

REPÚBLICA DE COLOMBIA



**RAMA JUDICIAL
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI
SALA CIVIL**

Magistrado Ponente: CARLOS ALBERTO ROMERO SÁNCHEZ

Santiago de Cali, veinticuatro de mayo de dos mil veintidós.

Proyecto discutido y aprobado en Sala Civil de Decisión, según acta No.49 de la fecha.

Proceso: Verbal - Responsabilidad Médica
Demandantes: Nubia Mena Becerra y otros
Demandados: EPS Servicio Occidental de Salud S.O.S. S.A.
Radicación: 76001-31-03-007-2019-00084-01
Asunto: Apelación de Sentencia.

Sustentado el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, y vencido el respectivo término de traslado, procede el Tribunal, en atención a lo dispuesto en el artículo 14 del Decreto 806 de 2020, a dictar sentencia escrita, a fin de resolver la alzada formulada contra la sentencia de 6 de julio de 2021, proferida por el Juzgado Séptimo Civil del Circuito de Cali, dentro del proceso verbal adelantado por Nubia Mena Becerra; Einer García Potes, Steven Potes Mena, quien actúa en nombre propio, y en representación de sus hijos Dilan Andrés Potes Banguero, María José y Lenny Stiven Potes Saa; Yuricelly Potes Mena, quien actúa en nombre propio, y en representación de sus hijos Deisy Yuratny Saavedra Potes y Britneysy Murillo Potes, contra la EPS Servicio Occidental de Salud S.O.S. S.A., Clínica Versailles S.A., Ivanilich Gómez Sanjuan, Vivian

Piedad Cataño García, Allianz Seguros S.A. y Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.

ANTECEDENTES

1. LA DEMANDA. Pidieron los libelistas que se declare que los demandados son civilmente responsables del fallecimiento de Luis Gregorio Potes Córdoba, por la deficiente prestación del servicio de salud, y que, en consecuencia, se condene a su contraparte a pagar los perjuicios materiales e inmateriales causados.

Relataron que el 2 de agosto de 2013, el señor Potes Córdoba acudió al servicio de urgencias de la Clínica Versailles por un fuerte dolor abdominal; allí fue valorado por el médico Ivanilich Gómez Sanjuan, quien determinó que se trataba de una diarrea con gastroenteritis de presunto origen infeccioso, por lo que decidió darle de alta con medicamentos y algunas recomendaciones.

Debido a que el dolor abdominal persistía, el 4 de agosto de 2013, tuvo que asistir nuevamente al servicio de urgencias; la cirujana que lo atendió, Vivian Piedad Cataño García, diagnosticó que el paciente tenía apendicitis aguda con peritonitis generalizada, por lo que fue llevado a cirugía de emergencia para la práctica de una laparotomía exploratoria¹; el abdomen se dejó abierto para la práctica de una nueva intervención quirúrgica, la cual se llevó a cabo el 6 de agosto de 2013, y en ella se le realizó una colostomía².

¹ Operación quirúrgica en la que se abre el abdomen y se examinan los órganos abdominales. Definición tomada del dictamen pericial elaborado por el cirujano Luis Alberto Olave Asprilla (Página 79 del archivo 03CuadernoUnoA).

² Es un procedimiento quirúrgico en el que se saca un extremo del intestino grueso a través de una abertura (estoma) hecha en la pared abdominal. Las heces que se movilizan a través del intestino salen por el estoma hasta la bolsa adherida al abdomen. Consultado en [Colostomía: MedlinePlus enciclopedia médica](#).

El 13 de agosto siguiente, se le practicó una cirugía para el cierre de la cavidad abdominal y el 16 de agosto de 2013, se le dio de alta. En los meses siguientes el señor Potes Córdoba asistió a varias citas de control, y pese a su buena evolución, no se ordenó el cierre de la colostomía. Dos años después, el 22 de julio de 2015, el paciente acudió al servicio de urgencias de la Clínica Versalles porque presentaba mareo y vómito, permaneció hospitalizado desde esa fecha hasta el 27 de octubre siguiente, cuando falleció.

