



Rama Judicial  
Consejo Superior de la Judicatura  
República de Colombia

**JUZGADO SESENTA Y CUATRO (64)  
ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DEL  
CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ -  
SECCIÓN TERCERA**

Bogotá, D. C., tres (3) de marzo de dos mil veinte (2020)

<b>JUEZ</b>	:	<b>ÁLVARO CARREÑO VELANDIA</b>
<b>Ref. Expediente</b>	:	<b>110013331032-2014-00073-00</b>
<b>Demandante</b>	:	<b>Adiela del Carmen López González y Otros</b>
<b>Demandado</b>	:	<b>Hospital Militar Central</b>

**REPARACIÓN DIRECTA  
SENTENCIA No. 15**

**OBJETO DEL PRONUNCIAMIENTO**

Surtido el trámite procesal sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, procede el Despacho a proferir la sentencia de primera instancia, en el proceso de la referencia.

**1.- ANTECEDENTES**

**1.1.- LA DEMANDA**

El día 1 de julio de 2014, por medio de apoderado judicial los señores Adiela del Carmen López González, Fabián Norberto Enrique Aguilera López, Sebastián Richard Jorge Aguilera López, Juan Daniel Aguilera López, y José Esteban Aguilar López presentaron demanda, en ejercicio del medio de control de reparación directa, contra el Hospital Militar Central, a efectos de que se hicieran las siguientes declaraciones y condenas:

" (...) **PRIMERA:** Que se declare que el HOSPITAL MILITAR CENTRAL es responsable administrativamente por los perjuicios materiales y morales causados a mis poderdantes, por la pérdida irreparable de un esposo y padre a causa de la falla del servicio, falta de oportunidad, por error por omisión..

**SEGUNDA:** Que como consecuencia de lo anterior, el HOSPITAL MILITAR CENTRAL pague a ADIELA DEL CARMEN LOPEZ GONZÁLEZ, FABIAN NORBERTO ENRIQUE AGUILERA LOPEZ, SEBASTIAN RICHARD JORGE

AGUILERA LOPEZ, JUAN DANIEL AGUILERA LOPEZ Y JOSÉ ESTEBAN AGUILERA LOPEZ, o a quien represente legalmente sus derechos, como reparación del daño patrimonial ocasionado, por los perjuicios inmateriales e materiales causados los cuales se estiman como mínimo en la suma de **CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CUATROS MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE (\$496'934.900.00)** (...).

Por perjuicios morales solicitó la suma de cien (100) salarios mínimos legales vigentes, en favor de cada uno de los señores Adiela del Carmen López González, Fabián Norberto Enrique Aguilera López, Sebastián Richard Jorge Aguilera López, Juan Daniel Aguilera López y José Esteban Aguilera López.

Por daño a la vida en relación solicitó la suma de cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada uno de los demandantes Adiela del Carmen López Gonzales, Juan Daniel Aguilera López, José Esteban Aguilera López, José Esteban Aguilera López, Fabián Norberto Enrique Aguilera López y Sebastián Richard Jorge Aguilera López.

Por daños inmateriales solicitó la suma de ciento cincuenta (150) salarios mínimos mensuales en favor de la señora Adiela del Carmen López González, en favor del demandante Fabián Norberto Enrique Aguilera López la suma de ciento veinticinco (125) salarios mínimos mensuales vigentes y de cada uno de los demandantes Juan Daniel Aguilera López y José Esteban Aguilera López la suma de ciento treinta salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Por daños materiales en la modalidad de lucro cesante pasado solicitó en favor de cada uno de los demandantes, Adiela del Carmen López González y José esteba Aguilera López la suma de \$5.158.600.

Solicitó por perjuicios materiales en la modalidad de lucro cesante futuro la suma de \$75.066.700 en favor de Adiela del Carmen López González, y para José Esteban Aguilera López la suma de \$15.308.200.

## **1.2.- HECHOS DE LA DEMANDA**

Los hechos de la demanda, en los cuales la parte actora fundamentó sus pretensiones, se resumen a continuación:

-. El señor JORGE ENRIQUE AGUILERA, de 54 años de edad, era beneficiario vigente del servicio de salud de sanidad militar.

-. El día 12 de marzo de 2012 tras un fuerte dolor abdominal, el señor AGUILERA se dirigió al servicio de urgencias del Hospital Militar Central a la 4:12 am, siendo hospitalizado en dicha institución, con diagnóstico de una hernia epigástrica.

-. El día 12 de marzo de 2012 a las 9:30 pm se practica procedimiento quirúrgico al señor JORGE ENRIQUE AGUILERA, el cual finalizó a las 10:00 pm de la misma fecha, según la descripción del procedimiento "*tallado con electro bisturí de saco herniario*" el cual aparentemente sale sin ninguna complicación, dándole de alta casi inmediatamente el día 13 de marzo de 2012, a las 12:50 horas.

-. El día 18 de Marzo de 2012, a las 1:48 am aproximadamente, una semana después de la cirugía, vuelven los dolores abdominales del señor AGUILERA, pero esta vez de una intensidad insoportable (un dolor agudo, severo en la región abdominal), obligándolo a acudir a urgencias con su esposa e hijos nuevamente.

-. Esa madrugada, tras ingresar a la unidad de urgencias del Hospital Militar Central, le controlan el dolor (con medicamentos tan fuertes como la morfina) pero lo dejan en observación, el médico internista de urgencias que lo recibió afirma que tiene el abdomen muy distendido y la radiografía tomada en urgencias no dejaba ver por interposición de gases, que prefería esperar para llevarlo a una cirugía exploratoria, además: "que no hay salas de cirugía, que va esperar porque tiene otro paciente con apendicitis".

-. El mismo día 18 de Marzo de 2012 transcurren las horas, y el señor AGUILERA continúa con un dolor intenso, estaba ofuscado por el dolor, los médicos seguían sin diagnosticar nada, al contrario por orden de cirugía general lo hospitalizan a las 13:50 horas, sin tener en cuenta que estaban frente a una urgencia vital como lo califica el triage, entonces lo suben a una habitación en horas de la tarde y lo dejan en observación ese día.

-. El día 19 de marzo de 2012 a las 9:35 horas es valorado nuevamente por cirugía general, y aunque no había un diagnóstico claro sobre la causa del dolor del señor AGUILERA, denotan la necesidad de someterlo a cirugía, sin embargo transcurrían las horas y el paciente

continuaba con un dolor intenso sin ser remitido a sala de cirugía con la excusa de que no había disponibilidad de quirófano.

-. Luego que la esposa y los hijos del señor AGUILERA, desesperados por ver el dolor de su padre, recorrieron todo el centro médico rogando que agilizaran la atención por el delicado estado de salud de su familiar, donde el manejo del dolor con medicamentos como la morfina ya no le hacía efecto, finalmente es ingresado a cirugía a las 16:25 horas aproximadamente.

-. La cirugía inicia aproximadamente a las 17:05 horas, aproximadamente a las 20:00 horas salió el médico que estaba adelantando el procedimiento acompañado del médico internista que había atendido al paciente la primera vez en urgencias, quienes informaron que el señor AGUILERA tenía una peritonitis de más de 24 horas, que su cavidad abdominal estaba llena de pus y que estaban haciendo todo lo posible para limpiar aquel desastre.

-. El médico Cirujano Juan Arturo Martínez Díaz y el Internista, indicaron a los familiares que la operación había terminado, que tenía mucho pus, "que la causa de la peritonitis era un perforación intestinal causada por el bisturí laser en la primera cirugía de la hernia", dijo el Dr. Martínez; "que era como una ampolla cuando uno se quema normalmente con un fosforó". El abdomen estaba lleno de materia fecal por esta iatrogenia, finalmente explicó que iban a dejar abierta su cavidad abdominal cubierta con bolsa viaflex y sedado completamente para seguir haciendo limpiezas y eliminar completamente la infección, lo trasladan a la UCI esa noche.

-. Del día 21 a 26 de marzo de 2012, continúan los lavados en salas de cirugía. La unidad renal también estaba pendiente y decidió hacer una diálisis por que a raíz de tanto medicamento, los riñones no eran capaz de drenarlos. Tal situación le causó una hemorragia en las paredes del abdomen abierto, razón por la cual se hizo necesario desconectar la máquina de hemodiálisis. Los médicos afirmaron "que los medicamentos para la diálisis causaron una COAGULOPATIA".

-. El día 27 de marzo de 2012, el señor AGUILERA tuvo un derrame cerebral, en palabra de los médicos; "una pequeña hemorragia".

-. El 28 de marzo del 2012, la unidad de neurología recomendó un catéter en la cabeza para medir la presión intracraneal y evitar que la presión apretara demasiado el cerebro y lo deje en estado vegetativo.

-. El 30 de marzo de 2012, el Sr. AGUILERA muere por una negligencia del Hospital Militar Central al no pasarlo rápido a cirugía, por no haber salas disponibles y prolongar una peritonitis que causó una infección irreversible. Como lo demuestra la autopsia aun había infección y esa es la causa de base o principal de la muerte, como lo describe la galena encargada Dra. María Isabel Gonzales "Enfermedad de base: sepsis intrabdominal por perforación de intestino delgado".

### **1.3.- CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA (fl. 67-76)**

**El Hospital Militar Central** se opuso a todas y cada una de las pretensiones del libelo, por cuanto al señor Jorge Enrique Aguilera se le dispensó toda la atención necesaria para el tratamiento de sus patologías, brindando una atención oportuna, racional, secuencial, eficaz, diligente, tratadas por personal idóneo, con amplia experiencia en el área de la medicina requerida, quienes obraron con prudencia y diligencia.

Señaló que luego del procedimiento médico realizado el 12 de marzo de 2012, para la corrección de una hernia epigástrica de 1 cm, que contenía grasa pre-peritoneal, el señor Jorge Enrique Aguilera ingresó a urgencias del 18 de marzo de 2012, con dolor abdominal con dos horas de evolución y de aparición súbita asociado a náuseas, diaforesis y hematuria, al examen físico con abdomen doloroso, distendido con signos de irritación peritoneal y deshidratado.

Adujo que los índices calculados fueron de apache 25 y sofá de 12 que se interpretan con alto riesgo de mortalidad.

Argumentó que revisada la historia clínica no se evidenciaron las constancias aducidas por parte actora según las cuales se afirmó que la perforación intestinal fue causado por el bisturí laser en la primera cirugía y en segundo lugar durante la primera cirugía no se usa ningún dispositivo laser sino electro bisturí.

Manifestó que de conformidad con la autopsia realizada se concluyó que la causa de la muerte del señor Jorge Enrique Aguilera fue hipertensión endocraneana por hemorragia sub-aracnoidea masiva y se describió "*que la rafia intestinal en yeyuno se encontraba en buen estado, sin fugas, con estado residual de la peritonitis fibrinosa sin colecciones en la cavidad abdominal*", y reportó "*cavidad abdominal limpia con rafas intestinales integras y cultivos del líquido negativos*".

