

Señores  
Juzgado 33 del Circuito de Bogotá  
Ciudad.

Referencia : Verbal de Responsabilidad Civil Contractual por Falla en la  
Prestación del Servicio Médico.

Radicado : 11001310303320190083300

Demandante : Jenny Consuelo Quiñones Becerra

Demandado. : Silvio Roberto Rosales Conde y otros

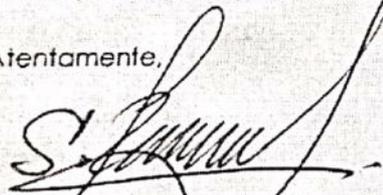
**Asunto. PODER**

**SILVIO ROBERTO ROSALES CONDE**, mayor de edad, vecino y residente en la ciudad de Bogotá, identificado con la C.C. 8.732.255 de Barranquilla; a través del presente escrito y en oportunidad procesal, actuando en nombre propio, al señor Juez, manifiesto, que confiero poder especial amplio y suficiente al Dr. **PEDRO LUIS BLANCO JIMENEZ**, mayor de edad, vecino y residente en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía No 19.438.105 de Bogotá; Abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No 100,121 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación, de contestación a la demanda en referencia, presente las excepciones del caso, y defienda mis intereses conforme a derecho, dentro del Verbal de Responsabilidad Civil Contractual por Falla en la Prestación del Servicio Médico, instaurada por la ciudadana Jenny Consuelo Quiñones Becerra.

Mi apoderado tiene las facultades de ley y las especiales para conciliar, transigir, desistir, recibir títulos, dineros y bienes en mi nombre, sustituir y reasumir, y cualesquiera otra necesaria para la efectiva protección de mis derechos.

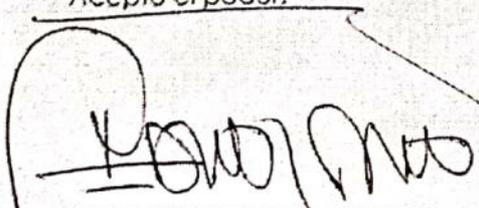
Sírvase, señor Juez, reconocerle personería para actuar,

Atentamente,



**SILVIO ROBERTO ROSALES CONDE**  
C.C.8.732.255 de Barranquilla

Acepto el poder:



**PEDRO LUIS BLANCO JIMENEZ**  
C.C No 19.438.105 DE Bogotá.  
T.P. No 100.121 del C. S de la J.

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



76580

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el nueve (09) de octubre de dos mil veinte (2020), en la Notaría Sesenta y Tres (63) del Círculo de Bogotá D.C., compareció: SILVIO ROBERTO ROSALES CONDE, identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #0008732255 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

----- Firma autógrafa -----



82rla92xm14

09/10/2020 - 08:36:31:478



Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

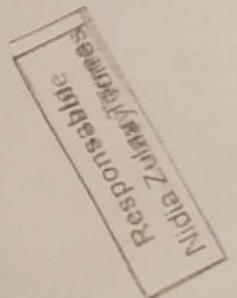
Este folio se asocia al documento de PODER.



SANDRA JANETH MUNEVAR RODRIGUEZ

Notaria sesenta y tres (63) del Círculo de Bogotá D.C. - Encargada

Consulte este documento en [www.notariasegura.com.co](http://www.notariasegura.com.co)  
Número Único de Transacción: 82rla92xm14





INDICE DERECHO

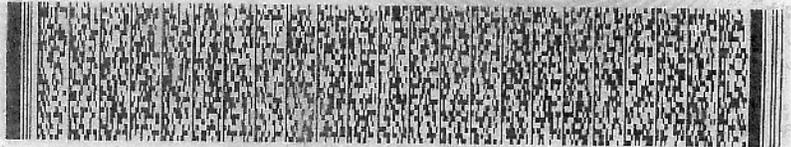
FECHA DE NACIMIENTO **27-MAY-1961**  
**BOGOTA D.C.**  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.75** **A+** **M**  
ESTATURA G.S. RH SEXO

**03-AGO-1979 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Albuquerque*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1500103-42135485-M-0019438105-20050923

0319105266C 02 178897040

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO

**19.438.105**

**BLANCO JIMENEZ**

APELLIDOS

**PEDRO LUIS**

NOMBRES

*Pedro Luis Blanco Jimenez*  
FIRMA



Señores  
Juzgado 33 del Circuito de Bogotá  
Ciudad.

Referencia: Verbal de Responsabilidad Civil Contractual por Falla en la Prestación del Servicio Médico.

Radicado: **11001310303320190083300**  
Demandante: Jenny Consuelo Quiñones Becerra  
Demandado.: Silvio Roberto Rosales Conde y otros

**Asunto. Contestación de la Demanda y Presentación de Excepciones**

PEDRO LUIS BLANCO JIMENEZ, mayor de edad e identificado con cédula de ciudadanía número 19.438.105 de Bogotá – D.C y tarjeta profesional N° 100.121 C.S de la Judicatura, domiciliado en Bogotá, actuando como apoderado del Doctor SILVIO ROBERTO ROSALES CONDE, Colombiano, mayor, vecino de Bogotá, identificado con la C.C. 8.732.255 de Barranquilla; a través del presente escrito y en oportunidad procesal, me permito contestar la demanda Verbal de Responsabilidad Civil Contractual por Falla en la Prestación del Servicio Médico, instaurada por la ciudadana Jenny Consuelo Quiñones Becerra, en los siguientes términos:

**A LOS HECHOS DE LA DEMANDA**

AL HECHO PRIMERO: No nos constan la diversidad de afirmaciones que se hacen, por lo tanto, nos atendremos a lo que se pruebe sobre cada una de ellas.

AL HECHO SEGUNDO: No nos consta, deberá probarse.

AL HECHO TERCERO: No me consta, la atención médica fue prestada por otro profesional, tal y como lo menciona la demandante.

Sin embargo, es importante anotar, que la parte activa omite mencionar antecedentes clínicos de suma importancia, que permitirían al ad quó, conocer que la paciente aquí demandante, había sido operada de manga gástrica en mayo de 2014, por padecer de obesidad mórbida, y que presentaba enfermedad acidopéptica (dolor en epigastrio), antes de la cirugía de la vesícula. En este orden de ideas, se pone de presente, que, en este hecho, se pretende informar sobre el estado de salud de la demandante al momento del ingreso al servicio, pero, ocultando antecedentes de procedimientos con altas secuelas mórbidas, que requieren ser conocidos por el despacho, a fin de procurar un fallo acertado y en Derecho.

En efecto, para ilustración del despacho, la cirugía de Manga Gástrica, es un procedimiento quirúrgico mayor (Alta complejidad y Riesgo), realizada en el cuadrante superior intra abdominal, que consiste en reseca el estómago en sentido vertical dejando apenas un estomago tubulado (Tubo

alargado), lo cual requiere de una disección meticulosa, movilización y tracción de estructuras vecinas tales como el esófago, hígado, vías biliares y ligamentos cercanos entre otras estructuras. En este orden de ideas, la cirugía puede generar como consecuencia la formación de adherencias (telarañas) y fibrosis producto de la cicatrización de los tejidos entre las diferentes estructuras y así disminuir la visibilidad de los órganos en futuras cirugías. Otro cambio estructural después de ser sometido un paciente a la manga gástrica es la dilatación de los conductos biliares, considerando un incremento en su diámetro en promedio en 0.8 mm situación ésta, que aumentaría el riesgo de lesión de la vía biliar en un procedimiento de vesícula biliar o aumentar la dificultad en una derivación bilioentérica. También la baja de peso acelerado genera en los pacientes una colestasis, es decir existe una predisposición a la formación de cálculos biliares. En un 25% también se ha visto el desarrollo de enfermedad ácido péptica ya que se trata de compensar la disminución del ácido, aumentando su productividad.

Para que el cirujano bariátrico indicara la cirugía (Manga Gástrica) a la paciente aquí demandante (UN AÑO ANTES DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO POR MI PODERDANTE, El Dr. Rosales), era porque su estado de obesidad ponía en peligro su vida, y su longevidad se veía ya afectada.

