

Honorables Magistrados  
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO  
JUDICIAL DE NEIVA  
E. S. D.

REF. : Ordinario de Jaime Bonilla Londoño y otros c/ Sociedad Clínica Emcosalud S.A.  
RADICACIÓN: 2011 – 0001.

CESAR A. NIETO VELASQUEZ, de condiciones conocidas en el asunto de la referencia, estando dentro del término legal, presento la sustentación del recurso de apelación que presenté contra la sentencia de primera instancia, dictada en este proceso por el juzgado Tercero Civil del Circuito de Neiva, argumentos que no son distintos a los reparos concretos que le hice a la sentencia del a quo, tanto en la audiencia de juzgamiento al momento de interponer el recurso de apelación, como en los tres (3) días siguientes que señala la ley como término para hacerlo:

### **I. PROVIDENCIA OBJETO DEL RECURSO DE APELACIÓN.**

Mediante sentencia de fecha 30 de septiembre de 2019, el Juez de primera instancia dispuso denegar las pretensiones de la demanda y condenar en agencias en Derecho a mis poderdantes, sustentando su fallo principalmente en los siguientes puntos:

Que no se comprobaron los elementos de la responsabilidad civil, en razón que de análisis probatorio se estableció que desde el ingreso a la clínica y durante su instancia, los médicos que atendieron al señor JAIME BONILLA LONDOÑO actuaron cuidadosamente y en tiempo oportuno para el restablecimiento de su salud, sin que pueda atribuirse culpa a la entidad demandada.

Que la muerte del paciente no obedeció a una mala aplicación de la *lex artis* por parte de los galenos, sino a una reacción inevitable por parte del organismo del paciente, una situación que no podía ser evitada por los mismos “*dada la sintomatología de un dolor abdominal difuso que mostraba mejoría al tratamiento médico, lo que impidió realizar un diagnóstico definitivo con antelación al procedimiento quirúrgico realizado el 23 de abril de 2007*” (minuto 1:20 del Audio).

Que aun existiendo daño no existió un nexo entre el hecho alegado y la muerte del señor JAIME BONILLA LONDOÑO, ya que el deceso fue ocasionado por las reacciones del cuerpo del paciente y por los antecedentes cardiovasculares y de hipertensión y no por la negligencia e inoperancia por parte de los médicos de la entidad demandada.

Que si bien se practicaron dos dictámenes periciales, el rendido por el médico especialista en cirugía general, Dr. LUIS EDUARDO SANABRIA RIVERA fue más contundente porque refirió que “*no habían signos de abdomen agudo en el paciente*” y que este “*hecho es relevante de cara a la objeción por error grave en el caso del segundo dictamen*” (Minuto 32:31 del Audio).

Que si bien el dictamen rendido por el Dr. SANABRIA RIVERA advierte que existieron “*dos conductas violatorias a la lex artix médica, la primera, consistente en dar órdenes verbales o telefónicas del 18 de abril de 2017 a las 16.30 y 17 horas y del 21 de abril de 2007 a las 9:20 horas sin examinar al paciente que no son consideradas como una buena práctica médica y son válidas en caso de urgencias y ceñidas a protocolos de urgencias y*

*cirugía ambulatoria o indicaciones para líneas de atención especializada, y la segunda, consistente que para el 26 de abril de 2007 a las 6 horas se ordenó suministrar al paciente cefradina un gamo, cada 6 horas, de lo cual no encuentra sustento el perito de la historia clínica y del reporte del paciente, anotando que en todo caso que dicha conductas no tiene mayores complicaciones en el manejo del paciente” (Minuto 36:36 del Audio), aquellas no son relevantes, en virtud a que no tuvieron mayores implicaciones en el manejo del paciente.*

Que pese a que la parte demandante aportó un “*concepto*” suscrito por la doctora Saidy Adriana Osorio Casalini- **Médico Especialista en Gerencia de Servicios** “*este no tiene el alcance de un dictamen pericial*”, dado que carece de los requisitos establecidos en el artículo 233 del C.P.C., en tanto que “*no puede pretender la parte actora adelantar el proceso con dos dictámenes*”, esto es, el de la doctora OSORIO CASALINI y el dictado por el HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO de Neiva a través del Dr. SANABRIA RIVERA (Minuto 32:31).

Que no hay prueba de la culpa del médico que hizo el diagnóstico, pues aquel determinó el tratamiento que correspondía de conformidad, y aunque el dictamen pericial rendido por el Dr. ANDRES FELIPE LOZANO BETANCOURT señaló que: “*el manejo quirúrgico inicial fue hecho de manera tardía, pues estaba la exploración quirúrgica de manera anticipada ante el hecho del cuadro de abdomen agudo con hallazgos de obstrucción intestinal, en un paciente en el que no se registran antecedentes de cirugía abdominal previa*”, el mismo no es suficiente para definir la responsabilidad, pues no hay constancia en la historia clínica de signos de un abdomen agudo.

Como consecuencia de los mencionados argumentos, el Juez *a-quo* concluyó que mis poderdantes no probaron la responsabilidad civil invocada en la que fundó sus pretensiones, por lo que el fallo acá recurrido coartó la prosperidad de las mismas.

