DÍA 1 DE HEMICOLECTOMIA DERECHA MÁS ANASTOMOSIS, SIN COMPLICACIONES AL MOMENTO, CON QUIEN SE PRESENTA UNA EVOLUCIÓN FAVORABLE DADO LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR, SIN EVENTOS EMÉTICOS, DEPOSICIONES NEGATIVAS PERO FLATOS OCASIONALES, SE COMETA CON SERVICIO DE ENFERMERÍA LA NECESIDAD DE REALIZAR CUANTIFICACIÓN ESTRICTA DE LÍQUIDOS ELIMINADOS Y AMDINISTRADI AL IGUAL DEL GASTO URINARIO EL CUAL AL MOMENTO NO SE ENCUENTRA, POR OTRO LADO SE OPTIMIZA MANEJO MEDICO INSTAURADO Y SE SOLICITAN PARACLÍNICOS CONTROL.*

*07/08/2012 06:37 AM*

*PACIENTE MASCULINO QUIEN SE ENCUENTRA EN SU POP DÍA 2 DE HEMICOLECTOMIA DERECHA MÁS ANASTOMOSIS, SIN COMPLICACIONES AL MOMENTO, CON QUIEN SE PRESENTA UNA EVOLUCIÓN FAVORABLE DADO LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR, TY PERSITALSIS, SIN EVENTOS EMÉTICOS, POR OTRO LADO SE OPTIMIZA MANEJO MEDICO INSTAURADO ADICIONANDO ANTIHIPERTENSIVOS DE BASE, Y MANEJO DE HIPOTIROIDISMO, PACIENTE ACTUALMENTE ESTABLE SIN SIRS NI SDRACO PARACLÍNICOS QUE MUESTRAN DISMINUCIÓN EN LA LEUCOCITOSIS. ESTAREMOS ATENTOS A EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PTE. SE CONTINÚA MANEJO INSTAURADO.*

*08/08/2012 05:55 AM*

*PACIENTE MASCULINO DE 78 AÑOS QUIEN SE ENCUENTRA EN SU POP DÍA 3 DE HEMICOLECTOMIA DERECHA MÁS ANASTOMOSIS, POR APENDICITIS EMPLASTRONADA, SIN COMPLICACIONES AL MOMENTO, ACTUALMENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON ADECUADA EVOLUCIÓN CLÍNICA DADOS POR AUSENCIA DE PICOS FEBRILES, DISMINUCIÓN DEL DOLOR ABDOMINAL, DEPOSICIONES, SIN EVENTOS EMÉTICOS, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN MANEJO ANTIBIÓTICO CON CIPROFLOXACINA Y METRONIDAZOL D3 CONTINUAR IGUAL MANEJO INSTAURADO Y VIGILANCIA CLÍNICA, ESTAREMOS ATENTOS A EVOLUCIÓN DEL PACIENTE.*

*08/08/2012 06:13 AM*

*PACIENTE MASCULINO DE 78 AÑOS QUIEN SE ENCUENTRA EN SU POP DÍA 3 DE HEMICOLECTOMIA DERECHA MÁS ANASTOMOSIS, POR APENDICITIS EMPLASTRONADA, SIN COMPLICACIONES AL MOMENTO, ACTUALMENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON ADECUADA EVOLUCIÓN CLÍNICA DADOS POR AUSENCIA DE PICOS FEBRILES, DISMINUCIÓN DEL DOLOR ABDOMINAL, DEPOSICIONES, SIN EVENTOS EMÉTICOS, CON LEVE ERITEMA EN ZONA DE HERIDA QUIRÚRGICA, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN MANEJO ANTIBIÓTICO CON CIPROFLOXACINA Y METRONIDAZOL D3 CONTINUAR IGUAL MANEJO INSTAURADO Y VIGILANCIA CLÍNICA, ESTAREMOS ATENTOS A EVOLUCIÓN DEL PACIENTE.*

*09/08/2012 05:29 AM*

*PACIENTE MASCULINO DE 78 AÑOS QUIEN SE ENCUENTRA EN SU POP DÍA 4 DE HEMICOLECTOMIA DERECHA MÁS ANASTOMOSIS, POR APENDICITIS EMPLASTRONADA, SIN COMPLICACIONES AL MOMENTO, ACTUALMENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON ADECUADA EVOLUCIÓN CLÍNICA, CON ADECUADA TOLERANCIA DE LA VIA ORAL, QUIEN EL DIA DE HOY PRESENTO DEPOSICIONES DIARREICAS, CON ZONA ERITEMATOSA EN ZONA DE HERIDA QUIRÚRGICA, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN MANEJO ANTIBIÓTICO CON CIPROFLOXACINA Y METRONIDAZOL D4. CONTINUAR IGUAL MANEJO INSTAURADO Y VIGILANCIA CLÍNICA, ESTAREMOS ATENTOS A EVOLUCIÓN DEL PACIENTE.*

*10/08/2012 06:08 AM*

*PACIENTE MASCULINO DE 78 AÑOS QUIEN SE ENCUENTRA EN SU POP DÍA 5 DE HEMICOLECTOMIA DERECHA MÁS ANASTOMOSIS, POR APENDICITIS EMPLASTRONADA, SIN COMPLICACIONES AL MOMENTO, ACTUALMENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON ADECUADA EVOLUCIÓN CLÍNICA, CON ADECUADA TOLERANCIA DE LA VÍA ORAL, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON ÁREA ERITEMATOSA Y ABUNDANTE SECRECIÓN SEROHEMATICA A TRAVÉS DE LA HERIDA QUIRÚRGICA, POR LO QUE SE SOSPECHA DE UNA INFECCIÓN DEL SITIO OPERATORIO POR LO QUE SE DECIDE CAMBIAR EL MANEJO ANTIBIÓTICO CON OXACILINA 2 GR CADA 4 HORAS Y AMIKACINA 1 GR CADA DÍA. ESTAREMOS ATENTOS A EVOLUCIÓN DEL PACIENTE.*

*11/08/2012 06:09 AM*

*PACIENTE MASCULINO DE 78 AÑOS QUIEN SE ENCUENTRA EN SU POP DÍA 6 DE HEMICOLECTOMIA DERECHA MÁS ANASTOMOSIS, POR APENDICITIS EMPLASTRONADA, A QUIEN EL DIA DE HOY SE LLEVÓ A SALAS DE CIRUGÍA PARA REEXPLORACION POR SOSPECHA DE EVISCERACIÓN CONTENIDA ENCONTRÁNDOSE PERITONITIS RESIDUAL MÁS LESIÓN DE ASPECTO NEOPLÁSICO A NIVEL DE COLON SIGMOIDES EN FORMA DE ANILLO DE SERVILLETA EN LA REGIÓN ANTI MESENTÉRICA, SE REALIZA LAVADO PERITONEAL Y RENAJE DE PERITONITIS. ACTUALMENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, LEVE DOLOR ABDOMINAL A NIVEL DE ZONA DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, CON AREA ERITEMATOSA, EN MANEJO ANTIBIÓTICO METRONIDAZOL D6, AMIKACINA D2, PIPERACILINA/TAZOBACTAM D1. ESTAREMOS ATENTOS A EVOLUCIÓN DEL PACIENTE.*