Alegaron los demandantes, que el resultado dañoso fue producto del error del médico Ivanilich Gómez Sanjuan, al no haber detectado a tiempo la apendicitis; a la mala praxis de la cirujana que le practicó la laparotomía exploratoria; al inadecuado seguimiento durante el posoperatorio; a la demora de los galenos tratantes en ordenar el cierre de la herida abierta y al mal manejo del proceso infeccioso que sufrió durante su estancia hospitalaria.

2. LAS OPOSICIONES. Los demandados, en lo medular, indicaron que la atención médica brindada al señor Potes Córdoba fue oportuna y adecuada; que los signos y síntomas que presentaba el 2 de agosto de 2013, no eran indicativos de que estuviere cursando con un abdomen agudo³; que para el 4 de agosto siguiente, su condición clínica era distinta, por lo que fue necesario llevarlo a una cirugía de emergencia para la práctica de una laparotomía exploratoria, procedimiento en el cual la cirujana encontró una peritonitis generalizada y una lesión de 20 cm la cual correspondía a una masa inflamatoria por divertículo perforado. En los días siguientes le fueron practicadas dos intervenciones quirúrgicas

³ Se define abdomen agudo aquella situación "crítica" que cursa con síntomas abdominales graves y que requiere un tratamiento médico o quirúrgico urgente.

adicionales, en la primera se le practicó la colostomía y en la segunda se hizo el cierre del abdomen.

Advirtieron que la colostomía no implicaba un riesgo infeccioso para el paciente, porque incluso puede ser permanente, y que desde que se le dio de alta, hasta que se programó el cierre de la colostomía, el señor Potes Córdoba estuvo bajo un estricto control médico multidisciplinario y especializado. El 24 de marzo de 2015 se practicó la cirugía para el cierre de la colostomía, pero el paciente tuvo una evolución tórpida, que hizo necesaria una nueva intervención para la revisión de la cavidad abdominal, encontrando una peritonitis generalizada por dehiscencia de sutura, por lo que fue necesario realizarle una nueva colostomía.

Debido a la peritonitis y a la presencia de fístulas intestinales de alto gasto, se tuvieron que realizar múltiples lavados abdominales. El paciente fue dado de alta con servicio de home care el 11 de junio de 2015 y a partir de ese momento, tuvo una evolución dinámica sin una franca mejoría, pues ingresó en varias ocasiones al centro hospitalario, hasta que el 22 de julio de 2015 reingresó por una falla renal secundaria al alto producido de las fístulas intestinales, estuvo hospitalizado desde esa fecha hasta el 27 de octubre siguiente, cuando falleció, debido a las múltiples complicaciones que fue presentando.

Indicaron que las infecciones que afectaron al paciente, tuvieron como causa el severo compromiso de su sistema inmunológico y su estado de desnutrición, que lo hacían vulnerable, constituyendo un riesgo inherente a su condición clínico patológica, sin que ello sea atribuible a un inadecuado manejo clínico.

3. LA SENTENCIA RECURRIDA. El juez *a quo* denegó las pretensiones. Sostuvo que “no se logró demostrar un actuar imperito, imprudente ni negligente respecto a la conducta médica seguida por los galenos demandados en relación con el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico brindado al señor Luis Gregorio Potes Córdoba”.

El juzgador de instancia analizó la actuación de cada uno de los demandados, a fin de establecer si estos eran responsables de los daños cuya reparación se reclama. Al respecto indicó:

- Que para la fecha en que el paciente acudió al servicio de urgencias de la Clínica Versailles (2 de agosto de 2013), este no presentaba signos ni síntomas de peritonitis o abdomen agudo, de ahí que el proceder del médico Ivanilich Gómez Sanjuán, de observar al paciente y darle de alta con analgésicos y algunas recomendaciones, era la conducta que debía seguirse en ese momento.

- Que la atención de la cirujana Vivian Piedad Castaño García se limitó al diagnóstico de abdomen agudo y a la práctica de la laparotomía, para salvaguardar la vida del paciente, procedimiento este último que, conforme lo establecieron los peritos, se ajustó a los protocolos establecidos para el cuadro clínico de abdomen agudo y para tratar la enfermedad diverticular de colon.

