



**Magistrado**

**Dr. JOSÉ MAURICIO MARÍN MORA**

**TRIBUNAL SUPERIOR DE BUCARAMANGA – SALA CIVIL – FAMILIA**

**E.S.D.**

**RADICADO: 2017-00106-02**

**DEMANDANTES: JULIA ANZORA GIRAL Y OTROS**

**DEMANDADOS: FOSCAL Y OTROS**

**ASUNTO: SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN CONTRA LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA/ NOVIEMBRE 12 DE 2021- JUZGADO 11 CIVIL DEL CIRCUITO DE BUCARAMANGA**

**AMALIA TAPIAS TAPIAS**, identificada con la cédula de ciudadanía número 37.890.134, portadora de la tarjeta profesional No. 197.578 del C.S.J., obrando como apoderada judicial de los demandantes en el proceso de la referencia, respetuosamente me permito presentar la sustentación del **RECURSO DE APELACIÓN** contra la sentencia proferida el 12 de noviembre de 2021, por el Juez Once Civil del Circuito de Bucaramanga, mediante el cual el Juez negó las pretensiones de los demandantes, al considerar en síntesis que no se había probado el nexo causal, que se trataba de un caso raro, que medio consentimiento informado y que los demandados habían actuado con diligencia y cuidado.

Los reparos concretos que se alegan contra la sentencia son:

**1: Omisión de la valoración de pruebas aportadas al proceso.**

El Ad quo no valoró la prueba aportada por los demandantes, obrante en las páginas 27 al 32 del archivo "01.anexos de la demanda.pdf" del cuaderno principal, correspondiente al registro de anestesia como prueba directa o indiciaria de la omisión en el monitoreo perianestésico continuo a la paciente JULIA ANZORA.

El registro de anestesia que aportó el demandante es igual al que aportó la FOSCAL (demandado) con la contestación de la demanda, obrante en las páginas 552 a 557 del archivo "16.contesta foscals.pdf" del cuaderno principal. Prueba documental sobre la cual los demandados, en la contestación de la demanda, no indicaron reparo alguno frente a su autenticidad.

La mencionada prueba (registro de anestesia) es fundamental para demostrar el incumplimiento de la *lex artis* por parte del anesthesiólogo, a quien le correspondía hacer el registro del monitoreo continuo de la paciente cada cinco minutos, como lo establece el Anexo C - guía para la prevención de las complicaciones anestésicas del Ministerio de Salud.



Prueba que no fue valorada por el Despacho, respecto a la ausencia de los registros permanentes del monitoreo, cada cinco minutos, de la oxigenación, la ventilación y la circulación del paciente, incluido la saturación del oxígeno, la concentración de oxígeno en el gas inspirado, la capnografía, frecuencia respiratoria, tensión arterial y frecuencia cardíaca.

El Ministerio de Protección Social entregó a disposición de todos los profesionales e instituciones de salud, las guías técnicas de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, para su implementación en los procesos asistenciales; las cuales fueron adoptadas por la Foscál, según lo manifestó su apoderado mediante memorial que allegó al expediente en respuesta al requerimiento que el despacho le hizo acerca de los protocolos, los cuales jamás aportó al proceso. No obstante, estas guías se encuentran publicadas en el Página Web del Ministerio de Salud en la dirección electrónica:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practic-as-seguridad-paciente2010.pdf>

El Anexo C de estas guías, se refiere a la PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES ANESTÉSICAS. El Anexo C indica que en la evaluación preanestésica el médico anesthesiólogo debe establecer el estado clínico del paciente, su estado físico según la clasificación ASA, y las pautas de manejo que consideren pertinentes.

En cuanto a la preparación perianestésica, el Anexo C indica que el registro anestésico debe incluir: aspectos clínicos relevantes para el procedimiento anestésico, monitoreo del paciente, medicamentos administrados, líquidos administrados, técnica empleada, estado del paciente al final del acto anestésico, monitoreo básico intraoperatorio, y estrategias de control de dolor.

Del cuidado perianestésico establece que durante el acto anestésico se debe: i) evaluar permanentemente la oxigenación, la ventilación y la circulación del paciente; ii) la oxigenación debe medirse la saturación del oxígeno en sangre mediante el oxímetro de pulso y la concentración del oxígeno en el gas inspirado mediante el analizador de oxígeno; y, iii) la capnografía es un elemento de monitoreo básico en todo paciente sometido a anestesia general.

El Anexo C claramente indica que durante la anestesia general debe evaluarse permanentemente la ventilación mediante signos clínicos y controlar la frecuencia respiratoria, en otros.

Respecto a la circulación del paciente, la guía indica que debe tener monitoreo electrocardiográfico permanente; debe hacer tomas de tensión arterial y frecuencia cardíaca por lo menos cada cinco minutos. (páginas 35 a 38 del Anexo C). El monitoreo



continuo de la paciente durante la anestesia debe anotarse en el registro de anestesia, obligación del anesthesiologo.

UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"	<b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b>	Versión 1 Marzo 4 de 2010 Página: 36 de 48
--	---	--

**Materiales, medicamentos y equipo:**

- equipo básico para el manejo de la vía aérea
- medicamentos a utilizar
- succión
- en el área quirúrgica debe haber disponible un desfibrilador y un equipo para manejo de la vía aérea difícil.

**Hipertermia maligna:** Es altamente deseable que todo sitio con ofrecimiento de servicios anestésicos tenga estrategias explícitas para la obtención urgente de dantroleno para el manejo de una crisis de hipertermia maligna.

**Registro anestésico:** debe incluir:

- Aspectos clínicos relevantes para el procedimiento anestésico.
- Monitoreo del paciente
- Medicamentos administrados
- Líquidos administrados
- Técnica empleada
- Estado del paciente al final del acto anestésico
- Monitoreo básico intraoperatorio
- estrategias de control del dolor postoperatorio.

Siempre debe haber un médico anesthesiologo responsable del acto anestésico durante todo momento en la sala de cirugía. En el quirófano debe haber personal entrenado para colaborar en el monitoreo y en la ejecución del acto anestésico.

<p>Todo procedimiento anestésico invasivo deberá realizarse previo lavado de manos.</p> <p><b>Cuidado Peri-anestésico:</b> Durante el acto anestésico se debe evaluar permanentemente la oxigenación, la ventilación y la circulación del paciente.</p> <p><b>Oxigenación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Debe medirse la saturación del oxígeno en sangre mediante un oxímetro de pulso</li><li>- Debe medirse la concentración de oxígeno en el gas inspirado mediante un analizador de oxígeno.</li></ul> <p><b>Ventilación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Cuando se utilicen métodos para controlar la vía aérea, se deben auscultar los ruidos respiratorios, evaluar la excursión de tórax y observar el balón reservorio.</li><li>- Cuando se practique intubación endotraqueal, se debe verificar la posición del tubo a través de la auscultación.</li><li>- Si la ventilación es mecánica se debe contar con alarmas que indiquen fallas en el circuito o su desconexión</li><li>- Si hay intubación endotraqueal o algún otro dispositivo que controle la vía aérea (máscara laríngea o cánula oro laríngea COPA- cuffed oropharyngeal airway- o afin), se deberá tener alarma de presión alta de la vía aérea.</li></ul> <p>La capnografía es un elemento de monitoreo básico en todo paciente sometido a anestesia general.</p> <p>Durante anestesia regional se debe evaluar permanentemente la ventilación mediante signos clínicos. Si la máquina de la anestesia está provista de ventilador, éste debe tener los siguientes parámetros mínimos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Control de frecuencia respiratoria</li><li>- Control para fijar volumen corriente y volumen minuto</li><li>- Control para relación inspiración / espiración</li></ul>
--

UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD Comité de "Buenas prácticas en seguridad del paciente"	<b>GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"</b>	Versión 1 Marzo 4 de 2010 Página: 37 de 48
--	---	--

- Alarmas de presión inspiratoria máxima y de desconexión

**Circulación:** El paciente debe tener monitoreo electrocardiográfico permanente. Se deben hacer tomas de tensión arterial y frecuencia cardíaca por lo menos cada cinco minutos. Cuando lo considere necesario, el anesthesiologo recurrirá a la palpación del pulso o a la auscultación de los ruidos cardíacos.