*11/08/2012 06:50 AM*

*PACIENTE MASCULINO DE 78 AÑOS QUIEN SE ENCUENTRA EN SU POP DÍA 6 DE HEMICOLECTOMIA DERECHA MÁS ANASTOMOSIS, POR APENDICITIS EMPLASTRONADA, A QUIEN EL DÍA DE HOY SE LLEVÓ A SALAS DE CIRUGÍA PARA REEXPLORACION POR SOSPECHA DE EVISCERACIÓN CONTENIDA ENCONTRÁNDOSE UNA APONEUROSIS EN MAL ESTADO, DEHISCENCIA EN TODA SU EXTENSIÓN, PERITONITIS RESIDUAL MÁS LESIÓN DE ASPECTO NEOPLÁSICO A NIVEL DE COLON SIGMOIDES EN FORMA DE ANILLO DE SERVILLETA EN LA REGIÓN ANTI MESENTÉRICA, SE REALIZA LAVADO PERITONEAL Y RENAJE DE PERITONITIS. ACTUALMENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, LEVE DOLOR ABDOMINAL A NIVEL DE ZONA DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, CON ÁREA ERITEMATOSA. SE INICIA MANEJO ANTIBIÓTICO CON PIPERACILINA/ TAZOBACTAM 4.5 GR IV C 6 HORAS D1. ESTAREMOS ATENTOS A EVOLUCIÓN DEL PACIENTE.*

*12/08/2012 06:06 AM*

*PACIENTE MASCULINO DE 78 AÑOS QUIEN SE ENCUENTRA EN SU POP DÍA 7 DE HEMICOLECTOMIA DERECHA MÁS ANASTOMOSIS, POR APENDICITIS EMPLASTRONADA, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, HERIDA QUIRÚRGICA EN BUEN ESTADO NO SANGRADO ACTIVO, NO SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL, CON MEJORÍA DE DOLOR ABDOMINAL, RX TORAX SIN EVIDENCIA DE HEMO O NEUMOTÓRAX, NO CONSOLIDACIONES, ATELECTASIA BASAL IZQUIERDA, CONTINUA MANEJO ANTIBIÓTICO CON PIPERACILINA/ TAZOBACTAM 4.5 GR IV C 6 HORAS D. ESTAREMOS ATENTOS A EVOLUCIÓN DEL PACIENTE CONTINUA VIGILANCIA CLÍNICA Y MANEJO MEDICO INSTAURADO.*

*12/08/2012 05:36 PM*

*INGRESA PACIENTE A LA UNIDAD CORONARIA PROCEDENTE DE SALAS DE RECUPERACIÓN, EN MAL ESTADO GENERAL, INTUBADO, CON SOPORTE VASOPRESOR, INESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SE CONECTA A VENTILADOR ADULT START MODO: A/C POR PRESIÓN FIO2 100%FR 15XPEEP 14 PRESIÓN DE 30 SA02 36%, HIPOTENSO, HIPOPERFUNDIDO, SIN SEDACIÓN. SE DISMINUYE PRESIÓN A 25 POR V.C DE 631 ML.*

*12/08/2012 06:44 PM*

*PACIENTE DE 78 AÑOS DE EDAD A QUIEN SE LE REALIZA HEMICOLECTOMIA POSTERIOR A PATOLOGÍA APENDICULAR, EL DIA DE AYER CON EVISCERACIÓN QUE REQUIRIÓ LAVADO PERITONEAL, HOY EN NUEVO LAVADO PRESENTA BRONCO ASPIRACIÓN PRESENTANDO FALLA RESPIRATORIA SEVERA POR O CUAL SE TRASLADA A UCIC DONDE INGRESA EN PÉSIMAS CONDICIONES GENERALES HIPOXEMICO SAT DE 40% CON O2 AL 100% HIPOTENSO CON NORADRENALINAA 0.15 MCG MIN, SE APLICA HIDROCORTISONA 50 MG IV, PERO PACIENTE CON PERSISTENCIA DE LA HIPOTENSIÓN, TORNÁNDOSE MÁS HIPOTENSO POR LO CUAL SE ADMINISTRA VASOPRESINA A 2 UNIDADES CON DOSIS CRECIENTES A 5 UNIDADES /H PACIENTE TORNÁNDOSE MÁS HIPOTENSO Y BRADICARDIO ADMINISTRÁNDOSE DOSIS DE ADRENALINA SIN NINGUNA RESPUESTA. SE DECLARA LA MUERTE CLÍNICA (…)”*[[2]](#footnote-2)

* En la Junta Medica N°02-2014 realizada por el SERVICIO DE CIRUGIA del HOSPITAL Militar Central se indicó:

*“(…)* ***3. Resumen de Atención***

*Paciente de 78 años de edad remitido de la Clínica Belén de Fusagasugá por dolor abdominal de dos días de evolución, localizado en hemi-abdomen inferior y que el día de su remisión se incrementa a pesar de manejo analgésico con buscapina. Ingresa el día 03-08-2012 a las 22:47 con motivo de consulta de dolor abdominal, se recibe al paciente en regulares condiciones, dependiente de oxigeno con dolor abdominal difuso y laboratorios Iniciales que informaban leucocitosis con desviación izquierda, radiografía de tórax que se interpreta como posible neumonía lobar y alteraciones de las pruebas de función hepática, se realizó adicionalmente una troponina la cual se encontraba ligeramente elevada, se repitió posteriormente considerándose como normal, es valorado por cirugía quienes solicitan ecografTa y tac abdominal y se toma la decisión de llevarlo a cirugía por cuadro de abdomen agudo en evolución . El 05-08-12 se realiza laparotomía encontrando proceso inflamatorio severo a nivel de válvula lleocecal, apéndice y colon derecho sin poder evidenciar claramente estructuras intestinales y vasculares, con gran enplastronamlento a dicho nivel con absceso peri cólico derecho, por lo que se realiza hemicolectomia derecha. Posterior a la cirugía el paciente se maneja con aporte hidroelectrolítico, antibioticoterapia, con xiprofloxacina, metronidazol omeprazol, profilaxis antitrombotica con enoxaparina y analgésicos y los medicamentos de base para el control de su hipertensión arterial, cardiopatía e hipotiroidismo crónico, así como oxigeno permanente por EPOC. Evoluciona favorablemente hasta el cuarto día post-operatorio en el que se evidencia zona eritematosa en herida quirúrgica y episodios de deposiciones diarreicas y el día 10 de agosto de 2012 adicionalmente salida de líquido peritoneal claro por herida quirúrgica considerándose evisceración contenida. Es llevado a cirugía el día 11 de agosto de 2012 encontrando aponeurosis en mal estado, dehiscente en toda su extensión con material de sutura indemne, liquido libre turbio en toda la cavidad abdominal, con membranas purulentas en pelvis, área sub-hepática y gotera parieto-colica derecha con cavidad abdominal hipertérmica con peritoneo congestivo, con distensión moderada de asas intestinales y adicionalmente una lesión en colon sigmoides de aspecto neoplásico en anillo de servilleta con compromiso del 50% de la circunferencia que compromete la serosa localizada en el borde anti mesentérico. Se realizó lacado de cavidad abdominal y control de la peritonitis residual y se difirió el manejo sobre la neoplasia del sigmoides, debido a que aún se tenía un proceso inflamatorio infeccioso en curso y no era conveniente la extirpación de la masa hasta controlar el estado agudo infeccioso, se cerró la piel para programar segundo procedimiento. El día 12 de agosto de 2012 se efectúa nuevo lavado quirúrgico en el cual se registra durante la inducción anestésica episodios de bronco aspiración de material bilioso siendo necesario efectuar lavado de vía aérea por parte del servicio de anestesiología. Los hallazgos quirúrgicos fueron lOOcc de líquido peritoneal ligeramente turbio, membranas de fibrina en fondo pélvico y estomago distendido con liquido biliar, nuevamente se efectúa lavado de cavidad abdominal, cierre de la piel y es trasladado a cuidados intensivos, en donde ingresa en muy malas condiciones con compromiso de su función respiratoria y evoluciona tórpidamente con hipoxemia severa con saturación de oxigeno del 40% a pesar de aporte al 100% con hipotensión sostenida a pesar de dosis crecientes de noradrenalina, vasopresina e hidrocortisona con déficit de la perfusión tisular y aproximadamente a las 5:30PM presenta asistolia y paro cardiaco que no responde a maniobras y se declara muerte clínica a las 5:37PM.*