Numerosos y respetados estudios han concluido que la obesidad que conlleva a realizar una cirugía bariátrica (manga gástrica), como último recurso, requiere que se asuma por parte de la paciente, una estricta responsabilidad en el cumplimiento de las instrucciones impartidas por su médico tratante y así sopesar el **riesgo vs beneficio**. Los pacientes con estos grados de obesidad desarrollan hígado graso, cirrosis hepática, Osteoporosis, Artritis entre otras enfermedades, y de no ser intervenidos a tiempo o si descuidan sus tratamientos y protocolos posoperatorios, pueden desencadenar osteoporosis, cáncer hepático, hipertensión arterial, cirrosis y esta última que conlleve al trasplante hepático, también diabetes y subsecuentemente la muerte. Además, cabe mencionar que el sobrepeso de estos pacientes genera dolores articulares (tal como se describe en la historia clínica) y alteraciones psicológicas, como depresión y ansiedad. Los criterios para indicar si un paciente es candidato son: hombres que pesan 45 kg o más de su peso ideal. Y, mujeres que pesan 35 a 40 kg de más de su peso ideal. Se pretende con esta cirugía que la paciente pierda 10 kilos de peso en los primeros 8 días y después 5 a 7 kilos por mes durante el año.<sup>1</sup>

Así, se puede concluir que la paciente aquí demandante, tal y como lo demuestra la historia clínica, no tuvo adherencia a los protocolos y solo perdió en 8 meses 20 kilos, donde debería haber perdido mínimo 45 kilos. Ella misma relata a su psicóloga, que en ningún momento cambio los hábitos alimenticios y si a esto le sumamos la presencia de un hígado graso, podemos concluir que la enfermedad hepática no estaba controlada para

---

<sup>1</sup> Referencias bibliográficas:

-Revista de la Facultad de Medicina **mejicana** volumen 57 numero 6 nov. dic. 2014.  
-Revista Colombiana de Cirugía 2011; 26:180-195 Obesidad y enfermedades no transmisibles con la nutrición, Gastroenterología Latinoamericana 2014; vol. 25.  
-Supl. número 1 65-69 Obesidad e Hígado Graso, no alcohólico Obesidad y Enfermedad hepática- Unidad de Investigación Hospital Universitario Santa Cristina, Maria Eugenia Miquilena y Carmelo Garcia.  
-Actualización, Complicaciones a largo plazo y efectos secundarios de la cirugía Bariátrica una revisión sistemática Journal, vol. 2 número septiembre del 2017 pág. 367 -430.  
Revista de la Facultad de Medicina (México) número 6 volumen 57 nov/ dic 2014 Manga Gástrica Laparoscópica, Revisión Detallada.

ese entonces. Además, como prueba importante los niveles elevados - más de 5 veces - de las transaminasas tal como se evidencia en laboratorios antes de la cirugía de vesícula biliar practicada por mi prohijado el Dr. Rosales. Por lo tanto, cualquier afirmación, pericia u opinión que no tenga en cuenta estos antecedentes ocultados por la parte activa, es temeraria, tendenciosa e irresponsable.

AL HECHO CUARTO: No nos consta. Esta atención la brindó otro profesional tal y como lo indica el hecho. Sin embargo, nos atenemos al contenido literal de los soportes allegados con la demanda.

AL HECHO QUINTO: No nos consta. Esta atención la brindó otro profesional tal y como lo indica el hecho. Sin embargo, nos atenemos al contenido literal de los soportes allegados con la demanda.

AL HECHO SEXTO: No nos consta. Esta atención la brindó otro profesional tal y como lo indica el hecho. Sin embargo, nos atenemos al contenido literal de los soportes allegados con la demanda.

AL HECHO SEPTIMO: No nos consta. Esta atención la brindó otro profesional tal y como lo indica el hecho. Sin embargo, nos atenemos al contenido literal de los soportes allegados con la demanda.

AL HECHO OCTAVO: Es cierto. Mi mandante, le realiza la colecistectomía laparoscópica el 22 de junio del 2015.

Sin embargo es pertinente y necesario indicar, que extrañamente el abogado demandante (quien aparentemente ha tenido asesoría profesional especializada), no aporta la descripción quirúrgica mediante la cual se hace la reseña clara, pormenorizada de todos los aspectos médicos y clínicos sucedidos durante un procedimiento quirúrgico, desde el ingreso del paciente a sala de cirugía, hasta cuando egresa para su recuperación (tipo de cirugía, anestesia, vía de abordaje, descripción de órganos u órganos a intervenir o adjuntos, el equipo quirúrgico participante, técnica y materiales utilizados, hora de inicio y terminación, eventos adversos o complicaciones y su manejo etc.), solo se evidencian notas de enfermería que obviamente son un resumen sin entrar en detalle. Tampoco, entrega el consentimiento informado debidamente diligenciado, en donde se encuentra la autorización expresa del paciente o del acompañante responsable, para la realización de la cirugía de vesícula, y en donde consta, que a la paciente se le explicó de manera clara, precisa y suficiente las posibles complicaciones de la cirugía, dentro de ellas posibles complicaciones de Colelap, sangrado, perforación de víscera hueca, lesión de vía biliar, fistulas, infección, lesión de estructuras cercanas como hígado, entre otras, con lo cual, se priva al fallador, de dos instrumentos importantes mediante los cuales puede verificar: 1. Lo ocurrido durante el procedimiento, 2. Que la paciente conocía los riesgos que generaba este tipo de intervención quirúrgica, máxime cuando sus antecedentes clínicos, hábitos alimenticios y salud general no eran los mejores. Y 3. La descripción del estado general interno de la paciente, al momento del abordaje laparoscópico.

Por lo tanto, reiteramos, que esta omisión, no se puede interpretar como ignorancia de quien redacta la demanda, ni de sus asesores y expertos peritos, sino una clara intencionalidad de omitir presentar la verdad completa de este caso en particular.

AL HECHO NOVENO: No es cierto de la manera como lo presenta el abogado de la demandante. El togado, presenta una diversidad de supuestos y hechos que no se encuentran en la historia clínica aportada y hace valoraciones subjetivas a una diversidad de hechos y circunstancias, que es necesario aclarar conforme a la HC arrimada al proceso por la demandante. Así: Se evidencia que la paciente ingresa al servicio de urgencias de la Clínica Santa Bibiana, el 24 de junio del 2015 por un cuadro de Ictericia. NO tiene fiebre, NO está descompensada.

Fue valorada por el cirujano de turno quien ordena exámenes de laboratorio y ecografía hepatobiliar. El Dr Rosales, la valora a partir de ese mismo momento y durante los tres días de permanencia, hasta su salida, por considerar que es su paciente, sin considerar no estar de turno.

Durante la estancia se le suministran antibióticos y medicamentos, al tercer día la paciente mejora. Se da salida por el Dr. Rosales, con diagnósticos de Pop Colelap. Síndrome biliar obstructivo en estudio y riesgo de Colangitis, **mas no**, colangitis **y mucho menos** Coledocolitiasis, como errónea y temerariamente lo afirma el togado que redacta la demanda, cuando se aparta del tenor literal de la Historia Clínica.

Se verifica que se ordena por parte del cirujano tratante, una Colangiorensonancia, con la consiguiente explicación a la paciente, sobre la importancia diagnóstica de este examen con el cual se puede precisar cuál sería la causa del síndrome biliar obstructivo, materia del ingreso. También se le explican los signos de alarma, como fiebre dolor intolerancia a la vía oral etc. Adicionalmente se le brinda el número telefónico del cirujano tratante para que informe sobre cualquier eventualidad y se le explica a la paciente la importancia de saber cuál es la causa de su Ictericia ya que no tiene un diagnóstico claro.

**No**, se dio como diagnostico una coledocolitiasis, en atención a que, ni en la ecografía, ni en los otros exámenes se hubiera confirmado ese diagnóstico. Incluso la ecografía hepatobiliar solo se menciona dilatación de la vía biliar. **Nunca se diagnosticaron cálculos en la vía biliar.** El diagnóstico en ese momento fue: Síndrome biliar obstructivo en estudio.

Por esas razones de orden técnico, NO se podía programar inmediatamente para una derivación biliodigestiva, como falsamente lo afirma el togado demandante, ya que en ese momento NO se tenía la causa precisa de la obstrucción biliar y por ende, **no** se podía plantear un enfoque terapéutico y para ello, es que se ordenó la Colangiorensonancia.

Se resalta, que dentro de los hechos no se menciona que la paciente fue valorada después de su salida de urgencias (26 de junio del 2015) por parte del Dr rosales y por medicina general el día 30 de junio del 2015, por el servicio de consulta externa.

Efectivamente, en la historia Clínica de Santa Bibiana se menciona claramente que el día 30 de junio 2015 en las horas de la mañana la paciente YENNY (aquí demandante), en compañía de su señora madre acudió al servicio de consulta externa para presentar al Dr. Rosales y a medicina general los resultados de la colangiografía (examen que previamente antes de su salida de la clínica el Dr. Rosales le había ordenado), donde claramente diagnosticaron lesión de la vía biliar estranberge E1 y con ello se demuestra la coherencia y el acierto en el manejo por parte del Dr. Rosales, ante la sospecha de lesión de vía biliar pop de Colelap.

Lo anterior es pertinente, por cuanto, con base en esos resultados se pudo precisar el origen de la patología, lo cual permitió al Dr Rosales decidir el tratamiento a seguir, procediendo a programar a la paciente para derivación biliodigestiva (hepatoyeyunostomia en y de Roux), para el día 9 de julio del 2015, cirugía, que se debe realizar para este tipo de lesión, es decir que: *“siempre que exista Ictericia después de una Colelap se debe pensar en lesión de vía biliar y el examen radiológico mandatorio no invasivo con sensibilidad del 90 por ciento es la colangiografía, la cual puede definir todo el mapa de la vía biliar...”*, aun con amputación de la misma como aconteció en este caso, esto último no lo hace la CPRE ya que el medio de contraste solo llega hasta el punto de la lesión sin permitir ver más allá. La CPRE es invasiva, requiere de anestesia general y tiene un considerable porcentaje de complicaciones tales como: pancreatitis, perforación duodenal, sepsis y muerte. Hoy en día a raíz de esta morbilidad solo se utiliza para manejo terapéutico. Cabe recordar que la clasificación Stramberg e1 es lesión completa del hepático común, a 2 cm de la confluencia de ninguna forma se diagnosticó coledocolitiasis y obviamente jamás se practicó la CPRE que no estaba indicada de acuerdo los estudios para este tipo de lesiones Estramberg e1, en adelante en todas las series en el mundo son manejadas mediante derivaciones biliodigestivas tal como aconteció, en nuestro caso, otro acierto en el manejo de la paciente aquí demandante.<sup>2</sup>

En esta consulta, el Dr. Rosales le explica a la paciente y a su familiar, sobre los riesgos y complicaciones de la cirugía y antes de ingresar a salas de cirugía la paciente firma el consentimiento informado, según la lista de chequeo establecido en el protocolo preestablecido en la Clínica Santa Bibiana tal como se evidencio en las notas de enfermería.