## **II. MOTIVOS DE INCONFORMIDAD CON LA PROVIDENCIA RECURRIDA.**

Conforme con el artículo 321 del C.G.P., a continuación procederé a precisar de manera breve los reparos concretos que se tienen en contra del fallo antes descrito, adicionales a los presentados en la audiencia, reparos que en la oportunidad procesal pertinente serán debidamente sustentados ante el Juez de segunda instancia:

### **EL FALLO RECURRIDO INCURRE EN SUPOSICIONES, OMISIONES E INDEBIDAS VALORACIONES PROBATORIAS CUANDO AFIRMA QUE LA ATENCIÓN BRINDADA AL SEÑOR JAIME BONILLA LONDOÑO FUE DILIGENTE Y OPORTUNA Y QUE EL PERSONAL MEDICO NO HA VIOLADO LOS PROTOCOLOS MEDICOS.**

#### **Error en el Diagnóstico.**

En varios apartes del fallo el Juez de primera instancia concluye **que de acuerdo con los testimonios recibidos por el Dr. Virgilio Pérez y Yuri Niebles, y el dictamen pericial rendido por el Dr. Sanabria Rivera**, al señor JAIME BONILLA LONDOÑO le fueron prestados los servicios médicos de manera oportuna y que debido a que el paciente presentó síntomas difusos, los cuales mostraban mejoría del dolor abdominal, a los galenos se les dificultó realizar un diagnóstico con antelación al procedimiento quirúrgico realizado el 23 de abril de 2007.

En ese contexto, se vislumbra que la labor probatoria del Juez se centró en una fracción de los elementos probatorios, pues no tuvo en cuenta que en la historia clínica aparece consignado que el paciente presentaba desde el inicio signos y síntomas que ayudaban a orientar a un diagnóstico de abdomen agudo, tales como: *“dolor Súbito e intenso”* (ver nota historia clínica de fecha 17 de abril de 2007), dolor abdominal de varios días de evolución (ver nota médica historia clínica 17 de abril de 2007, Dr. LUIS GERARDO VARGAS POLANÍA), se prescribieron analgésicos sin mejoría (ver notas de enfermería médica del 21 de abril de 2007, a las 22:20), abdomen distendido (ver notas medicas historia clínica, abril 21 de 2007, a la 10:00, Dr. LUIS GERARDO VARGAS y Dra. ANGELICA SOLANO), emesis, sin deposición, dolor en la palpación, **también se encontró líquido libre en la cavidad abdominal** (Ver resultado Radiólogo SERGIO LUIS LALINDE), los cuales no merecieron ninguna consideración probatoria por parte del Juez.

Tampoco valoró que en la historia clínica el Dr. NEFALÍ VARGAS POLANÍA no le dio ninguna consideración médica a la lectura que el 17 de abril de 2007 el medico Radiólogo SERGIO LUIS LALINDE le dio a la lectura del TAC, que indicó: *“existe material liquido en el espacio subfrénico derecho”*, pues, según consta de la anotación médica señalada en la historia clínica del 18 de abril siguiente, a la 9:00, este galeno afirmó que el Tac abdominal se encuentra *“sin lectura”* y sugiere como plan: *“lectura TAC Abdominal”*, lo que evidencia la omisión del galeno Dr. VARGAS POLANÍA al no percatarse de que ya existía consignado en la historia clínica una lectura por parte del especialista en radiología desde el 17 de abril de 2007 (*ver nota dela enfermera SANDRA VIVAS del 17 de abril de 2007, a las 19:20 “se trasladó paciente a imagenología para toma de TAC abdominal, 21:30 “se trasladó paciente a piso consciente, estable, orientado, con líquidos LEB permeable TTO médico. Iniciando con toma de TAC abdominal contrastado P/ Lectura de TAC y continua TTO de DX diverticulitis, SANDRA VIVAS AUX. de enfermería”*), quien evidenció desde un principio signos radiológicos de peritonitis, situación que de haberla considerado el Dr. VARGAS POLANÍA, junto con los dolores abdominales, su duración, intensidad, su relación con los vómitos, oportunamente al paciente se le había diagnosticado una patología que ameritaba una intervención quirúrgica. Además, cabe resaltar que esta misma conducta negligente fue también cometida por el médico tratante el día 19 de abril de 2007, a las 12:15, pues según la nota médica de esa fecha se consignó *“pendiente lectura del TAC abdominal, diclofenaco”*.

En criterio del tratadista HIPÓLITO WAISMAN «a pesar de los progresos importantes ocurridos en el campo del laboratorio, la radiología, la angiografía, la gammagrafía, la ecografía, la tomografía axial computarizada, el juicio clínico quirúrgico es todavía la mejor herramienta para un diagnóstico en etapa útil de las enfermedades que originan dolor abdominal. (...) La secuencia descriptiva tratará de aproximarse al proceso mental que realiza el profesional cuando es consultado por dolor abdominal agudo: 1) Recabar una historia clínica prolija y detallada, tanto por intermedio del enfermo, o de sus familiares o allegados si éste no pudiera por su estado proporcionar la información buscada; 2) Examen físico completo; 3) Formular hipótesis diagnósticas sobre la base de la asociación de síntomas y signos (síndromes); 4) Tratar de objetivar por medio del laboratorio la radiología, ecografías, tomografía axial computada, de acuerdo con la posibilidad del medio asistencial en el que se actúa, la patología que supuestamente presenta el enfermo; 5) Proceso de síntesis: evaluar los síntomas y tomar la decisión terapéutica». (Emergencia médicas y quirúrgicas. Buenos Aires: 1987. P. 258) - **Resultado nuestro-**