***4. Análisis de la Información***

*Se trata de un paciente de 78 años con severas comorbilidades consistentes en EPOC, CARDIOPATIA CRONICA CON INSUFICIENCIA, HIPOTIROIDISMO, quien presenta cuadro de dolor abdominal secundario posiblemente a apendicitis complicada que evolucionó a plastrón sobre colon ascendente e íleon terminal con plastrón y abscesos adyacentes por los cuales se efectuó hemicolectomia derecha. Por las comorbilidades de base fundamentadas en el epoc, infección abdominal y el hipotiroidismo el paciente presenta evisceración con desgarro y ruptura de la aponeurosis con una peritonitis residual y como hallazgo incidental un posible tumor maligno en el sigmoides que no era obstructivo al 100% y que se planeó manejar una vez el paciente superara el estado agudo de la infección causada por la apendicitis complicada, desafortunadamente en la el tercera intervención para realizar nuevo lavado quirúrgico, el paciente presenta bronco aspiración durante el proceso de inducción anestésica y la intubación, evento de carácter anestésico que fue desafortunado para el paciente desencadenándole una falla respiratoria severa a pesar de las medidas adecuadas de control (Lavado bronquial, antibioticoterapia y apoyo con soporte ventilatorio y manejo en UCI), pero que en su condición limítrofe funcional dadas por el EPOC, oxigeno dependiente y la cardiopatía, condicionaron un estado mórbido no recuperable que lo llevo a la muerte de una manera rápida y prematura.*

*5. La Junta conceptúa que:*

*1. Previa revisión y análisis del caso relacionado, es un hecho desafortunado el deceso del paciente como consecuencia de la disfunción respiratoria severa secundaria a la bronco-aspiración.*

*2. Que bajo el raciocinio científico, clínico y de la evolución del paciente, se le ofrecieron todas las medidas médicas y quirúrgicas contempladas para controlar la patología inicial de la apendicitis complicada y posteriormente del evento de la bronco-aspiración que desencadeno la insuficiencia respiratoria que en últimas fue la causa fundamental de muerte.*

*3. Por último, el paciente y sus familiares siempre estuvieron informados de la gravedad de su estado de salud y de los posibles riesgos y complicaciones de los tratamientos aefectuar como consta en las notas de evolución de la historia clínica y la elaboración de los consentimientos informados para los actos médicos y operatorios que fueron aceptados y firmados por el mismo paciente y sus familiares. (…)”[[3]](#footnote-3)*

* En escrito de septiembre 12 de 2014 se indicó con respecto al análisis de la atención al paciente Argemiro Trujillo Sala: *“(…)*

*La inducción anestésica como se encuentra descrito, se realizo con "secuencia de inducción rápida " técnica anestésica indicada en paciente con potencial estómago lleno, previendo la posibilidad de broncoaspiración ya que se trata de un paciente que a pesar de tolerar vía oral, con ayuno completo, cursa con una patología intrabdominal en manejo lo cual aumenta la posibilidad de esta complicación. Se realiza manejo de la broncoaspiración como se indica en el registro: succión de contenido aspirado, intubación y verificación de ventilación adecuada, realizando todas las acciones que están recomendadas en la literatura medica para el manejo de esta complicación y se lleva el paciente a la unidad de cuidados intensivos.*

*La broncoaspiración es un evento que se presentó como una complicación durante la inducciónn anestésica, teniendo como factores indicadores de este riesgo: la edad del paciente a! ser un adulto mayor, la obesidad, estar cursando con un proceso intraabdominal que provoca un retraso en el vaciamiento gástrico, lo cual hace que éstos pacientes deban considerarse siempre como pacientes con estómago lleno aun cuando el paciente tenga el ayuno correspondiente o no esté recibiendo alimentación por vía oral.*

*Los anteriores factores de riesgo contribuyeron directamente con la presentación de esta aspiración pulmonar ya que aumentan la presión intraabdominal, el volumen y la acidez del contenido gástrico.*

*Para la inducciónn anestésica en este caso, se utilizó la técnica anestésica indicada según la literatura médica actual, para disminuir la posibilidad de aspiración del contenido gástrico, a pesar de lo cual la complicación anestésica se presentó.*

*El paciente fue llevado a procedimiento quirúrgico cumpliendo el tiempo de ayuno indicado. Según notas de enfermería del 11 de agosto de 2012 a las 6 30 pm (folio 11) "cena dieta ordenada completa" el tiempo de ayuno seria 19h 45 min hasta el inicio de la inducción anestésica.*

*Considera la Junta que el evento presentado es una complicación, que en el caso del paciente está directamente relacionada con sus comorbilidades, es decir, sus enfermedades de base. Esta complicación está contemplada en la literatura médica, nacional e internacional, y la posibilidad de su ocurrencia fue ampliamente informada tanto al paciente como a su familia. Una vez presentada esta complicación el anestesiólogo actuó con oportunidad y pertinencia médica realizando los tratamientos acorde con los lineamientos médicos establecidos, a pesar de lo cual y dada la baja reserva funcional del paciente por las enfermedades descritas, hay una pobre respuesta al tratamiento médico instaurado tanto en salas de cirugía, como en Unidad de Cuidado Intensivo y fallece.(…)”[[4]](#footnote-4)*