**Temperatura:** Es mandatoria en cirugía cardíaca, en trauma moderado o severo, en cirugía de neonatos y de infantes menores, en cirugías de más de tres horas y en aquellas en la que se prevean pérdidas sanguíneas superiores a la volemia que haya posibilidad de monitorizar la temperatura.

Es altamente deseable disponer de métodos para evitar el enfriamiento, y/o calentar al paciente.

**Sistema Nervioso Central:** Es recomendable el uso del análisis bispectral o similares, en pacientes bajo anestesia total intravenosa o con técnicas basadas en opioides.

**Gases Anestésicos:** Altamente deseable el monitoreo de gases inspirados y espirados

**Otros elementos de monitoreo:** Cuando las condiciones del paciente o el tipo de cirugía lo requieran, se deberá monitorizar la diuresis, la presión arterial invasiva, la saturación venosa de oxígeno, el gasto cardíaco, presión venosa central, la presión de arteria pulmonar y otros parámetros según necesidad.

Es altamente deseable monitorizar la relajación muscular mediante el estimulador de nervio periférico.

**Alarmas y Monitores:** Durante todo el tiempo que dure el procedimiento anestésico, los monitores deben permanecer prendidos, con las alarmas activadas y con el volumen adecuado para que puedan ser escuchadas. Se considera práctica muy peligrosa desconectar o silenciar las alarmas sin una justificación expresa, tanto en el quirófano como en la UPCA, mientras el paciente esté bajo el cuidado de un anesthesiologo.

**Disponibilidad para RCCP:** En el área en el cual se administre anestesia, debe disponerse siempre de todos los

Ahora bien, la defensa del doctor ORTIZ (Anesthesiologo) en sus excepciones 2 y 3 dijo que el doctor ERNESTO ORTIZ CALA había actuado con prudencia, diligencia y cuidado; y que el acto médico está excepto de culpa. Para sustentar estas excepciones hizo

**Dirección:** Calle 35 No. 19-41, oficina 1003, Torre Sur  
Centro Internacional de Negocios La Triada  
Teléfono: 6801266 - celular: 317-65427587  
Bucaramanga

Correo electrónico:  
[amaliatapias333@hotmail.com](mailto:amaliatapias333@hotmail.com)



mención que el doctor había cumplido con la *lex artis* y *lex artis ad hoc* (folio 31 del pdf 13 . contestación ERNESTO ORTIZ CALA); y que:

- ✓ El doctor ORTIZ CALA verificó la lista chequeo del paciente, del lugar quirúrgico, del equipo de trabajo, de los monitores, del procedimiento, de la hora correcta, de los insumos, de la revisión de inicio de cirugía y demás, tanto en cumplimiento de las guías de la OMS como de las normas mínimas de anestesia de la SCARE.

La defensa del doctor ORTIZ no aportó la guía SCARE de anestesia; no obstante, estas normas mínimas de anestesia se encuentran publicadas en la página electrónica de SCARE (Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación): <https://scare.org.co/wp-content/uploads/Normas-minimas-vd.pdf>, en las que claramente indican la obligación del anestesiólogo de realizar el monitoreo de la frecuencia cardíaca y tensión arterial, entre otros, por lo menos cada cinco minutos durante el proceso de anestesia.

**CAPÍTULO 3: Sobre la atención brindada por el anestesiólogo**

- ▶ La técnica anestésica elegida.
- ▶ La técnica sugerida y seleccionada de analgesia posoperatoria.
- ▶ El registro de la revisión realizada en la historia clínica o lista de chequeo.

**Verificar con la administración de la sala:**

- ▶ La reserva de componentes sanguíneos, si fuese necesario.
- ▶ La reserva de cama en la UCI, si es el caso.

**Revisar equipos e insumos:**

- ▶ Revisar la máquina de anestesia: autochequeo de la máquina de anestesia (si el modelo tiene esa opción), el cual debe efectuarse sin novedad.
- ▶ Revisar el estado de flujómetros, vaporizadores, circuitos, válvulas unidireccionales, válvula de sobrepresión, balón reservorio y absorbedor de CO<sub>2</sub>.
- ▶ Revisar el funcionamiento del ventilador.
- ▶ Revisar la adecuada presión de oxígeno y de otros gases a utilizar.

**En cuanto a los integrantes del equipo quirúrgico, es necesario:**

- ▶ Participar con el cirujano y el resto del equipo quirúrgico en la verificación de la lista de chequeo quirúrgico adoptada en la institución.
- ▶ Preguntar al profesional de instrumentación, antes del inicio de la anestesia, si se tienen los equipos necesarios para el acto quirúrgico.

**3.2.2. Durante la anestesia:**

**3.2.2.1. En todo momento, debe haber en la sala de cirugía o de pro-**

» 22 «

**cedimientos un médico anestesiólogo responsable del acto anestésico.**

**3.2.2.2.** El anestesiólogo a cargo del procedimiento debe verificar el cumplimiento del protocolo institucional de profilaxis antibiótica y de tromboembolismo, de acuerdo al caso.

**3.2.2.3.** Cuando un anestesiólogo deba entregar su paciente a otro anestesiólogo, debe informarle la condición previa, el manejo anestésico realizado, los eventos relevantes y el plan inmediato. En el registro de anestesia, el anestesiólogo que entrega debe dejar constancia de dicha entrega, y de las condiciones del paciente en ese momento.

**3.2.2.4.** Durante todo el procedimiento anestésico, los monitores deben permanecer encendidos, con las alarmas activadas y el volumen adecuado para que puedan ser escuchadas.

**3.2.2.5.** El anestesiólogo a cargo del procedimiento debe diligenciar la información completa del registro de anestesia, que debe incluir al menos los siguientes aspectos:

- ▶ Técnica anestésica empleada.
- ▶ Monitoreo básico intraoperatorio del paciente.
- ▶ Localización no convencional de monitores.
- ▶ Medicamentos y líquidos administrados.
- ▶ Líquidos eliminados.
- ▶ Posiciones durante la cirugía.
- ▶ Medidas de protección ocular según protocolo.
- ▶ Medidas para mitigar compresión de nervios o tejidos según protocolo.

» 23 «



CAPÍTULO 3: Sobre la atención brindada por el anestesiólogo

- ▶ Medidas para mitigar riesgo de trombosis venosa y TEP según protocolo.
  - ▶ Medidas para mantener la temperatura del paciente en rangos fisiológicos según protocolo.
  - ▶ Estrategias intraoperatorias de manejo del dolor según protocolo.
  - ▶ Descripción de procedimientos como: inserción de catéteres de acceso venoso central, inserción de catéteres de arteria periférica, realización de bloqueos de tronco o nervios para anestesia y analgesia y la técnica de apoyo utilizada (neuroestimulador, ecografía, parámetros clínicos, etc.), colocación de sondas, etc.
  - ▶ Dejar registro de los eventos o complicaciones.
- 3.2.2.6. Durante el procedimiento, el anestesiólogo debe evaluar y monitorizar:
- ▶ La oxigenación, mediante la saturación de oxígeno en la sangre, con un oxímetro de pulso.
  - ▶ La concentración de oxígeno en el gas inspirado, mediante un analizador de oxígeno.
  - ▶ La ventilación, mediante signos clínicos y monitoreo continuo de la capnometría y capnografía. Durante la anestesia regional y la sedación, deben vigilarse estrechamente los parámetros clínicos, así como utilizar los equipos de monitoreo que faciliten la vigilancia; si se utiliza aporte de oxígeno por cánula nasal o máscaras faciales, se debe adaptar, en lo posible, monitoreo de capnografía.