- Que de acuerdo con los dictámenes periciales recaudados, la atención médica brindada por la Clínica Versailles, entre el 2 de agosto de 2013 y el 27 de octubre de 2015, fue adecuada y oportuna; que la tardanza en el cierre de la colostomía, no obedeció a la negligencia de los profesionales de dicho centro hospitalario, sino a la grave condición de salud del paciente; que la cirugía de cierre de la colostomía que le fue practicada al señor Potes Córdoba es considerada como una cirugía sucia y contaminada por la zona corporal en que ella se realiza; y que tras esta intervención, se le

tuvieron que practicar múltiples cirugías adicionales, debido al bloqueo abdominal y a las fístulas intestinales de alto gasto que le producían fugas nutricionales y a su vez contaminaron su abdomen con su propia microbiota, por lo que fue necesario resecar segmentos del colon y del intestino grueso que se encontraban contaminados.

Indicó que la prolongada estancia hospitalaria provocó que gérmenes oportunistas colonizaran sus heridas quirúrgicas y el catéter que le había sido implantado, lo cual, en concepto del perito infectólogo, constituye un riesgo inherente, pues si bien el centro hospitalario respetó sus protocolos de asepsia y antisepsia, ello no es suficiente para impedir las infecciones asociadas a la atención en salud.

- Que la actuación de la EPS Servicio Occidental de Salud S.O.S. S.A. no incidió, en manera alguna, en el desenlace fatal del paciente.

4. LA APELACIÓN. Los demandantes insistieron en que sí existió negligencia de parte de los demandados, en tanto que (i) la apendicitis fue diagnosticada tardíamente; (ii) ello desencadenó un cuadro de peritonitis, que tampoco fue tratada de acuerdo con las reglas de la *lex artis*; (iii) no se cerró oportunamente la herida abierta del paciente y (iv) la infección intrahospitalaria no fue tratada a tiempo.

CONSIDERACIONES

1. Verificada la ausencia de irregularidades que impidan proferir decisión de fondo, anuncia la Sala que confirmará el fallo apelado, principalmente por cuanto coincide con el juez de primera instancia, en que el expediente no contiene ningún elemento de juicio que evidencie la negligencia o impericia del personal médico que atendió al señor Potes Córdoba entre el 2 de agosto de 2013, cuando acudió

al servicio de urgencias por un dolor abdominal, al 27 de octubre de 2015, fecha de su fallecimiento.

Al respecto, impera recordar que el tratamiento dado por la jurisprudencia a la responsabilidad civil médica, parte de considerarla como una responsabilidad profesional que obedece y estructura un comportamiento antijurídico como consecuencia del incumplimiento de deberes jurídicos a cargo de los médicos, relacionados con la práctica o ejercicio de su actividad.

Es por ello que la jurisprudencia ha señalado que “los presupuestos de la responsabilidad civil del médico no son extraños al régimen general de la responsabilidad: un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia y cuidado propios de la profesión, que el obrar antijurídico sea imputable subjetivamente al profesional, a título de dolo o culpa, el daño patrimonial o extrapatrimonial y la relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento médico primeramente señalado”. (Cas. Civ., sentencia de 30 de enero de 2001, expediente 5507)”.

De allí que, en este tipo de disputas, sin duda alguna, concierne al demandante, para que salgan airoas sus pretensiones, la prueba de la conducta antijurídica por dolo o culpa y el perjuicio o daño causado, el cual, supone una lesión o menoscabo a su integridad física o moral, cierto, concreto y personal, así como la relación de causalidad entre ambos.

2. En este caso, de la revisión de la historia clínica obrante en el plenario se advierte que el señor Potes Córdoba acudió al servicio de urgencias de la Clínica Versailles, en horas de la mañana del 2 de agosto de 2013 por un dolor abdominal, tipo cólico, allí es atendido por el médico general Ivanilich Gómez Sanjuan, quien determina que se trata de una gastroenteritis de presunto origen infeccioso, por lo

que después de unas horas de seguimiento, decide darle de alta con medicamentos y algunas recomendaciones.

En la nota elaborada por el médico general, consta que el paciente tenía dolor a la palpación, pero no había signos de irritación peritoneal, y que la tensión arterial, la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria y la temperatura se encontraban dentro de rangos normales.