Excepcionó la causa extraña como eximente de responsabilidad, toda vez que el resultado final, es decir la muerte del señor Jorge Enrique Aguilera, se produjo por las condiciones preexistentes y naturales del organismo del paciente.

Ya que los médicos no causaron ni las enfermedades ni la evolución crónica de las mismas, todo se dio por factores propios e intrínsecos del paciente, lo que el profesional no puede evitar, pues esto pertenece al riesgo que el paciente debe asumir.

Así, de acuerdo con la Ley 23 de 1981, la responsabilidad del médico solo va hasta la advertencia del riesgo previsto, para el caso la hipertensión endocraneana por hemorragia sub-aracnoidea masiva, la perforación intestinal y demás patologías reportadas para el paciente, así como la respuesta negativa al tratamiento, se constituye en situaciones que el cuerpo de médicos no podían evitar, por lo cual, no puede comprometer la responsabilidad del Hospital Militar Central.

La situación se convierte entonces en imprevisible e irresistible, lo que rompe el nexo de causalidad.

#### **1.4.- TRÁMITE PROCESAL**

Mediante auto del 5 de junio de 2015, el Juzgado 14 Administrativo de Descongestión Mixta del Circuito de Bogotá, admitió la demanda, ordenando notificar a la entidad demandada, al señor Agente del Ministerio Público y a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado (folios 46 a 47).

Mediante acuerdo CSBTA15-442 del 10 de diciembre de 2015 se ordenó distribuir los procesos de los Juzgados de Descongestión a los Juzgados credos mediante el acuerdo PSAA15-10402 de 2015, correspondiéndole a este Despacho el conocimiento de los procesos a cargo del Juzgado 14 Administrativo de Descongestión de Bogotá (fl. 53).

El 26 de enero de 2017, se fijó fecha para llevar cabo la audiencia inicial de que trata el artículo 180 de la ley 1437 de 2011. (fl. 133)

El día 28 de junio de 2017, se celebró la audiencia inicial, suspendida, (fl. 137-140) reanudada el 15 de noviembre de 2017, en la que se fijó el litigio en los siguientes términos: (fl. 154)

*"Encuentra el Despacho que la fijación del litigio se centra en establecer si debe declararse la responsabilidad del HOSPITAL MILITAR CENTRAL como consecuencia de la presunta falla en el servicio médico- hospitalario que llevaron al fallecimiento del señor JORGE ENRIQUE AGUILERA el día 30 de marzo de 2012 y si hay lugar al reconociendo y pago de los perjuicios morales y materiales solicitados o si se configura algún eximente de responsabilidad"*

El 12 de febrero de 2019, se realizó la audiencia de pruebas (fls. 235-237), suspendida, reanudada el día 14 d mayo de 2019, en la que se precluyó el debate probatorio y se corrió traslado las partes para que alegaran por escrito, y para que el ministerio público si a bien lo tenía presentara su respectivo concepto (fl. 243).

### **1.5.- ALEGATOS DE CONCLUSIÓN**

**La parte demandante (fl. 246-266)** se refirió a los argumentos señalados en la demanda. Indicó que de acuerdo al material probatorio obrante en el proceso se pudo establecer que la causa de la perforación sufrida por el señor Jorge Aguilera estuvo íntimamente relacionada con la práctica del procedimiento quirúrgico realizado el 12 de marzo de 2012, en el que se utilizó un dispositivo médico que exige un nivel de entrenamiento mayor como es el electro bisturí, situación que a su vez exponía a mayores riesgos al paciente.

No se demostró que la perforación realizada obedeciera a otra causa probable, la única posibilidad de perforación era un trauma coincidente con el uso del electro bisturí.

Argumentó que el perito Heriberto Pimiento Patiño en la contradicción del dictamen, a la pregunta ¿que produjo la ruptura del Asa?, presentó dos teorías, la primera que da cuenta de la relajación que hace la anestesia y esconde el asa en el anillo herniado. La otra posibilidad es que durante la intervención quirúrgica se utilizó el electro bisturí que en el tallaje del saco se hubiera quedado el asa y el cirujano no la hubiera capturado y la tercera posibilidad que es muy remota porque tenía una enfermedad intestinal, que no tienen antecedentes en la historia clínica.

Que la perforación se produjo con ocasión de la herniorrafia practicada el día 12 de marzo de 2012 y que tal evento fue producto de un actuar imprudente e imperito, pues los peritos coinciden en que

el manejo del electro bisturí es una técnica que requiere mucha destreza y puede llegar a ocasionar lesiones como las causadas al señor Jorge Aguilera.

Respecto de la pérdida de oportunidad, señaló que la atención y diagnóstico ofrecido al señor Jorge Enrique Aguilera en su reingreso al Hospital el día 18 de marzo de 2012, el Hospital Militar Central incumplió con sus obligaciones legales relacionadas con la calidad de la prestación del servicio de salud, pese a la evidencia clara de síntomas de un abdomen agudo, que fue enmascarado con analgésicos y no se tuvo en cuenta la atención inmediata que requería el ingreso a urgencias en las condiciones clínicas en las que se encontraba el paciente.

A su juicio, en este sentido se pronunció el perito experto en la sustentación del dictamen realizado en la audiencia de pruebas, en la que indicó que la irritación peritoneal, es un signo de abdomen quirúrgico, más cuando se tienen un antecedente de cirugía previa, y más cuando el dolor inicia de manera súbita y es extremadamente severo.

Así, el perito experto indicó claramente que se omitió un signo relevante desde el inicio como fue la irritación peritoneal, llevar al paciente a cirugía de manera urgente y con antecedente de cirugía, por el contrario se tomó la determinación de no llevar a cirugía porque lo que define no es el laboratorio sino el examen físico.

Señaló que los médicos Juan Arturo Martínez Díaz, Diego Vanegas y Erik Muñoz son testigos no imparciales, pero que hacen manifestaciones importantes.

Además, solicitó tener en cuenta la respuesta a la presunta No 7 del dictamen presentado por el doctor Heriberto Pimiento Patiño en donde concluyó: *" en conclusión, de acuerdo con la evidencia científica y lo consignado en la evolución de la historia clínica enviada para análisis, no es aceptable la afirmación planteada en la pregunta y toda la evidencia muestra una clara relación causa efecto entre el episodio inicial que generó la peritonitis y la patología que causó la muerte al paciente; el hecho de que no haya dehiscencia de sutura no implica superación de la complejidad y gravedad que tal episodio causó con la obvia aceptación de que las comorbilidades que padecía el paciente incrementaron el riesgo como ya fue analizado en preguntas anteriores"*.

Solicitó acceder a las pretensiones de la demanda.

**La entidad demandada (fl. 244-245)**, adujo que se logró confirmar que el defecto herniario era de 1 cm, de tal suerte que allí no se podía alojar asa intestinal que permitiera confirmar la tesis del demandante según la cual, por negligencia médica durante la intervención se lesionó el intestino y no se corrigió tal situación permitiendo que el paciente evolucionara a peritonitis, pues tal como quedó demostrado, lo hallado en la cirugía fue grasa y no asa intestinal que pudiera lesionarse.

Afirmó que de la historia clínica del paciente aportada al expediente y del acta de junta médica se aprecia los tratamientos médicos y terapéuticos brindados por parte del Hospital Militar.

Adujo que con las pruebas documentales se demostró que durante la cirugía se encontró grasa pre peritoneal que hace imposible la lesión del intestino y en segundo lugar, no se advirtió que el cirujano mencionara en el desarrollo de la intervención alguna situación que permitieran concluir el supuesto del demandante, según el cual se lesionó el intestino y no se corrigió tal lesión debido a negligencia médica.

Los testimonios médicos recepcionados en la audiencia de pruebas, dan cuenta del adecuado, diligente y oportuna atención y tratamiento realizados al señor Jorge Enrique Aguilera, y que el diagnóstico no fue errado ni tardío. Que la muerte del antes citado correspondió a sus comorbilidades y no a la intervención del Hospital Militar Central.

De acuerdo con los dictámenes periciales se puede concluir que:

- Las comorbilidades del paciente tuvieron incidencia negativa en las complicaciones.
- Las asas Intestinales pueden perforarse por cualquier otra causa como la caída de las mismas, por anestesia, por enfermedad intestinal inflamatoria que puede ser causada por hipertensión que padecía el paciente o por uso de electro bisturí.
- El cuadro consultado durante la segunda consulta no era florido para apendicitis por no presentar fiebre ni leucocitos y reportarse mejoría 6 horas después, de tal manera que no se trataba de abdomen quirúrgico, justificándose las horas transcurridas con la valoración, realización de exámenes y mejoría del dolor que el paciente reportaba.

Con relación al peritaje presentado por la parte actora señaló que respondió subjetivamente que por el solo hecho del antecedente quirúrgico de la hernia, per se era necesario realizar una nueva intervención, sin tener en cuenta que están reportadas comorbilidades de alto riesgo para el paciente o sin tener en cuenta que la ecografía no reportaba líquido libre en cavidad y que por ello, no era seguro realizar una nueva cirugía. Así el perito contradice lo que indica la literatura médica.

Insistió en la configuración de la causal eximente de responsabilidad causa extraña.

Solicitó se nieguen las pretensiones de la demanda.

## **2.- CONSIDERACIONES**

### **2.1.- COMPETENCIA**

Este Despacho es competente para decidir la presente controversia de conformidad con lo dispuesto en los artículos 155, numeral 6° y 156 numeral 6° del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

### **2.2.- DEL PROBLEMA JURÍDICO**

Se deliberará si se cumplen los presupuestos de responsabilidad en cabeza de la entidad hospitalaria, concretamente, si en el presente asunto se le dispensó por cuenta del Hospital Militar Central al paciente Jorge Enrique Aguilera, la atención requerida conforme a la sintomatología que presentaba al momento de acudir a urgencias, y si el paciente falleció por alguna omisión o error atribuible a la entidad hospitalaria.

### **2.3.- HECHOS PROBADOS**

Con base en el material probatorio obrante en el expediente, se tiene por demostrado lo siguiente:

-. El día 12 de marzo de 2012 el señor AGUILERA se dirigió al servicio de urgencias del Hospital Militar Central por presentar fuerte dolor abdominal, siendo hospitalizado en dicha institución, con diagnóstico

de una hernia epigástrica. (f. 21 cuaderno de pruebas No. 1).

-. Al señor JORGE ENRIQUE AGUILERA se le practicó cirugía de acuerdo a lo consignado en la epicrisis emitida por el Hospital Militar Central. (fls. 34 a 36 cuaderno de pruebas No.1), en la que se consignó: (se transcribe con errores de origen)

**"(...) 6.- RESUMEN DE HISTORIA**

PACIENTE MASCULINO DE 54 AÑOS DE EDAD INGRESA EL DÍA DE AYER AL SERVICIO DE URGENCIAS POR PRESENTAR CUADRO DE 15 HORAS DE EVOLUCIÓN DE DOLOR ABDOMINAL CON EVIDENCIA DE MASA INFRA UMBILICAL QUE NO REDUCE A LA PALPACIÓN SE DECIDE LLEVARA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EL MISMO DÍA DEL INGRESO ENCONTRANDO ENTRE LOS HALLAZGOS QUIRÚRGICOS UN DEFECTO HERNIARIO EPIGÁSTRICO DE 1CM CONTENIDA DE GRASA PERITONEAL PROCEDIMIENTO LLEVADO A CABO SIN COMPLICACIONES, PACIENTE ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES A FEBRIL, HIDRATADO CON HERIDA QUIRÚRGICA EN BUENAS CONDICIONES SIN EVIDENCIA DE SANGRADO MOTIVO POR EL CUAL SE DECIDE DAR SALIDA CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA."