> 24 <

CAPÍTULO 3: Sobre la atención brindada por el anestesiólogo

- ▶ La posición del tubo a través de la auscultación, cuando se practique intubación endotraqueal, y la auscultación de los ruidos respiratorios, cuando se utilicen otros métodos y dispositivos para controlar la vía aérea.
- ▶ Las alarmas que indiquen fallas en el circuito o su desconexión, si la ventilación es mecánica.
- ▶ Las alarmas de presión alta de la vía aérea, que deben estar disponibles si hay intubación endotraqueal o algún otro dispositivo que controle la vía aérea (máscara laríngea clásica o modificada, o cualquier dispositivo supraglótico).
- ▶ Los parámetros aportados por la máquina de anestesia, como el control de frecuencia respiratoria, el volumen corriente y el volumen minuto, la relación inspiración/espriación y la presión inspiratoria máxima.
- ▶ El paciente debe tener monitoreo electrocardiográfico permanente.
- ▶ Se debe hacer tomas de tensión arterial y de frecuencia cardíaca por lo menos cada cinco minutos.
- ▶ Siempre debe haber posibilidad de monitorizar la temperatura en cirugía cardíaca, en trauma moderado o severo, en cirugía de neonatos e infantes menores, en cirugías de más de tres horas y en aquellas en que se prevean pérdidas sanguíneas superiores a la volemia.
- ▶ Relajación muscular en el transoperatorio, mediante estimulador de nervio periférico, cuando se han utilizado bloqueadores neuromusculares.

> 25 <

CAPÍTULO 3: Sobre la atención brindada por el anestesiólogo

- ▶ La posición del tubo a través de la auscultación, cuando se practique intubación endotraqueal, y la auscultación de los ruidos respiratorios, cuando se utilicen otros métodos y dispositivos para controlar la vía aérea.
- ▶ Las alarmas que indiquen fallas en el circuito o su desconexión, si la ventilación es mecánica.
- ▶ Las alarmas de presión alta de la vía aérea, que deben estar disponibles si hay intubación endotraqueal o algún otro dispositivo que controle la vía aérea (máscara laríngea clásica o modificada, o cualquier dispositivo supraglótico).
- ▶ Los parámetros aportados por la máquina de anestesia, como el control de frecuencia respiratoria, el volumen corriente y el volumen minuto, la relación inspiración/espriación y la presión inspiratoria máxima.
- ▶ El paciente debe tener monitoreo electrocardiográfico permanente.
- ▶ Se debe hacer tomas de tensión arterial y de frecuencia cardíaca por lo menos cada cinco minutos.
- ▶ Siempre debe haber posibilidad de monitorizar la temperatura en cirugía cardíaca, en trauma moderado o severo, en cirugía de neonatos e infantes menores, en cirugías de más de tres horas y en aquellas en que se prevean pérdidas sanguíneas superiores a la volemia.
- ▶ Relajación muscular en el transoperatorio, mediante estimulador de nervio periférico, cuando se han utilizado bloqueadores neuromusculares.

> 25 <

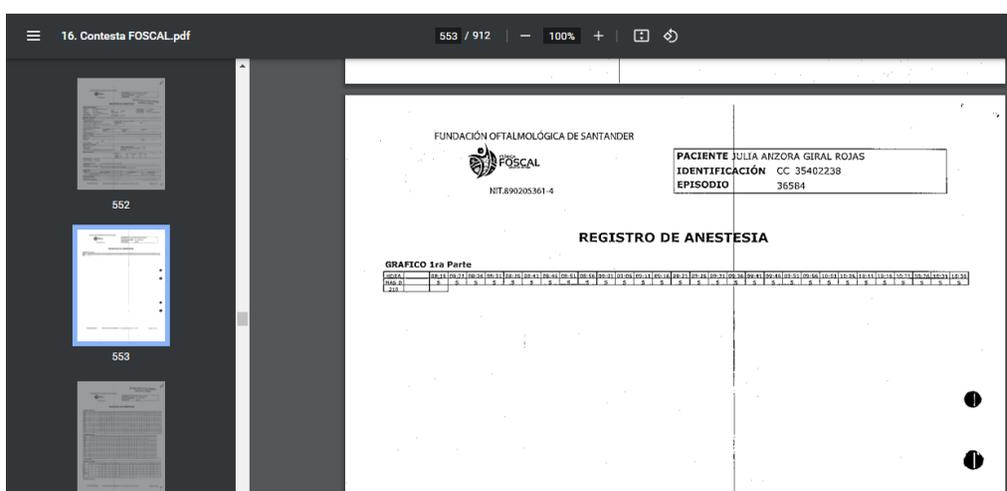
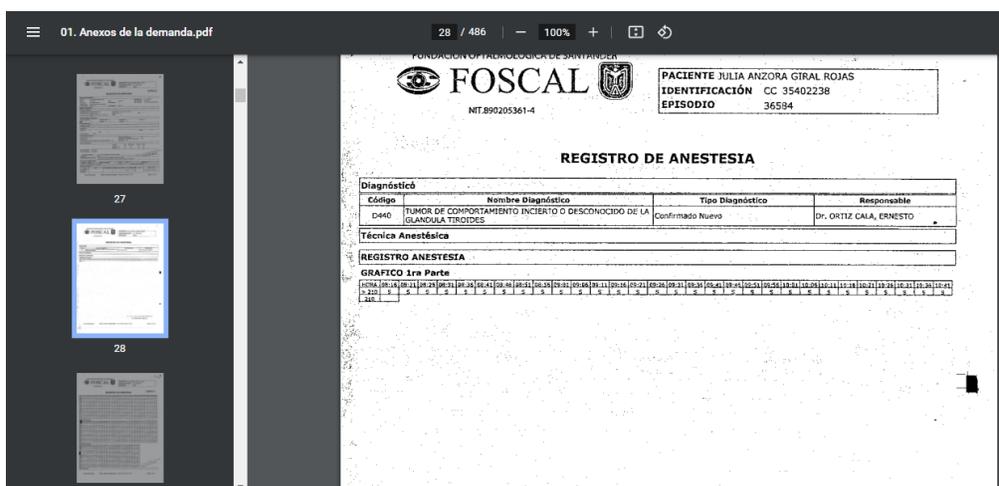
Con base en las pruebas aportadas por los demandantes obrantes a folios 27 al 32 del pdf 01.anexos de la demanda, y, la copia del registro de anestesia aportado por la FOSCAL con la contestación de la demanda, obrante a folios 552 al 557 del pdf 16.contesta foscald, se demuestra que el doctor ORTIZ CALA no cumplió con la *lex artis*



contenida en el Anexo C de las guías PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES ANESTÉSICAS, adoptadas por la FOSCAL; como tampoco con la guía de anestesiología de SCARE, seguida por el doctor ORTIZ como lo afirmó el apoderado de su defensa.

