

Señores

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRIO JUDICIAL SALA OCTAVA CIVIL FAMILIAR

MAGISTRADO PONENTE: DR. BERNARDO LOPEZ

E.S.D.

DEMANDANTE: MIGUEL HERNANDEZ Y OTROS
DEMANDADO: CLINICA BONNADONA Y OTROS
RAD. 00072-2017
RADICADO INTERNO: 44.344

Ref. SUSTENTACION RECURSO DE APELACIÓN SENTENCIA DE FECHA 22 DE ABRIL DE 2022, ART. 322 Inc. 1, 2 y 3 CGP.

BLANCA ROSA JIMENEZ DIAZ, mayor de edad, con domicilio en la ciudad de Barranquilla, identificada con la cedula de ciudadanía N° 55.306.609 de Barranquilla, portadora de la tarjeta profesional N° 194.974 del C. S. de la J., actuando en calidad de apoderada de la Organización Clínica Bonnadona Prevenir, estando dentro del término legal, presento sustentación al recurso de apelación impetrado en audiencia del pasado 20 de septiembre de 2022 contra la sentencia proferida por el Juzgado Doce civil del Circuito de Barranquilla, lo cual sustentó en los siguientes términos:

RAZONES DE INCOFORMIDAD CON LA PROVIDENCIA APELADA

En audiencia de instrucción y juzgamiento llevada a cabo el pasado 20 de septiembre de 2022, el honorable Juzgado doce Civil del Circuito de Barranquilla decidió:

“RESUELVE:

Primero: No acceder a las pretensiones de la demanda contra COMEVA EPS en liquidación
Segundo: declarar no probadas las excepciones de mérito imploradas por la Organización Clínica Bonnadona Prevenir S.A.S.

Tercero: Declararse civilmente responsable a la Organización Clínica Bonnadona Prevenir Sas de los perjuicios morales sufridos por los demandantes

Cuarto: En consecuencia condene a la Organización Clínica Bonnadona Prevenir S.A.S. a pagar a título de perjuicios morales dentro de los cinco días siguientes a la ejecutoria de esta providencia fecha a partir de la cual se pagarán los intereses legales y a favor de los demandantes...”

El despacho en sus consideraciones, señaló que *se probó el nexo causal entre el hecho dañoso y el daño sufrido por los demandantes a raíz de la muerte de la señora Berenice Hernández Sampayo en la medida en que se acreditó el hecho de que el diagnóstico del 16 de febrero del 2016 no estuvo acorde con la patología que presentaba la paciente pues consulto por un dolor abdominal y le diagnosticaron infección urinaria aunado a que le dan salida sin indagarles sobre los motivos del dolor abdominal es decir sin un diagnóstico*

relacionado con estos síntomas máxime que se trataba una paciente pues que había sido operada de cáncer gástrico y se le había realizado radioterapias y quimioterapias debiendo por ende sospecharse de una extrusión intestinal y las consecuencias que ello generaba sumado pues a qué hubo demora no justificada en el reporte de los resultados del tac abdominal que contribuyó a un manejo tardío de la obstrucción intestinal cuando ya la paciente se encontraba en un estado avanzado de sepsis

Es cierto lo mencionado por la señora Juez, cuando dijo que **el dispensador de justicia no puede apartarse de dichas pruebas para emitir su decisión, sino que debe atenderse necesariamente a lo que de ellas resulte probado** no obstante, en el proceso de valoración de las pruebas, yerra la Juez de primera instancia, al determinar la existencia de nexo causal entre el daño deprecado por los actores y las dos atenciones médicas desplegadas por mi patrocinada (la del 16 de febrero y la del 20 de febrero de 2016), llegando a conclusiones erradas desde el punto de vista médico, basándose en el dictamen pericial rendido por el doctor Mauricio Garcia, aportado por la parte demandante que carecía de la idoneidad para valorar una patología quirúrgica, veamos:

Reparos contra las afirmaciones derivadas de la atención medica del 16 de febrero de 2016

PRIMERO: frente a la atención médica del 16 de febrero de 2016, dice la señora Juez que

*“El despacho llega a la conclusión que la conducta médica desplegada el día 16 de febrero del 2016 por los médicos de turno de la unidad de servicios de urgencia de la clínica bonadona no fue la más adecuada habida consideración **que se le dio salida a la paciente sin comprobarse se origen de esos dolores abdominales** además que **no se lo ordenó en ese momento ningún estudio imagenológico tendiente averiguar el origen o motivo de ese dolor abdominal** por el que había consultado pues la paciente en esos momentos máxime que tenía pues una sintomatología de hacía 5 días aproximadamente y otra parte es **evidente tal y como consta en la historia clínica que la paciente se le dio salida diagnostican 2 l infección urinaria** siendo que el motivo de la consulta fue por dolor abdominal sin descartarse el origen de este dolor no sé descarto el origen de ese dolor **no se tuvo en cuenta que la señora berenice ya había sido operada de cáncer gástrico y que había recibido con quimio y radioterapia tratamiento por lo que debió pensarse en una obstrucción intestinal o en las consecuencias que le son propias esos efectos colaterales que tienen ese tipo de tratamiento debiendo por ende descartarse cualquier tipo de complicación** lo que en efecto no se hizo tal y como está demostrado en la misma historia clínica en otras palabras **el diagnóstico del 16 de febrero del 2016 no estuvo acorde con los motivos por los cuales consulto la señora berenice ya que se le***

diagnóstico una infección urinaria cuando quiera que nunca manifestó sentir ningún síntoma relacionado con la misma...