-. Para la realización de la herniorrafia supraumbilical, el señor Jorge Enrique Aguilera suscribió el consentimiento informado, en el que se le indicaron los riesgos de la intervención: "sangrado, infección, lesión visera hueca" ( fl. 10 del C. 2 Pruebas)

-. El día 18 de marzo de 2012, una semana después de la cirugía, el señor AGUILERA acude a urgencias nuevamente. (fols. 91 a 98 cuaderno de pruebas No.1)

-. La historia clínica reporta, frente a la atención médica suministrada al paciente los días 18 a 30 de marzo de 2012, lo siguiente: (se transcribe de forma literal, incluidos los eventuales errores):

"(...) Fecha: 18/03/2012 04:05 a.m

(...)

**SUBJETIVO**

MOTIVO DE CONSULTA: "ME DUELE EL ABDOMEN"

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE CON CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 2 HORAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL DE APARICIÓN SÚBITA CARÁCTER PERSISTENTE DE INTENSIDAD 10/10 ASOCIADO A NAUSEAS,

DIAFORESIS, PALIDEZ MUCOCUTANEA Y HEMATURIA MACROSCÓPICA.

(...)

#### **PARACLÍNICOS Y ANÁLISIS**

PACIENTE MASCULINO DE 54 AÑOS EN MALAS CONDICIONES GENERALES CON DOLOR ABDOMINAL GENERALIZADO DE 2 HORAS DE EVOLUCIÓN DE INICIO SÚBITO CARÁCTER PERSISTENTE, ACOMPAÑADO DE NAUSEAS, DIAFORESIS CON SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, CON EVIDENCIA DE DOLOR A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL CON ANTECEDENTE DE HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA DE HACE 5 DÍAS DONDE REFIERE QUE AL COLOCARLE LA ANESTESIA EL PACIENTE PRESENTO UN PARO CARDIACO NECESITÓ REANIMACIÓN EN SALAS SIN COMPLICACIONES Y SE DECIDE DAR SALIDA AL DÍA SIGUIENTE DEL PROCEDIMIENTO SE SOLICITA EKG, ECOGRAFÍA ABDOMINAL, RX DE TORAX Y PARACLÍNICOS PARA DEFINIR CONDUCTA.

(...) (fl. 318 C. Pruebas No. 2)

"18.03.12 NOTA INGRESO A UCI

20:30 (...)DX: 1.- CHOQUE SÉPTICO

2.- SEPSIS ABDOMINAL

3.- PERITONITIS GENERALIZADA

4.- POP LAPAROTOMÍA

RAFIA YEYUNO

5.- ENFERMEDAD CORONARIA (RVM)

6.- RIÑONES POLI QUISTICOS.

C/ VENTILACIÓN MECÁNICA

SEDA+ ANALGESIA

CRISTALOIDES

VASOPRESOR + INOTRÓPICO

ANTIBIÓTICOS

(...)" (FL. 311 vto C. Pruebas No. 2)

"(...)

Fecha de Registro: 19/03/2012

**PRE QUIRÚRGICO diagnóstico:** K659 PERITONITIS, NO ESPECIFICADA

**POSQUIRÚRGICO diagnóstico:** k659 peritonitis, no especificada

(...)

#### **HALLAZGOS QUIRÚRGICOS**

PERITONITIS FECAL Y PURULENTO DE 4 CUADRANTES- PERFORACIÓN INTESTINAL DEL YEYUNO A 110 CM DE LA VÁLVULA ILEOCECAL-50 CM DE TREITZ. PROCESO DE EMPLASTRONAMIENTO DE EPIPLÓN MAYOR SOBRE ÁREA DE PERFORACIÓN- ENFERMEDAD

POLIQUISTICA DEL HIGADOSO SEVERA. SEROMA EN PARED ABDOMINAL SOBRE LECHO QUIRÚRGICO DE HERNIORRAFIAS EPIGÁSTRICA.

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

ASEPSIA ANESTESIA COLOCACIÓN CAMPO QUIRÚRGICOS ESTÉRILES, INCISIÓN SUPRA E INFRA UMBILICAL QUE COMPROMETE PIEL- TCS DISECCIÓN POR PLANOS CON ELECTROBISTURY HASTA LLEGA A CAVIDAD ABDOMINAL, IDENTIFICACIÓN DE HALLAZGOS DESCRITOS, SE IDENTIFICA PERFORACIÓN INTESTINAL Y SE REALIZA SUTURA EN DOS PLANOS, PRIMER PLANO CON VICRYL 3-0 SUTURA CONTINUA CON PUNTOS DE COREL MAYO, SEGUNDO PLANO SUTURA INVAGINANTE SEROMUSCULAR CON PROLENE VASCULAR 3-0, SE VERIFICA LUZ INTESTINAL RESIDUAL ADECUADA, PRUEBA DE FUGA NEGATIVA, SE REvisa CAVIDAD ABDOMINAL DRENADO PERITONITIS GENERALIZADA DE 4 CUADRANTES 1300 CC DE LIQUIDO PURULENTO, LAVADO DE LA CAVIDAD ABDOMINAL Y LIMPIEZA DE LA MISMA CON COMPRESAS HÚMEDAS, CIERRE DE PARED ABDOMINAL CON BOLSA DE LAPAROSTOMIA SUTURA CONTINUA DE PROLENE 3.0.

(...)" (FL. 314 C. Pruebas No. 2)

"(...)27-03-12

Jorge aguilera

NOTA OPERATORIA

NEUROCX

DX: PreQx: síndrome de Hipertensión endocraneana

2.- Sangrado subaracnoideo

3.- Sangrado intraparenquimatosos múltiples

4.- Edema Cerebral

DX: PostQx: Colocación catéter interventricular para monitorización de PIC

Tiempo quirúrgico: 20 minutos

Cirujano: Dr Erick Muñoz

(...)

Sangrado 3 cc aproximadamente

Complicaciones Ninguna

Ordenes Médicas:

1.- Traslado UCI

2.- LEV 810 cc/h a consideración de cuidado intensivo

3.- Flower 30°

4.- Medidas antiedema cerebral

5.- Valoración de estado de conciencia y tamaño pupilar frecuente

6.- Fenitoina Amp x250 mg. Media Amp IV C/8h

7.- Catéter intraperitoneal solo manipular segmento distal resto del sistema manejo exclusivo por Neurología.

(...) (fl. 277 C. Pruebas)

**"(...) 28/03/12 A/P Pte en malas condiciones, deterioro de su condición general, críticamente comprometido, con altas posibilidades de fallecer en las próximas horas; no candidato a descompresión Qx por servicio de neurología. En el momento con manejo medico (...). Se le informa a los familiares sobre estado actual del paciente, pobre diagnóstico y alta probabilidad de mortalidad. Dado que no se llevara a procedimientos Qx, no se considera manejo con hemoderivados en contacto actual del pte.**

Dr. Quiroz." (fl. 270 C. Pruebas No. 2)

"(...) 30/03/12 Neurología

8+15 paciente con Dx falla multiorgánica con compromiso, pulmonar, cardiaca y neurológico, (...): en el momento 24 horas sin sedación, ala examen clínico se encontró FC: 78x1' TA:100/60 (...)

Examen neurológico: no responde a estímulos dolorosos, pupilas 4 mm no reactivos, reflejo corneanos negativo bilateral (...)

Dr. Efick Muñoz " (fl. 264 C. Pruebas)

"(...)30/03/12 Nota UCI QX

10+00 (...) dado estado neurológico del paciente- clínicamente con signos de muerte cerebral- se decide no realizar maniobras de reanimación avanzada. Paciente fallece a las 9+45 del 30/03/2012. Se avisa a familiares inmediatamente y se inicia tramites de certificado de defunción" (fl. 263 C. Pruebas No. 2).

-. Para la realización de la laparotomía exploratoria, el señor Jorge Enrique Aguilera suscribió el 18 de marzo de 2012, consentimiento informado, en el que se le advirtió que el procedimiento podría conllevar riesgos como "hematomas, perforación de visera hueca, infección, sangrado masivo, necesidad de UCI, reinternación y muerte " (fl. 250 C. pruebas No. 2)

-. El señor JORGE ENRIQUE AGUILERA falleció el día 30 de marzo de 2012 de acuerdo con el registro civil de defunción visto a folio 01 del cuaderno No. 1 de pruebas del expediente.

- En el protocolo de Autopsia No. 3-2012 del señor JORGE ENRIQUE AGUILERA, emitida por el Hospital Militar Central, se consignó lo siguiente: (fl. 336-338 C. Pruebas)

*"(...) EVOLUCIÓN:*

*Paciente es llevado inicialmente a piso para manejo médico quien presta alteración importante en el estado general con trastorno ácido base importante razón por la cual es llevado a laparotomía exploratoria 19/3/12 donde encuentran perforación intestinal a 50 cm del Angulo de treitz con peritonitis fecal purulenta de los cuatro cuadrantes, realizaron drenaje de peritonitis, lavado y rafia del defecto intestinal, dejan el bolsa de laparotomía y trasladan a UCI.*

*Paciente en su primera noche en la UCI se encuentra oligurico con requerimiento de soporte inotrópico y vasopresor, acidosis metabólica descompensada 20/3/12 es llevado a nuevo lavado donde encuentra abundante liquido turbio con rafia intestinal indemne.*

*21/12/12 paciente continua con requerimiento inotropia y vasopresor, persistencia de acidosis metabólica severa y falla renal aguda por lo cual grupo de nefrología inicia manejo con hemofiltro con lo cual mejora sus parámetros metabólicos, modulación de respuesta inflamatoria, sin embargo persiste leucocitosis en hemograma, es llevado a 2 lavados adicionales los cuales la cavidad se encuentra limpia. Con cultivo de líquido negativo para microorganismos.*

*27/3/12 **paciente presta deterioro súbito de su condición general con PTT 186/26 PT: INR y plaquetas normales. Presenta episodio súbito de bradicardia asociado a hipertensión arterial con posterior dilatación de la pupila izquierda.** Por sospecha de proceso hemorrágico agudo intracerebral se inicia neuroprotección. Es llevado a TAC cerebral simple en el que se evidencia sangrado subaracnoideo difuso, con ventrículos normales sin desviación de la línea media. Es llevado por neurocirugía para colocación de tornillo para monitoreo de PIA, con presión intracraneana de apertura de 70, indican manejo médico para control de hipertensión endocraneana . Paciente continua con cifras de tensión arterial patológicas con TAC Cerebral de control que muestra sangrado intracerebral a nivel del lóbulo frontal izquierdo y región posterior paciente con deterioro continuo con midriasis bilateral y signos clínicos de muerte encefálica, se solicita para confirmación paraclínica de muerte encefálica. Paciente continúa con deterioro de su*

condición clínica y muerte 30/3/12. Por lo cual familiares solicitan autopsia clínica

DIAGNOSTICO DE INGRESO:

- 1.- ABDOMEN AGUDO
- 2.- OBSTRUCCIÓN INTESTINAL
- 3.- POR HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA

DIAGNOSTICO DE EGRESO

- 1.- PARO CARDIORRESPIRATORIO
- 2.- HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA CEREBRAL
- 3.- SEPSIS D ORIGEN ABDOMINAL

(...)