Este mismo autor señala que frente a una sintomatología de dolor abdominal, advierte que: “Además del examen físico, se deben practicar ayudas diagnósticas, de

**laboratorio, estudios radiológicos, y tomografía axial computarizada. Esta última «ha demostrado ser una herramienta de gran ayuda en el diagnóstico del dolor abdominal, pues tiene una alta sensibilidad, hasta del 94%. El requerir tiempo para su preparación y su costo es el limitante de nuestras instituciones de salud, pero es de una amplia aplicación diagnóstica en la actualidad en enfermedad diverticular complicada, pancreatitis, isquemia mesentérica, obstrucción intestinal, perforaciones del intestino y apendicitis aguda».**

Además, que: “Está documentado que un dolor intenso «que persiste más de 6 horas, es causado en general por una enfermedad quirúrgica». De ahí la importancia de no descartar en el diagnóstico la posibilidad de una patología que amerite operación. «Antes de transcurridas 12 horas de comienzo de la enfermedad, no se puede descartar que el síntoma dolor sea parte integrante de una apendicitis aguda. Si la evolución muestra un empeoramiento, debe realizarse una laparotomía». (HIPÓLITO WAISMAN. Emergencias médicas y quirúrgicas. Abdomen agudo quirúrgico. 2ª ed. 1987. p. 265) Resaltado nuestro.

Así mismo, con relación a la importancia de la tomografía axial computarizada (TAC) para el diagnóstico de peritonitis, el manual de urgencias del Ministerio de Salud y Protección Social, indica que: “es útil en el diagnóstico de gas o líquido libre en cavidad peritoneal” (Capítulo Dolor Abdominal Agudo, Tomo II, Pág. 151, Ministerio de Protección Social).

Según la literatura médica: “La perforación del tracto gastrointestinal (GI) frecuentemente lleva a una emergencia que requieren manejo quirúrgico. El líquido libre y el aire en la cavidad abdominal representan un hallazgo distintivo en la tomografía” (CT findings in acute peritonitis: a pattern-based approach. Filippone A, Cianci R, Pizzi AD, et al. Diagnostic and Interventional Radiology. 2015;21(6):435-440).

Con relación al diagnóstico de peritonitis, las siguientes imágenes describen como a través del TAC, se puede encontrar signos que confirman o descartan un proceso de perforación de visera hueca, lo que constituye un examen completo y metódico que determina un diagnóstico diferencial (Artículo Médico: Síndrome Doloroso Abdominal Agudo, Sociedad Mexicana de Radiología, Autores\_ MOTTA RAMÍREZ GA y MARTINEZ – LUJAN E.)

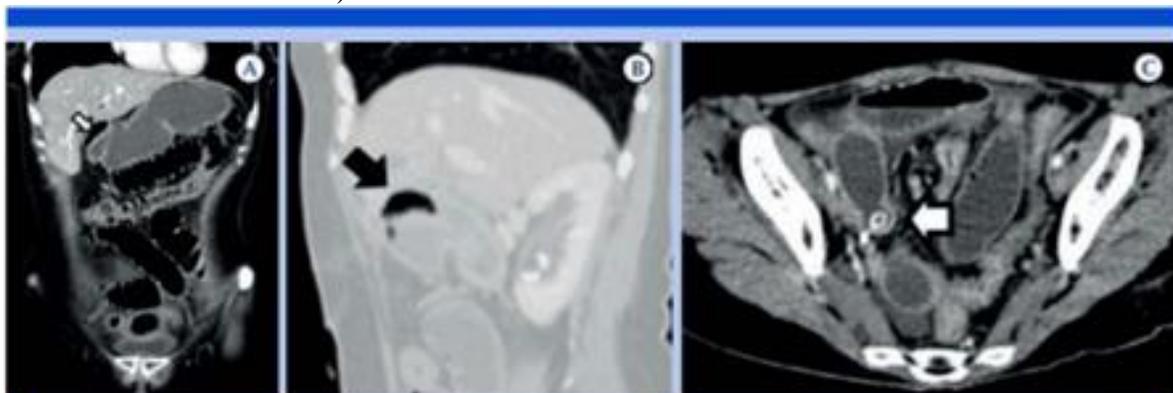


Figura 7. A-C) Masculino de 45 años, con síndrome doloroso abdominal agudo secundario a obstrucción intestinal; selección de imagen axial, reconstrucción sagital y coronal multiplanos de tomografía con contraste intravenoso con ventanas para evaluar el contenido abdominal y pulmonar en búsqueda específica de aire libre intraabdominal, donde se corrobora distensión hidroaérea de las asas del colon y del intestino delgado, líquido libre intraabdominal en el hueco pélvico y aire libre en topografía del espacio subhepático anterior así como lito biliar ectópico en el íleon distal (triada de Riggler).

A su turno, en el artículo médico titulado *“peritonitis aguda generalizada: presentación clínica, causas y diagnóstico preoperatorio”* señala: *“la tomografía por computadora (TC) y la Ultrasonografía en pacientes muy graves en quienes se sospecha infección intrabdominal son de gran utilidad especialmente para la objetivación de la presencia de líquido libre en cavidad o la existencia de masas o tumores (...)”*. (Samaniego, Castor, Rodríguez, Cynthia, Laconich, Diego, & Flores, Jorge. (2012). PERITONITIS AGUDA GENERALIZADA: PRESENTACIÓN CLÍNICA, CAUSAS Y DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO. *Cirugía paraguaya*, 36(1), 10-14. Retrieved October 06, 2019, from [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2307202012000100002&lng=en&tlng=es](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307202012000100002&lng=en&tlng=es).