Más adelante, menciona la señora Juez en cuanto a la atención del 16 de febrero que *aunado al hecho de habersele aplicado analgésicos dependientemente y no haber esperado independientemente si eran los indicados o no pero no haber esperado que pasará el efecto de los mismos para ordenar su salida actitud que revela falta de cuidado y diligencia en el tratamiento de la paciente con esos antecedentes que ella presentaba*

Frente a lo argüido por la señora Juez, en este aspecto –atención del 16 de febrero de 2016- debo señalar mi oposición a la interpretación médica realizada toda vez que no es cierto bajo ningún punto de vista científico que la atención brindada no se hubiera ajustado a la *lex artis* y *lex artis adhoc*, pues tal como está demostrado en la historia clínica, el diagnóstico si fue acorde a la sintomatología y clínica de la paciente pues siendo el diagnóstico infección urinaria, esta tuvo como soporte la sintomatología – dolor abdominal y orina fétida y turbia) y los resultados del hemograma realizado, veamos:

- Dice la togada que i) ***se le dio salida a la paciente sin comprobarse origen de esos dolores abdominales...*** ii) ***evidente tal y como consta en la historia clínica que la paciente se le dio salida diagnostican 2 l infección urinaria siendo que el motivo de la consulta fue por dolor abdominal sin descartarse el origen de este dolor.*** Estas afirmaciones no son acertadas pues la paciente presentó para la fecha de la consulta tres síntomas característicos de la infección urinaria a saber: dolor, presión o cólicos en tu abdomen¹, orina fétida y orina turbia, síntomas que aunado a que en los **resultados del parcial de orina, presentó leuco 15-20 por campo positivos** (se considera normal hasta 10) orientó a un diagnóstico de infección urinaria para la fecha de atención.

EVOLUCION MEDICA	16/02/2016	11:44
Diagnostico Principal		
N390 INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO		
Diagnostico Relacionado 1		
C161 TUMOR MALIGNO DEL FUNDUS GASTRICO		
Subjetivos/Objetivos		
PACIENTE FEMENINA DE 57 AÑOS DE EDAD, CON ANT DE CA GASTRICO EN MANEJO CON QMT TERMINO EN 04.07.2015 Y RADIOTERAPIA TERMINO EL 05/11/2014.		
INGRESO AL SERVICIO POR CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL EN FLANCO DERECHO. NIEGA OTRAS SINTOMATOLOGIAS.		
FUE VALORADA POR MEDICO EN TURNO QUIEN ORDENO MANEJO MEDICO Y PARACLINICOS.		
ACTUALMENTE REVALORO PACIENTE QUIENR EFIERE SENTIRSE BIEN, ASINTOMATICA. MANIFIETSA ORINA FETIDA.		
Signos Vitales		
TA:110/60 FC:78 FR:18 PESO:1 TALLA:1 TEMP:// Superficie Corporal:0 Indice de masa Corporal:0		

¹ <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/salud-y-bienestar/infeccion-del-tracto-urinario>

:97, K:3.2, NA:138
EAT:0.52, BUN:12
DE ORINA: TURBIO, PH:6, CETONAS:80, LEUC:15-20XC, ERITR: 6-8XC, BACT:+.
UC:165MG/DL.
VIDENCIA PROCESO INFECCIOSO A NIVEL URINARIOS, ADEMAS CETONAS EN ORINA, POR LO QUE SE REALIZAN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS POR INSULTA EXTERNA.
IR MEJORIA CLINICA, DECIDO DAR ALTA MEDICA, CON FORMULA MEDICA.
n o Tratamiento
TA MEDICA
ETAMINOFEN 1GR VO CADA 8 HORAS
PROFLOXACINO 500MG VO CADA 12 HORAS
IDOCORBICO 500MG VO DIA POR 5 DIAS
GLICEMIA, EN AYUNAS POR SU EPS
CITA POR MED INTERNA POR SU EPS
COMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, LOS CUALES ENTIENDE Y ACEPTA PACIENTE

En este entendido dijo el mismo perito de la parte demandante doctor Mauricio Garcia en su dictamen literal f del numeral 9 del acápite análisis de la atención del 16/02/2016, que la paciente no refirió presentar síntomas urinarias como son

- f. De acuerdo con lo anterior y lo encontrado en la pagina web de la MAYO CLINIC (<https://www.mayoclinic.org/es-es>) en su sección de información a los pacientes, en la valoración inicial ni en la revaloración, la paciente no refirió presentar síntomas urinarios como son:
- i. Necesidad imperiosa y constante de orinar.
 - ii. Sensación de ardor al orinar.
 - iii. Orinar frecuentemente en pequeñas cantidades.
 - iv. Orina de color rojo, rosa brillante o amarronado (un signo de sangre en la orina).
 - v. Orina con olor fuerte.
 - vi. Dolor pélvico en las mujeres, especialmente en el centro de la pelvis y alrededor de la zona del hueso púbico.