AL HECHO DÉCIMO: Es cierto, pero no, como está redactado. Ante la recurrente, e inexplicable imprecisión de los hechos y circunstancias plasmadas en la Historia Clínica que pueden inducir a error al fallador en procura de decisión judicial a favor de la parte activa, se aclara que el diagnóstico del post operatorio de la paciente, entre otros, fue: derivación entero biliar (hepaticoyeyunostomia en y de Roux con gastroyeyunostomia), no solo exploración de vía biliar. Igualmente, se aclara que la paciente fue trasladada de la UCI, a piso, el 24 de julio del 2015, **y no**, el 25 de julio 2015.

---

<sup>2</sup> Revista chilena de cirugía tratamiento quirúrgico de la lesión iatrogénicas de vías biliares volumen 69 numero 3 Santiago junio 2017.

AL HECHO DECIMO PRIMERO: Es cierto. Sin embargo, se omite indicar que el diagnóstico del post operatorio de la paciente, entre otros, fue: derivación enterobiliar (hepaticoyeyunostomia en y de ROUX con gastroyeyunostomia), no solo exploración de vía biliar. Igualmente, causa extrañeza que no aportaran la descripción quirúrgica del procedimiento aludido en el hecho, lo cual es de especial relevancia, porque es el único instrumento idóneo para entregar de manera transparente, objetiva y leal, la información al juez de conocimiento.

Por lo tanto, desde ya, solicitaremos a la demandante y a su apoderado (quienes, según lo manifestado a lo largo de la demanda y sus anexos, han sido asesorados ampliamente por especialistas en la materia), que hagan entrega de los consentimientos informados y la totalidad de las descripciones quirúrgicas que son parte esencial de la historia clínica de la paciente, por cuanto han informado al proceso que les fue entregada la "totalidad" de la Historia Clínica. Lo anterior reviste importancia, por cuanto se puede precisar el seguimiento de guías, procedimientos y protocolos de atención y seguridad del paciente, el tipo de cirugías practicadas, su grado de dificultad, los cambios anatómicos producto de la cirugía de manga gástrica, las incidencias durante las mismas y por supuesto, la responsabilidad, cuidado, pericia y eficiencia con que se realizaron, no solo por parte del Cirujano tratante, sino de la totalidad de sus equipos quirúrgicos.

En caso de negar tener estas piezas de la HC, las solicitaremos a la entidad responsable de su custodia, también aquí demandada.

AL HECHO DECIMO SEGUNDO: No es un hecho puro y simple, se trata de unas afirmaciones tendenciosas, insoportadas y temerarias, por parte del togado demandante, que deben ser probadas en su totalidad. Sin embargo, lo responderemos de la siguiente manera:

No nos consta, que la paciente haya sido acompañada por los familiares en las circunstancias de modo, tiempo y lugar referidas.

Frente a la afirmación que pudo haber dicho mi mandante en referencia al éxito de la cirugía practicada, es necesario mencionar su contexto:

Desde el 5 de abril de 2015, la paciente presenta múltiples manifestaciones clínicas, como artralgiyas, epigastralgiyas, que **no son** propias de cirugías de la vesícula, ni de la derivación bilioentérica, pero si por su antecedente de obesidad mórbida y de la cirugía bariátrica (Manga gástrica) como debió haber sido de conocimiento de la paciente en el momento de firmar el consentimiento informado para esa cirugía.

El problema de esta paciente se puede remontar desde que sufrió de obesidad mórbida varios años atrás con un sin número de repercusiones en su salud, llegando a una cirugía de manga gástrica, como su única opción de vida sana (mayo del 2014, antes de la cirugía de vesícula). Un paciente con obesidad mórbida, no tiene la misma longevidad que un paciente normal. La obesidad mórbida trae como consecuencia problemas psicológicos, que se evidencian en la cita de sicología de fecha 28-09-2015,

en donde la aquí demandante, le confiesa a la psicóloga, su descuido, falta de adherencia a los tratamientos y hábito sedentario, pésimo hábito alimenticio, evidenciando la falta de atención, cuidado y seguimiento de consejos terapéuticos por parte de la paciente, provocando el incremento de riesgos de morbilidad por deterioro de su condición de salud física y psicológica.

Esto puede conllevar a serios problemas orgánicos, como el hígado graso, documentados en las cifras de función hepática antes de la cirugía de vesícula. En la nota número 1 de la H.C. de la Clínica Santa Bibiana, se evidencia claramente el incremento del perfil hepático, es decir, la paciente con su antecedente de obesidad mórbida no solo cursaba con hígado graso si no con criterios para hablar de esteatohepatitis, por cuanto ya existía evidencia de inflamación hepática fosfatasa alcalina 12 00 u/l, TGO 301 u/l, TGP 197 u /l, donde el valor normal de TGO es de 15 a 37 u/ l, es decir, sus niveles estaban 10 veces más altos de lo normal. La TGP su valor normal es de 30 a 65 u/l es decir sus valores estaban 3 veces por encima de lo normal. Se considera que cuando las cifras están 3 veces por encima de lo normal, existe evidencia de esteatohepatitis. Se considera que el 90 % de los pacientes que cursan con obesidad mórbida o avanzada, cursan con hígado graso como es el caso de nuestra paciente aquí demandante, de ellos el 40% tienen fibrosis hepática. Así, se considera, que cuando el cociente entre la TGO y la TGP dan más del 08%, se debe sospechar estadios avanzados de fibrosis.<sup>3</sup>

Evidentemente, la manifestación de "cirugía exitosa", se dio, teniendo en cuenta la dificultad técnica ante una paciente obesa, con antecedente previo de cirugía mayor de manga gástrica documentada en las descripciones quirúrgicas (que brillan por su ausencia en los documentos aportados con la demanda) y en la historia clínica; con múltiples adherencias, cambios anatómicos y fibrosis en el abdomen. La permeabilidad de la anastomosis tal como fue documentada por los exámenes radiológicos durante los primeros seis meses de la cirugía, lapso de tiempo en que la paciente acudió a su cirujano tratante (Dr Rosales) y que después no volviera donde este para seguir con los controles recomendados.

Durante el procedimiento quirúrgico, la paciente no tuvo complicación alguna. Las pérdidas de sangre en el tras-operatorio a pesar de ser una cirugía extensa, no requirieron monitoreo invasivo. Se terminó la cirugía satisfactoriamente. La anastomosis entre el intestino y la vía biliar se realizó técnicamente y a satisfacción. Se solicitó incluso una segunda opinión por el cirujano de turno quien colaboró en el momento de la anastomosis para después salir de la cirugía. Esto contemplado dentro de las buenas prácticas médico-quirúrgicas. Sumado a lo anterior, si observamos las evoluciones en el post operatorio inmediato, se verifica que no hubo necesidad de re intervenir a la paciente durante su estancia en la clínica. Finalmente, a la paciente se le da salida con visitas diarias, e incluso en ocasiones, más de una vez al día por parte del cirujano tratante.

---

<sup>3</sup> Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo, volumen 54, numero 1., pág. 37- 46 enero -marzo del 2017.

El día 31 de agosto de 2015, se ordena colangiografía de control pos operatorio, la cual evidencia permeabilidad de la anastomosis, resultados que no son aportados en la demanda y que desde ya serán solicitados como prueba. Finalmente, el día 11 de septiembre de 2015, dos meses después de la derivación biliar entérica, se valora a la paciente por parte del cirujano tratante y con base en el resultado previo de la colangiografía que demostró funcionamiento adecuado de la anastomosis biliar entérica, al estado de salud de la paciente aquí demandante, sin ictericia ni fiebre, tolerando la vía oral, abdomen no doloroso y al no existir drenaje externo de bilis a través de los drenes biliares, se retiran estos y se da de alta a la paciente con recomendaciones, incluyendo el uso del ácido ursodiol y abundante agua para evitar la precipitación de sales biliares, por dos factores: primero la manga gástrica (cirugía previa a la que nos ocupa) y su antecedente de hígado graso por la obesidad mórbida; y segundo lugar, para la cirugía de derivación y así evitar la formación de cálculos, tal como se lo formularon posteriormente en la Clínica Córdio Infantil. El Dr Rosales mantiene comunicación telefónica constante con la paciente, habiéndole dado recomendaciones y signos de alarma.