Si se comparan estos estándares con la atención prestada al señor JAIME BONILLA LONDOÑO desde el 15 de abril de 2007, no cabe duda de que atención fue extremadamente tardía, negligente, inadecuada y contraria a los respectivos protocolos y guías médicas establecidos para el manejo de la dolencia que padecía, pues si bien presentaba un dolor abdominal difuso e intenso, sus síntomas eran inequívocos de un diagnóstico temprano de peritonitis, tanto más, cuando, **según la literatura médico científica descrita**, la manera más eficiente de determinar esta enfermedad es a través del TAC abdominal que se considera altamente específico, pues con él se detecta muy fácilmente cuál es el origen del dolor abdominal. En ello coincidió el médico que rindió la experticia médica, Dr. ANDRÉS FELIPE ACEVEDO BETANCUR, quien, al ofrecer su concepto en este proceso, señaló que **“si la impresión diagnóstica inicial cambió a una obstrucción intestinal y el paciente no tenía antecedentes de cirugía abdominal, lo que se indica es el tratamiento quirúrgico a través de una laparotomía exploratoria.** Por lo anterior, el manejo quirúrgico estuvo indicado de manera temprana, lo que hubiera disminuido la posibilidad de complicaciones, infecciosas, severas abdominales o peritonitis”- Resaltado nuestro-.

Sin embargo, lo que refleja la historia clínica es que el médico tratante del 18 de abril de 2007, en vez de extremar precauciones en la fase de diagnóstico del señor JAIME BONILLA LONDOÑO, y darse cuenta de que existía la toma del TAC abdominal, se limitó a recibir las declaraciones que efectuó el paciente en punto a sus síntomas y a prescribir analgésicos antiinflamatorios (diclofenaco), sin pararse a leer siquiera, la práctica de la tomografía (TAC), con que, según aquí lo sostuvo el galeno ACEVEDO BETANCUR: *“la impresión diagnóstica cambio a una obstrucción intestinal”*.

Lo anterior, va en contravía de los estándares científicos, según los cuales: *“El retraso o la falta de comunicación de estudios de imágenes o de laboratorio que son críticos para el tratamiento del paciente ponen en juego su seguridad y son una fuente importante de juicios por responsabilidad profesional. Se entienden por “estudios diagnósticos críticos”:* Aquellos que siempre requieren una rápida comunicación de los resultados, aun cuando éstos sean normales; aquellos cuyos resultados se encuentran muy por fuera del rango normal, amenazando la vida y determinando la necesidad de una intervención urgente (comunicación de valores críticos); aquellos cuyos resultados constituyen hallazgos que, si bien no resulta urgente comunicar, hacen pensar al radiólogo o al bioquímico que quien solicitó el estudio no los espera, pudiendo afectar negativamente al paciente. (...) Otra definición que ha sido muy utilizada define como “crítico” a aquel resultado que cambia inmediatamente el curso de la atención médica». (FABIÁN VÍTOLO. *Problemas de comunicación en el equipo de salud*).

Este hecho que estaba al alcance de los médicos tratantes, revelan la negligencia del equipo médico.

Sobre este particular, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia de Casación Civil, M.P. Ariel Salazar Ramírez, Exp. SC13925-2016, Rad. No. 05001-3103-003-2005-001174-01), señaló: *“La equivocación del diagnóstico -de suyo deplorable por la impericia de la facultativa-, se agravó con su negligencia al no tomar oportunamente las precauciones y medidas necesarias para corroborar su diagnóstico y descartar la presencia de una enfermedad más grave. Es cierto que nadie está exento de errores, y que el simple error per se no es constitutivo de culpa. Pero también lo es que la pericia o impericia de un médico sólo se determina a la luz de los aciertos o desaciertos que obtiene en cada caso que atiende, pues solamente los resultados de su labor pueden dar cuenta de la habilidad y destreza en el manejo de su arte...”*

Desde esta perspectiva, no cabe duda que el Juez de primera instancia anduvo desafortunado al no valorar como hecho imputable dañoso de la demandada, que desde el 17 de abril de 2007 el médico Radiólogo SERGIO LUIS LALINDE RIVERO le había encontrado *“líquido libre en la cavidad abdominal”*, que en la literatura médica se conoce como un signo radiológico que aporta al diagnóstico de peritonitis y perforación de víscera hueca, tal como lo expresa el mismo TAC que obra en la historia clínica, y que sin embargo, el médico tratante omitió esa información, pues constancia en la prueba documental (historia clínica) que tal galeno lo hubiera resaltado en sus anotaciones de evolución médico, pues solo determinó que tan sólo se trataba de un episodio de *“diverticulitis”* que podía sortearse fácilmente con una *“diclofenaco”* y con tratamiento médico conservador.

#### **Tardía en descubrir la patología que sufría el paciente y tratamientos y procedimientos inadecuados-**

Tampoco se puede pasar por alto, como conducta contraria a la ciencia médica que compromete la responsabilidad civil de la entidad demandada, que, además de no revisar el TAC Abdominal que el caso se ameritaba para determinar la verdadera causa de la enfermedad, los médicos LUIS GERARDO y NEFTALÍ VARGAS POLANIA recetaron diclofenaco (ver nota medicas de 17 de abril de 2007, a las 17:20, 18 de abril de 2007), medicamento analgésico que, dada su capacidad para *“enmascarar”* los síntomas del paciente y, por ende, de dificultar la etapa de diagnóstico, no es recomendable para los casos de dolor abdominal severo.