Veamos: El registro de anestesia aportado por los demandantes (impreso por la FOSCAL como fiel copia el 22/04/2015) y el registro de anestesia aportado por la FOSCAL (impreso por la FOSCAL como fiel copia 14/sept/2017), son iguales, esto es, no tiene el registro cada cinco minutos de los signos tensión arterial y frecuencia cardiaca de la paciente JULIA ANZORA durante la anestesia; al igual que, carece de información sobre el monitoreo de la oxigenación, ventilación y la circulación del paciente, incluido la saturación del oxígeno, la concentración de oxígeno en el gas inspirado, la capnografía.

El monitoreo permanente de la paciente durante la anestesia es obligación, según *la lex artis*, solo del ANESTESIOLOGO.





El señor JUEZ no valoró estas pruebas, las desconoció para fundar su decisión en la historia clínica que aportó la FOSCAL el 13 de mayo de 2019, al término de la etapa probatoria, de la cual el Juez no dio traslado a las partes para su contradicción; en la que, sorpresivamente, el registro de anestesia se encuentra diligenciado con el monitoreo de la paciente, sobre el que versa la discusión en el caso marras. La falta de monitoreo es la omisión a la *lex artis*, que se alegó desde el libelo introductorio de la demanda.

Ahora bien, en la audiencia de sustentación del dictamen rendido por los peritos de la Universidad de Antioquia, el 8 de octubre de 2021; la suscrita exhibiendo el registro de anestesia que aportó la FOSCAL con la contestación de la demanda obrante a folios 552 en adelante del pdf *16.contesta Foscal*, preguntó al doctor JUAN LUIS RAMIREZ – Perito Anestesiólogo, (*minuto 1:24:42 – video – archivo MP4 -100.audiencia peritos 081021*):

“En respuestas anteriores usted dijo que existía una forma de controlar el monitoreo que le debe hacer el anestesiólogo al paciente, que debe ser más o menos de 5 a 6 minutos. El documento que usted acaba de apreciar es el registro de anestesia de la señora Giral elaborado por el anestesiólogo el doctor Ortiz, ¿Puede usted explicar si ese registro cumple con la *lex artis*?

En respuesta, el doctor Juan Luis Ramírez, dijo:

“No, en general según lo que yo observo en este registro no están anotados la mayoría de signos vitales, la verdad no recuerdo bien, hasta donde yo había visto el registro o no sé si fue que lo confundí con el registro enfermería, pero si estaban anotados los signos vitales, cada cierto tiempo, pero, en este registro que me estás mostrando no están anotados los signos vitales de una manera adecuada”.

Respuesta que confirma que el doctor ORTIZ no cumplió con la *lex artis* durante la anestesia de la señora JULIA ANZORA.

Con esta respuesta, también se evidencia que los Peritos de la Universidad de Antioquia no tuvieron acceso a la prueba obrante en los folios 27 al 32 del pdf 1.anexos de la demanda, aportado por los demandantes; y folios 552 al 557 en adelante aportados por la FOSCAL con la contestación de la demanda. Pruebas que no recibieron reproche alguno por parte de los demandados, y que de haber sido analizados por el Perito Anestesiólogo su concepto hubiese sido que la *lex artis* no se cumplió; lo cual cambiaría la decisión sobre las pretensiones de la demanda.

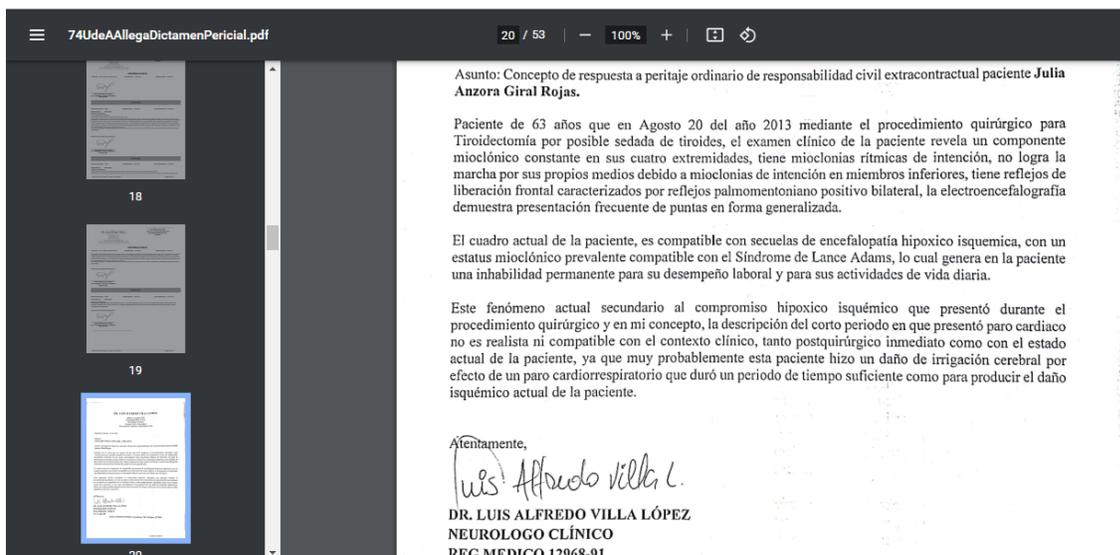
## **2.- Error en la valoración de la prueba pericial decretada de oficio en cuanto al dictamen rendido por el doctor LUIS ALFREDO VILLA LOPEZ.**

El ad quo hizo una equivocada interpretación de la experticia que rindió el doctor LUIS ALFREDO VILLA LOPEZ, acerca de la extrañeza que le causó el evento adverso que



ocurrió con la señora JULIA ANZORA, al considerar que el doctor VILLA había concluido que se trataba de un caso raro.

Lo correcto es que el doctor VILLA manifestó su extrañeza sobre el asunto, en virtud de que “la descripción del corto periodo de tiempo en que presentó paro cardiaco no es realista ni compatible con el contexto clínico, tanto posquirúrgico inmediato como con el estado actual de la paciente”. (folio 20 del pdf 74.peritaje UdeA.)



El error en la valoración del concepto del doctor VILLA condujo al Ad quo a negar la existencia de la culpa médica, pues concluyó el Juez que “el daño de la paciente no es una previsión normal – es un caso raro – que hace parte de un caso excepcionalmente (...)– de rara ocurrencia “.

En la sustentación del dictamen, el 8 de agosto de 2021, el Doctor LUIS ALFREDO VILLA – Perito Neurólogo de la Universidad de Antioquia, a la siguiente pregunta que le formuló el señor Juez: (minuto 3:13:05 – MP4 – 100.audiencia peritos 081021)

“Del estudio de la historia clínica es posible determinar de alguna manera con todas las descripciones que hay allí tanto por cirugía como por anestesiología y aun del tratamiento que recibió postoperatorio ¿cuál fue ese periodo de tiempo que pudo haber ocurrido en este caso para que la señora Julia hubiera obtenido ese daño a través de la falta de irrigación del cerebro?”

Respondió, el doctor VILLA:

“Para cualquier médico solo leyendo la historia clínica y, sobre todo, siendo neurólogo, sería una gran sorpresa, inclusive para el mismo anestesiólogo, fue una gran sorpresa que, con un periodo de tiempo tan corto de bradicardia, por un período tan corto de hipoxia, con una recuperación rápida de la saturación



podiera presentarse el síndrome; en realidad, para cualquiera, sería una gran sorpresa.--- Para mí es muy sorprendente de un paciente con un tiempo de bradicardia tan corto, con un tiempo de desaturación tan corto, vaya a tener una encefalopatía post anóxica. En realidad, a mí no me cuadra, en realidad la historia clínica describe algo muy claro, pero, eso también sucede en muchos casos cosas que nadie esperaba. Entonces si yo me baso en su pregunta para mí es una sorpresa absoluta una paciente con tiempo tan corto de bradicardia y de hipoxia termine con encefalopatía post anóxica, desde todo tipo de vista a mí no me cuadra. Ya sea que la señora la tenía de antes y no se habían dado cuenta o porque en realidad hubo alguna dificultad en todo el proceso que no detectara ni notaron, o porque en realidad está sometida una variabilidad alta el contexto de las células y la sensibilidad de la paciente para que termine presentando esto que no era de esperarse para nadie."