Afirmación totalmente falsa, pues la historia clínica habla por sí sola y es prueba fehaciente que la paciente SI presentó los síntomas confirmado con los resultados del parcial de orina razón por la cual, para beneficiar y llevar a error a la togada, insistió que el diagnóstico fue errado.

Ahora bien, el perito doctor Jesús Valle, que rindió experticia presentada por la parte demandada Clinica Bonnadona, se le preguntó en el numeral 3 si lo registrado en la historia clínica *-leucopenia 2690, neutrofilia 82%, trombocitosis 498000, hemoglobina 11.7, glicemia 165, parcial de orina con cetonas, bacterias 1+, leucocitos 12-20 x campo -s* de qué tipo de infección era característico a lo que respondió que no podría decirse un diagnóstico definitivo pero con esos exámenes y con los antecedentes del paciente era importante sospechar de una infección urinaria por la leucocituria (presencia de leucocitos por encima de 10 por campo en la orina)

- Dice la togada que ***no se lo ordenó en ese momento ningún estudio imagenológico tendiente averiguar el origen o motivo de ese dolor abdominal.***

Frente a lo señalado por la señora Juez, no existe ningún sustento científico o protocolo que ordene la realización de estudios imageneológicos frente a un diagnóstico de infección urinaria y tal afirmación no está probada dentro del expediente.

- Dice la togada que ***no se tuvo en cuenta que la señora Berenice ya había sido operada de cáncer gástrico y que había recibido con quimio y radioterapia tratamiento por lo que debió pensarse en una obstrucción intestinal o en las consecuencias que le son propias esos efectos colaterales que tienen ese tipo de tratamiento debiendo por ende descartarse cualquier tipo de complicación***

La señora Juez, en este sentido, dio total credibilidad al dicho del perito Mauricio Garcia, de la parte demandante, y que en audiencia se probó que estaba totalmente erradas sus afirmaciones no solo porque NO se leyó la historia clínica de consulta externa sino que además hizo afirmaciones sin ningún sustento científico ni siquiera en la historia clínica. Dijo el perito en cuestión (que no es radioterapeuta ni tampoco se estudió la historia clínica de consulta externa para tirar una conclusión de esta índole) en el numeral 5 del acápite análisis de la atención del 16/02/2016 que

5. La paciente Berenice Raquel Hernández Sampayo al momento de consultar el día 16/02/2016 a las 06:57 hrs presentaba un cuadro claramente gastrointestinal, dado por 5 días de dolor abdominal, diarrea, náuseas y fiebre no cuantificada, lo cual en el contexto de los antecedentes de la paciente y lo que se describió en los numerales 3, 4 y 5 debió alertar al cuerpo médico de urgencias que la paciente podría estar cursando con una complicación tardía del tratamiento de radioterapia y no que fuera un simple dolor abdominal en una paciente de 57 años no oncológica.

Además la togada trajo a colación el testimonio del doctor Carlos Alonso, médico radioterapeuta que dijo que *las radiaciones pueden producir una inflamación en todas las paredes intestinales y que pueden tener efectos secundarios leves o graves depende de cada paciente luego si la radioterapia puede producir efectos secundarios* lo cual es cierto pero tal afirmación fue realizada de modo general y no concreto en la paciente, pues el mismo el doctor Carlos Alonso, dijo **que en el caso de la señora Berenice** *considero que la radioterapia no tuvo ningún efecto en la presentación del cuadro clínico de su obstrucción intestinal y su posterior perforación, ya que el sitio de la perforación intestinal, se encontraba en el ángulo hepático del colon, es decir el lugar contralateral completamente distante del sitio donde nosotros estábamos irradiando* pues el cáncer que padeció la paciente era del canal pilórico del estómago tal como se lee en la historia clínica:

Diagnostico Principal

C169 TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA

Subjetivos/Objetivos

PACIENTE AL CUAL SE LE REALIZO EL DIA 15/2/14 GASTRECTOMIA RADICAL MAS LINFADENECTOMIA CUYO REPORTE DE PATOLOGIA ES ADENOCARCINOMA INFILTRANTE MODERADAMENTE DIFERENCIADO **DE CANAL PILORICO CON INVASION A LA SEROSA** Y CON ESTENOSIS MARCADA DE LA LUZ DEL CANAL PILORICO. EL BORDE DE RESECCION DUODENAL LIBRE DE TUMOR..
0/7 GANGLIOS NEGATIVOS PARA METASTASIS TUMORAL, NO HAY INVASION VASCULAR, GASTRITIS CRONICA MODERADA POSITIVA PARA HELICOBACTER PYLORI. (PROTOCOLO N° Q14- 238 DR. ALFONSO CHINCHILLA).

Con este argumento, se despacha de entrada lo dicho tanto por el perito de la contra parte como la interpretación de la señora Juez, ya que el hecho de haber recibido tratamientos oncológicos y de radioterapia, la atención no difería de otros pacientes con la misma sintomatología de infección urinaria.

Advertimos que aunque el testigo fue tachado de falso, el despacho consideró que a pesar de existir el factor de dependencia con la entidad demandada su declaración no estaba afectada de credibilidad habida consideración que su testimonio se basó en sus conocimientos de médico especialista en radioterapia y en su experiencia como radioterapeuta.