COMENTARIO: según los datos consignados en la historia clínica se trata de un paciente quien se le realiza Herniorrafia Epigástrica el 12 de marzo de 2012, quien ingresa al Hospital el 18 de marzo de 2012 por cuadro de 3 días de evolución de dolor abdominal, fiebre, náuseas e intolerancia a la vía oral. Al examen de ingreso se encuentran signos de irritación peritoneal por lo que es llevado el 19 de marzo de 2012 a Laparotomía exploratoria, encontrándose perforación intestinal con peritonitis fecal purulenta en los cuatro cuadrantes y se realiza drenaje de peritonitis, lavado y rafia del defecto intestinal; dejan bolsa de laparotomía y trasladados al paciente al UCI. Durante su evolución presenta trastorno acido básico, requiere soporte inotrópico y vasopresor y presenta, falla renal aguda.

Se realizan 3 lavados peritoneales adicionales. El 27 de marzo de 2012 presenta signos neurológicos y en TAC se evidencia sangrado subaracnoideo difuso. Neurología le coloca tornillo para monitoreo de presión intracraneana. **Presenta tensión arterial con cifras elevadas. El paciente a pesar del manejo médico no responde a las medidas terapéuticas. Presentó signos de muerte encefálica y fallece el 30 de marzo de 2012.**

En la autopsia se encuentra rafia intestinal en yeyuno en buen estado citado con área de peritonitis fibrinosa aguda sin presencia de colección de líquido en cavidad peritoneal.

Se encuentra hemorragia subaracoidea con compromiso principalmente del hemisferio central izquierdo y hemorragia en los ventrículos laterales. Se encuentra además infarto pulmonar en el lóbulo inferior derecho con trombos en vasos arteriales. Cardiopatía Isquémica e Hipertensiva con revascularización

coronaria en buen estado y Enfermedad Poliquística con compromiso de hígado y riñones.

ENFERMEDAD DE BASE:

SEPSIS INTRABDOMINAL POR PERFORACIÓN DE INTESTINO DELGADO.

CAUSA DE MUERTE

HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA POR HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA MASIVA.

(...)"

- El día 15 de abril de 2014, el Hospital Militar Central realizó la junta médica No. 01-2014, para evaluar el caso del señor Jorge Enrique Aguilera, en la que se abordó la historia clínica, los diagnósticos, procedimientos médicos, el tratamiento del paciente, las guías de manejo y la literatura médica, en la que se conceptuó lo siguiente: (fl. 82-86 C. Principal):

**"(...) 5.- La Junta conceptúa que:**

1.- *Previa revisión y análisis del caso relacionado, es un hecho desafortunado el deceso del paciente y nos solidarizamos con su familia por la perdida y lo traumatizante y prolongado de la enfermedad. Sin embargo la institución en cabeza de todos los médicos que realizaron el tratamiento del paciente actuaron de la mejor manera, con oportunidad y diligencia basadas en las guías de anejo actuales que existen para el tratamiento de las enfermedades que sufrió el paciente en mención.*

2.- ***que bajo el raciocinio científico, clínico y de la evolución del paciente, es poco probable que la perforación intestinal haya sido causada como consecuencia de una complicación durante la primera cirugía y que la etiología de la perforación intestinal queda en el plano hipotético considerado múltiples causas para la aparición de la misma.***

3.- *que el paciente tenía un gran deterioro de su condición funcional con múltiples morbilidades asociadas, entre ellas; enfermedad cardiaca crónica de cuatro vasos, antecedente de cirugía cardiaca con anticoagulación crónica que pudo predisponer a la hemorragia cerebral fulminante que se presentó en el paciente, poliquistosis difusa hepática y renal con insuficiencia renal que a la postre lo llevó a falla renal con necesidad de diálisis por el estado séptico. Todas esas morbilidades condicionaban un estado de salud limítrofe con*

*poca reserva orgánica y que al presentarse la perforación intestinal concluyeron todas junto al estado séptico para condicionar la muerte del paciente.*

*4.- la causa fundamental de la muerte fue la hemorragia cerebral masiva como lo concluyo y comprobó la autopsia, sin una causa específica a determinar.*

*5.- En esta cirugía nunca se utilizó un dispositivo laser y el uso de disección con electro bisturí no es un hecho aislado sino una conducta normal y cotidiana dentro de la práctica quirúrgica. .*

*6- Por último, el paciente y sus familiares siempre estuvieron informados de la grave condición de su estado de salud y de los posible riesgos y complicaciones de los tratamientos a efectuar como consta en las notas de evolución de la historia clínica y la elaboración de los consentimientos informados para los actos operatorios que fueron aceptados y firmados por el mismo paciente y sus familiares".*

### **3.- CASO CONCRETO**

A través del presente medio de control la parte actora procura obtener la declaratoria de responsabilidad de la entidad demandada, por los perjuicios causados con ocasión de la presunta falla en la prestación del servicio médico brindado por el Hospital Militar Central al paciente Jorge Enrique Aguilera, que desencadenó en su fallecimiento, según el decir del demandante a causa de la herniorrafia epigástrica realizada el 12 de marzo de 2012, en el que se perforó el intestino, presumiblemente por la utilización del electro bisturí desencadenando en una peritonitis, que terminó en una falla multiorgánica y finalmente la muerte.

#### **3.1.- Prestación del servicio de salud**

En la Sección Tercera del Consejo de Estado, se ha consolidado una posición en materia de responsabilidad estatal por la prestación del servicio de salud, en virtud de la que aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la **"falla probada del servicio"** el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar por parte del demandante la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 28 de febrero de 2013. Expediente Número 66001-23-31-000-2001-00063-01 (25075). C. P. Danilo Rojas Betancourt.

Por tanto, en esta materia, para que pueda predicarse la existencia de una falla, el H. Consejo de Estado ha precisado que es necesario que se demuestre que la **"atención médica"** no cumplió con estándares de calidad fijados por el Estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente; esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance.

De esta manera, debe establecerse si en el caso concreto concurren el daño antijurídico, la imputabilidad del mismo al Estado y una relación de causa a efecto entre los dos primeros, tal y como se desprende de la cláusula de responsabilidad patrimonial del Estado (artículo 90 Constitución Política de Colombia).

Es de recordar que, en la responsabilidad del Estado por la prestación del servicio médico de salud, le corresponde a la parte actora acreditar los supuestos de hecho que estructuran los fundamentos de dicha responsabilidad –la falla en la prestación del servicio médico hospitalario, el daño, y la relación de causalidad entre estos dos elementos-, para lo cual podrá valerse de todos los medios probatorios legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en los demás elementos de convicción que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño causado.

### **3.3.- Del daño**

Daño que en el presente asunto la parte demandante hizo consistir en la muerte del señor Jorge Enrique Aguilera, ocurrida el 30 de marzo de 2012, conforme al certificado de defunción obrante a folio 2 del cuaderno 1 de pruebas.

Como causa de la muerte del citado, se imputó por cuenta de la parte demandante al Hospital Militar Central, la perforación intestinal derivada de la primera intervención "herniorrafia epigástrica" que desencadenó en peritonitis y la muerte del paciente Jorge Enrique Aguilera.

Además, obra copia de la historia clínica del Hospital Militar Central,

visible a folios 91 a 262 del cuaderno 1 de pruebas y 1 a 338 del cuaderno No. 2 de Pruebas, en la que se destaca lo siguiente:

*"UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS*

*POSQUIRÚRGICA*

*EPICRISIS*

*(...)*

*EVOLUCIÓN*

*(...)*

*EL DIA 30/03/2012 PACIENTE PRESENTA EPISODIO DE BRADICARDIA PROGRESIVA, EVOLUCIONANDO A ACTIVIDAD ELÉCTRICO SIN PULSO Y POSTERIOR ASISTOLIA, FALLECIENDO A LAS 9+45 AM DEL 30/03/2012 SE INFORMA A LOS FAMILIARES Y SE DILIGENCIAN TRAMITES DE DEFUNCIÓN. DR. HENRY OLIVEROS R. CUIDADO INTENSIVO" (FL. 260-261 C.1 pruebas)*

Acreditado el daño, se analizará si la muerte del señor Jorge Enrique Aguilera es atribuible a acción u omisión de la entidad demandada.

### **3.4.- De la falla en el servicio –nexo causal con el daño**

Manifestó la parte demandante que la entidad demandada incurrió en una falla en el servicio por la imprudencia de la primera intervención para corregir un defecto herniario realizada al señor Jorge Enrique Aguilera, llevada a cabo el 12 de marzo de 2012, , toda vez que la falta de cuidado en el manejo del bisturí laser al momento del tallado del saco herniario causó una perforación intestinal lo que a juicio de la parte actora, fue la causa de la muerte del señor Jorge Enrique Aguilera; y la notoria falta de oportunidad ante la urgencia de abdomen agudo quirúrgico, por la que fue atendido el 18 de marzo de 2012 y la omisión de ser intervenido quirúrgicamente en forma inmediata.

En audiencia de pruebas llevada a cabo el 12 de febrero de 2019 (fls. 235-237 del C. Principal), se sustentó el peritaje rendido por el Dr. Heriberto Pimiento Patiño miembro de la Asociación Colombiana de Cirugía y se recaudaron los testimonios de los doctores Juan Arturo Martínez Díaz, Diego Vanegas Silva, quienes atendieron al paciente y mediante sus versiones, explicaron la terminología consignada en la historia clínica del paciente, y la atención que cada cual le dispensó.

En la sustentación del Dictamen el Doctor **Heriberto Pimiento Patiño**, se refirió a cada una de las preguntas de la solicitud del dictamen, así:

(minuto 00:12:18 a 01:00:15 de la videograbación fl 234)

A la primera pregunta: Indique si el Señor Jorge Aguilera q.e.p.d, al momento de su ingreso el 12 de marzo de 2012, se le diagnostica hernia umbilical encarcelada y podía ser considerado como paciente de alto riesgo debido a sus antecedentes descritos como enfermedad coronaria de cuatro vasos con cirugía cardíaca y revascularización, hipertensión arterial, aneurisma de aorta abdominal, insuficiencia renal crónica y enfermedad hepática poliquística.