En síntesis, el señor Juez hizo una interpretación sesgada del dictamen rendido por el Perito Neurólogo, de quien se destaca su brillante hoja de vida profesional y experiencia en esta área médica.

**3.- Haber fundado el fallo en la historia clínica que aportó la FOSCAL el 27 de febrero de 2019, solicitada de oficio, la cual presenta diferencias en el registro de anestesia al compararlo con las fieles copias de los originales que aportaron los demandantes y la misma FOSCAL a la contestación de la demanda.**

El Ad quo fundó su decisión con base en la historia clínica impresa el 27 de febrero de 2019, que la FOSCAL aportó, a solicitud de oficio el 13 de mayo de 2019; en la cual se evidencia que el registro de anestesia es diferente a los aportados por los demandantes con el escrito de demanda inicial y a la primera copia que aportó la FOSCAL en su oportunidad al contestar la demanda.

Los demandantes aportaron el registro de anestesia que la FOSCAL les entregó a petición de los interesados, con sello de "**ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL – ARCHIVO H.C. FOSCAL**", cuya fecha de impresión es el 22 de abril de 2015; en el que no hay registro del monitoreo continuo de la paciente JULIA ANZORA durante la anestesia.



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER  
**FOSCAL**  
NIT.890205361-4

PACIENTE JULIA ANZORA GIRAL ROJAS  
IDENTIFICACIÓN CC 35402238  
EPISODIO 36584

0000040

### REGISTRO DE ANESTESIA

**DATOS DEL PACIENTE**  
Nombre: JULIA ANZORA GIRAL ROJAS  
Edad: 50 años  
Sexo: Femenino  
Identificación: CC 35402238  
Ubicación: En Consulta Externa  
Clase Hospital: 0  
Tipo Anestesia: Ambulatorio  
Asesoramiento: FOSCAL MEDICINA MAGISTERIO  
Exp. Tratamiento: LUT CE CN CABE-CUELLO  
Fecha Registro: 20-ago-17  
Hora Registro: 09:45:21

**REGISTRO ANESTESIA**  
Riesgo Anestésico  
Anestesia Total: 20-ago-17 09:15:07  
Anestesia Fm: 20-ago-17 11:50:17  
Clasificación de la cirugía: Simple  
Horas ayuno: 8  
ASA: I  
Clase Funcional: Cornea por una catarata poco rígida (6)  
NYHA: II

**Revisión Máquinas Anestesia**  
Revisión máquina: X  
Lentopropileno: X  
Mantenimiento: X  
Fuga O2: X  
Energía: X  
Succión: X

**Revisión Vascular**  
Registro Presión  
Monitoreo  
Quemadura: SI  
Otro: SI  
PAND: SI

**Evaluación Vía Aérea**  
Apertura bucal: >4  
Mandíbula: I  
Puede desplazar la mandíbula sobre el maxilar superior: SI  
Distancia Mentolabial: > 5.5  
Flexión de la columna cervical (°): > 110  
Peso (kg): < 30

**Estado Dentadura**

	Protesis	fija	Removible	Parcial	Total
Superior:	NO	NO	NO	NO	NO
Inferior:	NO	NO	NO	NO	NO

**Clase Intubación:** Intubación  
**Clase Intubación:** Orotraqueal

**Intubación (Grado):** II - La sonda superior de la Gota es visible  
**Intubación:** Fácil  
**Observaciones Preoperatorias:** Antes de dormir con retobatero, además hace un año Levofloxacilo, OTOP 200g, elemento (susa intubación) Intubación, morismam

**Elementos Utilizados**

Fecha	Marca	Elemento Utilizado	Cantidad	Cal/ISO	Responsable
20-ago-17	GE-43-33	Intubación	1	7,5	DR. ORTIZ CALA, ERNESTO

**Monitoreo Ventilatorio**

Modo	CMV?	Presión Central	Relación F/I	FResp	VT	PRSP	PEEP	Otro	Responsable
Controlación Intubación (continua)		0	12	4/5	4	100			DR. ORTIZ CALA, ERNESTO

Firma Electrónica Fecha y Hora de Impresión: 22 de Abril de 2015 16:55 Página 1 de 6

FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER  
**FOSCAL**  
NIT.890205361-4

PACIENTE JULIA ANZORA GIRAL ROJAS  
IDENTIFICACIÓN CC 35402238  
EPISODIO 36584

### REGISTRO DE ANESTESIA

**Diagnóstico**

Código	Nombre Diagnóstico	Tipo Diagnóstico	Responsable
D440	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCRUENTO O RECONOCIDO DE LA CLASIFICACIÓN TROBDES	Confirmado Nuevo	DR. ORTIZ CALA, ERNESTO

**Técnica Anestésica**

**REGISTRO ANESTESIA**

**GRAFICO Una Parte**

ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL ARCHIVO H.C. FOSCAL

Firma Electrónica Fecha y Hora de Impresión: 22 de Abril de 2015 16:55 Página 2 de 6

Entre tanto, el 15 de septiembre de 2017, la FOSCAL con la contestación de la demanda, aportó como prueba el registro de anestesia elaborado el doctor ORTIZ, impreso el 14 de septiembre del 2017, con sello de **“ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL – ARCHIVO H.C. FOSCAL”** en el que, igualmente, falta el registro del monitoreo continuo de la paciente JULIA ANZORA durante la anestesia.



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER  
FOSCAL  
NT.890225301-4

PACIENTE JULIA ANZORA GIRAL ROJAS  
IDENTIFICACIÓN CC 35402238  
EPISODIO 36584

ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL  
ARCHIVO F.C. FOSCAL

### REGISTRO DE ANESTESIA

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre:	JULIA ANZORA GIRAL ROJAS	Sexo:	Femenino	Identificación:	CC 35402238
Edad:	56 Años	Días Hospital:	0	Tipo Atención:	Ambulatorio
Ubicación:	En Consulta Externa			Exp. Tratamiento:	3 UT DE CH CABO-QUELL 30/7
Aseguradora:	FOSCAL PROGRAMA MAESTRO				
Fecha Registro:	20 sep-13	Hora Registro:	08:40:23		

**REGISTRO ANESTESIA**

Riesgo Anestésico

Anestesia Inicio: 20-sep-13/ 08:15:07 Anestesia Fin: 20-sep-13/ 11:50:17  
Clasificación de la cirugía: Normal Hora ayuno: 0 ASA: I  
Clase Funcional: Categoría por una consulta para riesgo (I, II, III, IV) NTRA: II

**Revisión Máquina Anestésica**

Revisión máquina:	X	Laringoscopio:	X	Monitor:	X	Flujo O2:	X
Tubo:	X	Respiración:	X	Succión:	X		

**Acceso Vascular**

**Registro Presión**

**Monitorio**

Observaciones: FASE Otro: SI PANE: SE

**Evaluación Vía Aérea**

Apertura bucal: > 4 Distancia Mandibular: > 6.5  
Mullerham: I Nivel de la columna cervical (C4): > 110  
Estado Dentadura: SI Puede (Kg): < 10

	Prótesis	Pila	Removible	Parcial	Total
Superior:	No	No	No	No	No
Inferior:	No	No	No	No	No