La mención, que “en la Clínica Santa Bibiana no se habían realizado ese tipo de cirugía”, no se acepta por ser lejano a la realidad. Para verificar estas afirmaciones, solo bastará con que se revisen los records de cirugías de vías biliares o cirugías que comprometan el manejo de estas mismas, porque se debe tener presente que existen cirugías de páncreas y otras que requieren de anastomosis bilioentéricas. Es por ello que llama la atención que la funcionaria desconociera estos procedimientos que se practicaron en la Clínica Santa Bibiana tres años antes de la fecha de la intervención (2015). O, que continuaran realizándose, por cuanto esta institución era de tercer nivel de complejidad, en donde se practicaba cirugía de cáncer de páncreas, estómago, obesidad mórbida, todas la relacionadas con las vías biliares, sin mencionar el alto volumen de cirugías de vesícula biliar. Por otra parte, la clínica Santa Bibiana contaba con un servicio multidisciplinario de radiología intervencionista, incluyendo resonancia magnética, además de ello unidades de cuidados intensivos con promedio de 20 camas en total y finalmente un servicio de gastroenterología intervencionista de tercer nivel, es decir, todo esto a disposición de la paciente y del cirujano tratante, tal como lo exigen este tipo de casos en los protocolos de cuidado, atención y seguridad del paciente exigidos por el Estado Colombiano. (Para probar lo aquí afirmado, solicitaremos la entrega de los archivos de las cirugías que se practicaban en la Clínica Santa Bibiana)

Ahora bien, las afirmaciones que pudo haber hecho la exfuncionaria mencionada en el hecho, serán dubitadas en la oportunidad procesal para ello. Con la connotación de que la sicóloga, sin ser un par del cirujano, ha opinando un tema que no domina

AL HECHO DÉCIMO TERCERO: Es cierto.

AL HECHO DECIMO CUARTO: Es cierto, aclarando que el retiro de los drenes se determinó por existir las condiciones clínicas para ello, tal y como se

mencionó al ripostar el hecho 12, es decir, porque existía permeabilidad de la anastomosis, sin cálculos, ni ictericia, ni obstrucción biliar.

AL HECHO DECIMO QUINTO: Es cierto. Se aclara, que, de conformidad a la historia clínica, el ingreso de la paciente no tiene por motivo ni asociación, la cirugía realizada a la paciente. Nunca ingresa con ictericia, ni tampoco padece de fiebre, solo epigastralgia, síntoma de vieja data presentado por la paciente y propio de enfermedad ácido péptica. Se le da salida con diagnóstico de dolor inespecífico.

AL HECHO DECIMO SEXTO: Es cierto conforme a los documentos arrojados al proceso, sin embargo, se debe indicar, que la sintomatología de artralgiyas por la que consultó la paciente, no se asocia a la cirugía de derivación enterobiliar, ni la colecistectomía. Estas se asocian a su obesidad mórbida y por el sobrepeso, o una osteoporosis que son documentadas en las cirugías bariátricas. Además, se corrobora la evolución de las cirugías de derivación bilioenterica con el resultado de la ecografía abdominal, que no revela dilatación de la vía biliar como posible cierre de la anastomosis, que obviamente, no existe. En ese momento la paciente lleva tres meses de operada de la derivación bilioenterica sin complicación, es decir que la cirugía fue exitosa.

AL HECHO DECIMO SEPTIMO: No es claro. Es confuso, y no nos consta. Estas afirmaciones, deberán probarse en el proceso.

Sin embargo, es preciso indicar que cuando el apoderado de la demandante menciona que "las crisis continúan", no precisa si se refiere a las artralgiyas, a sus manifestaciones producto de la obesidad mórbida, a las secuelas de la manga gástrica, o a otra cosa. Esto, por cuanto en la historia clínica no hay mención de crisis biliares, ni mucho menos cuadros de ictericia (amarilla) o colangitis (infección de la vía biliar), es decir, hasta la presente, dentro de la cronología de los hechos, la paciente no evidenciaba ni por historia clínica, ni por laboratorios o métodos radiológicos, ninguna complicación inherente a la cirugía de derivación biliodigestiva. La paciente estaba en su derecho de acudir a un médico particular, pero no nos consta como se realizó la valoración, ni los criterios para remitirla. Todo esto debe ser probado, incluyendo la idoneidad del médico particular.

Tampoco nos consta, que exámenes y procedimientos diagnósticos le realizó el Dr. Mauricio Caicedo, para insinuar algo sospechoso de la cirugía y solicitar valoración por hepatología. A pesar de ello, mi mandante no tuvo inconveniente en colaborar con la interconsulta. Se debe recordar, que en los siguientes días, mi poderdante, le ordenó una gammagrafía y resonancia magnética. Ambos exámenes evidenciaron permeabilidad y drenaje adecuado de la anastomosis biliar, sin dilatación de la misma, tal como se verifica en la historia clínica aportada al proceso.

AL HECHO DECIMO OCTAVO: Es cierto., sin embargo, se precisa que:

El Dr. Rosales, como médico tratante, atiende a sus pacientes en el momento que lo requirieran, sin necesidad de agenda previa, tal y como se evidencia en este caso en particular. Para la paciente aquí demandante, solo bastaba que se comunicara telefónicamente a los números entregados en el servicio con ese propósito, en atención a que la oportunidad de citas de cirugía con mi mandante (Dr. Rosales), eran superiores a un mes.

En esa atención prestada, la demandante presentó a mi mandante, los resultados de la gammagrafía hepatobiliar y de la colangiografía con los cuales se evidencio permeabilidad y drenaje adecuado de la anastomosis biliar, la no dilatación de la vía biliar y disfunción hepatocelular, por el antecedente del hígado graso. Diagnostico hecho desde su enfermedad de obesidad mórbida que terminó con la operación de manga gástrica en el 2014, hecho documentado por ecografía hepatobiliar antes de la cirugía de vesícula practicada por mi mandante en junio del 2015. En esa oportunidad, la paciente se encontró clínicamente estable, sin fiebre, sin dolor ligero, tinte icterico, tolerando la vía oral, sin respuesta inflamatoria y llega por sus propios medios en compañía de familiar. Se le explicó en detalle los exámenes antes mencionados, y se le recomendó dieta baja en grasa, abundantes líquidos para diluir las sales biliares - preferiblemente agua- para no incrementar los ingresos calóricos, evitar bebidas con azúcar. Igualmente, la toma de ácido ursadexosicolico es indispensable para prevenir la precipitación de las sales biliares y así se disminuyen los riesgos de obstrucción e inflamación de la anastomosis bilioenterica. Se explican signos de alarma como fiebre, dolor severo, incremento de la ictericia, entre otros y se explica, que debido a su hígado graso como consecuencia de la obesidad mórbida tiene esteatosis, es decir, predisposición a producir barro biliar y cálculos, siendo de suma importancia el medicamento y la dieta recomendada. Se le explicó también, que el tinte sub icterico (leve ictericia) es producto de barro biliar, ya que los exámenes radiológicos descartaban cualquier obstrucción.

Dentro de este contexto, cabe mencionar que la paciente antes de la cirugía de vesícula biliar ya evidenciaba en los laboratorios de pruebas hepáticas anomalías que hacían sospechar de patología hepática tal como se corrobora en la nota 1 de la H.C. de la Clínica de Santa Bibiana

Como se puede apreciar, la versión subjetiva, incoherente y temeraria del togado que redacta el hecho, se aparta de la verdad fáctica que reposa en la historia clínica.

AL HECHO DECIMO NOVENO: No nos consta, deberá probarse en el proceso. Sin embargo, es pertinente indicar que:

Al revisar las historias clínicas, no se evidencia consulta por urgencias a ninguna institución motivada por síntomas que sugieran alguna complicación de la cirugía practicada por mi mandante, (derivación biliodigestiva), se puede ver, que en el mes de febrero el 10 del 2016 asiste a consulta por optometría llegando por sus propios medios, sin evidencia de ictericia, dolor, ni otra sintomatología que hicieran sospechar complicación de la derivación biliar.

Se evidencia error en la apreciación diagnóstica en el servicio de gastroenterología de la Fundación Cardio Infantil, insistiendo en que la

derivación de hepatoyeyunostomía tenía un Asa de Chen<sup>4</sup>, lo cual obligaría al gastroenterólogo a interconsulta con cirugía general para llevar la paciente a salas de cirugía y exteriorizar el Asa, abriendo el abdomen; cosa que obviamente no ocurrió, en atención a que a la paciente se le anastomoso el asa al estómago, precisamente para evitar ser llevada a salas de cirugía y en cambio solo realizarle una endoscopia a través de la cual, se manipulara la anastomosis, tal y como se mencionara en la historia clínica.

Cabe mencionar que el cuadro clínico en este momento es totalmente diferente al evidenciado en el mes de diciembre de 2015, por el médico tratante.