Nótese como en las notas médicas de los días 17 de abril de 2007, a las 17:20, el 18 de abril de 2007, a las 8:00 a.m, los doctores Luis Gerardo Vargas Polanía y Neftalí Vargas Polanía, respectivamente, prescribieron al paciente JAIME BONILLA LONDOÑO: *“Diclofenaco IMC C/12 horas”*, *“diclofenaco 75 IM C/12h”*.

Según los conceptos de los expertos de medicina, el uso de analgésicos tipo opioides (derivados del opio si pueden ser usados en el abdomen agudo, más no los tipo AINES (antiinflamatorios no esteroideos, como el diclofenaco), pues según el artículo científico intitulado: *“El uso de AINES demora el diagnóstico de abdomen agudo”* señala que: *“las fuertes propiedades analgésicas antipiréticos y antiinflamatorias de lo AINES pueden reducir los síntomas, signos y hallazgo de laboratorio de la peritonitis”* (NSAID-use delays the diagnosis of 'acute abdomen'. Lucas IS, Ibelings MS, Bruining HA).

Luego, no puede ser de recibo el argumento que dio el Juez cuando afirmó que la muerte del paciente no obedeció a una mala aplicación de la *lex artis* por parte de los galenos, sino a una sintomatología difusa y a una reacción inevitable por parte del organismo del paciente (minuto 1:20 del Audio), que eventualmente mostraba mejoría, toda vez que si el señor JAIME BONILLA LONDOÑO en algunos eventos respondía a los procedimientos prestados, era precisamente porque se le suministró analgésicos antiinflamatorios AINES, sin que los mismo fueran suspendidos, los cuales están contraindicados según literatura médica y los protocolos de atención para el dolor abdominal agudo atrás citados. Si el médico tratante no tenía claridad sobre la enfermedad que presentaba el paciente pues consideró que los síntomas que mostraba eran difusos, tampoco intento corroborar o descartar el diagnóstico inicial mediante los procedimientos que estaban a su alcance para establecer un diagnóstico diferencial con patologías que suelen presentarse síntomas similares a los de la peritonitis.

Al respecto, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, en la misma sentencia de casación atrás citada (Exp. SC13925-2016, Rad. No. 05001-3103-003-2005-001174-01), resaltó que: **“Este autor advierte que no debe iniciarse tratamiento con analgésicos «sino hasta cuando tengamos un diagnóstico y una terapéutica ya definida. Recordemos que el dolor es el principal signo de las patologías abdominales. (...) Finalmente, en aquellos casos que no muestran signos ni síntomas en el análisis patológico y en los que no puede establecerse su etiología en el episodio de urgencia, debe seguirse la evolución en consulta para determinar posteriormente la causa. (Urgencias médico-quirúrgicas. Bogotá: 2002)”** **En los aludidos protocolos se indica que no se debe recetar nada vía oral y nunca prescribir analgésicos hasta tener un diagnóstico comprobado o definitivo de manejo, pues éstos, al calmar el dolor, enmascaran los síntomas de la enfermedad. (Protocolos de urgencias, Abdomen Agudo. Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo de Antioquia, Medellín, 1992. p. 75, 76). En otro estudio se señala: «En el curso de la investigación de un paciente afecto de dolor abdominal, es de extrema importancia no administrar analgésicos o sedantes hasta completar el diagnóstico o en los casos en que hay una obvia indicación para una intervención quirúrgica».** (ROBERT CONDON; LLOYD NYHUS, Manual de terapéutica quirúrgica. 2ª ed. Bogotá: 1985. P. 105) Resaltado nuestro.

Además, que: *“la complejidad de las enfermedades y la fragilidad de la salud humana muchas veces se traducen en errores o eventos adversos no culposos, pero no hacer nada para evitar la aparición o repetición de tales fallas siendo previsibles y teniendo el personal médico la oportunidad y el deber legal de evitarlas, es constitutivo de culpa. Los errores y fallas medicas no son obra del infortunio sino procesos atribuibles a la organización y al equipo médico; y si bien es cierto que muchos de esos defectos no son previsibles ni producto de la negligencia o descuido, no lo es menos que tanto otros se pueden evitar con un mínimo de prudencia, diligencia o cuidado según los estándares de buenas prácticas de la profesión”.*

Es más, observe como al segundo día del ingreso (18/04/2007) el paciente JAIME BONILLA, presenta leucocitosis de 14.500, con neutrofilia, esto, más los hallazgos de la tomografía constituyen de manera inequívoca un diagnóstico de peritonitis, sin embargo, los profesionales omiten esta información y solo se decide operar al paciente el día 23 de abril de 2007, habiendo pasado ya siete (7) días desde el ingreso, esta demora constituyó la casusa fatal con el resultado ominoso en la salud y la integridad del señor JAIME BONILLA LONDOÑO.