Clase Intubación: SUPRAGLOTTICA Clase Intubación: OROTRACHEAL

Laringoscopio (Código): II - La parótida superior de la glotis es visible Intubación: FASE

Observaciones Preoperatorio: Antes de entrar con el paciente, última hora de ATE (evolución, vitalidad, signos vitales) (respiración, circulación)

**Diagnóstico**

Código	Nombre Diagnóstico	Tipo Diagnóstico	Responsable
0440	TURNO DE COMFORTAMIENTO INCERTO O DESCONOCIDO DE LA (JULIA ANZORA GIRAL ROJAS)	Confirmado Nuevo	DR. GATUZ CALA, GILBERTO

**Técnica Anestésica**

**REGISTRO ANESTESIA**

Firma Electrónica Fecha y Hora de Impresión 14 de Septiembre de 2017 15:05 Página 1 de 6

FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER  
FOSCAL  
NT.890225301-4

PACIENTE JULIA ANZORA GIRAL ROJAS  
IDENTIFICACIÓN CC 35402238  
EPISODIO 36584

### REGISTRO DE ANESTESIA

**GRAFICO Sin Parte**

Fecha	Hora	Estado	Observaciones
20/09/13	08:15	Inicio	
20/09/13	11:50	Fin	

Firma Electrónica Fecha y Hora de Impresión 14 de Septiembre de 2017 15:05 Página 2 de 6

De lo anterior se colige, que el verdadero registro de anestesia obrante en el archivo de historias clínicas de la FOSCAL corresponde a las copias que le fueron entregadas en su oportunidad a mis representados el 22 de abril de 2015 y que son iguales a las copias aportadas por la FOSCAL el 15 de septiembre de 2017, impresas dos años después.

Ahora bien, el despacho en el auto del 10 de septiembre de 2018, mediante el cual decretó pruebas, de oficio ordenó a la Foscal que aportara al proceso la copia de la historia clínica completa de la señora JULIA ANZORA, copia de los protocolos de cirugía







DARWING RAMÓN VILLAMIZAR MEZA  
Abogado Especialista en Responsabilidad y Daño Resarcible  
Universidad Externado de Colombia - Universidad Industrial de Santander

estaban dentro de los límites aceptados como normales. El doctor ORTIZ CALA realizó los registros correspondientes pero se desconocen la causas por las que no están impresos, pudo ser un problema de almacenamiento de datos o de generación de archivos de reporte o de impresión.

Las notas de enfermería de la historia clínica reportan los siguientes datos 20/08/2013 Notas de enfermería. Villamizar Duran Biviana. Auxiliar de enfermería. Registros de signos vitales:

Hora PA	Fc	Sat (SO2)
08:15 140/87	65	97
08:30 130/87	67	99
08:35 135/70	48	99
08:45 135/73	48	99
09:00 118/64	60	99
09:30 127/73	87	98
10:00 127/73	87	98
10:30 102/62	87	98
10:45 140/64	113	84
10:46 235/95	93	93
11:00 167/81	98	93
11:15 140/64	96	98
11:30 150/70	85	99
11:45 150/73	85	99
11:53 129/69	72	99
13:00 107/56	57	97
13:05 118/60	54	97
13:10 106/55	55	97
13:15 108/56	56	95
13:20 108/56	56	95
13:25 106/55	56	95
13:30 103/58	57	95
13:35 104/57	57	94
13:45 103/45	57	98
14:00 102/56	57	97
14:15 105/59	55	97

Según consta en la historia clínica:

Entre las 8:15 de la mañana (hora de inicio de la anestesia) y las 10:20 de la mañana (hora que la curva de saturación de la paciente no es satisfactoria y el doctor Ortiz la interpreta como una bradicardia importante, según el registro de anestesia original aportado por los demandantes), se evidencia que la enfermera VILLAMIZAR BIVIANA solo hizo 8 registros, con intervalos hasta de 30 minutos. Por ejemplo, entre las 9:00 y 9:30 am, transcurrieron 30 minutos sin monitoreo; entre las 9:30 y 10:00 am, transcurrieron otros 30 minutos sin monitoreo; entre las 10:00 y 10:30 am, transcurrieron otros 30 minutos sin monitoreo.

Finalmente, ni el anesthesiólogo doctor ORTIZ ni la enfermera BIVIANA cumplieron con la *lex artis*, lo que produjo el desenlace lamentable para la señora JULIA ANZORA, que afectó su estado neurológico, su calidad de vida, que tendrá que soportar hasta su muerte, pues las secuelas de la encefalopatía hipóxica son irreversibles.

Por lo anterior, es reprochable que el Juez de primera instancia motivara su fallo en las notas de enfermería para decir que se cumplió con la *lex artis* y que no hubo culpa del galeno enjuiciado.

**4: Dar por probado que el registro de anestesia y preanestesia aportado por el demandante estaba incompleto por una falla tecnológica del sistema de la FOSCAL a la impresión, sin contar con soporte probatorio.**

El ad quo dio por probado que hubo una falla tecnológica a la impresión del registro de anestesia y de preanestesia que fueron aportados por los demandantes como prueba



del incumplimiento de la *lex artis*, con base en el interrogatorio de parte el doctor Ortiz y en la declaración de la doctora CAMACHO, quienes mencionaron haber hecho el registro de los datos en el sistema y desconocer la razón por la cual no se encontraban impresos.

Los demandados no aportaron prueba que acreditara dicha falla del sistema, además la FOSCAL no dijo nada al respecto, *contrario sensu*, aportó con la contestación de la demanda el mismo registro de anestesia que carece del monitoreo continuo de la paciente JULIA ANZORA durante la anestesia.

El Juez, sin estar probada la falla del sistema de la FOSCAL, acogió la historia clínica que la FOSCAL imprimió el 27 de febrero de 2019 y que aportó solo hasta el 13 de mayo de 2019, sin reparo alguno para remitirla a la universidad de Antioquia con destino a la experticia de oficio, sobre el cual profirió la sentencia absolutoria para los demandados.

La defensa del doctor Ortiz, en su contestación, entre líneas, manifestó que se desconocían las razones por las cuales el registro no estaba completo, pero no aportó prueba alguna de la falla tecnológica, pasando por alto que a la contestación de la demanda la FOSCAL nada había dicho sobre una falla tecnológica del sistema.

Finalmente, los abogados de la defensa no aportaron prueba alguna de la falla del sistema. Dicho argumento surgió después de los interrogatorios de parte a los doctores Herrera y Ortiz. Argumento sin prueba para la defensa, sobre el cual sustentó el fallo el señor Juez de primera instancia.

##### **5.- Error en la valoración del consentimiento informado contrario a la jurisprudencia.**

En cuanto a la valoración del consentimiento informado el juez se separó del precedente judicial, puesto que la Corte ha establecido que el consentimiento informado debe ser claro, de buena calidad, suficiente, con lenguaje entendible, comprensible, adecuado y razonable. Características que no reúne el consentimiento informado que le fue tomado a la señora GIRAL para el procedimiento de TIROIDECTOMIA TOTAL y anestesia general.

El señor Juez de primera instancia, en la sentencia, dijo que en el consentimiento informado se encontraba escrito "casos raros" y que, por ello, la señora JULIA ANZORA había aceptado y conocía el riesgo; y que ella debía conocer los riesgos pues se había sometido, en otras oportunidades, a procesos quirúrgicos. Argumento no válido, que corresponde a una falacia.

El juez supone que la señora GIRAL, por su experiencia en otros procedimientos, conocía el contenido y significado de las palabras "casos raros", que implica la aceptación del riesgo. Con esta falacia, el señor Juez argumentó que el consentimiento informado cumple con las normas y el precedente judicial.