En la historia clínica no consta que el Dr. Garzon, gastroenterólogo de la Clínica Córdio Infantil, sugiriera la reconstrucción de la anastomosis, y eso es apenas comprensible, en atención que no tenía exámenes diagnósticos que confirmaran la estenosis indicada. Solo menciona disfunción de la anastomosis, que podía presentarse por barro biliar, cálculos en los hepáticos, o estenosis de la misma, por fibrosis severa. Todas estas situaciones deben ser manejadas en primera instancia con la instrumentalización de la vía biliar, de allí la importancia de saber que no tenía la paciente Asa de Chen, si no, Asa conectada al estómago. Tampoco, se verifica en el material arimado al proceso, que exista la descalificación mencionada por el togado demandante, sobre la realización de la cirugía por parte de un gastroenterólogo y no por un cirujano hepatobiliar.

Considero pertinente mencionar que mi mandante, el Dr. Rosales en el 2015, tenía especialización en cirugía general y vías digestivas con más de 20 años de experiencia, gastroenterólogo por más de 15 años y conforme con ASCOFAME (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina en pregrado como post grado) <sup>5</sup>, cumplía con los requisitos científicos, de entrenamiento, experiencia y legales para realizar este tipo de procedimientos quirúrgicos. Por lo tanto, las afirmaciones hechas en este hecho por parte del togado, deben ser probadas más allá de toda duda, por cuanto rayan en la ilegalidad y comprometen el buen nombre, la ética y la buena fe de los profesionales que resultan afectados con estas.

Durante muchas evoluciones evidenciadas en las historias clínicas de la Clínica Córdio Infantil, partiendo desde su primera consulta al servicio de gastroenterología se hizo un diagnostico errado parcialmente de hepatoyeyunostomía con Asa de Chem, sin verificar la historia Clínica ni la

---

<sup>4</sup> El Asa de Chem es un Asa de Yeyuno (intestino delgado) que se une a la vía biliar y su extremo distal se deja debajo del musculo a nivel del flanco abdominal derecho, con el propósito de ser extraída en cirugía abriendo el abdomen y por allí introducir el endoscopio hasta la unión del yeyuno con la vía biliar y poder instrumentarla o dilatarla si está cerrada. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cubcir/rcc-2016/rcc162c.pdf>.

<sup>5</sup> ASCOFAME (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina en pregrado como post grado), amparada en la ley 14 de 1962 (que regula la medicina en Colombia, es la asociación líder en la definición del perfil de las especialidades en Colombia) y dentro de ellas esta cirugía general, colocando estándares de calidad. Dichos estándares son el eje principal del llamado proceso de Bolonia, consenso que fija las directrices de educación para todas las escuelas de los países adscritos. También imparte los lineamientos de formación de las especialidades medico quirúrgicas en Colombia. Para la formación del cirujano general y para acceder a su título dentro de las universidades y facultades de medicina legalmente reconocidas en Colombia, se exige el haber realizado dentro de su formación como especialista un mínimo de 10 reconstrucciones biliares dentro del pensum académico, es decir el cirujano general tiene la capacidad y formación científica legal para desarrollar las derivaciones biliodigestivas en su práctica quirúrgica.

ver [http://ascofame.org.co/web/wp-content/uploads/2016/08/Descriptores\\_b%C3%A1sico\\_2015.pdf](http://ascofame.org.co/web/wp-content/uploads/2016/08/Descriptores_b%C3%A1sico_2015.pdf).

descripción quirúrgica que la paciente YENNY debió aportarles (no se evidencia en esa H.C.), tampoco existe nota antecedente de haber informado, el haber sido sometida a cirugías complejas y menos entregó la evidencia de estas.

Se reitera, tal y como se puede verificar en las H.C. –Clínica Salta Bibiana, a esta paciente aquí demandante, **se le practicó una hepatoeyunostomía más gastroyeyuno anastomosis**, mas no Asa de Chem, con lo cual ya no tendría que ser llevada a cirugía para extraer el Asa de yeyuno (Asa de Chem) del abdomen, sino sencillamente realizar una endoscopia y ver que el estómago estaba comunicado con el asa de yeyuno que se continuaba a la vía biliar y desde allí poder instrumentar, dilatar, o manipular la vía biliar, tal como se hizo finalmente según confirma en la historia Clínica de la Cárдио Infantil. Lo anterior, por cuanto los gastroenterólogos de la Cárдио Infantil se comunicaron con el Dr. Rosales quien les explicó a instancias de la paciente aquí demandante, que **se le practicó una hepatoeyunostomía más gastroyeyuno anastomosis**<sup>6</sup> mas no Asa de Chem, con lo cual se evitó ser llevada a salas de cirugía (desde marzo 22 del 2016 el servicio de gastroenterología la direcciono a cirugía general para exteriorizar el Asa de Chem que nunca existió).

AL HECHO VIGESIMO: No nos consta. Sin embargo, se observa que son recurrentes las inconsistencias en el relato de la historia clínica. Afirmando, sin ser cierto, que a la paciente se le realizó CPRE por extracción de cálculos, tal como lo demuestran las historias clínicas presentadas al proceso por la actora. Se reitera que la información clínica, prueba la realización de la Colangiorensonancia ordenada por el cirujano tratante aquí demandando, con la cual confirma la lesión de la vía biliar tipo Estramberg E1 o E2, esto al parecer, a lo que refiere la paciente cuando reconoce que “fue operada hace 6 meses.”

AL HECHO VIGESIMO PRIMERO: Es parcialmente cierto, pero requiere una gran aclaración, en la medida en que la manera en que la presentación confusa del hecho, deviene en falacia.

Es cierto que la paciente rechaza el manejo médico y pide salida voluntaria, firmándola, a pesar de las recomendaciones de los especialistas de la Clínica Cárдио Infantil.

Pero la afirmación del togado demandante, es falsa. Es cierto que la paciente se comunicó con mi mandante, y la recomendación ética, profesional y responsable, fue que se quedara y esperara al otro día. Que les explicara a los cirujanos que ella no tenía Asa de Chen y por consiguiente no necesitaban pasarla a salas de cirugía para exteriorizar el Asa Intestinal. Que lo llamara cuando estuviera con ellos para poder explicarles estos temas de orden técnico.

En los apartes de la historia clínica con fecha 14 -07 -2016, se demuestra como ya el servicio de cirugía general en sus diagnósticos, anota como antecedente POP de Hepatoyeyunostomía mas Gastroyeyunostomía, y NO,

---

<sup>6</sup> Nota del Especialista. Técnica que permite solo a través de una endoscopia llegar al Asa de Yeyuno pegada previamente al estómago y de esta forma acceder más fácil sin cirugía a la vía biliar y así poder instrumentarla, o dilatarla tal como se documentó en la historia de la Clínica Cárдио Infantil.

Asa de Chem, como lo afirma temerariamente quien redacta el hecho. Es totalmente falso que mi mandante le indicara a la paciente que se fuera de la clínica, lo que él le recomendó fue que esperara al otro día para que lo comunicara con los especialistas y así el explicar la no necesidad de llevar la paciente a salas de cirugía, si no realizarle una endoscopia, por eso se considera una afirmación acomodada, tendenciosa y dirigida a engañar al fallador.

En la historia clínica, se documenta que el motivo de la solicitud de salida voluntaria por parte de la paciente es por la incomodidad al no tener asignada una cama. Igualmente, en la historia clínica se relata como el servicio de gastroenterología se comunica con el Dr. Rosales, quien les explica que su cirugía permite el abordaje de la anastomosis biliar a través de la endoscopia, sin necesidad de ser intervenida en salas de cirugía. Además, mencionan en dicho servicio, que al momento de la endoscopia se aprecia drenaje de bilis a través del Asa Intestinal.

Finalmente, tampoco se le indicó por parte de mi poderdante, que la vería la semana siguiente, en razón a las condiciones particulares de la paciente que ameritaban estar hospitalizada para una monitorización constante, el uso de antibióticos para prevenir una colangitis.

AL HECHO VIGESIMO SEGUNDO: No nos consta. Existen afirmaciones que es necesario aclarar.

No consta en la H.C. y demás documentos anexados a la demanda, que los episodios de Ictericia desde el momento de su cirugía hasta diciembre de 2015, eran de cada dos meses. La Gammagrafía y colangioresonancia en noviembre de 2015 confirman permeabilidad de la anastomosis, luego no se explica esa afirmación.

La interpretación en la historia Clínica de la Cardio Infantil, es imprecisa cuando menciona que la litiasis residual fue la indicación de la derivación bilioentérica, mas no la lesión de la vía biliar. Al parecer son datos de interpretación expuestos por la paciente en el interrogatorio de la historia clínica. Por segunda vez, la paciente pide salida voluntaria. Al parecer el problema es de tolerancia.

No hay constancia que el Dr. Rosales, atendiera a la demandante en la Clínica Santa Bibiana, ni tampoco mi mandante recuerda haberlo hecho y mucho menos que le dijera que esos síntomas de ictericia eran normales, teniendo un resultado de estenosis de la vía biliar con cálculos. Estas afirmaciones del togado (que al parecer recibió asesoría especializada de médicos particulares y peritos expertos), son absurdas, ya que a todas luces un paciente con ictericia severa, obstrucción de la anastomosis entero biliar, con alta probabilidad de infección (colangitis), con los antecedentes mórbidos y cirugías mayores, es un cuadro que per se, nadie del gremio médico se atrevería a insinuar tan siquiera que esa sintomatología es normal, además eso no está consignado en ninguna historia Clínica.

AL HECHO VIGESIMO TERCERO: No nos consta.