- Dijo la togada que ***el diagnóstico del 16 de febrero del 2016 no estuvo acorde con los motivos por los cuales consulto la señora Berenice*** esta afirmación consideramos, es errada, por cuanto la señora Juez se funda en el dicho del perito doctor Mauricio Garcia para llegar a su conclusión y no en la historia clínica que refleja la verdad de la atención del 16 de febrero y que muestra claramente una sintomatología y unos resultados clínicos que orientan a un diagnóstico de infección urinaria, lo cual además, fue validada por el doctor Jesús Valle, médico especialista en cirugía general que, en respuesta a la pregunta 6 que si consideró que el diagnóstico y tratamiento médico dispensado el 16 de febrero a la paciente Berenice Hernández se ajustó a la lex artis y contestó que ***SI está relacionado con la sintomatología y con los signos que en ese momento la paciente presentaba***
- Dijo la togada que, ***aunado al hecho de habersele aplicado analgésicos dependientemente y no haber esperado independientemente si eran los indicados o no pero no haber esperado que pasará el efecto de los mismos para ordenar su salida actitud que revela falta de cuidado y diligencia en el tratamiento de la paciente con esos antecedentes que ella presentaba***

Frente a tal aseveración, es de advertir señores Magistrados que, quedó plenamente demostrado con el material probatorio que la analgesia está totalmente indicada en dolores abdominales, siempre que sean ordenados por un profesional de la salud y que exista un diagnostico o impresión diagnostica tal como sucedió en la atención de la paciente señora Berenice pero además, se da salida con recomendaciones y signos de alarma y ella re consulta 4 días después lo que quiere decir que **NO sintió dolor o sintomatología asociada a una posible obstrucción intestinal durante**

CUATRO DIAS, porque no tenía este diagnóstico para la fecha de la atención inicial del 16 de febrero.

Conclusión:

No existió NEXO CAUSAL entre el daño sufrido por los demandantes, esto es, la muerte de la señora Berenice Hernández Sampayo con la atención médica del 16 de febrero de 2016 por cuanto no existió error de diagnóstico ni negligencia, falta de cuidado o atención por cuanto, se demuestra con la historia clínica que existió una correcta anamnesis, un diagnóstico y un tratamiento médico acorde a la sintomatología tal como quedó evidenciado precedente.

En gracia de discusión que el diagnóstico estuviese errado, lo que sí está plenamente demostrado fue que la paciente para la fecha de la atención 16 de febrero de 2016, **no cursaba una obstrucción intestinal** pues no se demostró tal aseveración en el plenario, por el contrario, la historia clínica SI demostró que la paciente no presentó, al examen físico **signos y síntomas relacionados con una obstrucción intestinal en su primera consulta**, luego entonces tratándose de un fallecimiento por una perforación el 23 de febrero de 2016, no existe nexo causal entre la atención inicial y dicha perforación.

Véase que en la atención del 16 de febrero de 2016 se señala

Examen Físico
NORMOCEFALO, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS
CP: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, PULMONES VENTILADOS, SIN AGREGADOS
ABD: **BLANDO, D EPRESIBLE, CON MASA EN EPIGASTRIUO NO DOLOROSA, CON CICATRIZ MEDIAL CICATRIZADA, NO IRRITACION PERITONEAL**
G/U: DIURESIS +
EXT: SIN EDEMA, MOVILES
SNC: CONCIENTE
Análisis
PACIENTE CONCIENTE, ALERTA, TRANQUILA, ASINTOMATICA, SIN SIGNOS DE SIRS, TOLERA LA VIA ORAL Y EL OXIGENO AMBIENTE SIN COMPLICACIONES,
DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS.
HIADRATADA.
REVISO PARACLINICOS:
CH: LEUC:2.69, NEUT:82.4, HB:11.7, HTO:36.4, PLT:498.
IMPRESO POR : JHON

Ahora bien, en cuanto a que *se trataba una paciente pues que había sido operada de cáncer gástrico y se le había realizado radioterapias y quimioterapias debiendo por ende sospecharse de una obstrucción intestinal y las consecuencias que ello generaba* fue demostrado abiertamente dentro del proceso que las quimioterapia y radioterapias no tuvieron incidencia en la perforación intestinal presentada por doña Berenice y así lo testificó el doctor Carlos Alonso cuyo testimonio fue válido por la señora Juez.

Reparos contra las afirmaciones derivadas de la atención médica del 20 de febrero de 2016

En este acápite me refiero a las afirmaciones de la señora Juez en el considerando del fallo objeto de recurso, frente a las cuales me opongo porque no cuentan con sustento probatorio dentro del proceso y en todo caso, dichas afirmaciones obedecieron a interpretaciones erradas. Dijo la togada que:

De otra parte se advierte que el rayos x de abdomen simple en que se le práctico a la paciente el 20 de febrero del 2016 cuando podemos observar en el expediente cuándo fue a consulta por segunda vez por continuar con el dolor abdominal describe que se observa moderada distensión de asas intestinales presencia de abundantes restos de material fecal en las mismas en la evolución médica qué hace el médico general ese día a las 11:02 casi 7 horas después de haberse ordenado el estudio de rayos x dice que se revisan rayos x serie en el que se evidencia niveles hidroaéreos materia fecal compactada en colon ascendente no hay evidencia de gas en ampolla rectal diagnostico obstrucción intestinal motivo por el cual se indica colocación de sonda nasogástrica las cuales nunca se colocaron valoración por cirujano general sin embargo solo es valorada por el cirujano a las 13:43 cuando decido hospitalizar la y se ordena el tac con contraste es evidente que desde el mismo 20 de febrero del 2016 con el reporte del rayos x decir en el nuevo ingreso se diagnosticó la obstrucción intestinal por lo que se ordena la valoración con el cirujano también llama la atención que desde el 20 de febrero del 13 43 a las 3:43 que se ordenó el tac de abdomen y pelvis con contraste estudio que confirmo la obstrucción intestinal solo hasta el 22 de febrero 12:23 se registra el reporte de este estudio casi 3 días después de haberse realizado cuando ya la paciente se encontraba pues bastante desmejorada clínicamente por la obstrucción con perforación de intestino que presentaba por lo que podría pensarse que cuando ingreso para cirugía presentaba un cuadro de sepsis muy muy avanzado ahora independientemente sobre cuál haya sido la causa de la obstrucción misma

Hubo demora no justificada en el reporte de los resultados del tac abdominal que contribuyó a un manejo tardío de la obstrucción intestinal cuando ya la paciente se encontraba en un estado avanzado de sepsis

Está comprobado con los registrados en la historia clínica donde aparece registrada la evolución de la paciente que cuando la señora berenice hernández fue llevada a quirófano ya su estado de salud estaba crítico y después del procedimiento que se le práctico pues no tuvo ningún tipo de mejoría...”

Frente a lo argüido por la señora Juez, en este aspecto –atención del 20 de febrero de 2016- debo señalar mi oposición a la interpretación médica realizada toda vez que no es cierto las afirmaciones clínicas realizadas por la togada y mucho menos el nexo causal entre esta atención y el fallecimiento de la paciente, veamos:

- La historia clínica no miente!, la historia clínica relata claramente que a la paciente se le ordena un rayos x de abdomen a las 09:58 horas, la cual es realizada y su resultado emerge a las 11:02 horas (**dos horas después de la ordenación**) y no 7 horas como señala el despacho; en esta valoración de las 09:58 horas se ordena la colocación de una sonda nasogástrica y la médica general consigna el resultado del rayos x en la historia clínica tal como se lee y es cuando ordena valoración por Cirugia general.

Frente a la ejecución de la sonda nasogástrica, ésta si se colocó tal como se lee:

NOTAS DE ENFERMERIA

20/02/2016

11:10

SE LE COLOCA **SONDA NASOGASTRICA** CONECTADA A CYSTOFLO DEJADA A LIBRE DRENAJE

Frente al resultado del rayos x, tal como se lee, es revisado por el médico cirujano doctor Carlos Quin que en valoración realizada a la paciente señora Berenice, el mismo 20/02/2016 a las 13:43 horas (**dos horas después de ser ordenada la valoración**) y diagnostica una obstrucción intestinal por probables bridas o carcinomatosis, diagnósticos que no son operables:

PTE CON D XY MANEJOS ANOTADOS, SE REVISAN RX SERIE DE ABDOMEN EN EL QUE **SE E VIDNEICNAN NIVELES HIDROAEREOS, MATERIA FECAL COMPACTA EN COLON ASCENDENTE, NO HAY EVIDENICA DE GAS** EN AMPOLLA RECTAL, DX OBSTRUCCION INTESTINAL MOTOV POR EL CUAL SE INIDCA COLOCACION DE SONDA NASOGASTRICA, VALORACION POR CX GENERAL, NADA VIA ORAL

- Sobre lo dicho por la señora Juez, **se ordenó el tac de abdomen y pelvis con contraste estudio que confirmo la obstrucción intestinal solo hasta el 22 de febrero 12:23 se registra el reporte de este estudio casi casi 3 días después de habersele realizado**, es cierto que este estudio se ordenó el 20 de febrero de 2016 a las 13:43 y su resultado fue interpretado por Cirugia general a cargo de Norberto Rodriguez el 22 de febrero de 2016 a las 12:23.

Con estos tiempos, cualquiera diría, existe inoportunidad, **pero no es así**. Lo cierto es que la tomografía ordenada hizo parte de un tratamiento médico pero no fue el único estudio que determinaría una conducta quirúrgica como erradamente lo interpreta la señora Juez;

UNA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL OCURRE CUANDO LA COMIDA O LAS HECES NO PUEDEN SALIR DEL INTESTINO. Que puede causarla? Diversos diagnósticos dentro de los cuales está las bridas vs carcinomatosis como bien lo

señaló el doctor Carlos Quin en la valoración del 20 de febrero de 2016 a las 13:43. Ahora bien, emerge entonces la pregunta que debió hacerse la señora Juez? todas las obstrucciones intestinales son operables? La respuesta es **NO. Veamos:**

Primero: los diagnósticos dados a la paciente "obstrucción intestinal por probable brida vs carcinomatosis". Respecto a éste último, es inoperable y así lo dijo el perito doctor Jesús Valle en la respuesta a la pregunta No. 14: *La carcinomatosis peritoneal como le describía antes es una diseminación sin control de la enfermedad cancerosa dentro del abdomen. Es decir es una enfermedad sin control, es un paciente no recuperable y la Cirugía no es una opción. Incluso la Cirugía podría agravar el estado del paciente.* Luego entonces el manejo a la paciente debía ser MEDICO CONSERVADOR, no quirúrgico.