En el minuto 0:39:30 de la audiencia de fallo (12 de noviembre de 2021), nuevamente el juez incurre en una falacia para tratar de argumentar su decisión respecto al consentimiento informado, para trasladar la responsabilidad a la señora JULIA, afirmando que:

“... en primer lugar, lo cierto es que para la fecha en que se presentó la valoración y suscribió los documentos la señora JULIA ANZORA, no era de escasa formación académica, pues trabajaba como docente, además esa no era la primera cirugía que le realizaban, si no, al menos la sexta, de manera que debió ser consciente de la responsabilidad que tenía de leer previamente a la firma, los documentos de la valoración, la autorización de administración de anestesia y el consentimiento informado para la cirugía, tanto del acto quirúrgico en sí, como el de la anestesia...”

El Juez concluye sobre los defectos del consentimiento informado, que los demandantes “NO HABÍAN PROBADO QUE LA SEÑORA JULIA NO CONOCIERA LOS RIESGOS DESCRITOS”, prueba ajena al demandante por tratarse de una negación indefinida. En el contexto del derecho probatorio, no se exige prueba del hecho que va envuelto en la negación o afirmación indefinida.

#### **6.- Exigir prueba de la relación causal imposible de demostrar frente a la omisión del galeno.**

El juez de primera instancia negó las pretensiones de la demanda aduciendo que no se encontró prueba del nexo causal; lo cual resulta imposible para los demandantes, tratándose de una omisión.

En el presente caso, la prueba del nexo causal no será posible aportarla, por más diligente que sea la parte demandante en cumplir su carga demostrativa, por dos razones: “i) porque la causalidad no es un hecho de la naturaleza que pueda demostrarse con pruebas directas, sino una categoría del entendimiento a la que solo se accede por inferencias lógicas; y, ii) por la imposibilidad material que supone pretender extraer una relación de causación a partir de una omisión, es decir, de la nada; cuando la sola intuición revela que donde no hay acción no hay ni puede haber causación material” (Mag. ARIEL SALAZAR RAMIREZ).

#### **7: Interpretación errada del contenido de la descripción quirúrgica elaborada por el doctor Herrera, que condujo al Juez a desconocer las contradicciones entre el informe quirúrgico y el informe de anestesia.**

Al respecto, sin explicación en derecho, el señor Juez consideró agregar un punto (.) a la descripción que plasmó el doctor Herrera en el registro de cirugía, con el cual cambia el sentido de este registro, en cuanto a la hora de terminación de la cirugía o trabajo del



cirujano y el episodio de bradicardia importante que registró el doctor ORTIZ a las 10:20 horas de la mañana; evento que ocurre precisamente cuando no hay monitoreo continuo de la paciente, pues durante 30 minutos ni la enfermera ni el anestesiólogo habían hecho monitoreo. De esta forma, el Juez argumentó que no existen las inconsistencias que los demandantes alegaron entre el registro de cirugía y el registro de anestesia.

Veamos a continuación el informe quirúrgico del doctor Herrera, cirujano:

25 / 486 75%

NIT.890205361-4 EPISODIO 36584 000039

### INFORME QUIRÚRGICO

<b>DATOS DEL PACIENTE</b>		<b>Identificación:</b> CC 35402238				
Nombre:	JULIA ANZORA GIRAL ROJAS	<b>Tipo Atención:</b>	Ambulatorio			
Edad:	56 Años	<b>Sexo:</b>	Femenino			
Ubicación:	En Consulta Externa	<b>Días Hospital:</b>	14			
<b>Aseguradora:</b>	FISCAL PROGRAMA MAGISTERIO	<b>Esp. Tratante:</b>	1 UT CE CX CABE-CU(EL IN			
<b>Fecha/Hora Registro:</b>	20-ago-13 / 13:14:44					
<b>INFORMACIÓN DE LA CIRUGÍA</b>						
<b>Prioridad:</b>	Norma	<b>Tipo Anestesia:</b>	General			
<b>Reintervención:</b>	No	<b>Inicio Procedimiento:</b>	08:45:01			
		<b>Fin procedimiento:</b>	11:00:19			
		<b>Clase de Herida:</b>	Limpia			
		<b>Finalidad Procedimiento:</b>	Terapéutico			
		<b>Sala:</b>	1QUC601			
<b>Hora entrada Quirófano:</b>	08:00:56					
<b>Inicio Anestesia:</b>	08:15:07					
<b>Diagnósticos Pre operatorios</b>						
Fecha	Hora	Código	Descripción	Clasificación	Estado	Responsable
13-ago-13	15:46:00	D440	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA GLANDULA TIROIDES	Diag. Principal	Confirmado Nuevo	Dr. HERRERA HERNANDEZ, ALVARO ANTONIO
<b>Diagnósticos Post operatorios</b>						
Fecha	Hora	Código	Descripción	Clasificación	Estado	Responsable
20-ago-13	13:39:00	D440	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA GLANDULA TIROIDES	Diag. Principal	Confirmado Nuevo	Dr. HERRERA HERNANDEZ, ALVARO ANTONIO
<b>Procedimientos</b>						
Código de la cirugía	Bilateral	Via	Descripción			
009064100	N	A	TIROIDECTOMIA TOTAL SOD			
<b>Equipo Médico</b>						
Tarea	Profesional					
ANESTESIAR	ORTIZ CALA ERNESTO					
CIRCULAR	VILLAMIZAR DURAN DIVIANA					
INSTRUMENTAR	BEDOYA MOTEZUMA TATIANA MARIA					
OPERAR	HERRERA HERNANDEZ ALVARO ANTONIO					
<b>HALLAZGOS</b>						
NODULO DE MAS O MENOS 3 CMS EN LOBULO TIROIDEO DERECHO						
<b>DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO</b>						
PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, BAJO ANESTESIA GENERAL, SE REALIZA INCISIÓN POR CERVICOTOMIA TRANSVERSA POR PLANOS HASTA EL MUSCULO PLATISMA, SE TALLAN COLGAJOS SUPERIOR HASTA EL HUESO HIODES E INFERIOR HASTA LA ORQUILLA ESTERNAL, SE INGRESA POR LINEA MEDIA DE MUSCULOS PRETIROIDEOS SE DISECA LOBULO TIROIDEO DERECHO DE MUSCULOS ESTERNOTIROIDEO Y ESTERNOTIROIDEO. SE PINZA CORTA Y LIGA PEDICULO SUPERIOR CON SEDA 3/0. SE PINZA CORTA Y LIGA VENA TIROIDEA MEDIA, SE LOCALIZA NERVIOS LARINGEO RECURRENTE DERECHO Y SE DISECA LOBULO TIROIDEO SIN COMPLICACIONES. SE TOMA BIOPSIA POR CONGELACION DE GANGLIO LINFATICOS DEL COMPARTIMIENTO CENTRAL LOS CUALES SE LOCALIZA NERVIOS LARINGEO RECURRENTE IZQUIERDO. SE REALIZA IGUAL PROCEDIMIENTO DEL LADO IZQUIERDO CON SEDA 3/0. SE PINZA CORTA Y LIGA VENA TIROIDEA MEDIA, SE LOCALIZA NERVIOS LARINGEO RECURRENTE DERECHO Y SE DISECA LOBULO TIROIDEO SIN COMPLICACIONES. SE TOMA BIOPSIA POR CONGELACION DE GANGLIO LINFATICOS DEL COMPARTIMIENTO CENTRAL LOS CUALES SE LOCALIZA NERVIOS LARINGEO RECURRENTE IZQUIERDO. SE VERIFICA HEMOSTASIA POR PLANOS, SE COLOCA DREN DE BLAKE No. 15 POR CONTRABERTURA Y SE FIJA A PIEL CON SEDA 2/0. SE PROCEDE A SUTURAR MUSCULO PLATISMA CON VICRYL 3/0. PIEL CON PROLENE 3/0. TERMINADO EL PROCEDIMIENTO A LAS 10:20 AM, INFORMA EL ANESTESIOLOGO QU LA PACIENTE ESTA PRESENTANDO CAMBIOS EN LA MONITORIA DE LA PACIENTE Y ASUME EL MANEJO.						
<b>Datos Quirúrgicos</b>						
Torniquete:	No	Hora inicio/final torniquete:		Recuento compresas:	Si	
Condición de Egreso:	Vivo	Sangrado (cc):	50	Estudio Anatómopatológico:	Si	