* En el testimonio del Médico Especialista en Cirugía General JUAN CARLOS GOMEZ RODRIGUEZ indicó: *“(…) leí la Junta que se hizo con respecto al análisis del caso, yo lo atendí en el servicio de urgencias, el ingreso con un dolor abdominal, no recuerdo la fecha pero fue en el 2012, ingreso el paciente a diferencia de lo que se había remitido y con respecto a los paraclínicos se veía bastante bien, había recibido ya algo de manejo en el sitio donde lo remitían y lo que se hizo fue iniciar a hacer estudios, se le pidieron paraclínicos, los estudios, imágenes pues se veía bien hasta donde yo recuerdo de la Junta porque llegó sin muchos síntomas, algo de dolor abdominal pero de una forma que no es la usual, era un dolor irradiado hacia la parte de arriba, de hecho sé que venía remitido por colecistitis pero la patología intraoperatoria, lo que se vio en la tomografía era diferente a lo que manifestaba él, requería estudios adicionales, sé que tenía muchas comorbilidades tenía insuficiencia cardiaca, EPOC, representaba un riesgo quirúrgico importante, por lo cual era necesario ampliar los estudios antes de tomar una decisión quirúrgica. Se ampliaron los estudios, vi una tomografía que orientaban hacia patología en el colon en la fosa iliaca derecha, en el cuadrante derecho del abdomen por lo cual se llevó a cirugía y en la cirugía efectivamente se encontró toda una masa de plastrón en el colon derecho y en ilion terminal por lo cual se hizo una hemicolectomia y se anastomo de una vez, es decir, se conectó el intestino en ese momento. La mitad derecha del intestino estaba bastante inflamado, macroscópicamente se veía bastante comprometido y en ese caso está indicado hacer la hemicolectomia, precisamente por el riesgo de perforación después y de la peritonitis fecal. Se hace la hemicolectomia y se restaura la continuidad del tracto gastrointestinal de esa forma. Usualmente tienen una recuperación completa los pacientes. Hata cuando yo lo atendí era un paciente que era difícil en particular por sus comorbilidades pero quirúrgicamente se hizo la hemicolectomia y la anastomosis no recuerdo nada en particular hasta el momento en que yo lo opere. Recuerdo haber hecho la valoración en urgencias, haber solicitado paraclínicos y luego haber hecho la cirugía de la laparotomía y la hemicolectomia con anastomosis. No recuerda exactamente el diagnostico por el cual el paciente fue llevado a cirugía pero fueron los hallazgos en la tomografía lo que nos llevaron a tomar la decisión quirúrgica. El abdomen agudo es bastante general que no se refiere a un proceso específico y no necesariamente significa que sea quirúrgico si no un dolor agudo que significa en el tiempo de un inicio reciente que requiere estudio y manejo. La apendicitis aguda, la inflamación del apéndice es un diagnostico que puede ser o no quirúrgico dependiendo del estado de la evolución puede ser quirúrgico en ciertas fases cuando se vuelve un plastrón se trata con antibiótico y no se opera. Blumberg es un signo de irritación peritoneal que se presenta en muchas patologías, motivo de muchas cirugías innecesarias, es un dolor al rebote en el triangulo de cherring en una parte especifica del abdomen en la fosa iliaca derecha en el cuadrante inferior derecho que se presenta en un quiste ovárico roto, tanto como en una ileitis terminal, tanto como en una menstruación retrograda, que son patologías que no son quirúrgicas, el signo de Blumberg no significa cirugía nunca jamás y de hecho la evidencia reciente habla de que tan importante es extender los estudios en los pacientes en los que hay que extenderlos y no basarse en el diagnóstico clínico, el diagnóstico clínico no es el diagnostico de una decisión quirúrgica. La decisión quirúrgica se toma con la mejor evidencia disponible y de hecho la mejor forma de diagnosticar la apendicitis es la tomografía abdominal de doble contraste por su puesto antes de haber hecho el diagnostico en cirugía, tiene 92.8% de sensibilidad. Blomberg y Rovsing son signos que se pueden ver en muchas patologías, pueden orientar por supuesto al clínico a realizar estudios adicionales y tomando las decisiones correctas uno puede llevar el paciente a cirugía con los estudios correspondientes.*

*En este tipo de paciente además del diagnóstico de referencia de apendicitis aguda, un signo de Blomberg y Rovsing positivo, una leucocitosis severa con una neutrofilia importante podemos seguir manteniendo la posición medica de que la apendicitis aguda no corresponde, pues estos signos se pueden presentar en muchas patologías que no son quirúrgicas. La leucocitosis y neutrofilia son respuestas inespecíficas del cuerpo a procesos infecciosos, la ileitis terminal infecciosa por ejemplo es una causa de Blomberg, Rovsing, leucocitosis y neutrofilia, estos no son suficientes, por ahora el gold estándar es la tomografía abdominal de doble contraste, en los últimos años la ecografía ha tomado un papel importante pero por supuesto tiene especificidad más bajas de la tomografía y dependen del operador. No obstante, solamente con hemograma y examen clínico no es posible asegurarlo mas allá diría yo de un 60%.*

*La pared abdominal se cierra generalmente en dos planos grandes que son la pared como tal o sea el musculo cuando se hace una laparotomía se hace a través de la línea media y se cierra como tal el plano del abdomen como tal cuando ocurre cualquier razón para que se haga dehiscencia, es decir, se suelte la pared abdominal y la piel sigue cerrada o hay otro mecanismo que lo contenga se puede hablar de una evisceración contenida, es decir, la evisceración está contenida por la piel en muchos de los casos o por una bolsa o un bag en otros. Esa evisceración contenida está descrita como un riego inherente a este tipo procedimientos, depende muchas veces de la comorbilidad del paciente, del tipo de tejido que tiene, de la edad del paciente, del hecho de que haya infección intraperitoneal, de la técnica quirúrgica, de la obesidad, de las presiones, de la fuerza que se hace después del soporte ventilatorio, el tipo de sedación hay muchos factores que pueden favorecerlo, creo que esta fue la razón por la cual se llevó al paciente al lavado peritoneal después de la cirugía, no lo recuerda exactamente.*