- Contrario a lo afirmado por la señora Juez cuando dijo que cuando la paciente fue llevada a quirófano su estado era crítico, la paciente siempre tuvo un estado hemodinámico estable y así se demuestra en los signos y síntomas que mostraba la paciente y que permitieron ejecutar ordenaciones médicas tendientes a restaurar la movilidad intestinal como lo fue la hidratación, manejo con antibióticos, valoraciones médicas a cargo de Cirugía general, control de signos vitales; y mientras todo esto se ejecutaba se ordenó una tomografía que nunca fue de urgencia ni era la prueba reina para determinar un posición quirúrgica.

Signos vitales del 20/02/2016 a las 04:37 ESTABLES

SIGNOS VITALES: TA:90/60 FC:78 FR:22 PESO:1 TALLA:1 TEMP:37 Superficie Corporal:0 Índice de masa Corporal:0 glasgow: Saturacion:

Examen físico del 20/02/2016 a las 13:43 no muestran datos de irritación peritoneal

**ABDOMEN TIMPANICO, DISTENDIDO SIN DATOS DE IRRITACION PERITONEAL
MASA PALPABLE EN FOSA ILICA IZQUIERDA Y EVENTRACION MEDIANA RESUCTIBLE**

Signos vitales del 22/02/2016 a las 08:33

TA 100/70 FC 80 FR 20 T 37

Estado hemodinámico el 22/02/2016 a las 08:33 horas

EVOLUCION MEDICA

22/02/2016

08:33

Diagnostico Principal

C169 TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA

Subjetivos/Objetivos

FEMENINA DE 57 AÑOS CON ANTECEDENTES DE :

CA GASTRICO T3 N0 M0 E IIA.

OBSTRUCCION INTESTINAL PROBABLE CARCINOMATOSIS PERITONEAL

SINDROME CONSTITUCIONAL.

REFIERE HABER PASADO MEJOR NOCHE, SUEÑO CONCILIADOR, NIEGA VOMITOS, NIEGA FIEBRE.

- Frente lo dicho por la señora juez *Hubo demora no justificada en el reporte de los resultados del tac abdominal que contribuyó a un manejo tardío de la obstrucción intestinal cuando ya la paciente se encontraba en un estado avanzado de sepsis, debo decir que es falso porque eso no está así determinado en la historia clínica.*

La tomografía es ordenada sin embargo, la paciente no la tolera tal como se muestra en la historia clínica en valoración del 21 de febrero de 2016 a las 09:30 cuando el doctor Carlos Quin, cirujano general así lo relata, Luego entonces, partimos de una imposibilidad de ejecutar el examen por una causa extraña, que en este caso fue la culpa exclusiva de la víctima.

Subjetivos/Objetivos

SUBJETIVOS: PACIENTE CON DX DE OBSTRUCCION INTESTINAL POR PROB CARCINOMATOSIS PERITONEAL

NO HA SIDO POSIBLE COLOCAR SNG, Y NO TOLERA EL MEDIO DE CONTRASTE POR LO QUE SE DECIDE TAC CON CONTRASTE IV

Cuando se recibe el resultado de la tomografía, llama la atención que el estado de la paciente era ESTABLE, entonces, se procede a llevarla a cirugía para conocer la causa del resultado del estudio imageneológico y es cuando se describe en el ítem hallazgos, 200 cc de material fecaloide.

A la paciente se le ordenó un MANEJO PRUDENTE; y es que el mismo perito de la contra parte doctor Mauricio García dijo en el sustento de su dictamen que la indicación quirúrgica tiene que tener una condición muy clara establecida:

la indicación quirúrgica tiene que tener una condición muy clara establecida que va a qué va el cirujano, el no abre simplemente a ver que encuentra, tiene que ir es con toda la indicación clara si es un vólvulo que es un término médico, si es una perforación, si es una obstrucción si es un inciso, es una involución del intestino todas esas cuestiones tienen que ser quirúrgicas, pero las funciones simples y normales el mejor manejo es no operarlas, porque todas las pacientes o todos los pacientes que se operan por defecto tienen ya un riesgo adicional de esas vías intestinales después de la cirugía de lo que uno busca es no darle mayores posibilidades a eso, pero si toca hacerlo en vista de que es una perforación, pues yo no puedo quedarme viendo a un paciente perforado sin operarlo esta es una indicación muy clara pero si tengo una obstrucción simple, que no tiene perforación, que no tienen un sistema mesentérica que no tiene un involving nada por el estilo el manejo indicado cuál es, observación soga nasogástrica en hidratación y esperar a ver si el mismo se vuelve a evolucionar común y corriente, por eso es necesario la observación, por eso es necesario hacer todos los exámenes para poder llegar a la conclusión de que no hay que operarlo no es necesariamente la cirugía, es el manejo de la obstrucción

Esta misma posición tuvo el doctor NAIN CHEDRAUI que en su testimonio rendido dijo que el manejo conservador dado a la paciente fue el acertado ya

que de operar y encontrar una patología inoperable como la carcinomatosis u operar y no encontrar nada ameritaba un riesgo mayor para la paciente.