AL HECHO VIGÉSIMO CUARTO: No nos consta. Sin embargo, se aclara:

Tal y como se ha reiterado a lo largo de esta, la paciente jamás curso con coledocolitiasis, ni tampoco se le realizó CPRE, la derivación biliar se hizo con gastroyeyunostomia mas no, con Asa de Chen, todo esto documentado en las notas de la historia clínica presentada por la demandante, en ese momento, se programa para re intervención de la anastomosis, estando en agosto del 2016, seis meses después de ser evaluada en la Clinica Cardio Infantil.

AL HECHO VIGESIMO QUINTO: No nos consta. Que se pruebe.

AL HECHO VIGESIMO SEXTO: No nos consta. Que se pruebe.

AL HECHO VIGESIMO SEPTIMO: No nos consta. Que se pruebe.

AL HECHO VIGESIMO OCTAVO: No nos consta. Que se pruebe.

AL HECHO VIGÉSIMO NOVENO: No nos consta. Que se pruebe.

AL HECHO TRIGÉSIMO: No nos consta. Que se pruebe.

AL HECHO TRIGESIMO PRIMERO: No nos consta. Que se pruebe.

AL HECHO TRIGESIMO SEGUNDO: No nos consta. Que se pruebe.

AL HECHO TRIGÉSIMO TERCERO: No nos consta. Que se pruebe.

AL HECHO TRIGÉSIMO CUARTO: No nos consta. Que se pruebe.

AL HECHO TRIGESIMO QUINTO: No nos consta. Que se pruebe.

AL HECHO TRIGÉSIMO SEXTO: No nos consta. Que se pruebe.

AL HECHO TRIGÉSIMO SÉPTIMO: No nos consta. Sin embargo, amerita precisar que al momento de la derivación bilioenterica realizada por parte del Dr. Rosales, la vía biliar evidencio drenaje del conducto derecho al conducto izquierdo y por eso se anastomosó a este conducto, ampliando la boca anastomótica de la vía biliar (la literatura informa variantes anatómicas en un 50 por ciento de todos los pacientes). Por lo tanto, No nos consta que el cirujano JAIRO RIVERA, mencionara en la historia clínica que la cirugía practicada por el Dr. Rosales, no fuera exitosa a sabiendas de todos los factores de riesgo inherentes a la paciente y seguramente sin leer las descripciones quirúrgicas, necesarias e indispensables para hacer este tipo afirmación.

Se precisa que la fecha de la derivación realizada por el Dr. Rosales fue en julio del 2015 y no en julio del 2016 como se indica, es decir la diferencia de tiempo entre una derivación y la otra, fue de un año y medio, asunto vital y pertinente que se toma a la ligera por la accionante.

AL HECHO TRIGÉSIMO OCTAVO: No nos consta. Que se pruebe.

AL HECHO TRIGÉSIMO NOVENO: No nos consta. Que se pruebe.

AL HECHO CUADRAGÉSIMO: No es un hecho puro y simple, no nos consta. es un resumen de agendas, con comentarios subjetivos. Sin embargo, se destaca que el abogado de la demandante, al confirmar la importancia del ácido ursadexocólico como vital para la paciente, contradice lo afirmado en hechos anteriores, en donde procura desvirtuar la importancia de ese medicamento inicialmente formulado por el Dr. Rosales, tal vez debido a que ignoraba que el URSACOL es el mismo **ácido ursadexosicolico**.

A LOS HECHOS DEL CUADRAGECIMO PRIMERO AL QUINCUAGECIMO, No nos constan.

AL HECHO QUINCUAGECIMO PRIMERO: Es cierto. Se aportó la respectiva justificación.

A LOS HECHOS DEL QUINCUAGECIMO SEGUNDO AL HECHO SEXAGÉSIMO SEXTO: No nos constan.

Frente al sub acápite denominado: "CON LOS HECHOS EXPUESTOS SE DEMUESTRA", contestamos de la siguiente manera:

- **Relación o Nexo de Causalidad:** Afirma la existencia de pluralidad de hechos o culpa en las causas generadoras del daño o perjuicio, pero omite precisar cuales son los hechos, como se configura la culpa, específicamente en que parte del diagnóstico o del procedimiento, su modalidad y circunstancias fácticas y cual, o cuales de los varios procedimientos realizados a la paciente en diferentes instituciones generaron el presunto daño o daños que se pretenden reclamar. Igualmente, omite precisar la causalidad frente a la responsabilidad subjetiva de cada uno de los que integran el centro de imputación jurídica.

En lugar de ello, el togado que redacta la demanda, fundamenta en un concepto que necesariamente debe ser dubitado, en donde de plano, sin sustento científico alguno, sin referencia a la historia clínica, sin ponderar antecedentes quirúrgicos previos de manga gástrica, sus secuelas y demás, sin analizar el procedimiento informado o la descripción quirúrgica del procedimiento realizado por mi mandante en la Clínica Santa Bibiana, concluye arbitraria y temerariamente "una mala praxis", siguiendo con una redacción falta de técnica jurídica probatoria, exposiciones segmentadas de apartes de documentos por dubitar (falta referencia de las mismas) conforme al acerbo probatorio arrojado por esa parte al proceso.

Como si lo anterior fuera poco, el togado de manera ligera, indica que: "...el nexo en este caso es el error del cirujano ROSALES y la causa el fallido procedimiento de reconstrucción y posterior trasplante hepático.", reitero, sin describir de manera clara y precisa en que consistió el presunto error, su modalidad, grado de responsabilidad, categoría de la falta o descripción de la presunta violación de

reglamentos en la ejecución de los medios, y lo más importante, la relación directa y exclusiva con el evento finalista (según el togado el trasplante), cuando la patología de la paciente denunciante, indica, desde el punto de vista científico, que existieron pluralidad de causas no atribuibles de manera exclusiva a las intervenciones de los aquí demandados.

Por lo tanto, consideramos que ni desde el punto de vista científico (según las historias clínicas aportadas al proceso o la literatura médica), ni desde el punto de vista probatorio por ausencia de técnica jurídica de orden descriptivo y probatorio, el daño, su causa y nexos, están debidamente acreditados.

- **Culpa.** Dice haberla determinado con los hechos expuestos la negligencia, impericia imprudencia, y desconocimiento de normas, protocolos y guías por parte del cirujano SILVIO ROSALES CONDE y los médicos tratantes de la Clínica Santa Bibiana, por cuanto se demostró cómo se incurrió en el error de diagnóstico y en el tratamiento inadecuado e inoportuno en la atención de la demandante, afirmando desconocer en que se basó, pero acto seguido indicando temerariamente, que: *"...no fue en el cuadro clínico real que presentaba la paciente."*

Estas afirmaciones y conclusiones, son temerarias e irresponsables, habida cuenta que son huérfanas de soporte probatorio de cuales normas y protocolos se violaron por parte de mi mandante, cual fue el efecto directo de esas presuntas violaciones y cuales las pruebas directas que así lo acreditan. Así mismo, se afirma que existió error en el diagnóstico y en el tratamiento inadecuado e inoportuno de de las patologías que presentó la paciente, pero a manera de conclusión caprichosa y subjetiva del abogado demandante y su cliente, pero sin presentar evidencia científica, referencias exactas en las Historias Clínicas o, siquiera una descripción detallada de las circunstancias modales y temporales, de los eventos que pretende enrostrar a mi mandante.

Lo anterior, por cuanto estamos frente a acusaciones muy graves que carecen de lógica científica y debida práctica jurídica probatoria en la formulación y sustentación del cargo.

- **Perjuicio y Daño.** Afirma el togado haber demostrado con la narración de los hechos, la existencia de "una serie de perjuicios a YENNY CONSUELO, a quien se le prolongó su estancia hospitalaria y manejo ambulatorio, sin ser cierto, no estar demostrado siquiera sumariamente y muchos menos descrito con la debida técnica jurídica, histórica o siquiera retórica, que exige la ley y la jurisprudencia para estos casos, tal y como se demostrará suficientemente durante el proceso. En cuanto a los perjuicios patrimoniales, por lucro cesante, daño emergente y daños morales, estos no solo deben probarse, sino acreditar su fuente exenta de vicios, dentro del proceso. En cuanto al daño a la salud, está por demostrarse con base en la riposta a los hechos, si ese daño es extraordinario o solo obedece a las

consecuencias residuales de las patologías de base, Obesidad Mórbida, Cirugía de Manga Gástrica, desacatamiento de instrucciones de cuidado y control en casa etc., en cumplimientos de los test que sobre el tema ha desarrollado la jurisprudencia.

En cuanto a la prueba pericial aportada, anticipamos algunos de los errores graves que presenta, y por lo tanto será materia de dubitación dentro de las oportunidades y medios procesales que el derecho contempla para ello.

## **A LAS PRETENSIONES**

### **PRETENSIONES DE LA DEMANDA**

Nos oponemos a la prosperidad de la totalidad de las pretensiones por ser temerarias, tendenciosas y construidas sobre presupuestos falaces e insoportados.