*Lo que hacen las instituciones que refieren es por supuesto hacer una valoración del paciente para solicitar nuestra ayuda como un nivel superior de atención, sin embargo, no hemos dado cuenta de que muchas vece no son precisas y no corresponden a la realidad, la obligación de toda institución es según lo dice la ley, ingresar el paciente a triage, hacer la evaluación de los signos vitales, tomar los paraclínicos y los estudios y comprobar el diagnostico, solamente en el caso de la urgencia vital nosotros tenemos en cuenta por supuesto estos datos, paraclínicos o imágenes que se hayan tomado y tomamos decisiones con ellos pero siempre debemos nosotros por calidad de la atención y seguridad del paciente corroborar el diagnostico, por supuesto también tenemos que ver cómo está el paciente al ingreso, no siempre el paciente esta tan bien o mal como dice en la remisión ye s nuestra misión hacer la evaluación completa del paciente en el momento del ingreso, en el proceso del hospital militar central, el paciente que ingresa remitido, ingresa a traige, lo ve medicina general y se interconsulta a las especialidades, generalmente con paraclínicos ya tomados y uno toma decisiones basado en paraclínicos e imágenes que tomo ahí en el hospital y en el examen clínico del paciente para ser una imagen integral del paciente, pero si el paciente dice por ejemplo se remite para apendicetomía de ninguna forma nosotros hacemos una apendicetomía por una evaluación que se hizo en otro hospital, porque desconocemos completamente como se realizó la evaluación y tenemos que hacerle el examen nosotros mismos, sería irresponsable hacer una conducta basado en lo que dice una hoja de referencia.*

*Las apendicitis como tal no evolucionan todas de la misma forma unas evolucionan hacia peritonitis generalizada, otras evolucionan hacia plastrón y otras pocas evolucionan hacia la auto resolución, una tendencia de una década para acá es el manejo no quirúrgico de la apendicitis aguda y funciona en circunstancias específicas, cuando uno tienen ciertos datos en la historia clínica uno toma la decisión de operar a los pacientes.*

*Sin embargo, cuando llega un paciente con un plastrón, los exámenes están normales y no tiene mucho dolor, uno hospitaliza al paciente y no lo opera por el mismo proceso de apendicitis, que el paciente que llega y hace peritonitis localizada, pélvica o generalizada, es decir, no hay una regla general para operar a todos los pacientes de apendicitis aguda y no necesariamente evoluciona, llegan pacientes con tres días de dolor y tienen apendicitis edematosa, llegan pacientes con tres días de dolor y tiene peritonitis generalizada, no es una concepción nuestra colombiana la literatura lo soporta, de hecho hay literatura americana que dice que el paciente tiene menos complicaciones cuando se opera en la mañana y no en la madrugada, cuando se hace ya el diagnostico confirmado por ecografía o por tomografía, es decir, no es una cuestión de tiempo - efecto siempre y todas las veces sino que es una cuestión dinámica y evolutiva que uno tiene que evaluar con el tiempo, el tiempo de observación es eso precisamente, ver qué sucede con el paciente durante el tiempo que está en el hospital, no se puede basar uno en impresiones diagnosticas que hacen en otra institución para tomar decisiones con los pacientes y cuando llega el paciente al ingreso es un momento del tiempo, pueden haber muchas patologías que causen estos mismos síntomas pero que no se benefician del procedimiento quirúrgico. Una vez más es muy fácil operar, tomar la decisión de no operar a un paciente que posiblemente no lo necesite, es más difícil. Un signo de interrogación al lado de un diagnóstico es una conducta que toma el médico para hacer una impresión diagnostica de la cual está dudando, igual todas las conductas hasta que se confirmen con el Gold Estándar es la histopatología, es decir, cuando ya se analiza la pieza quirúrgica, sin embargo, los estudios preoperatorios y sin tener en cuenta la histopatología el Gold Estándar es la Tomografía abdominal de doble contraste que es donde se ven ciertos signos donde se ve el apéndice incrementado de tamaño e inflamado, una costumbre medica es colocar dos o tres interrogantes que se incrementan a medida que aumente la duda. Con respecto al paciente recuerdo que no parecía apendicitis en el ingreso por el examen físico que se realizó, refería el dolor hacia otras partes del abdomen y se hicieron estudios precisamente para poder hacerlo pero recuerdo que no se veía tan mal como los paraclínicos pero con exactitud no recuerdo (…)”*

* + 1. **Respondamos entonces los interrogantes propuestos: *¿Existió una falla o falta en la prestación del servicio médico prestado al señor ARGEMIRO TRUJILLO SALAS que devino o trajo como consecuencia su muerte ocurrida el 12 de agosto de 2012?***

Estudiado el material probatorio allegado a la demanda encuentra el despacho que está plenamente demostrada la negligencia e impericia con que actúo el Hospital Militar Central al no diagnosticar la apendicitis aguda y no aplicar el tratamiento necesario A TIEMPO lo que originó una pérdida de oportunidad para el paciente ARGEMIRO TRUJILLO.

En efecto, según la historia clínica el paciente ingresó el 3 de agosto de 2012 a las 10:47 pm al Hospital Militar remitido de la Clínica Belén de Fusa con un diagnóstico de apendicitis vs colecistitis, con un cuadro clínico de 2 días de evolución de dolor en hemiabdomen inferior, irradiado a flancos e hipocondrios bilaterales, con paraclínicos que evidencian marcada leucocitosis con neutrofilia y con medicamentos de ampicilina sulbactam 3g cada 6 horas y antiespasmódico.

No obstante, solo fue hasta el 5 de agosto de 2012 a las 12:00 m que se le realizó una laparoscopia que terminó en laparotomía dado los hallazgos y en donde se evidencia gran proceso inflamatorio de válvula ileocecal, apéndice y colon derecho, gran emplastronamiento en dicho nivel, con abscesos pericolicos derechos, por lo que se realiza hemicolectomia[[5]](#footnote-5) derecha con reconstrucción ileocolonica (anastomosis[[6]](#footnote-6)).

Así mismo, la Junta Médica No. 02-2014 señala: *“(…) presenta cuadro de dolor abdominal secundario posiblemente a* ***apendicitis complicada que evolucionó a plastrón*** *sobre colon ascendente e íleon terminal con plastrón y abscesos adyacentes por los cuales se efectuó hemicolectomia derecha. (…)”.*

De otra parte la misma Junta indica: *“(…) se recibe al paciente en regulares condiciones, dependiente de oxigeno con dolor abdominal difuso y laboratorios iniciales que informaban leucocitosis con desviación izquierda, radiografía de tórax* ***que se interpreta como posible neumonía lobar*** *y alteraciones de las pruebas de función hepática (…)”*.

Así las cosas, es evidente que no se tuvo en cuenta que el paciente cuando llegó remitido del Hospital de Fusa ya llevaba dos días de evolución de un cuadro clínico de dolor en hemiabdomen inferior, irradiado a flancos e hipocondrios bilaterales y que se tenía una impresión diagnóstica de apendicitis[[7]](#footnote-7), es decir, que si se trataba de una apendicitis aguda entre más tiempo transcurriera se ponía al paciente en un mayor riesgo de que la apendicitis evolucionara a una peritonitis o a un plastrón, como efectivamente ocurrió.

Tampoco se tuvieron en cuenta los paraclínicos que se habían tomado no solo en la Clínica Belén de Fusa sino los tomados en el mismo Hospital Militar, los cuales indicaban una marcada leucocitosis con neutrofilia, esto es, la respuesta a la presencia de un proceso inflamatorio.