Adiciono a lo anterior, es falso que la paciente presentara sepsis antes del 23 de febrero de 2016 (ante de ser llevada a la Cirugia) partiendo de la definición de sepsis en ese momento como disfunción de un órgano asociado a un proceso infeccioso (confusión mental, hipotensión, falla renal, falla hepática, falla hematológica) estos signos nunca los presentó la paciente antes del procedimiento quirúrgico, ni tampoco presentó datos de respuesta inflamatoria sistémica como son leucocitosis, fiebre, taquicardia e hipotensión y así lo dijo el doctor Jesús Valle al responder la pregunta 20 cuando señala que la paciente no presentó Ni Hipotensión, Ni taquicardia, Ni dificultad respiratoria.

Conclusión: No existe nexo causal entre la atención medica brindada por mi representado el 20 de febrero de 2016 y el fallecimiento de la paciente, por cuanto, se vislumbra de las pruebas aportadas al proceso que la atención fue diligencia y **prudente**, esa misma prudencia que se exige a los profesionales de la salud.

En lo que respecta a la responsabilidad médica, se define como culpa médica aquella “culpa que el profesional de la medicina comete infringiendo las reglas que regulan el funcionamiento de la misma, de la llamada lex artis o lex artis ad hoc. La Corte Suprema de Justicia en el año 1940 señaló al respecto que “fuera de la negligencia o imprudencia que todo hombre puede cometer; el médico no responde sino cuando, en consonancia con el estado de la ciencia o de acuerdo con las reglas consagradas por la práctica de su arte, tuvo la imprudencia, la falta de atención o la negligencia que le son imputables y que revelan un desconocimiento cierto de sus deberes²

En este caso, era prudente un manejo conservador partiendo de una sintomatología clínica estable, ordenar estudios imageneologicos que no eran urgentes, hicieron parte del manejo clínico pero no tuvo nunca definición quirúrgica.

Falta de idoneidad del perito Mauricio García:

El doctor MAURICIO es un médico urgensiologo que no tiene las competencias ni académicas, ni de experiencia ni manejo sobre pacientes quirúrgicos y así lo REAFIRMÓ el mismo cuando le pregunté si el por si solo podía ordenar una cirugía y contestó claramente que NO, que eso era de competencia del cirujano general quien era el que tomaba la decisión, luego entonces, señora juez, tratándose de un caso de experticia de un cirujano general, es claro que el doctor Mauricio no tiene las competencias para referirse ni tampoco evaluar la conducta de los médicos cirujanos generales ni el actuar de la clínica Bonnadona.

² <https://escuelajudicial.ramajudicial.gov.co/sites/default/files/biblioteca/m2-4.pdf>

Ahora bien al interior de su dictamen, hizo apreciaciones totalmente subjetivas sin sustento, como por ejemplo que el diagnóstico de infección urinaria del 16/02/2016 fue errado por que la muestra estuvo contaminada; es una apreciación que no tuvo ningún sustento científico; cómo puede el doctor perito señalar 5 años después que la muestra estuvo contaminado sin que exista un reporte o sustento en la historia Clínica que así lo afirme?

Más adelante se le interroga en las preguntas 1, 8, 10 le preguntan sobre el diagnóstico de la paciente pero siendo más fácil el análisis retrospectivo, en la respuesta a la pregunta 1 dice: “*abdomen agudo 2do a perforación intestinal por radioterapia vs apendicitis, obstrucción intestinal 2da a carcinomatosis peritoneal*”; en la respuesta 8 dice obstrucción intestinal perforación intestinal, isquemia mesentérica; es decir existe una divergencia de diagnóstico, ósea el perito no pudo definir un solo diagnóstico desde el ingreso incluso haciendo el análisis retrospectivo pero es fácil saber porque no lo pudo hacer, porque no es cirujano general y no tiene competencias en ese campo.

En este mismo dictamen, el señor urgencioso doctor Mauricio García, en la contradicción del dictamen que le realicé dijo:

*la indicación quirúrgica tiene que tener una condición muy clara establecida que va a qué va el cirujano, **el no abre simplemente a ver que encuentra, tiene que ir es con toda la indicación clara** si es un vólvulo que es un término médico, si es una perforación, si es una obstrucción si es un inciso, es una involución del intestino todas esas cuestiones tienen que ser quirúrgicas, **pero las funciones simples y normales el mejor manejo es no operarlas**, porque todas las pacientes o todos los pacientes que se operan por defecto tienen ya un riesgo adicional de esas vías intestinales después de la cirugía de lo que uno busca es no darle mayores posibilidades a eso, pero si toca hacerlo en vista de que es una perforación, pues yo no puedo quedarme viendo a un paciente perforado sin operarlo esta es una indicación muy clara **pero si tengo una obstrucción simple**, que no tiene perforación, que no tienen un sistema mesentérica que no tiene un involving nada por el estilo el manejo indicado cuál es, observación sonda nasogástrica en hidratación y esperar a ver si el mismo se vuelve a evolucionar común y corriente, por eso **es necesario la observación**, por eso es necesario hacer todos los exámenes para poder llegar a la conclusión de que no hay que operarlo no es necesariamente la cirugía, es el manejo de la obstrucción*

Este concepto dio luces al despacho de porque era importante la condición clínica de la paciente, sus signos vitales estables siempre, porque como lo dijo el perito de la contraparte, el camino inicial es la parte médica y solo si existe una alteración o un resultado de una imagen diagnóstica que muestre una obstrucción, hay que operar.