Sobre el particular, el artículo médico “*peritonitis aguda generalizada: presentación clínica, causas y diagnóstico preoperatorio*” indica: “de 229 casos de peritonitis aguda generalizada sometidos a laparotomía, la neutrofilia estuvo presente en el 90.3% de los pacientes” (*Samaniego, Castor, Rodríguez, Cynthia, Laconich, Diego, & Flores, Jorge. (2012). PERITONITIS AGUDA GENERALIZADA: PRESENTACIÓN CLÍNICA, CAUSAS Y DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO. Cirugía paraguaya, 36(1), 10-14. Retrieved October 06, 2019, from http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S2307202012000100002&lng=en&tlng=es.*

Por otro lado, quedó visto que los médicos LUIS GERARDO y NEFTALÍ VARGAS POLANÍA que atendieron al paciente JAIME BONILLA LONDOÑO inobservaron una obligación de resultado, en cuanto dejaron de practicar laparotomía que la *lex artis* imponía para eliminar la posibilidad de que el cuadro clínico que presentaba el paciente no fuera atribuible a una diverticulitis (como en efecto ocurrió), y al recetar medicamentos cuyo suministro obstaculizaba la labor de diagnóstico que requería el paciente.

De los nombrados galenos, era de esperar un comportamiento más consecuente con la necesidad de evitar, o por lo menos de no incrementar, los riesgos que la situación de marras involucraba frente a la salud del señor JAIME BONILLA LONDOÑO de conformidad con lo que consagran los artículos 10 y 15 de la Ley 23 de 1981, que rezan que: “*el médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente*”, y que “*no expondrá a su paciente a riesgos injustificados*”.

Es más, según muestra la historia clínica, el padecimiento que para ese entonces presentaba el paciente no era de difícil y mucho menos imposible identificación con los mecanismos de análisis adecuados (exámenes radiológicos y de sangre, tomografía axial, radiografías etc.), tanto así que fueron, precisamente, esos exámenes los que les permitieron al médico de turno (23 de abril de 2007) identificar la patología que presentaba el señor Jaime Bonilla Londoño, cuando ya la peritonitis había avanzado.

Por otra parte, resulta necesario resaltar que los médicos tratantes erraron en el diagnóstico de “*diverticulitis*”, pues a pesar de que el paciente presentó el 17 de abril de 2007 a las 17:15 horas “*abdomen con dolor abdominal derecho*” el Dr. LUIS GERARDO VARGAS le interroga un diagnóstico el 23 de abril de 2007, a las 10:30 “*DX: Obstrucción intestinal OI diverticulitis complicada*”, *los síntomas característicos de la diverticulitis son dolor en la parte inferior izquierda del abdomen, sensibilidad a la palpación y fiebre*” (*Diverticulitis Por MICHAEL C. DI MARINO, MD* <https://www.merckmanuals.com/esus/hogar/trastornosgastrointestinales/enfermedaderticular/diverticulitis>).

Y si en gracia de discusión se acepta que el paciente cursaba con una diverticulitis complicada, lo cierto es que una de estas complicaciones es la perforación del divertículo, lo que llevaría también a una conducta quirúrgica, que de paso sea decirlo, se retrasó por más de 7 días desde la fecha ingreso del paciente y la data de los hallazgos del TAC (líquido libre en cavidad abdominal).

De la misma forma, **el Juez a-quo erró al decir que no es “un hecho probado” que en la historia clínica no había signo de “abdomen agudo” (Minuto 32: 31 del Audio)**, pues omitió valorar que dentro de la historia clínica existía una nota de evolución del 23 de abril

de 2007 a las 11:30 que señala: “*en mesa operatoria consciente con DX abdomen agudo*”. Igualmente que en la ecocardiografía practicada por el Dr. Rubén Tejada, se advierte que tiene en el reporte de ecocardiograma del 23 de abril de 2007: “*un diagnóstico clínico de abdomen agudo*”; luego, la afirmación por parte del Juez encaminada a darle soporte probatorio al dictamen rendido por el Dr. SANABRIA RIVERA, y de paso, desvirtuar el segundo dictamen practicado dentro de la objeción por error grave (Minuto 32:31 del Audio), es contradictoria a la verdad real que consta en el documento de historia clínica donde claramente se anota el diagnóstico de abdomen agudo el día 23 de abril de 2007.

Otro error en que incurrió el Juez radica en el hecho de que partir del testimonio técnico del Dr. VIRGILIO PÉREZ (Coordinador Médico de la Clínica Emcosalud), la muerte del señor JAIME BONILLA LONDOÑO fue ocasionada por las reacciones del cuerpo del paciente y por el antecedente cardiovasculares y de hipertensión que presentaba, en razón a que el paciente de un lado, no tenía antecedentes de hipertensión, y del otro, que sin bien existió un evento coronario previo, el ecocardiograma que reposa en la historia clínica y que fue practicado el día 23 de abril de 2007, **muestra una fracción eyección del 43%**, lo que demuestra una buena función cardíaca que pudo haber sido perfectamente valorada en el examen físico, sin tener que dilatar la conducta quirúrgica para llevarlo a una cirugía de urgencia.

Al respecto, la guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica establece que: “*la fracción de eyección ventricular izquierda (FEV) conservada entre un 40 y 50 %*”, lo que quiere decir que la función cardíaca **se encuentra conservada cuando la fracción de eyección (FEV) está entre rango** (Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica (2008) Rev Esp Cardiol 2008;61(12):1329.e1 - 1329.e70).