De otra parte, pese a tener una impresión diagnóstica de apendicitis vs colecistitis no se entraron a descartar estas enfermedades primero, pese al riesgo que representaba el no dar un tratamiento oportuno a las mismas; por el contrario, en principio se le diagnosticó una neumonía bacteriana no especificada, tal y como se puede observar en la indicación médica del 3 de agosto de 2012, visible a folio 30 del c3.

De igual forma, tampoco se tuvo en cuenta que el paciente venía medicado no solo con la ampicilina sulbactam, sino con un antiespasmódico; luego era posible que no presentara dolor abdominal porque este medicamento le estaba enmascarando el dolor.

Ahora, aunque el médico que lo atendió señala en su testimonio que debido a que era un paciente de alto riesgo para llevar a cirugía dadas las comorbilidades que presentaba era necesario realizar el examen adecuado que para este caso era la tomografía de doble contraste, la cual es la más precisa y adecuada después de los hallazgos en cirugía, lo cierto es que dicho examen no se encontró en la historia clínica y lo que se realizó en este caso fue una laparoscopia exploratoria, que se convirtió en laparotomía después de observar los hallazgos.

De conformidad con lo anterior es evidente que al señor ARGEMIRO TRUJILLO no se le prestó una atención médica adecuada y oportuna para la patología que presentó.

Ahora, si bien es cierto el señor TRUJILLO murió a causa de una bronco aspiración[[8]](#footnote-8) esta ocurrió después del **tercer lavado de la cavidad** que se le realizó debido a la sepsis causada por no haberle brindado el tratamiento a tiempo, lo que le originó una pérdida de oportunidad para su recuperación.

En consecuencia, está probada la responsabilidad por parte de la entidad demandada.

* 1. **DAÑOS E INDEMNIZACIÓN DE PERJUICIOS**

Demostrada como está la responsabilidad de la Administración procede el Despacho a estudiar las pretensiones de la demanda:

* + 1. **PERJUICIOS MORALES**[[9]](#footnote-9)

A propósito de los daños morales, la doctrina ha considerado que éstos son *“(…) esos dolores, padecimientos, etc., que pueden presentarse solamente como secuela de los daños infligidos a la persona. Que no son entonces daños propiamente dichos, y que por otra parte, constituyen un sacrificio de intereses puramente morales, que justifican una extensión del resarcimiento, esta vez con función principalmente satisfactoria (…)”.*

La indemnización que se reconoce a quienes sufran un daño antijurídico tiene una función básicamente satisfactoria y no reparatoria del daño causado.

El Consejo de Estado mediante providencia proferida dentro del expediente No. 36149, unificó la jurisprudencia sobre el reconocimiento y liquidación de perjuicios morales en caso de muerte, de acuerdo al grado de parentesco de los perjudicados.

En consecuencia, teniendo en cuenta los hechos probados en el proceso y el daño causado con la muerte del señor ARGEMIRO TRUJILLO, se reconocerá a favor de los demandantes a título de daño moral, lo correspondiente en SMLMV[[10]](#footnote-10) conforme a lo señalado por la sentencia de unificación proferida por el Consejo de Estado[[11]](#footnote-11), así:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Demandante** | **Parentesco** | **Reconocimiento** |
| LEONILDE AVILA DE TRUJILLO | Esposa[[12]](#footnote-12) | 100 SMMLV |
| LUZ AMPARO TRUJILLO AVILA | Hija[[13]](#footnote-13) | 100 SMMLV |
| ROSA MERY TRUJILLO AVILA | Hija[[14]](#footnote-14) | 100 SMMLV |
| MARIA FERNANDA TRUJILLO AVILA | Hija[[15]](#footnote-15) | 100 SMMLV |
| RAMIRO AUGUSTO TRUJILLO AVILA | Hijo[[16]](#footnote-16) | 100 SMMLV |
| **TOTAL** | | **500 SMLMV** |

No se reconocerá ninguna suma por este tipo de perjuicio a los nietos LUZ STHEPHANIE DIAZ TRUJILLO, CESAR AUGUSTO SARMIENTO TRUJILLO, JESSIKA ANDREA TRUJILLO AVILA, RAMIRO EUGENIO SARMIENTO TRUJILLO, MARIA ALEJANDRA SARMIENTO TRUJILLO representada por su señora madre ROSA MERY TRUJILLO AVILA, toda vez que no se encuentra demostrado dentro del proceso, el dolor y la congoja que le causó la muerte de su abuelo ARGEMIRO TRUJILLO.

* + 1. **DAÑO A LA SALUD[[17]](#footnote-17)**

La jurisprudencia ha venido decantando el concepto de este tipo de perjuicio a través del tiempo, pasando del “daño fisiológico” al “daño a la vida de relación”, para luego acoger, el de “alteración grave a las condiciones de existencia” y llegar al hoy denominado “daño a la salud”, el cual abarca todas las categorías dispersas que se indemnizaban por separado en el anterior concepto, tales como, el perjuicio fisiológico y daños externos como el estético, el daño a las relaciones sexuales, familiares y sociales, evitando el subjetivismo judicial que conllevaba al enriquecimiento sin causa de las víctimas.

Como su nombre lo indica, esta clase de daño implica que la víctima no ha fallecido, pues el perjuicio está directamente relacionado con las secuelas que le haya dejado la lesión física sufrida por ella, y la alteración tanto de las condiciones en que se desarrollaba en su vida familiar y laboral, como en la pérdida de goce y disfrute de los placeres de vida y la imposibilidad de relacionarse normalmente con sus semejantes.

De conformidad con lo anterior como quiera que la víctima falleció no habrá lugar a ninguna indemnización a los demandantes por esta categoría.

* 1. Se **CONDENARÁ EN COSTAS** a la parte demandada **NACION – MINISTERIO DE DEFENSA – POLICIA NACIONAL** de conformidad con lo dispuesto en el artículo 188 del Código de Procedimientos Administrativo y de lo Contencioso Administrativo que remite al Código de Procedimiento Civil hoy Código General del Proceso[[18]](#footnote-18)

Sobre este punto los artículos 365 y 366 del Código General del Proceso establecen que se condenará en costas a la parte vencida en el proceso y para la fijación de las agencias en derecho deberán aplicarse las tarifas que establezca el Consejo Superior de la Judicatura. Si aquellas establecen solamente un mínimo, o este y un máximo, el juez tendrá en cuenta, además, la naturaleza, calidad y duración de la gestión realizada por el apoderado o la parte que litigó personalmente, la cuantía del proceso y otras circunstancias especiales, sin que pueda exceder el máximo de dichas tarifas.

Por último, mediante Acuerdo No. 1887 de 2003, la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura establece las tarifas de agencias en derecho, señalando en su capítulo III, Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, numeral 3.1.2. En los asuntos de primera instancia, inciso segundo, de los procesos con cuantía, que se condenará a la parte vencida en juicio hasta el veinte por ciento (20%) del valor de las pretensiones reconocidas o negadas en la sentencia.