Señaló que con base en la historia clínica aportada evidenció que el Hospital Militar Central revisó las comorbilidades del paciente Jorge Enrique Aguilera para la realización de la cirugía para tratar la hernia umbilical estrangulada, tanto así que en éste primer evento el paciente egresó en buenas condiciones sin episodios que lamentar, teniendo en cuenta que el señor Aguilera contaba con 6 comorbilidades. En su concepto las comorbilidades en este primer episodio "herniorrafia Gastrica"; no tuvieron nada que ver con el desenlace final pues fueron bien manejadas.

A la segunda pregunta: Indique si el tratamiento indicado para la hernia diagnosticada es el quirúrgico y cuáles son los riesgos inherentes a dicho procedimiento.

Indicó, que para atender el cuestionamiento debía diferenciar entre hernia encarcelada, que es la que se hace irreducible, y contiene sufrimiento vascular y la hernia estrangulada, que es un saco herniario, y su contenido no tiene sufrimiento vascular; para ambos casos tanto para la hernia encarcelada como la estrangulada siempre son urgencias quirúrgicas, la complicación más importante que se puede presentar es la necrosis del asa intestinal, los pacientes mayores de 70 años tienen más alta mortalidad.

Para el caso de la hernia encarcelada, el cirujano no encontró nada necrosado, solo se redujo el contenido de la cavidad y se corrigió el daño en la fase abdominal, para cerrar el orificio por donde sale el asa o epiplón, o lo que sea que salga.

Y para el caso de la hernia estrangulada, hay que revisar muy bien el asa, que no haya contenido vascular, y que no sea viable.

En el paciente Jorge Enrique Aguilera se dice que solo se encontró epiplón, pero no estaba necrosada, por eso ni siquiera se resecó el

epiplón, el diagnóstico apunta que era una hernia encarcelada.

A la tercera pregunta: Si dichos riesgos fueron advertidos al paciente, específicamente la lesión de visera hueca.

Indicó, que sí, como consta en el consentimiento informado del paciente en el que a mano aparecen las posibles complicaciones cuales son "**sangrado, infección y lesión de visera hueca**", bajo el principio de la buena fe, se presume que se le explicaron al paciente los riesgos.

A la cuarta pregunta: indique si los síntomas propios de salida de materia fecal hacia cavidad abdominal debido a perforación intestinal, son de inmediata aparición.

Indicó que nunca, los síntomas no son tan rápidos, señaló que en el caso el cirujano encontró epiplón no necrosado, pudo haber pasado que durante la relajación por la anestesia para la cirugía del anillo herniario se dilate un poco y el asa que estaba se vaya, otra opción es que al usar el electro bisturí se pudo haber tocado el asa, no en forma intencional sino accidental, la otra opción era que el paciente tenía un problema intestinal inflamatorio, pero para el caso esta última situación no obra en la historia clínica, lo que es muy poco probable que haya ocurrido.

En conclusión, el perito adujo que no se puede decir que los síntomas aparezcan inmediatamente porque el organismo busca defenderse, para que el asa no se tape, pero no siempre funciona.

A la quinta pregunta: de conformidad con la experiencia y la ciencia médica, indique si el dolor abdominal, irritación peritoneal y abdomen distendido que el paciente consulta seis días después de la cirugía realizada el 12 de marzo de 2012, puede corresponder a lesión inadvertida del intestino durante práctica quirúrgica para corregir la hernia epigástrica.

**Explicó que, la mayor posibilidad sin ser verdad absoluta o bien fue la relajación anestésica, el asa se ocultó, pudo estar el asa hacerse reducido, y la otra es que el electro bisturí hubiera quemado el saco herniario, y la enfermedad inflamatoria pero no es posible decir cual ocurrió.**

A la sexta pregunta: Indique si el evento de peritonitis consultado el 18

de marzo de 2012 se logró superar de conformidad con el reporte del último lavado quirúrgico que reporta cavidad abdominal limpia y cultivo de líquidos negativo, situación que se confirma con el resultado de necropsia en el que se manifiesta que la rafia intestinal en yeyuno se encontraba en buen estado, sin fugas con estado residual de peritonitis sin colecciones en la cavidad abdominal.

El perito respondió, que el evento nunca se superó, la rafia se encontró intacta, el paciente al entrar en sepsis no logró superar el daño orgánico hasta que se afectaron cuatro (4) sistemas, se presenta la falla multiorgánica, acá es donde la posibilidad de muerte supera el 70% de las posibilidades.

Las comorbilidades fueron detonantes en la complicación, en conclusión el episodio de peritonitis nunca fue superado.

A la séptima pregunta: Indique si de conformidad con las notas de evolución y el protocolo de necropsia puede afirmarse que la realización de la cirugía de corrección de hernia con el evento de la peritonitis no tiene relación causa –efecto con la muerte del paciente que se debió a otro evento denominado hemorragia cerebral.

Argumentó el perito que la sepsis genera tal choque en el organismo que termina dañando todos los sistemas, y como consecuencia la coagulación falla; el paciente hizo un sangrado intravascular en el tejido cerebral, producto de la falla de coagulación.

Lo que realmente causa la muerte es el shock séptico, hay una relación causa efecto en las que incidieron las comorbilidades del paciente.

**Para el caso el cuadro de peritonitis era bizarro, sin fiebre, en el diagnóstico primó la experiencia del médico, ya que tampoco había aumento de glóbulos blancos.**

De otro lado en la versión rendida por el testigo médico **Juan Arturo Martínez** (minuto 01:38:40 a minuto 01:48:03 de la videograbación fl. 234 del CX. Principal), señaló que fue el cirujano que participó en el primer episodio "hernia epigástrica", hizo la claridad que no era hernia umbilical como se ha mencionado antes, sino hernia epigástrica, por lo que no contenía intestinos, solo grasa pre peritoneal, no epiplón, no contenía asas, correspondía a una hernia encarcelada, es decir, de contenido atrapado, la que generaba un dolor importante; explicó que la grasa quedó pellizcada, el paciente se evaluó y se llevó a

cirugía, la que se realizó sin ninguna complicación, fue considerada como una urgencia relativa, con anestesia regional raquídea, en el procedimiento se encontró un orificio herniario de 1 cm, con grasa de origen pre peritoneal, sin intestino ni asa. La cirugía se hizo con el electro bisturí, el saco se cerró se redujo, el paciente realizó un pos operatorio satisfactorio; por su buena condición se da de alta con recomendaciones de posoperatorio a los 8 días.

Amplió la declaración indicando que como no habían asas intestinales, el organismo en estos casos opera sabiamente y la grasa funciona como un tapón, para el caso del señor Jorge Enrique Aguilera la hernia tenía más o menos dos años de evolución, no había asa intestinal por el tamaño, ya que un asa intestinal puede tener un diámetro de 3 cm, lo que llamamos yeyuno (siempre vacío) es ahí donde es más rápido el tránsito intestinal, es como un globo inflado, por lo que en su parecer resulta improbable que un asa se introdujera en ese centímetro.

A la pregunta, como se explica entonces la perforación intestinal, el perito manifestó que, para explicar esto debe entrar en el plano de la especulación, pues en su momento se hizo una auditoria interna en el Hospital Militar para analizar el caso del señor Jorge Enrique Aguilera, y una de las hipótesis que se planteó fue que el paciente tenía una enfermedad cardiovascular de base, aortitis, vasculitis aorta, insuficiencia renal, era inmunocomprometido; lo que conllevó a que tuviera problema en la respuesta al trauma.

Adujo que, debe tenerse en cuenta que el paciente también era enérgico- sin respuesta a la agresión- y **lo primero que hace el organismo cuando se presenta peritonitis es presentar fiebre, taticardia, deshidratación y llega al empeoramiento de la falla renal y de la cardiovascular; sin embargo esto no lo presentó el paciente.**

**Explicó que en el cuadro hemático se deben elevar los leucocitos; el paciente tampoco lo hizo, no hizo leucocitís, no elevó los glóbulos blancos, esto en el segundo episodio.**

El paciente inicialmente respondió favorablemente y mejora clínicamente no hace fiebre, se ordenó ecografía abdominal, no se ordenó el TAC, que era el examen ideal, porque para este examen se usa un medio de contraste nefrotóxico que quema el riñón, **por lo que por la insuficiencia renal que presentaba el paciente no se podía hacer porque se terminaría de dañar el riñón.**

Prosigue, indicando que el 18 de marzo de 2012, la ecografía ordenada mostró distensión moderada de los intestinos, sin líquido libre, lo que reafirma el diagnóstico de "íleo"- parálisis temporal del intestino-, entonces se manejó con hidratación y se consiguió una mejoría, otra sospecha era la peritonitis primaria, por la insuficiencia renal del paciente, podría haber una tras colocación al peritoneo.

Más adelante el paciente mostró otra respuesta, aumentó el dolor, tenía taquicardia inflamación, por lo que es examinado por otro colega y ordena operar; acá se evidenció que el paciente migró de un abdomen agudo no quirúrgico, a mejoría temporal a abdomen quirúrgico; **es un caso atípico, fue un paciente anérgico**. Por eso termina en cirugía.

Al séptimo día presentó una hipertensión arterial severa que le impidió una mejoría, se le colocó una válvula para medir presión en el cerebro, montó una falla multiorgánica y vino el fallecimiento.

A la pregunta si la perforación del intestino a que se hace referencia estaba ubicada cerca a la intervención por la hernia gástrica, contestó, que la ubicación no era determinable, en ese sitio hay pocas asas, porque estaba debajo del hígado.

En audiencia de pruebas, también se recibió el testimonio del Doctor **Diego Vanegas Silva**, (minuto 2:40:30 de la video grabación fl. 234 C. Principal)) en la que indicó que el paciente Jorge Enrique Aguilera ingresó después de una intervención con un cuadro de "iléo", se le hidrató, se subió al piso porque empezó a mostrar mejoría; fue valorado por los médicos de turno, se solicitan exámenes. el paciente sin autorización se retiró sondas, se le expresa a él y a su familiares la importancia de las sondas; luego es nuevamente valorado por la presencia de dolor abdominal y se determinó intervención por abdomen agudo, por lo que es bajado a cirugía a las 4 y 30, el mismo doctor Diego Vanegas realizó laparotomía exploratoria, para identificar el problema, se encontró peritonitis y perforación intestinal, se drenó, lavó la cavidad y rafia del intestino en dos planos, logrando el control del foco de la infección, se dejó el abdomen abierto porque se requerían otros lavados, y fue llevado a cuidado intensivo, para que mejorara el proceso inflamatorio, ya el paciente estaba empezando a controlar su proceso infeccioso.

Sin embargo el paciente hizo crisis hipertensiva que puede ser la causa de la muerte, coaguló, pulmón derecho intestino indemne y

controlada la peritonitis.

**Dejó claro que no se hizo operación inmediatamente entró el 18 de marzo de 2012, porque la ecografía realizada no mostraba líquidos, por lo que no se pensaba que había peritonitis.**

**El paciente no hizo un cuadro claro, no se manifestó clínicamente como lo hace un paciente normal,** en estos casos lo más difícil es operar.