Ciertamente, lo consignado por el Dr. PÉREZ en el sentido de señalar que: “*...el evento cardíaco se derivó de un problema vascular y el mismo de unos antecedentes de hipertensión y por tal motivo afectan como primera medida uno de los órganos blancos que se llama el Corazón, el Cerebro, El riñón, pero dado que el sistema Vascular está en todo el organismo el compromiso por un daño vascular puede afectar a cualquier órgano o sistema o aparato del cuerpo humano a donde llega la circulación sanguínea, por tal motivo de eso no es ajeno el aparato digestivo a sus componentes que son los intestinos que por cierto requieren también bastante irrigación*”, es totalmente contrario a la rigurosidad científica, que bien indica que un evento coronario previo no tiene nada que ver con la evolución de un abdomen agudo actual. Además, si no hay registros en la historia clínica de hipertensión severa (hipertensión severa es igual 120mmHg de presión diastólica), no podemos hablar de que existía ningún órgano blanco ni mucho menos el sistema digestivo, como ese testimonio intenta relacionar equívocamente. Diferente es que se presente un ritmo de paro posterior a un choque séptico ocasionado por una peritonitis tardíamente tratada (taquicardia ventricular colapsante), como efectivamente ocurrió, ya que este evento se produjo el 7 de mayo de 2007.

Además, cabe resaltar que contrario a lo afirmado por el Juez de instancia, ni el Doctor PÉREZ ni el Doctor NIEBLES participaron en el tratamiento de la enfermedad inicial que fue la que desembocó en las secuelas permanentes del paciente. El Dr. YURI NIEBLES solo estuvo como médico tratante en la fase de rehabilitación, cuando ya todas las faltas a la *lex artis* se habían cometido, y sus apreciaciones corresponden a fases posteriores del proceso del abdomen agudo, cuya conducta quirúrgica, insistimos se dilato, y esta tardanza fue la que llevo a la complicaciones sépticas a los eventos cardiovasculares como el paro

cardíaco y el deterioro del estado de salud del paciente, en tanto que los apuntes que hace el Dr. NIEBLES sobre la traqueostomía son irrelevantes al cuadro inicial que se complicó por la inoperancia y la tardanza de los médicos tratantes del cuadro inicial.

De ahí que lo dicho por el Juez al minuto 28:33 referente a que: *“estos testimonios le merecen credibilidad al Juzgado, por cuanto provienen de profesionales de la medicina, quienes tienen conocimiento del caso del paciente, ya sea en el tratamiento de rehabilitación, como en el caso del Doctor NIEBLES, especialista en medicina interna, o como en el caso, del doctor PÉREZ, quien además actuó en la etapa pre- operatoria del paciente, además porque estos testigos médicos coinciden con la prueba documental que reposa en el expediente, esto es, en la historia clínica, o con la historia clínica del centro médico donde el paciente recibió atenciones”*, no corresponde a la realidad fáctica consignada en la historia clínica, por cuanto no hay ninguna nota de evolución donde conste que el Doctor VIRGILIO PÉREZ participó en el proceso asistencial de paciente y las anotaciones del Dr. YURI NIEBLES son muy posteriores al cuadro clínico inicial, como ya se indicó.

#### **Valoración de las pruebas en el caso concreto.**

Igualmente, la conducta del Juez de primera instancia es violatoria al artículo 29 de la Constitución Política, toda vez que se apoyó únicamente en el dictamen pericial rendido por el Hospital Universitario de Neiva- Hernando Moncaleano, desechando el rendido por el profesional doctor ANDRÉS FELIPE ACEVEDO BETANCUR, pues en sus sentir, de un lado, este profesional no contaba con la idoneidad de estudios ni la experiencia práctica en el tema, y del otro, porque el dictamen no fue confeccionado a partir la historia clínica (Minuto 32:31 del Audio).

Acá comporta precisar que contrario a lo afirmado por el Juez, la peritación rendida por el Dr. ANDRÉS FELIPE ACEVEDO BETANCUR sí fue confeccionada a partir del referido documento médico-legal (historia clínica), donde quedó consignado el estado de salud del paciente, no solo porque así se solicitó por parte del Juez, sino porque también en el informe rendido por la Universidad CES a través del Dr. ACEVEDO BETANCUR se hace expresa referencia a que: *“Manifiesto que el dictamen fue elaborado con la historia clínica suministrada por la parte interesada correspondiente al paciente JAIME BONILLA LONDOÑO”*.

De igual manera, cabe apuntalar que tampoco es acertada la aseveración del Juez de primera instancia, con la cual pone en tela juicio la capacidad de la profesional médico que elaboró el experticio, por ser especialista en cirugía general. Ante ese reproche, debe decirse que dicha aseveración no logra desvirtuar el contenido de tal medio probatorio, máxime si en cuenta se tiene que la Universidad CES de la ciudad de Medellín, es una entidad educativa de referencia técnico científica suficiente para dictar el dictamen y, para brindar soporte científico y técnico a la administración de justicia en todo el territorio nacional, dado que cuenta con profesionales especialistas para la elaboración de los mismos, sin dejar de mencionar que el Dr. ACEVEDO BETANCUR cuenta con un perfil profesional suficiente de igual o mayor credibilidad a la del Dr. SANABRIA RIVERA del Hospital de Neiva, si en cuenta se tiene que es un **Médico Universidad Pontificia Bolivariana U.P.B, Especialista en Cirugía General CES, Egresado Valoración del Daño Corporal CES, Docente de Cirugía General Universidad CES, Miembro Activo, coordinador comité de Bioética- Asociación Colombiana de Cirugía, perito Cendes**, tal y como consta en la hoja de vida consignada en el dictamen rendido.