De conformidad con lo anterior, teniendo en cuenta la naturaleza, calidad y gestión realizada por el apoderado de la parte actora, se fijará como agencias en derecho el **1%** de las pretensiones reconocidas en la presente sentencia.

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO TREINTA Y CUATRO (34) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUÍTO DE BOGOTÁ, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y, por autoridad de la Ley,**

**FALLA:**

**PRIMERO:** Declárense no probada la excepción propuesta por la parte demandada HOSPITAL MILITAR.

**SEGUNDO: Declárese administrativamente responsable** al HOSPITAL MILITAR por los perjuicios causados a los demandantes de acuerdo con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

**TERCERO: Condénese** al HOSPITAL MILITAR a indemnizar los perjuicios causados así:

* Para la señora LEONILDE AVILA DE TRUJILLO en calidad de esposa de la víctima el equivalente a 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes, que ascienden a la suma de SETENTA Y OCHO MILLONES CIENTO VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE ($78’124.200) a título de daño moral.
* Para la señora LUZ AMPARO TRUJILLO AVILA en calidad de hija de la víctima el equivalente a 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes, que ascienden a la suma de SETENTA Y OCHO MILLONES CIENTO VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE ($78’124.200) a título de daño moral.
* Para la señora ROSA MERY TRUJILLO AVILA en calidad de hija de la víctima el equivalente a 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes, que ascienden a la suma de SETENTA Y OCHO MILLONES CIENTO VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE ($78’124.200) a título de daño moral.
* Para la señora MARIA FERNANDA TRUJILLO AVILA en calidad de hija de la víctima el equivalente a 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes, que ascienden a la suma de SETENTA Y OCHO MILLONES CIENTO VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE ($78’124.200) a título de daño moral.
* Para el señor RAMIRO AUGUSTO TRUJILLO AVILA en calidad de hijo de la víctima el equivalente a 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes, que ascienden a la suma de SETENTA Y OCHO MILLONES CIENTO VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE ($78’124.200) a título de daño moral.

**CUARTO: Niéguense** las demás pretensiones de la demanda.

**QUINTO:** Se **condena en costas a la parte demandada**, liquídense por secretaría.

**SEXTO:** **Fíjense** como agencias en derecho de la apoderada de la parte actora la suma de $**3.906.210**[[19]](#footnote-19)

**SEPTIMO: Expídanse** por la Secretaría copias con destino a las partes, con las precisiones del artículo 114 del Código General del Proceso.

**OCTAVO:** Por secretaria líbrense las comunicaciones necesarias para el cumplimiento de este fallo, de acuerdo con lo previsto en los artículos 203 del C.P.A.C.A y 329 del C.G.P.

**CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

**OLGA CECILIA HENAO MARIN**

Juez

MSGB

1. Nota de Relatoría: Sentencia del 22 de abril de 2004, exp.: 14.212 efectuada en providencia del CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCION TERCERA. Consejera ponente: RUTH STELLA CORREA PALACIO. Bogotá, D.C., veintiocho (28) de abril de dos mil cinco (2005). Radicación número: 47001-23-31-000-1995-04164-01(14786). Actor: DALILA DUICA DE PEREIRA Y OTROS. Demandado: DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA - HOSPITAL CENTRAL JULIO MENDEZ BARRENECHE [↑](#footnote-ref-1)
2. Folios 25 a 28 del c3. [↑](#footnote-ref-2)
3. Folios 17 y 18 del c3. [↑](#footnote-ref-3)
4. [↑](#footnote-ref-4)
5. Extirpación de la mitad del colon (intestino grueso). Puede ser hemicolectomía derecha (exéresis de ciego, colon ascendente, ángulo hepático del colon y parte del colon transverso) o izquierda (exéresis del sigma, colon descendente, ángulo esplénico del colon y parte del colon transverso).

   <https://www.google.com.co/search?q=hemicolectomia&oq=hemicolectomia&aqs=chrome..69i57j0l5.7101j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8> [↑](#footnote-ref-5)
6. **Anastomosis** (del [latín](https://es.wikipedia.org/wiki/Lat%C3%ADn) *anastomōsis*, y éste del [griego](https://es.wikipedia.org/wiki/Idioma_griego) *αναστóμωσις*, embocadura) es un término, usado en [Biología](https://es.wikipedia.org/wiki/Biolog%C3%ADa), [Micología](https://es.wikipedia.org/wiki/Micolog%C3%ADa), [Medicina](https://es.wikipedia.org/wiki/Medicina) y [Geología](https://es.wikipedia.org/wiki/Geolog%C3%ADa), que se refiere a la unión de unos elementos [anatómicos](https://es.wikipedia.org/wiki/Anatom%C3%ADa) con otros de la misma [planta](https://es.wikipedia.org/wiki/Planta), [animal](https://es.wikipedia.org/wiki/Animal) o estructura mineral. Ejemplo de anastomosis: las uniones celulares llamadas [unión estrecha](https://es.wikipedia.org/wiki/Uni%C3%B3n_estrecha).

   <https://es.wikipedia.org/wiki/Anastomosis> [↑](#footnote-ref-6)
7. La apendicitis es la [inflamación](http://es.wikipedia.org/wiki/Inflamaci%C3%B3n) del [apéndice](http://es.wikipedia.org/wiki/Ap%C3%A9ndice_vermiforme), ubicado en [ciego](http://es.wikipedia.org/wiki/Ciego_(anatom%C3%ADa)), que es la porción donde comienza el [intestino grueso](http://es.wikipedia.org/wiki/Intestino_grueso). Normalmente los casos de apendicitis aguda requieren de un procedimiento quirúrgico llamado [apendicectomía](http://es.wikipedia.org/wiki/Apendicectom%C3%ADa) bien por [laparoscopia](http://es.wikipedia.org/wiki/Laparoscopia) o [laparotomía](http://es.wikipedia.org/wiki/Laparotom%C3%ADa) que no es más que la extirpación del apéndice inflamado. El tratamiento siempre es quirúrgico. En casos sin [tratamiento](http://es.wikipedia.org/wiki/Tratamiento_(medicina)), el índice de morbimortalidad es elevado, principalmente debido a complicaciones como la [peritonitis](http://es.wikipedia.org/wiki/Peritonitis) y el [shock séptico](http://es.wikipedia.org/wiki/Shock_s%C3%A9ptico), en particular cuando el apéndice inflamado se rompe. La mortalidad asociada al proceso es baja salvo cuando aparece perforación libre y peritonitis asociada a shock séptico (<http://es.wikipedia.org/wiki/Apendicitis>)