En continuación de la audiencia de pruebas llevada a cabo el día 14 de mayo de 2019 (fl. 243), el perito **Assad José Fraija Massy**, sustentó su dictamen, en el que señaló lo siguiente: (minuto 03:40 a minuto 00:33:00 de la videograbación obrante a folio 242 del C. Principal)

*" (...) en el dictamen hice un resumen de las partes más importantes de la historia clínica la misma inicia cuando es señor Jorge Enrique Aguilera consulta por primera vez al hospital militar el 12 de marzo de 2012 por masa epigástrica de intensidad de dolor 10/10 con tres meses de evolución, se había tornado dolorosa por eso consulto a urgencias del HMC, lo valoran y consideran que se trata de una hernia supra umbilical encarcelada, hacen una ecografía que corrobora el diagnóstico y el cirujano toma la decisión de llevar al paciente a cirugía para corregir dicha hernia, en la descripción quirúrgica se dispone que fue un procedimiento sencillo que encontraron un saco herniario de 1 cm sin complicaciones, el paciente es dado de alta al día siguientes es decir 13 de marzo de 2012, al sexto día del postoperatorio el paciente hacia la media noche inicia un dolor súbito abdominal que lo obliga a consultar nuevamente por urgencias del HMC, y llega la 1 y 52 de la mañana, es valorado por cirugía general a las 4:05 de la mañana y cirugía general manifiesta: "paciente en malas condiciones generales, con dolor abdominal generalizado de dos horas acompañado con signos de irritación peritoneal, con evidencia con antecedente hemorragia epigástrica donde refieren que al colocarse la anestesia el paciente presento un paro sin complicaciones ,a pesar de la valoración que acabo de leer, en que muestran un paciente muy mal, paciente en malas condiciones generales, y presentando signos, ese es un signo clínico de abdomen quirúrgico, indicante que el paciente hay que operarlo, más cuando se tienen unos antecedente ya previo de hace cinco días, y es extremadamente severo, sin embargo después de esa valoración la decisión fue dejarlo en observación y pedir exámenes, (...) y lo dejan en observación, curiosamente esa observación dura desde las 4 de la mañana hasta las 14 y 17 horas que lo vuelve a ver cirugía, (...), curiosamente se considera que el paciente se había mejorado, ya no estaba grave y vuelve y dice que se hospitaliza y deja en observación, no sé de qué se trata la observación, porque la siguientes valoración por cirugía, fue a las 6 y 30 de la mañana por*

cirugía general, (...) entonces la decisión se toma 26 horas después del ingreso de pasarlo a cirugía y el mismo lo manifiesta tienen signos de irritación peritoneal, cuando los signos de irritación peritoneal los presentaba desde el ingreso; entonces a las 6 de la mañana se toma la decisión de llevar al paciente a cirugía y uno no se explica como el paciente se lleva a cirugía a las 17 y 55 o sea a las 6 de la tarde 10 horas después, y terminan cirugía casi a las 8 de la noche, **después de eso encuentran que el paciente tenía una perforación intestinal que yo creo que realmente creo que esta relacionada con la primera cirugía de la hernia cuando uno tiene una perforación intestinal tienen liberación de líquido hacia la cavidad abdominal y eso produce tanto peritonitis química como diogena ósea por bacterias**, el paciente empezó un cuadro de peritonitis a las 12 de la noche 40 horas antes, lo mantuvieron en observaciones, valoraciones cada 10 horas, hasta que a las 5 y 55 p.m del 19 de marzo es llevado a cirugía, esa condición de peritonitis produce sepsis generalizada, lleva al paciente a un estado de alta probabilidad de muerte, lleva shock séptico a disfunción multiorganica y la probabilidad de salvar el pacientes casi nula, después de la cirugía el paciente es pasado cuidado intensivo, con abdomen abierto, lo pasaron a lavados, y finalmente muere.(...) **PREGUNTADO.** Que aconseja la literatura medica en estos eventos cuando llega el paciente con irritación peritoneal. **CONTESTADO.** La irritación peritoneal es un signo claro que es quirúrgico, uno puede pensar que se hacen exámenes adicionales, pero los exámenes no definen la conducta, tan es así que el médico que toma la decisión de llevar al paciente a cirugía no mira exámenes, uno ve a ese paciente hay que actuar lo más rápidamente posible, hay que organizar cirugía, llevarlo a cirugía lo antes posibles sencillamente porque tienen un cuadro abdominal seguramente catastrófico, y que con el antecedente de la cirugía previa, se piensa que tienen relación con la cirugía previa, **PREGUNTADO.** La descripción quirúrgica de la primera intervención cuando se corrige la hernia, ¿ que describe como hallazgo del saco herniario?. **CONTESTADO.** Grasa pre peritoneal, **PREGUNTADO.** Sí el hallazgo es grasa pre peritoneal como explica usted su criterio según el cual en esa cirugía se lesiono el asa intestinal. **CONTESTADO.** Es lo que uno no entiende, los planos de la pared abdominal vienen la piel, tejido celular la fascia el musculo otra vez fascia, después grasa peritoneal después el peritoneo, si usted tienen una hernia epigástrica tiene un defecto que compromete la fascia es decir pasa la grasa pre peritoneal, el peritoneo y después están las vísceras, en la descripción quirúrgica, se dice que primero encuentran grasa pre peritoneal y después el defecto de 1 cm, sin complicaciones; **no se explica que paso realmente en la cirugía**, que haya lesionado el intestino no tiene porque lesionarlo en absoluto, por debajo de la fascia está el peritoneo, tendrá que haber comprometido el peritoneo la hernia y haber entrado el asa intestinal dentro del peritoneo para que estuviera metido en la hernia, **no me puedo explicar que hicieron en la cirugía, por eso yo**

**creo que en manos entrenadas ese tipo de accidentes no deberían pasar. PREGUNTADO.** Es concluyente que por el defecto herniario de 1 cm difícil o imposible podría alojarse asa intestinal. **CONTESTADO:** muy difícilmente, más sino encuentran saco herniario, el saco herniario se introduce por el defecto y por debajo del saco herniario va la visera, ellos no encuentran saco herniario, manifiestan que encontraron grasa pre peritoneal. **PREGUNTADO:** En el análisis de la historia clínica encontró comorbilidades que hicieran riesgosa cualquier tipo de intervención para este paciente **CONTESTADO:** si claro, el señor tenía enfermedad coronaria, con cirugía de revascularización hipertensión arterial, tenía riñones poli quísticos asociados a insuficiencia renal, lo hacía un paciente especial, con el que se debía tener más cuidado que el común de la gente. **PREGUNTADO.** Cuando en la segunda consulta asiste el paciente usted encontró que se hubiere reportado fiebre, leucocitosis o algún otro síntoma de abdomen agudo quirúrgico. **CONTESTADO.** no encontré fiebre, pero la fiebre es un signo que no necesariamente obliga a diagnosticar abdomen quirúrgico, la leucocitosis creo que no había, uno puede tener un cuadro hemático normal pero la clínica le da para considerar que el paciente puede tener un abdomen quirúrgico el cuadro hemático no es el que define, **PREGUNTADO:** en un paciente que requiere más cuidado por sus comorbilidades, que no presenta fiebre, leucocitosis, sin liquido libre pero que si reporta íleo, considera que con esos hallazgos es necesario llevar a cirugía inmediata. **CONTESTADO.** Cuando el doctor Jaime rey Ospina las 6 y media de la mañana y tomo la decisión de llevar a cirugía no miro cuadro hemática, ni ecografía ni laboratorios, sin potencial ayuda para tomar decisiones, pero no define, lo que define es lo que uno encuentra en el paciente, si encuentra dolor con síntomas de irritación peritoneal, hay que operarlo. **PREGUNTADO.** Cuando el cuadro clínicamente no es florido los médicos es necesario la realización de otros exámenes que ayuden a confirmar diagnóstico. **CONTESTADO.** Si el cuadro no es florido uno se puede ayudar de otros estudios por ejemplo la tomografía, pero yo lo que veo es que el paciente fue valorado cada 10 horas, entonces ni siquiera piden los exámenes adicionales, que lo valores que miren. **PREGUNTADO.** Todo abdomen agudo es quirúrgico. **CONTESTADO.** Abra una fracción muy pequeña de abdómenes agudos, por ejemplo en diabéticos, se puede dar un abdomen agudo no quirúrgico. **PREGUNTADO.** La ruptura de un asa intestinal a que causas obedece según la literatura médica. **CONTESTADO.** **Puede tener infinidad de causas, el intestino que más espontáneamente se rompe es el grueso, que no es el caso, el intestino delgado es muy raro que se rompa espontáneamente, sin un antecedente claro, si uno tiene la ruptura en intestino delgado, debe relacionarlo con un antecedente previo, yo encuentro difícil que se hubiese perforado el intestino en la primera cirugía, pero sin embargo se dio. (...)**

De las pruebas anotadas, los dictámenes y testimonios médicos y lo transcrito en la historia clínica del señor Jorge Enrique Aguilera, se evidencia que desde su ingreso al Hospital Militar Central para el segundo episodio esto es el 18 de marzo de 2012, hasta el día de su fallecimiento, su estado de salud aunque presentó una mejoría temporal, se deterioró a tal punto que devino la muerte.

Según el decir del demandante en la primera cirugía llevada a cabo el 12 de marzo de 2012 para corregir una hernia epigástrica que presentaba el señor Jorge Enrique Aguilera, se perforó el intestino delgado con el electro bisturí, lo que originó el ingreso por urgencias del paciente nuevamente el 18 de marzo de 2012; sin embargo analizados los testimonios médicos y los dictámenes tanto del doctor Assad Jose Fraija Massy y Heriberto Pimiento Patiño, el Despacho concluye que no existe certeza absoluta de que la perforación del intestino hubiese sido causada por el electro bisturí.

Así lo dejó claro el perito Heriberto Pimiento, miembro de la Sociedad Colombiana de Cirugía, en el dictamen rendido, en la respuesta de la quinta pregunta, en la que se le indago si de conformidad con la experiencia y la ciencia médica, el dolor de consulta seis días después de la cirugía realizada el 12 de marzo de 2012, puede corresponder a lesión inadvertida del intestino durante práctica quirúrgica para corregir la hernia epigástrica, respondió:

*" (...) entonces es claro que puede corresponder tales síntomas a la lesión inadvertida y que la posibilidad mayor es que puede corresponder a una de esas dos posibilidades, obviamente inadvertidas, que generaron el cuadro clínico de abdomen agudo como consecuencia de una peritonitis causado por perforación como un divertículo inflamado o una enfermedad entérica inflamatoria, etc. Se puede plantear pero nada en la historia clínica anotado como preexistencia aparece y sería fruto de especulación académica pero no encuentro nada objetivo que fundamente tal especulación. Naturalmente que la lesión pasó inadvertida, de ninguna manera sería factible afirmar que se omitió a pesar de haberse advertido, **en la descripción quirúrgica es muy claro que se revisó el contenido del saco que encontró el cirujano en su exploración y que allí encontró solo epiplón que no tenía sufrimiento vascular, según lo descrito no había asa y naturalmente por tales hallazgos redujo la cavidad el contenido del saco y luego tallo el mismo para corregir el defecto aponeurótico. Si por otra parte la causa de la lesión fue quemadura de la pared del asa con electro bisturí tampoco lo sospecho el cirujano porque nada***

de esto anota en la descripción quirúrgica y lo normal y obligatorio dentro de criterios de lex artis es anotar en el texto de la descripción si hubo o no algún accidente o complicación dentro del procedimiento y al respecto no se encuentra ninguna anotación en dicho texto.