Para abundar en razones, resulta pertinente decir que la afirmación del Juez a minuto 43: 43 del Audio relacionada en que descarta el dictamen del perito Acevedo Betancur por cuanto no indicó *“en que parte de la historia clínica aparece consignado el reporte o el diagnóstico de abdomen agudo”*, como uno de ellos hechos clínicamente relevantes, es un aseveración que no solo no es contraria a la realidad de la historia clínica, por cuanto como ya se probó en los apartes de este documento de modo irrefutable se comprobó que existe una nota de evolución del 23 de abril de 2007, a las 11:30 que señala: *“en mesa operatoria consciente con DX abdomen agudo”*, así como en la ecocardiografía practicada por el Dr. RUBÉN TEJADA, se advierte que tiene en el reporte de ecocardiograma del 23 de abril de 2007: *“un diagnóstico clínico de abdomen agudo”*; si no que también a lo establecido en el artículo 241 del Código de Procedimiento Civil que corresponde aproximadamente al que ahora es el artículo 232 del Código General del Proceso.

Ahora tampoco puede ser de recibo la afirmación del Juez de instancia cuando indica a Minuto 48:39 del Audio al indicar que: *“el peritaje del Doctor SANABRIA se encuentra mejor fundamentado que el del Dr. ANDRÉS FELIPE ACEVEDO BETANCUR”*, pues como se aprecia a lo largo de este recurso y de la prueba documental (historia clínica) muchas de las afirmaciones que hace el Dr. SANABRIA RIVERA no solo son contrarias a los estándares, estudios científicos y guías de manejo del Ministerio de Protección social atrás señalados, sino que también se oponen a las anotaciones médicas consignadas en la prueba documental (historia clínica), tal y como se comprobó en líneas anteriores.

Y en lo que tiene que ver con la afirmaciones por parte del Juez de primera instancia al señalar que la entidad demandada prestó al señor JAIME BONILLA LONDOÑO todos los servicios médicos, debe señalarse que tal sustento carece de validez, en razón que muchos de los servicios médicos prestados al paciente ocurrieron gracias a las múltiples acciones de tutela e incidentes de desacato y peticiones que los familiares interpusieron con el fin de que la ENTIDAD PROMOTORAS DE SALUD- EMCOSALUD garantizara la adecuada prestación de esos servicios al paciente, dada su negativa en proporcionarlos, tal como ocurrió en el caso del suministro de pañales, terapias, servicio de enfermería entre otros,: De hecho fueron los familiares quienes sugirieron y sufragaron los honorarios de la infectología que lo trató, tal como desde un principio se dijo en el escrito de demanda, circunstancia que se corrobora con hoja de evolución de cuidados intensivos del 7 de mayo de 2007 firmado por el Anestesiólogo, Dr. RODRIGO GONZÁLEZ TORO el cual reza así; **“la familia manifiesta desea de que le paciente sea valorado por una infectología...”**.

Finalmente y como bien lo reconoce el señor juez en su providencia, en el caso que nos ocupa estamos ante dos dictámenes periciales, el primero rendido por el doctor LUIS EDUARDO SANABRIA en nombre del HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA y el segundo, practicado como prueba en la objeción que por error grave se formuló al anterior, por el doctor ANDRES FELIPE ACEVEDO BETANCUR, en nombre del CENTRO DE ESTUDIOS EN DERECHO Y SALUD –CENDES- de Medellín. Aparte de lo anterior obra en el proceso como prueba documental, el concepto que entregó a la parte demandante la doctora. SAIDI ADRIANA OSORIO CASALINI, especialista en gerencia de servicios, sobre los procedimientos y el tratamiento que recibió el señor JAIME BONILLA por parte de EMCOSALUD, causa de este litigio, actividad probatoria autorizada por el numeral 7 del artículo 238 del Código de Procedimiento Civil y que no constituye como lo afirma el señor juez, un dictamen pericial más en el proceso.

Ya para concluir debo insistir en la práctica de una prueba, oportunamente pedida y decretada por el juzgado Tercero Civil del Circuito de Neiva, pero que no se practicó pese a

la insistencia de la parte demandante, que es el dictamen pericial por el contador, para que con base en la información que obra en el proceso, determine el lucro cesante padecido por JAIME BONILLA LONDOÑO, como consecuencia de la invalidez a que quedó reducido como consecuencia de los malos procedimientos médicos que le practicó la SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD S. A. –CLINICA EMCOSALUD S. A.-.

En estos términos, de manera breve y precisa, dejo presentados los argumentos en que sustento el recurso de apelación contra la sentencia de primera instancia, adicionales a los ya esgrimidos en la audiencia de juzgamiento al momento de interponer el recurso de apelación. Además y para no dilatar aún más este escrito, adjunto un CD con una sentencia de la Corte Suprema de Justicia, que ya obra en el expediente y no presento ahora, en la que se resuelve un caso semejante al que nos ocupa y en donde la alta corporación hace reflexiones de mucha importancia sobre la responsabilidad médica. Es la sentencia SC 13925 – 2016 del proceso con radicación: 2005 – 174 – 01, dictada con la ponencia del Magistrado ARIEL SALAZAR RAMIREZ.

Manifiesto que envió este escrito el correo electrónico de la parte demandada, [emcosalud@emcosalud.com](mailto:emcosalud@emcosalud.com) el cual aparece en un certificado de existencia y representación que obra en mi archivo.

Atentamente.

CESAR A. NIETO VELASQUEZ  
C. C. #14.224.549 de Ibagué  
T. P. #31.487 del C. S. de la J.