   Cuando el diagnóstico no se establece en las primeras horas o se permite la evolución del cuadro durante unos días, se trata en la mayoría de los casos una peritonitis aguda localizada en que las asas intestinales y el epiplón rodean el apéndice, formando lo que se llama un plastrón apendicular en cuyo centro con frecuencia existe un absceso purulento. A menudo en el adulto la colección purulenta permanece localizada formando un absceso, cuya localización dependerá de la posición anatómica del apéndice, y la formación de adherencias. El absceso puede romperse y generar una peritonitis aguda difusa. [↑](#footnote-ref-7)
8. Uno de los mayores riesgos a que están sometidos los pacientes que van a ser anestesiados es la broncoaspiración del contenido estomacal. La anestesia predispone a la aspiración del contenido gástrico por su efecto depresor sobre los reflejos protectores. Cuando se pierde la conciencia el paciente puede regurgitar el contenido gástrico a través del esófago y de ahí pasar a los pulmones y provocar inflamación de ellos, que es frecuentemente muy grave y en muchas ocasiones fatal, si el contenido gástrico es muy ácido. Una cantidad tan pequeña como 30 cc puede provocar una lesión importante. A pesar del conocimiento de lo anterior por la mayoría del personal que trabaja en las especialidades quirúrgicas, todavía hoy, un número importante de pacientes programados para procedimientos quirúrgicos bajo anestesia, están en riesgo de broncoaspirar por diferentes motivos. En este artículo se analizan los diversos factores que intervienen en el desarrollo de la broncoaspiración, así como los métodos de que se dispone para prevenirla. Especialmente se enfatiza sobre el valor del ayuno preoperatorio y las medidas para aumentar el pH estomacal como medidas fundamentales.

   <http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol74_3_02/ped083202.htm> [↑](#footnote-ref-8)
9. Segunda. Se condene al HOSPITAL MILITAR CENTRAL a pagar por concepto de PERJUICIOS MORALES con ocasión de la muerte del señor ARGEMIRO TRUJILLO SALAS (QEPD) en hechos acaecidos entre el tres (3) y doce (12) de Agosto del año 2012 derivados de la falla en el servicio médico, asistencial y quirúrgico garantizado por el accionado en sus instalaciones hospitalarias y a través de su equipo de salud adscrito al esposo, padre y abuelo de los accionantes, las sumas de dinero o su equivalente en SMMLV al momento de la sentencia, así:

   1. Para LEONILDE AVILA DE TRUJILLO, en calidad de esposa del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a doscientos (200) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.

   2. Para LUZ AMPARO TRUJILLO AVILA, en calidad de hija del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.

   3. Para ROSA MERY TRUJILLO AVILA, en calidad de hija del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.

   4. Para MARIA FERNANDA TRUJILLO AVILA, en calidad de hija del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.

   5. Para RAMIRO AUGUSTO TRUJILLO AVILA, en calidad de hi/o del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.

   6. Para LUZ STHEPHANIE DIAZ TRUJILLO, en calidad de nieta del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.

   7. Para CESAR AUGUSTO SARMIENTO TRUJILLO en calidad de nieto del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.

   8. Para JESSIKA ANDREA TRUJILLO AVILA, en calidad de nieta del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.

   9. Para RAMIRO EUGENIO SARMIENTO TRUJILLO, en calidad de nieto del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.

   10. Para MARIA ALEJANDRA SARMIENTO TRUJILLO, representada por su señora madre ROSA MERY TRUJILLO AVILA, y en calidad de nieta del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe. [↑](#footnote-ref-9)
10. El SMLMV para el año 2018 es $ 781.242 [↑](#footnote-ref-10)
11. |  |  |  |  |  |  |
    | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
    | *REPARACION DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE* | | | | | |
    |  | NIVEL 1 | NIVEL 2 | NIVEL 3 | NIVEL 4 | NIVEL 5 |
    |  | Relaciones  afectivas conyugales y paterno-filiales | Relación afectiva  del 2o de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos) | Relación afectiva  del 3o de consanguinidad o civil | Relación afectiva del 4o de consanguinidad o civil. | Relaciones afectivas no familiares -  terceros damnificados |
    | Porcentaje | 100% | 50% | 35% | 25% | 15% |
    | Equivalencia en salarios mínimos | 100 | 50 | 35 | 25 | 15 |

    [↑](#footnote-ref-11)
12. Folio 1 y 2 del c2. [↑](#footnote-ref-12)
13. Folio 4 del c2. [↑](#footnote-ref-13)
14. Folio 5 del c2. [↑](#footnote-ref-14)
15. Folio 6 del c2. [↑](#footnote-ref-15)
16. Folio 7 del c2. [↑](#footnote-ref-16)
17. Tercera. Se condene al HOSPITAL MILITAR CENTRAL a pagar por concepto de DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN con ocasión de la muerte del señor ARGEMIRO TRUJILLO SALAS (q.e.p.d) en hechos acaecidos entre el tres (3) y doce (12) de Agosto del año 2.012 derivados de la falla en el servicio médico, asistencial y quirúrgico garantizado por el accionado en sus instalaciones hospitalarias y a través de su equipo de salud adscrito al esposo, padre y abuelo de los accionantes, las sumas de dinero o su equivalente en SMMLV al momento de la sentencia, así:

    1. Para LEONILDE AVILA DE TRUJILLO, en calidad de esposa del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a doscientos (200) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.

    2. Para LUZ AMPARO TRUJILLO AVILA, en calidad de hija del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.

    3. Para ROSA MERY TRUJILLO AVILA, en calidad de hi/a del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.

    4. Para MARIA FERNANDA TRUJILLO AVILA, en calidad de hi/a del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS La suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.

    5. Para RAMIRO AUGUSTO TRUJILLO AVILA, en calidad de hi/o del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.

    6. Para LUZ STHEPHANIE DIAZ TRUJILLO, en calidad de nieta del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.

    7. Para CESAR AUGUSTO SARMIENTO TRUJILLO en calidad de nieto del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.

    8. Para JESSIKA ANDREA TRUJILLO AVILA, en calidad de nieta del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.

    9. Para RAMIRO EUGENIO SARMIENTO TRUJILLO, en calidad de nieto del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe.

    10. Para MARIA ALEJANDRA SARMIENTO TRUJILLO, representada por su señora madre ROSA MERY TRUJILLO AVILA, y en calidad de nieta del fallecido ARGEMIRO TRUJILLO SALAS la suma correspondiente a cien (100) SMMLV al momento de la sentencia o la suma que se pruebe. [↑](#footnote-ref-17)
18. *“(…). Salvo en los procesos en que se ventile un interés público, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código de Procedimiento Civil.”* [↑](#footnote-ref-18)
19. **1%** del total de la condena impuesta

    |  |  |
    | --- | --- |
    | LEONILDE AVILA DE TRUJILLO | $ 78’124.200 |
    | LUZ AMPARO TRUJILLO AVILA | $ 78’124.200 |
    | ROSA MERY TRUJILLO AVILA | $ 78’124.200 |
    | MARIA FERNANDA TRUJILLO AVILA | $ 78’124.200 |
    | RAMIRO AUGUSTO TRUJILLO AVILA | $ 78’124.200 |
    | Total | $ 390.621.000 |

    [↑](#footnote-ref-19)