El paciente volvió al servicio de urgencias el 4 de agosto de 2013, porque continuaba con dolor abdominal. En la valoración realizada por la cirujana Vivian Piedad Cataño García, esta encuentra distensión abdominal, irritación peritoneal generalizada y abdomen doloroso, por lo que considera que el paciente cursa con abdomen agudo y decide llevarlo a cirugía de emergencia para la práctica de una laparotomía exploratoria.

Los hallazgos operatorios de dicha intervención quirúrgica fueron una peritonitis generalizada con membranas fibrinopurulentas en pelvis y en cuadrantes inferiores, asas dilatadas con membranas de fibrina, colección de pus espesa en pelvis y en ambas fosas iliacas, una masa inflamatoria con divertículo perforado y apéndice con cambios leves de edema. Ante tales hallazgos la cirujana procedió a drenar la peritonitis y a lavar la cavidad abdominal, realizó una apendicectomía y resecó la parte del colon sigmoide afectada, dejando al paciente con el abdomen abierto para un segundo tiempo quirúrgico en donde le fuera practicada la colostomía o la anastomosis. El diagnóstico tras la cirugía fue de peritonitis por enfermedad diverticular del intestino grueso con perforación y absceso.

El 6 de agosto de 2013 se realizó la colostomía y el 13 de agosto siguiente, se cerró la cavidad abdominal. Posteriormente, y dada la buena evolución del paciente, el 16 de agosto se le dio de alta.

Tras su egreso, acudió mensualmente a controles médicos, hasta el 24 de marzo de 2015, fecha para la cual se programó el cierre de la colostomía, procedimiento que, como le fue informado al señor Potes Córdoba, conllevaba riesgos como “sangrado, infección, reintervenciones, abdomen abierto, necesidad de nueva colostomía -ileostomía, fístulas, colecciones intraabdominales, dehiscencia de suturas, peritonitis, resecciones intestinales, anastomosis intestinales, injuria de órganos intraabdominales, muerte”.

Dada la evolución tórpida del paciente, el 30 de marzo siguiente, fue intervenido nuevamente para la revisión de la cavidad abdominal, encontrando una peritonitis generalizada por dehiscencia de sutura, por lo que fue necesario realizarle una nueva colostomía.

La peritonitis y la presencia de fístulas intestinales de alto gasto, hicieron necesaria la práctica de múltiples reintervenciones para el lavado de la cavidad abdominal. El 11 de junio de 2015, el paciente fue dado de alta con servicio de home care; no obstante, como su condición clínica era inestable, reingresó varias veces al centro hospitalario. Finalmente, el 22 de julio fue hospitalizado por una falla renal secundaria al alto producido por las fístulas intestinales; el 11 de agosto fue remitido a la unidad de cuidados intensivos por presencia de bacteremia, sepsis severa y signos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, condición que se fue agravando con el pasar de los días, hasta su fallecimiento, el 27 de octubre de 2015.

3. Frente a la atención médica recibida por el señor Potes Córdoba, la parte demandante viene reprochando (i) que existió un

error de diagnóstico de parte del médico Ivanilich Gómez Sanjuan, en tanto que en la consulta del 2 de agosto de 2013, determinó que el paciente tenía una gastroenteritis de presunto origen infeccioso, cuando en realidad estaba cursando un cuadro de apendicitis; (ii) la mala praxis de la cirujana que practicó la laparotomía exploratoria; (iii) el inadecuado seguimiento durante el posoperatorio, en tanto que los galenos tratantes no ordenaron oportunamente el cierre de la herida abierta y (iv) el mal manejo que se le dio al proceso infeccioso que sufrió el paciente durante su estancia hospitalaria.

Empero, los supuestos de hecho en que se funda la demanda quedaron huérfanos de prueba, en tanto que los actores no aportaron dictamen pericial y tampoco procuraron el recaudo de testimonios técnicos para acreditar las supuestas fallas en la atención médica del paciente. Por su parte, el extremo demandado allegó cuatro experticias para desvirtuar cada una de las alegaciones de su contraparte.