Es claro y evidente que la lesión inadvertida de asa fue la causante del cuadro clínico de abdomen agudo producido por una peritonitis generalizada secundaria a perforación de asa yeyuno." (fl. 192 C. principal).

En el mismo sentido se pronunció el médico Juan Arturo Martínez, quien realizó la cirugía para corregir la hernia epigástrica del señor Jorge Antonio Aguilera, en su testimonio señaló que "en esta primera intervención no hubo asas intestinales presentes, toda vez que la hernia que tenía como dos años de evolución por la que se estaba operando tenía un centímetro aproximadamente y la grasa opero como un tapón, no podía haber asa intestinal por el tamaño, pues un asa puede tener un diámetro de 3 cm "Yeyuno", lo que hacía improbable que el asa (yeyuno) se introdujera en ese centímetro de hernia". (Minuto de la 01:38:40 de la videograbación fl. 234 C. principal )

Lo anterior se corroboró en la continuación de la audiencia de pruebas realizada el día 14 de mayo de 2019 (fl. 243), en la que el perito **Assad José Fraija Massy**, a la pregunta realizada por el apoderado de la parte demandada, si es concluyente que por el defecto herniario de 1 cm difícil o imposible podría alojarse asa intestinal, el perito respondió que "muy difícilmente, más sino encuentran saco herniario, el saco herniario se introduce por el defecto y por debajo del saco herniario va la visera, ellos no encuentran saco herniario, manifiestan que encontraron grasa preéitoneal". Y la pregunta, si la ruptura de un asa intestinal a que causas obedece según la literatura médica, respondió que " **puede tener infinidad de causas, el intestino que más espontáneamente se rompe es el grueso, que no es el caso, el intestino delgado es muy raro que se rompa espontáneamente, sin un antecedente claro, si uno tiene la ruptura en intestino delgado, debe relacionarlo con un antecedente previo, yo encuentro difícil que se hubiese perforado el intestino en la primera cirugía, pero sin embargo se dio. (...)**"

De las pruebas recaudadas el despacho llega a las siguientes conclusiones:

- La hernia epigástrica, por la que se intervino al señor Jorge Enrique Aguilera el día 12 de marzo de 2012 por el Hospital Militar Central, según

lo evaluado en la historia clínica y lo manifestado por el Dr. Juan Arturo Martínez, quien realizó el procedimiento quirúrgico, contenía solo grasa pre peritoneal.

- La hernia epigástrica intervenida tenía el diámetro de 1 centímetro, lo que hacía imposible que un asa se introdujera por dicha abertura pues el asa mide en promedio 3 centímetros.

- Las causas de la perforación del "yeyuno", pueden ser múltiples, entre ellas que el paciente tuviera problemas intestinales inflamatorios, de lo que no hay evidencia en la historia clínica. La segunda que durante la relajación de la anestesia el anillo herniario se dilatara un poco y el asa que estaba presente desapareciera, y la tercera que al utilizar el electrobisturí se hubiese perforado el asa.

Hasta acá se tiene que no se puede establecer como verdad absoluta que el electrobisturí utilizado en la cirugía practicada al paciente el 12 de marzo de 2012 hubiese perforado el asa, pues es si bien es cierto es una de las posibilidades, también es cierto que ninguna de las opciones planteadas se probó, por lo que no se puede indicar con certeza como se perforó el asa "yeyuno", hacerlo sería especular sobre algo que no ésta demostrado.

Ahora bien, aun si se hubiese demostrado que la causa eficiente del daño fue la perforación del asa intestinal en la cirugía del 12 de marzo, para corregir la "hernia epigástrica", en todo caso esto constituía un riesgo propio de la cirugía de la que el paciente fue informado, especificándole por parte de la entidad hospitalaria que en dicho procedimiento se podía presentar: "sangrado, *infección*, lesión de visera hueca" ( fl. 10 C. Pruebas 2), por lo que se puede afirmar que el paciente conocía los riesgos inmersos entre ellos, el de lesión del yeyuno. (visera hueca).

Sumado a lo anterior, debe tenerse en cuenta que el paciente Jorge Enrique Aguilera, padecía de varias afecciones "*enfermedad coronaria de 4 vasos, HTA, enfermedad renal poliquística, IRC sin soporte dialítico, hígado quístico*" (fl. 338 C. 2 de Pruebas), que hacían que el paciente tuviera varias comorbilidades que afectaron e incidieron en los procedimientos médicos y quirúrgicos llevados a cabo por los profesionales del HMC.

Tan es así, que la causa de la muerte obedeció a "*hipertensión endocraneana por hemorragia subaracnoidea masiva*", según el protocolo de autopsia No. 13-2012 (fl. 33 C. 2 de pruebas), es claro que en la causa de la muerte pudo obedecer a las comorbilidades que

presentaba el paciente en el segundo episodio cuando ingresó a urgencias el 18 de marzo de 2012, como lo explicó el perito Heriberto Pimiento en la sustentación de su dictamen en la que señaló que las comorbilidades fueron detonante en las complicaciones de salud que llevaron al fallecimiento de Jorge Enrique Aguilera.

Es así como concuerdan el perito Heriberto Pimiento, el médico Juan Arturo Martínez y Diego Vanegas Silva en que el cuadro inicial del señor cuando regresó por urgencias el 18 de marzo de 2012, era un cuadro bizarro para abdomen quirúrgico y peritonitis, pues no presentó fiebre, ni taticardia, sin leucocitosis lo que los llevó a pensar que se trataba de "ilius" (parálisis temporal del intestino), máxime si se tiene en cuenta que la ecografía realizada **no mostró líquido libre**, como se ve en los resultados de la ecografía abdominal de fecha 18 de marzo de 2012: (FL. 241 Cuaderno 2 de Pruebas)

*"ESTUDIO: ECOGRAFÍA ABDOMINAL  
TÉCNICAMENTE MUY LIMITADO POR CONDICIÓN DEL  
PACIENTE E INTERPOSICIÓN DE ABUNDANTE GAS*

*Con transductor sectorial de 3.5 Mhz se realiza barrido sonográfico encontrándose los siguientes hallazgos:*

*Hígado con múltiples imágenes quísticas de diferentes diámetros dispersas en todo el parénquima al igual que cambios riñones*

*Vesícula biliar discretamente distendida de paredes delgadas, sin evidencia de cálculos o barro biliar en su interior.*

*Vía biliar intra y extrahepática de aspecto normal.*

*Páncreas y retroperitoneo no visualizados por interposición de abundante gas.*

*Bazo de forma, y ecogenicidad normal, sin lesiones intraparenquimatosas.*

*Vejiga adecuadamente distendida sin lesiones en su interior*

**No se observa líquido libre de cavidad**

*Asas intestinales con disminución del peristaltismo.*

*(...)" (negrilla y subrayado fuera de texto).*

Por el cuadro bizarro del paciente no se intervino inmediatamente, pues no era claro, por las mismas condiciones especiales del paciente, sin sintomatología para éste tipo de eventos, anérgico (sin respuesta a traumas).

Ahora bien con relación al nexo causal entre el daño ocasionado, cual es la muerte del señor Jorge Enrique Aguilera y las actuaciones desplegadas por el Hospital Militar Central, debe tenerse en cuenta lo preceptuado por el Consejo de Estado, en sentencia del 05 de marzo de 2015, así:

*"La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste. **En materia médica, para que pueda predicarse la existencia de una falla, la Sala ha precisado que es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance"**<sup>2</sup>.*  
(Subrayado fuera de texto).

Con relación a la prueba del nexo causal tratándose de falla médica, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, Consejera ponente: Marta Nubia Velásquez Rico, doce (12) de junio de dos mil diecisiete (2017), Radicación número: 25000-23-26-000-2004-01763-01 (42496), se dispuso:

*"[...] En este punto conviene recordar que, por un tiempo, aceptó la jurisprudencia Contencioso Administrativa que el título de imputación jurídica en torno a los eventos en los que se debatía la responsabilidad médica fuese el de la "falla*

---

<sup>2</sup> CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN B Consejero ponente: DANILO ROJAS BETANCOURTH Bogotá, cinco (5) de marzo de dos mil quince (2015) Radicación número: 50001-23-31-000-2002-00375-01(30102)

presunta", según la cual la nuda constatación de la intervención causal de la actuación médica en el resultado nocivo por el que se reclamaba era suficiente para atribuir el daño a la Administración. Pese a lo anterior, se retomó la senda clásica de la responsabilidad subjetiva o falla probada<sup>3</sup>, por lo que en la actualidad, según esta sub-regla jurisprudencial, deben ser acreditados en este punto tres elementos inexcusables por parte del actor, a saber: i) el daño; ii) la falla en el acto médico y iii) el nexo causal, sin los cuales improcedente se hace la condena del Estado por esta vía, tal y como lo ha entendido esta Corporación, cuando consideró que:

"Al margen de las discusiones que se presentan en la jurisprudencia y en la doctrina en relación con el régimen probatorio de los elementos de la responsabilidad patrimonial por los daños que se deriven de la actuación médica del Estado, **lo cierto es que existe consenso en cuanto a que la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que la misma fue constitutiva de una falla del servicios y que dicha falla fue causa eficiente del daño.**"<sup>4</sup> (Énfasis añadido).

En consonancia con la jurisprudencia citada ha de tenerse en cuenta para endilgar responsabilidad el actuar diligente del servicio médico, para el caso sub examine, conforme a los testimonios recepcionados, la historia clínica del Hospital Militar, y los dictámenes aportados concluye el Despacho que la atención suministrada por el ente Hospitalario, al paciente fue adecuado y que la desmejora del estado de salud obedecen a factores ajenos al personal médico, que desencadenara en el fallecimiento del paciente, por lo que le correspondía a la parte demandante probar que el servicio médico fue deficiente que las complicaciones tuvieron como causa una mala praxis médica y que el señor Jorge Enrique Aguilera, tuvo una pérdida de oportunidad de mejorar o sobrevivir por el actuar negligente de la institución médica acá demandada. Frente a este último elemento, no hay demostrado el nexo de causalidad entre el fallecimiento del paciente y las actuaciones médicas del Hospital Militar Central.