Conforme a lo que se ha venido exponiendo, la falta de técnica jurídica y de precisión fáctica dentro de la demanda incoada, hacen que las pretensiones rogadas no sean procedentes más allá de la evidente pre existencia de complicaciones de la paciente por su condición mórbida (resultante de cirugía de manga gástrica), las secuelas asociadas a esta patología, desordenes y procedimientos terapéuticos a vías biliares y posterior trasplante de hígado, no generan la relación de causalidad necesaria para que se determine que el hecho generador del daño (No está determinado de manera puntual), el daño mismo (NO se precisa cual y como se materializó) y la causalidad entre uno y otro (No se indica puntualmente cuál es su relación entre este y aquel), para que sean atribuibles a mi mandante de manera exclusiva o solidaria con los demás demandantes.

En este orden de ideas se reitera la importancia de las precisiones contextuales que se hicieron al momento de iniciar este acto litigioso pues ellas pondrán de presente al señor juez la necesidad inminente de que se pruebe más allá de toda duda la responsabilidad de mi mandante en los mencionados, pero no probados ("fracasos de los procedimientos quirúrgicos practicados por mi mandante y sus equipos quirúrgicos"), para lo cual es obligación precisar en que consistió o consistieron las eventuales fallas procedimentales en las intervenciones; si se violaron protocolos; si hubo omisiones, de quien o de quienes; si estas fueron científicas de orden diagnóstico, técnicas usadas, medicamentos, materiales, descuidos, imprudencia, impericia etc., dentro de los mismos, en fin demostrar que la presunta responsabilidad endilgada, está exenta de responsabilidad de la presunta víctima, de un tercero o, que no es producto de la evolución natural de un organismo que cuenta con su propio historia médica, por cuanto, la intervención del servicio de salud, y específicamente de la actividad médica es una actividad de medio, pero no de resultado y aquí, se pretende una condena, sin demostrar que el medio fue la causa del resultado, pero sin precisar de manera rigurosa y apegados a la verdad en que consistió la falla del servicio, que permitan imputar responsabilidad a mí mandante y a los demás demandados.

## EXCEPCIONES

- **EXCEPCIÓN GÉNÉRICA**

En razón a los hechos probados solicito al Juez sean declaradas de oficio las excepciones pertinentes.

- **INEPTA DEMANDA. DE LAS GRAVES FALTAS A LA TÉCNICA Y LA NARRATIVA JURÍDICA EN LA OFERTA DEL LIBELO INTRODUCTORIO**

Dadas la cantidad de precisiones fácticas, narrativas, jurídicas e incluso de redacción que han debido hacerse para el adecuado entendimiento, procede el suscrito a solicitar al honorable juez, declarar la Inepta demanda con fundamento en dos presupuestos que no cumplió la parte demandante, lo cual convierte la presente acción en no próspera y por ende deberá declararse probada cada una de las argumentaciones acá dispuestas, así:

- (i) El apoderado de la parte demandante, se dispone a hacer una transcripción de situaciones fácticas existentes, faltando a toda técnica jurídica consecuente para la presentación de este tipo de acciones, así mismo, hace una indebida descripción subjetiva, cercenada e irreal de los hechos sin determinar causalidad ni relación causal frente al problema jurídico a plantear, las cuales conllevan a que sea el juez de instancia el que deba definir cuál es el daño, el hecho generador del mismo o su causalidad como presupuestos medulares de la demanda, siendo que el escrito genitor debe dar claridad propia sobre lo que se pretende probar desde un principio, con base en hechos objetivos, puros y simples con la carga argumentativa y probatoria suficiente; (ii) No hace una demostración clara de las normas, procedimientos, protocolos, manejos operatorios y posoperatorios indebidos o por fuera de los protocolos pertinentes objeto de violación, lo cual conlleva a poca claridad sobre lo pretendido vs lo expuesto en sus argumentos y hechos, es decir, no se expresó con suficiente nitidez la argumentación a partir de la cual considera que la falla o fallas alegadas, que enlistan gobiernan el conflicto jurídico o rigen el proceso para cada uno de los sujetos procesales. En otras palabras, no hizo la debida argumentación respecto de cada uno de los hechos generadores del daño alegado, ni su causalidad frente al daño con base en los supuestos de hecho que consagran el efecto jurídico que se persiguen. Simplemente se limitó a hacer un recuento de los hechos, lucubraciones disparatadas y lejanas de la H.C. arrimada como prueba, situación que no impera para cumplir la exigencia en debida forma, consagrada como presupuesto procesal demanda en debida forma. III. No demostró, siquiera sumariamente, que su cliente aquí demandante, hubiera cumplido con las recomendaciones de cuidado físico, seguimiento de instrucciones terapéuticas, dietas alimentarias, medicamentos, seguimiento de signos como temperatura, peso, tensión, asistencias a los controles posoperatorias, nutrición, sicología y

cirugía en el caso de la manga gástrica, y posteriormente las intervenciones realizadas por el Dr. Rosales y sus equipos quirúrgicos, que peritan tener si quiera idea que el deterioro de la salud de la paciente, fue exenta de su propia culpa, o de un tercero.

### **INEXISTENCIA DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO, EL HECHO GENERADOR DEL DAÑO Y SU REALCIÓN CAUSAL.**

Tal y como se indicó a lo largo de esta, no se pudo determinar con certeza, cual fue exactamente el daño causado a la salud de la paciente, tampoco se pudo establecer cuál fue el hecho, omisión, descuido, negligencia que generó el daño. De igual manera, se afirma la existencia de un error en el diagnóstico, pero sin especificar en qué consistió, cual era el diagnóstico correcto según el estado de salud de la paciente al momento de la intervención, con el agravante que se parte del ocultamiento de sus antecedentes médicos preexistentes (Obesidad mórbida, con cirugía radical de manga gástrica y descuido en su cuidado personal y seguimiento de protocolos alimentarios, físicos, de controles periódicos etc) y unos diagnósticos y procedimientos inexistentes.

Por lo anterior, se puede afirmar sin temor a equivocación, que, sin la debida descripción del daño irrogado, su causa debidamente sustentada con fundamento en una descripción de la o las fallas en la observancia de normas, reglamentos, protocolos, procedimientos etc., no se demuestra su existencia. Tan solo son conclusiones subjetivas del togado y su representada, sin soporte científico alguno, que indique alguna causalidad directa entre este y aquel (no fueron individualizados, descritos y sustentados de manera suficiente), exentas de culpa o responsabilidad de la paciente o de terceros.

### **AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE MI MANDANTE**

Tal y como se ha sustentado a lo largo de esta, la parte demandante, aparte de hacer una relación de hechos (con transcripciones parciales y cercenado de las H.C: arrimadas al proceso), conjugados con interpretaciones lejanas a la realidad de la evidencia documental, ocultando de manera injusta las preexistencia graves de la salud de la paciente aquí demandante, y otras afirmando la existencia de patologías y procedimientos inexistentes, como bases para endilgar responsabilidades que nunca determinó de manera puntual. Igualmente, indica violación de normas, reglamentos y procedimientos sin indicar cuales, para finalmente afirmar la existencia genérica de un error de diagnóstico, pero sin indicar en que consistió, o cual fue la falla en la prestación y su causa modal (impericia, descuido, imprudencia, otra), y evidencia de su existencia real.

Como se probará de manera suficiente en el proceso, los diagnósticos dados por mi mandante, siempre se soportaron en los resultados de los diferentes exámenes que se le ordenaron a la paciente aquí demandante. La actora, siempre estuvo informada sobre los riesgos que acarrearía sus antecedentes clínicos y demás patologías preexistentes por obesidad mórbida, la intervención radical de manga gástrica, y las asociadas para este cuadro, como sus problemas gástricos, biliares, hígado graso etc., con la necesidad de disciplinar sus dietas, asistencia puntual a controles y necesidad de seguir indicaciones para evitar un mayor deterioro de su salud física y psicológica, muy comunes para estos casos. Todo lo anterior, reposan en los consentimientos informados aceptados y rubricados por la demandante antes de ingreso a salas de cirugía (Extrañamente no fueron aportados por la parte demandante, a pesar de afirmar haber obtenido las H.C. completas por orden judicial).

Los procedimientos practicados, eran frecuentes para el cirujano tratante, para la Clínica Santa Bibiana y para sus equipos quirúrgicos. Fueron perfectamente planeados y ejecutados, tal y como debe reposar en las correspondientes descripciones quirúrgicas (Extrañamente no fueron aportadas por la parte demandante, a pesar de afirmar haber obtenido las H.C. completas por orden judicial). La evidencia contenida en las H.C. aportadas al proceso, muestran que en largos periodos de tiempo no existieron eventos adversos asociados directamente a las cirugías practicadas por mi mandante, y los eventos que se presentaron, fueron atendidos de manera oportuna. Los controles se realizaron según la periodicidad en que asistía la paciente a los mismos e hizo los acompañamientos e interconsultas que le solicitaron, lo cual contribuyó a que no se le realizaran intervenciones quirúrgicas innecesarias.