01. Anexos de la demanda.pdf 25 / 486 135%

CIRCULAR	VILLAMIZAR DURAN DIVIANA
INSTRUMENTAR	BEDOYA MOTEZUMA TATIANA MARIA
OPERAR	HERRERA HERNANDEZ ALVARO ANTONIO

### HALLAZGOS

NODULO DE MAS O MENOS 3 CMS EN LOBULO TIROIDEO DERECHO

### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, BAJO ANESTESIA GENERAL, SE REALIZA INCISIÓN POR CERVICOTOMIA TRANSVERSA POR PLANOS HASTA EL MUSCULO PLATISMA, SE TALLAN COLGAJOS SUPERIOR HASTA EL HUESO HIODES E INFERIOR HASTA LA ORQUILLA ESTERNAL, SE INGRESA POR LINEA MEDIA DE MUSCULOS PRETIROIDEOS SE DISECA LOBULO TIROIDEO DERECHO DE MUSCULOS ESTERNOTIROIDEO Y ESTERNOTIROIDEO. SE PINZA CORTA Y LIGA PEDICULO SUPERIOR CON SEDA 3/0. SE PINZA CORTA Y LIGA VENA TIROIDEA MEDIA, SE LOCALIZA NERVIOS LARINGEO RECURRENTE DERECHO Y SE DISECA LOBULO TIROIDEO SIN COMPLICACIONES. SE TOMA BIOPSIA POR CONGELACION DE GANGLIO LINFATICOS DEL COMPARTIMIENTO CENTRAL LOS CUALES SE LOCALIZA NERVIOS LARINGEO RECURRENTE IZQUIERDO. SE REALIZA IGUAL PROCEDIMIENTO DEL LADO IZQUIERDO CON SEDA 3/0. SE PINZA CORTA Y LIGA VENA TIROIDEA MEDIA, SE LOCALIZA NERVIOS LARINGEO RECURRENTE DERECHO Y SE DISECA LOBULO TIROIDEO SIN COMPLICACIONES. SE TOMA BIOPSIA POR CONGELACION DE GANGLIO LINFATICOS DEL COMPARTIMIENTO CENTRAL LOS CUALES SE LOCALIZA NERVIOS LARINGEO RECURRENTE IZQUIERDO. SE VERIFICA HEMOSTASIA POR PLANOS, SE COLOCA DREN DE BLAKE No. 15 POR CONTRABERTURA Y SE FIJA A PIEL CON SEDA 2/0. SE PROCEDE A SUTURAR MUSCULO PLATISMA CON VICRYL 3/0. PIEL CON PROLENE 3/0. TERMINADO EL PROCEDIMIENTO A LAS 10:20 AM, INFORMA EL ANESTESIOLOGO QU LA PACIENTE ESTA PRESENTANDO CAMBIOS EN LA MONITORIA DE LA PACIENTE Y ASUME EL MANEJO.

### Datos Quirúrgicos

Torniquete:	No	Hora inicio/final torniquete:		Recuento compresas:	Si
Condición de Egreso:	Vivo	Sangrado (cc):	50	Estudio Anatómopatológico:	Si

Firma Electrónica Fecha y Hora de Impresión 22 de Abril de 2015 16:53 Página 1 de 2



El señor Juez, a la lectura del fallo, el 12 de noviembre de 2021, en el minuto 1:18:19, dijo:

“(…) entonces que digo yo, o advierte el despacho, que al escribir el informe el cirujano ALVARO HERRERA HERNANDEZ, primero describió absolutamente todos los pasos que desplegó para realizar la intervención quirúrgica de tiroidectomía total, pero olvidó escribir un punto después de la manifestación “terminado el procedimiento” para separarla de la anotación siguiente sobre el evento adverso que advirtió el anesthesiólogo a las 10:20 de la mañana...

El señor Juez, incurre en una nueva falacia. En el informe quirúrgico elaborado por el doctor Herrera, (folio 25 del pdf 1.Anexos de la demanda) se lee claramente: “(…) SE PROCEDE A SUTURAR MUSCULO PLASTIMA CON VICRYL 3/0. PIEL CON PROLENE 3/0. TERMINADO EL PROCEDIMIENTO A LAS 10:20 AM INFORMA EL ANESTESIOLOGO QU LA PACIENTE ESTA PRESENTANDO CAMBIOS EN LA MONITORIA DE LA PACIENTE Y ASUME EL MANEJO.” El punto está muy claro al terminar la frase con PROLENE 3/0., lo cual no permite adicionar signo alguno de puntuación como lo hizo el juez al finalizar la frase TERMINADO EL PROCEDIMIENTO, para cambiarle el sentido a la frase. Lo claro es que, el doctor Herrera puso punto al terminar PROLENE 3/0., para escribir la siguiente frase: TERMINADO EL PROCEDIMIENTO A LAS 10:20 AM informa el anesthesiólogo (...).

A la simple lectura estos registros, en su versión original, no coinciden; es como si fueran registro de diferentes cirugías. Es evidente la inconsistencia en cuanto a la hora de la terminación de la cirugía, siendo este un dato y prueba importante para el resolver el caso y aclarar los hechos que ocurrieron durante la cirugía; dado que, tanto en el informe quirúrgico como el de anestesia, los galenos deben hacer un relato claro sobre lo ocurrido durante procedimiento, en especial de aquellas situaciones relevantes para el paciente y el procedimiento, *verbi gracia*, la interrupción de la cirugía y bajar la mesa por orden del anesthesiólogo para tomar el control y hacer los masajes cardiacos a la paciente, eventos que no fue registrado por el cirujano en la nota quirúrgica.

En los anteriores términos presento ante el Honorable Tribunal Superior de Bucaramanga la sustentación del recurso de apelación contra la sentencia de primera instancia proferida el 12 de noviembre de 2021, por el Juez Once Civil del Circuito de Bucaramanga, en aras de que se revoque la decisión y en su lugar se acojan las pretensiones de los demandantes.

Se adjuntan:

1.- Guías técnicas de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, anexo C - PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES ANESTÉSICAS. Página Web del Ministerio de Salud:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf>, adoptada por la FOSCAL.



Tapias  
Tapias  
Abogados

2.- Guía de SCARE, normas mínimas de anestesia que se encuentran publicadas en la página electrónica de SCARE (Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación): <https://scare.org.co/wp-content/uploads/Normas-minimas-vd.pdf>, seguida por el doctor anesthesiologo ORTIZ CALA.

Con respeto,

**AMALIA TAPIAS TAPIAS**

T.P. 197.578 C.S.J.

**Dirección:** Calle 35 No. 19-41, oficina 1003, Torre Sur  
Centro Internacional de Negocios La Triada  
Teléfono: 6801266 - celular: 317-65427587  
Bucaramanga

Correo electrónico:  
[amaliatapias333@hotmail.com](mailto:amaliatapias333@hotmail.com)