<sup>3</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 26 de marzo de 2008, exp. 15.725, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

<sup>4</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 23 de junio de 2010, exp. 19.101 C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

### 3.4.2.- De la pérdida de oportunidad

La jurisprudencia del Consejo de Estado ha concebido la pérdida de oportunidad como una modalidad autónoma de daño, o bien como una técnica de facilitación probatoria, en los casos de incertidumbre causal, en los cuales resulte para la víctima una carga excesiva la demostración del nexo entre el daño que padece y la actuación de la entidad a la que se lo imputa y solo logre demostrar que dicha relación es probable, pero no cierta o segura.

Con relación a esta discusión, ha indicado la misma jurisprudencia que su inclinación ha sido frente a la primera tesis<sup>5</sup>, es decir, la de adoptar el criterio conforme al cual la pérdida de oportunidad no es una herramienta para facilitar la prueba del nexo causal, sino un daño autónomo, con identidad propia e independiente, que consiste en el quebrantamiento de un bien jurídico tutelado de recibir un beneficio o de evitar un riesgo, señalamiento al que arriba con fundamento en la misma jurisprudencia de la citada Corporación<sup>6</sup>, en la que se ha considerado:

*“La pérdida de oportunidad o pérdida de chance alude a todos aquellos eventos en los cuales una persona se encontraba en situación de poder conseguir un provecho, de obtener una ganancia o beneficio o de evitar una pérdida, pero ello fue definitivamente impedido por el hecho de otro sujeto, acontecer o conducta que genera, por consiguiente, la incertidumbre de saber si el efecto beneficioso se habría producido, o no, pero que al mismo tiempo da lugar a la certeza consistente en que se ha cercenado de modo irreversible una expectativa o una probabilidad de ventaja patrimonial<sup>7</sup>; dicha oportunidad perdida constituía, en sí misma, un interés jurídico que si bien no cabría catalogar como un auténtico derecho subjetivo, sin duda facultaba a quien lo ha visto salir de su patrimonio -material o inmaterial- para actuar en procura de o para esperar el acaecimiento del resultado que deseaba<sup>8</sup>, razón*

<sup>5</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, fecha 5 de marzo de 2015, C.P. Ramiro Pazos Guerrero.

<sup>6</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 11 de agosto de 2010, exp. 18.593, C.P. Mauricio Fajardo Gómez.

<sup>7</sup> MAYO, Jorge, “El concepto de pérdida de chance”, en *Enciclopedia de la responsabilidad civil. Tomo II*, Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1998, p. 207.

<sup>8</sup> En esa dirección sostiene Zannoni que esta modalidad de daño “lesiona un interés y, por ende, priva al sujeto de esa facultad de actuar, que aunque no constituyera el sustento de un derecho subjetivo, era una facultad que ciertamente, integraba la esfera de su actuar lícito —el acere licere, es decir de su actuar no reprobado por el derecho. La lesión de ese interés —cualquiera sea éste— produce en concreto un perjuicio” (énfasis en el texto original). Cfr. ZANNONI, Eduardo, *El daño en la responsabilidad civil*, Astrea, Buenos Aires, 1987, p. 36.

por la cual la antijurídica frustración de esa probabilidad debe generar para el afectado el derecho a alcanzar el correspondiente resarcimiento.

La pérdida de oportunidad constituye, entonces, una particular modalidad de daño caracterizada porque en ella coexisten un elemento de certeza y otro de incertidumbre: la certeza de que en caso de no haber mediado el hecho dañino el damnificado habría conservado la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar una pérdida para su patrimonio y la incertidumbre, definitiva ya, en torno de si habiéndose mantenido la situación fáctica y/o jurídica que constituía presupuesto de la oportunidad, realmente la ganancia se habría obtenido o la pérdida se hubiere evitado; expuesto de otro modo, a pesar de la situación de incertidumbre, hay en este tipo de daño algo actual, cierto e indiscutible consistente en la efectiva pérdida de la probabilidad de lograr un beneficio o de evitar un detrimento (...). Esa probabilidad tenía un determinado valor, aunque difícil de justipreciar, que debe ser reparado<sup>9</sup>.

En cuanto a las características de la pérdida de oportunidad, las que la jurisprudencia<sup>10</sup> le ha atribuido, son las siguientes: "(i) debe constituir una probabilidad seria y debidamente fundada, que permita afirmar la certeza del daño y no una mera posibilidad, vaga y genérica, que no constituye más que un daño meramente hipotético o eventual; (ii) lo perdido o frustrado es la oportunidad en sí misma y no el beneficio que se esperaba lograr o la pérdida que se pretendía eludir; (iii) la medida del daño será proporcional al grado de probabilidad que se tenía de alcanzar el beneficio pretendido; y (iv) el bien lesionado es un bien jurídicamente protegido".

En concordancia con lo anterior, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha referido la pérdida de oportunidad como un perjuicio de naturaleza autónoma, en los siguientes términos: "(...) **la Sala considera que la pérdida de oportunidad se ubica en el campo del daño**, sin desconocer que por elementales razones guarda estrecho vínculo con la relación de causalidad, -la causalidad existente entre el hecho imputable y el daño para estructurar la responsabilidad- y por lo mismo,

<sup>9</sup> ZAVALA DE GONZÁLEZ, Matilde, *Resarcimiento de daños. Daños a las personas*, Hammurabi, Buenos Aires, 1990, p. 274, apud TRIGO REPRESAS, Félix Alberto, *Pérdida de chance*, cit., p. 30.

<sup>10</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, fecha 5 de marzo de 2015, C.P., Ramiro Pazos Guerrero.

**resulta ser un perjuicio autónomo** que, no obstante, es indemnizable, diferente al daño final padecido por el paciente"<sup>11</sup> (se resalta).

Conforme a lo expuesto precedentemente, el Despacho precisa que cuando se han determinado los elementos de la responsabilidad, el hecho dañino, el resultado lesivo y el nexo causal, procede la declaratoria de responsabilidad por falla en el servicio médico y cuando, lo que dan cuenta los medios probatorios es que con la actuación de la entidad, se concretó fue la pérdida de oportunidad del paciente de recobrar o mejorara su salud, habrá de condenarse por esa pérdida de oportunidad como daño autónomo, no siendo acumulable este daño autónomo con el daño final, causado por la falla en el servicio médico, sino por el contrario, excluyentes de acuerdo a la situación demostrada, teniendo esto incidencia en el monto de la indemnización ya que si el daño es la pérdida de oportunidad, la indemnización debe ser reducida.

Adujo la parte actora que el Hospital Militar Central a través del personal médico que realizó el procedimiento quirúrgico para la corrección de la hernia epigástrica, incurrieron en una falla al perforar el intestino delgado, lo que fue causa eficiente de la muerte del señor Jorge Enrique Aguilera, que como ya se dijo en líneas precedentes tal hecho no quedó demostrado.

A juicio del Despacho, esas afirmaciones se quedan en el marco de la mera especulación ya que como se determinó, había otras 2 posibilidades diferentes a la perforación con el electro bisturí, y de otra parte, no existe ninguna prueba directa ni indiciaria que acredite que el paciente tenía posibilidades reales de recuperar su salud, pues aunque según mencionó el Doctor Diego Vanegas en su testimonio, que fue el galeno que realizó la laparotomía exploratoria para determinar la causa de la infección, se logró el control del foco de la misma y cuando estaba empezando a controlar el proceso infeccioso el paciente Jorge Enrique Aguilera hizo una crisis hipertensiva que le devino en la muerte, lo que confirma que en este especial evento las comorbilidades del paciente fueron causa eficiente de la muerte, y no se demostró que sí el paciente se hubiese operado el mismo día en que ingresó a urgencias el 18 de marzo de 2012, habría tenido la oportunidad de vivir, pues la hipertensión era una patología que siempre estuvo presente incluso desde la primera cirugía del 12 de marzo de 2012.

---

<sup>11</sup> Sentencia de 27 de abril de 2011, exp. 18.714. M.P. Gladys Agudelo Ordóñez; en ese mismo sentido, puede consultarse la sentencia de 8 de junio, exp. 19.360.

Además, se encuentra demostrado que la entidad demandada, a través de sus galenos, procuró descartar o confirmar el diagnóstico inicial "ilius" pues obran en el expediente a través de la historia clínica los seguimientos realizados desde el día que ingresó a urgencias del Hospital Militar el 18 de marzo de 2012, en donde fue valorado diariamente por nefrología, cirugía, terapia respiratoria, enfermería como se ve a folios 257-319 del cuaderno 2 de pruebas y 38 a 261 del C.1 de pruebas, utilizando para el efecto todos los medios técnicos con los que contaba. Se evidencia que se ordenó y practicó varios exámenes para determinar otros posibles diagnósticos, siempre lo mantuvo en observación y analizó la evolución del paciente.

*La determinación de la pérdida de la oportunidad no puede ser una mera especulación, es necesario que de manera científica quede establecido cuál era la posibilidad real del paciente de recuperar su salud o preservar su vida, y que esa expectativa real haya sido frustrada por omisiones o erradas acciones en la actuación médica.<sup>12</sup>*

#### **4.- Conclusión**

Por lo anterior, el problema jurídico deberá resolverse en forma negativa, pues no existe prueba del nexo causal entre las acciones u omisiones de la entidad demandada, ni de que el electro bisturí hubiese perforado el intestino delgado en la cirugía para corrección de la hernia epigástrica y que esto hubiese sido la causa eficiente de la muerte del paciente Jorge Enrique Aguilera, y tampoco de la pérdida de oportunidad de que Jorge Enrique Aguilera hubiese conservado su salud y vida, si se hubiese intervenido el mismo día en que ingresó a urgencias del Hospital Militar esto el 18 de marzo de 2012. Así las cosas, se negarán las pretensiones de la demanda.

#### **3.5. Costas y agencias en derecho**

Según lo consagrado en el artículo 188 de la Ley 1437 de 2011 y el artículo 366 de C.G.P en su numeral segundo y las directrices del Consejo Superior de la Judicatura, se condenará a la parte demandante a pagar al Hospital Militar Central las costas que se fijan en el cuatro por ciento (4%) del valor de las pretensiones de la demanda.

<sup>12</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto de 2006, Consejera Ponente: Ruth Stella Correa Palacio; Radicación: 15.772.

En mérito de lo expuesto, **el Juzgado Sesenta y Cuatro Administrativo de Oralidad del Circuito Judicial de Bogotá**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

**VI. - FALLA:**

**PRIMERO: NEGAR** la totalidad de pretensiones de la demanda, por lo señalado en la parte motiva de esta providencia.

**SEGUNDO: CONDENAR** en costas a la parte demandante, y fijar como AGENCIAS EN DERECHO a favor de la parte demandada Hospital Militar Central, al **cuatro por ciento (4%)** de las pretensiones de la demanda negadas en la sentencia.

**TERCERO:** Contra la presente sentencia procede recurso de apelación, dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación.

**CUARTO:** La presente sentencia se notificará de conformidad con lo establecido en el artículo 203 de la Ley 1437 de 2011.

**QUINTO: ORDENAR** la devolución del saldo de los gastos a la parte actora, si los hubiere.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

  
**ÁLVARO CARREÑO VELANDÍA**  
**JUEZ**