Finalmente, las patologías de orden biliar, hígado graso, desordenes digestivos, osteoporosis, sobre peso, tensión, manejo de grasas y sus efectos negativos, no son consecuencia de los procedimientos practicados por mi mandante, sino por la misma condición de salud preexistente antes de la cirugía practicada en julio de 2015 y la falta de disciplina en el seguimiento de las instrucciones y recomendaciones dadas para manejo en casa por parte de la paciente, tal y como se evidencia en la H.C. aportadas al proceso por la activa.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

A pesar que la parte activa omite presentar los consentimientos informados y las respectivas descripciones quirúrgicas, a sabiendas que son piezas fundamentales de orden probatorio para endilgar responsabilidad en este tipo de acciones, llama la atención el silencio que guarda sobre su existencia, así como de las preexistencias de enfermedades graves y procedimientos

terapéuticos quirúrgicos extremos para su control, así como su morbilidad y secuelas. En lugar de cumplir con esta carga legal (Lealtad, buena fe, apego a la verdad probatoria etc.), se dedica a tratar de convencer al juez sobre la presunta existencia de errores de diagnóstico sin precisarlos, existencia de procedimientos salidos de su imaginación, y completados con lucubraciones falaces y subjetivas que en nada ayudan a la administración de justicia.

Tal y como se ha reiterado a lo largo de esta, los consentimientos informados fueron debidamente diligenciados por el cirujano tratante posterior a la explicación de los riesgos concretos inherentes a la intervención y posteriormente firmados y aceptados los riesgos por la paciente antes de ingresar a las salas de cirugía, luego resulta extraño el silencio del togado, sobre este importante y fundamental acto de reglamento de obligatoria observancia. Por estas razones, no puede aceptarse que la demandante, no fue informada de manera suficientes, o que no fue documentada sobre la naturaleza del procedimiento, que en últimas es lo que puede insinuarse con la redacción de la demanda y el ocultamiento de estas evidencias.

### **OBLIGACIONES DE MEDIO NO DE RESULTADO**

El deber ser de la prestación del servicio médico, está gobernado sobre principios de diligencia, cuidado, oportunidad y sobre todo responsabilidad, teniendo como finalidad la mejoría del paciente.

En este caso en particular, debido a los antecedentes clínicos de la paciente ya mencionados reiterativamente a lo largo de esta, se cumplió con la debida diligencia cuando se ordenaron y realizaron diversos exámenes de laboratorio e imágenes entre otros, con los cuales mi mandante precisó el diagnóstico y la decisión del procedimiento terapéutico a seguir, esto con el esmero y cuidado necesarios atendiendo las condiciones existentes y las preexistencias patológicas y terapéuticas extremas a las que se sometió en el 2014 (un año antes de esta intervención).

Igualmente, al revisar las H.C., se puede determinar con facilidad que las intervenciones realizadas por mi mandante, se hicieron con la debida oportunidad que se requiere para este tipo de procedimientos y cuadros, con lo cual, tal y como se puede verificar en las descripciones quirúrgicas (no arrimadas al proceso como parte de las H.C.), resultaron sin eventos adversos o complicaciones diferentes a las que se pueden presentar con relación directa al la cirugía y a las preexistencias clínicas de la paciente.

Afianza ese deber ser con base en una Sentencia de la Corte Suprema de Justicia en donde se unifica jurisprudencia sobre este tema y que de manera integral, refuerza nuestros argumentos técnicos, científicos y jurídicos presentados con la demanda.

Así, la importancia del acto médico, como actuación única o individual, bajo el entendido que todo procedimiento sea terapéutico, quirúrgico o de

diagnóstico tiene un riesgo para el paciente, el se le explica previamente y se consigna en el consentimiento informado.

De la lectura de la H.C., se evidencia que se realizó lo necesario para mejorar la salud de la paciente, y después de su recuperación intrahospitalaria, enviar a la paciente a la casa con precisas instrucciones del manejo de signos de alarma, comportamiento alimentario, dosificación y toma de medicamentos, ayudas terapéuticas y la necesidad de asistir a los controles necesarios por parte del Cirujano tratante.

En conclusión, en este caso en particular y lo que atañe a la participación de mi mandante en el tratamiento de la demandante, utilizó de manera eficiente, responsable y oportuna todas las actividades y procedimientos de medio recomendados para estos casos, y por lo tanto, el resultado que llegó al trasplante de hígado, no se puede endilgar de manera exclusiva a mi mandante o la prestación del servicio médico a partir de junio de 2015, sino a los efectos propios de las enfermedades de base que desde hacía muchos años tenía la mandante (obesidad mórbida), hígado graso, cirugía de manga gástrica, etc.

## **PRUEBAS Y ANEXOS**

### **Documentales.**

- Poder a mi favor debidamente otorgado
- Copia de la HV del Dr. Silvio Roberto Rosales Conde.

### **En poder de la parte demandante.**

- Consentimientos informados de los procedimientos realizados por mi mandante, según los hechos de la demanda.
- Descripciones quirúrgicas de los procedimientos realizados por mi mandante, según los hechos de la demanda.
- Copia de los resultados diagnósticos previos y posteriores a los procedimientos realizados por mi mandante, según los hechos de la demanda.
- Certificación de entrega completa de la H.C. de la Clínica Santa Bibiana, a la parte demandante.
- Historia clínica completa de la cirugía de manga gástrica preexistente, a los tratamientos dados por el Dr. Rosales en el 2015.

### **Periciales.**

- Solicitud de peritaje de la historia clínica, por parte del Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses, u otra entidad especializada que pueda, mediante pares expertos en la materia que nos ocupa, determinen:

1. Si existe el error de diagnóstico, el incumplimiento de protocolos y errores en los procedimientos dentro de la atención brindada de

manera directa por el Dr. Rosales, y alegados como causa de los daños (innomidados) cuya indemnización se persigue, fueron causados exclusivamente por mi mandante.

2. Igualmente, para que determine, si la totalidad de las afirmaciones sobre resultados diagnósticos, procedimientos realizados, diagnósticos y conclusiones se encuentran respaldados en las Historias Clínicas de la Clínicas arrimadas al proceso.
3. Para que indiquen al despacho, si los antecedentes clínicos de la aquí demandante (Obesidad mórbida, Manga Gástrica y otras asociadas), preexistentes antes de la atención brindada por mi mandante (Dr. Rosales), tienen alguna relación de causalidad con los daños que se alegan causados a la demandante (osteoporosis, problemas sistema biliar, hígado graso, reducción de longevidad, disminución de capacidad laboral, trasplante de hígado, vida de relación etc.), o si por el contrario, estos eventos pueden tener un fuente exclusiva.
4. Si un médico, especialista en cirujano general 20 años de experiencia y gastroenterología con 15 años de experiencia, estaba habilitado para realizar los procedimientos quirúrgicos realizados a la demandante, por parte del Dr. Rosales.

#### **Interrogatorio de Parte.**

Solicito se practique interrogatorio de parte a la señora Jenny Consuelo Quiñones Becerra, el cual se formulará en la audiencia.

#### **Sustentación Pericial**

Solicito se cite a los señores peritos, Juan Felipe Gómez Olaya y Rubén Darío Angulo Alvarez, para que rindan sus respectivos peritajes y resistan el test de acreditación que se les formulará en la audiencia.

Las demás pruebas que el despacho considere ordenar de oficio.

#### **NOTIFICACIONES**

Esta parte procesal en la Av. Jimenez No. 4-49 Of. 609-610-611 Bogotá D.C. Celular 3104782680 y mail. pedro.blanco@blancoabogados.com.co

Las demás partes a las direcciones y correos suministrados por la parte demandante en la demanda.

Respetuosamente,



**PEDRO LUIS BLANCO JIMENEZ**  
**C.C N° 19.438.105 de Bogotá D.C**  
**T.P N° 100.121 C. S de la Judicatura.**

**CONTESTACION DEMANDA Y EXCEPCIONES 11001310303320190083300**

Pedro Luis Blanco Jiménez <pedro.blanco@blancoabogados.com.co>

Jue 15/10/2020 3:39 PM

**Para:** Juzgado 33 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. <ccto33bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

**CC:** srrconde@gmail.com <srrconde@gmail.com>; jenifer.88@hotmail.com <jenifer.88@hotmail.com>; sandra moreno <notificacionesjudiciales@medimas.com.co>; Notificaciones Judiciales <notificacionesjudiciales@esimed.com.co>; gmolina@cardioinfantil.org <gmolina@cardioinfantil.org>

 5 archivos adjuntos (4 MB)

CONTESTACIÓN DEMANDA .pdf; PODER AUTENTICADO1.pdf; PODER AUTENTICADO.pdf; CEDULA PLB.pdf; FOTO TP.jpg;

Señores

Juzgado 33 del Circuito de Bogotá

Ciudad.

Referencia: Verbal de Responsabilidad Civil Contractual por Falla en la Prestación del Servicio Médico.

Radicado: 11001310303320190083300

Demandante: Jenny Consuelo Quiñones Becerra

Demandado.: Silvio Roberto Rosales Conde y otros

Asunto. Contestación de la Demanda y Presentación de Excepciones

Respetados señores. Dentro del termino legal, me permito dar contestación a la demanda y presentar las excepciones de fondo, para su trámite.

Igualmente para cumplir con el traslado a las demás partes procesales, se copia este correo a los mails informados por la demandante, cumpliendo así con esta carga procesal.

Por favor confirmar el recibido de la presente comunicación de actuación judicial.

Cordialmente,