Aclaración sobre el lucro cesante y daño emergente del fallo de primera instancia.

El principio de congruencia se erige como una verdadera garantía del derecho fundamental al debido proceso a las partes en el proceso judicial, en el sentido que al juez de la causa solo le resulta permitido emitir pronunciamiento con base en lo pretendido, lo probado y lo excepcionado dentro del mismo, sin que sea dable dictar sentencias por fuera (extra) o por más (ultra) de lo pedido (petita)

Así lo reafirma el artículo 281 del Código General del Proceso que reza:

“La sentencia deberá estar en consonancia con los hechos y las pretensiones aducidas en la demanda y en las demás oportunidades que este código contempla y con las excepciones que aparezcan probadas y hubieren sido alegadas si así lo exige la ley.

No podrá condenarse al demandado por cantidad superior o por objeto distinto del pretendido en la demanda ni por causa diferente a la invocada en esta.

Si lo pedido por el demandante excede de lo probado se le reconocerá solamente lo último...” (negrilla fuera de texto)

Descendiendo al caso objeto de recurso, tenemos que la señora Juez en su fallo, aunque denegó el lucro cesante y daño emergente a los actores, lo cierto es que tales conceptos no fueron predicados o pretendidos por la parte demandante en la reforma de la demanda que fue admitida por el despacho de conocimiento mediante auto del 17 de octubre de 2018. Dentro del expediente digital, el 02 denominado demanda y anexos, se encuentra la solicitud de reforma de demanda:



En las pretensiones de dicha demanda reformada, se lee claramente a folio 10 y 11 que lo pretendido fue daño moral y daño a la vida de relación. En ninguna parte se hace alusión a lucro cesante y daño emergente.

Mediante auto del 17 de octubre de 2018 fue admitido la reforma

De conformidad con el Art. 93 del C.G. del P. El comandante podrá corregir, aclarar o reformar la demanda en cualquier momento, desde su presentación y hasta antes de señalamiento de la audiencia inicial.

Al revisar el presente proceso, encontramos que se encuentra pendiente por resolver excepciones previas y recursos de reposición, 2º siendo presentado por la parte actora, mediante escrito de fecha Septiembre 20 de esta anualidad, reforma de la demanda, en la cual se modifican los hechos, las pretensiones y el acapite de pruebas, cumpliéndose así lo señalado en el numeral 1º del artículo 93 del C.G. del P.

La situación antes esbozada, trae como consecuencia que al haber sido presentada la solicitud de reforma de la demanda sin que se haya señalado fecha para la audiencia de que trata el artículo 372 del C.G. del P., se hace inexorable admitir la reforma oprecada.

Teniendo en cuenta que la parte demandada se encuentra notificada acorde a lo señalado en la norma antes transcrita, se aceptará dicha reforma en lo que tiene que ver con el acapite antes mencionado, notificándose la misma por estado al no haberse inculcados nuevos comandados.

En consecuencia, el Juzgado,

RESUELVE

1. Admitirse la reforma de la demanda Ordinaria instaurada por DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL, instaurado por MIGUEL HERNANDEZ Y OTROS contra CLINICA BONADONA Y COOMEVA EPS

Palacio de Justicia, Calle 40 No. 44-80 Piso 8 Edificio Centro Ciudad
Teléfono: 3499794
Email: ccj@es.derechajudicial.gov.co

Hoja No. 2

2. De ella córrase traslado a la parte demandada por el término de diez (10) días de conformidad con el artículo 93 numeral 4º del C.G. del P.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

El Juez,


JUAN BAUTISTA LYONS HOYOS

JUZGADO 12º CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

La anterior providencia se notificó por ESTADO No. 12 de Hoy 17-10-18


RECIBIDA EN

Así las cosas, no podrá ser objeto de apelación la negación del lucro cesante y daño emergente porque no hicieron parte de las pretensiones de la demanda.

Por todo lo anterior, no es dable predicar responsabilidad a cargo de mi representada por el fallecimiento de la señora Berenice Hernández Sampayo y mucho menos por la exigencia del nexo causal pues a la finada se le prestaron los servicios de salud de forma diligencia y con apego a la lex artis.

PETICIONES

En razón de lo antes mencionado, respetuosamente me permito solicitarle a los Honorables Magistrados de la Sala Civil – Familia que se **REVOQUE** en su totalidad la Sentencia Apelada y en su defecto, absuelva a la ORGANIZACIÓN CLINICA BONNADONA PREVENIR S.A.S. de las pretensiones de la demanda, teniendo en cuenta las pruebas aportadas y recabadas dentro del referenciado.

De usted, atentamente,



BLANCA ROSA JIMENEZ DIAZ
C.C. 55.306.609 de Barranquilla
T.P. 194.974 del C.S.J.