En efecto, el médico Ivanilich Gómez Sanjuan, la cirujana general Vivian Piedad Cataño García, la Clínica Versalles y Mapfre Seguros Generales de Colombia, allegaron tres experticias, rendidas por los profesionales Harold Padilla Ramírez, Luis Alberto Olave Asprilla y Henry Francisco Baptiste Castillo, todos especialistas en cirugía general. Como prueba de oficio, el juzgador de instancia decretó un dictamen pericial adicional, que fue aportado por la Clínica Versalles y rendido por Raúl Helí Corral Prado, especialista en medicina interna y magíster en microbiología clínica con énfasis en enfermedades infecto contagiosas.

Los cuatro expertos, tras revisar los registros de la historia clínica, concluyeron que la atención médica prestada en la Clínica Versalles al señor Potes Córdoba entre el 2 de agosto de 2013 al 27

de octubre de 2015 fue oportuna y ajustada a la *lex artis*. Y que el desenlace fatal del paciente no tuvo como causa la negligencia de los profesionales que lo atendieron, sino su difícil situación médica, que inició con la diverticulitis perforada, y la evolución tórpida que presentó tras la cirugía de cierre de la colostomía.

3.1 En torno a la actuación del médico Ivanilich Gómez Sanjuan, quien valoró al paciente en la consulta inicial del 2 de agosto de 2013 y determinó que su dolor abdominal tenía como causa una gastroenteritis de origen infeccioso, el perito Henry Francisco Baptiste Castillo indicó que:

“La triada de dolor cólico abdominal, deposiciones blandas, frecuentes o diarrea, sin signos de irritación peritoneal, son una muy frecuente causa de consulta en los servicios de urgencias, la proporción de pacientes que presentándolos termina en cirugía es mínima y usualmente son aquellos que reconsultan. El pronóstico bueno o malo depende frecuentemente del tiempo que el paciente se tarde en retornar, decisión que es de libre determinación del paciente. Lo usual es que en los servicios de urgencias se hagan exámenes básicos, orientados a buscar signos de respuesta sistémica y de alarma que indiquen trascender a pruebas más complejas o la búsqueda de la intervención de la especialidad pertinente, en ausencia de estos y si la condición clínica mejora o no progresa al deterioro, lo usual y ortodoxo es que se dé de alta con recomendaciones muy claras y signos de alarma expeditos para consultar de nuevo si los presenta (...) la salida con signos de alarma en episodios iniciales como el que nos ocupa, es una estrategia médica con soporte científico y de mundial aplicación en los servicios de urgencias. Habiéndose actuado en este caso para ese momento conforme dicha indicación”.

En ese mismo sentido, el cirujano general Harold Padilla Ramírez señaló que los síntomas que presentaba el paciente el 2 de agosto, eran unos síntomas iniciales que impedían hacer un

diagnóstico de abdomen agudo, recalcando que existió demora de parte del paciente en retornar al centro hospitalario, porque lo hizo 48 horas después de la primera consulta, pese a que el dolor abdominal debió reaparecer 8 horas después de la salida de la clínica, cuando dejaron de actuar los medicamentos que le fueron suministrados.

3.2 Los expertos, antes que el incumplimiento de las reglas de la *lex artis*, de parte de la cirujana Vivian Piedad Cataño García, destacaron la pericia y diligencia con la que actuó dicha profesional el 4 de agosto de 2013, cuando, tras evaluar al paciente y determinar que cursaba con un abdomen agudo, decidió llevarlo a una cirugía de emergencia para la práctica de una laparotomía exploratoria.

El perito Luis Alberto Olave Asprilla destacó que, en la valoración realizada por la cirujana, encontró un paciente con dolor y defensa abdominal, signo que era indicativo de irritación peritoneal. Su sospecha inicial fue que la peritonitis tenía como causa una apendicitis, ese fue el diagnóstico presuntivo, pero ello no varía la conducta que se debía seguir, y que fue la adecuada para el caso, que consistió en llevar al paciente a cirugía para la práctica de una laparotomía exploratoria.

Lo que encontró la cirujana fue un gran compromiso de la cavidad, con presencia de pus y materia fecal, lo cual indicaba que había una ruptura de una víscera hueca, que, en este caso, estaba a nivel del colon sigmoide, sitio en el que se encontraron las lesiones que se conocen como divertículos. Ante tales hallazgos, la profesional procedió a reseca el sitio en el que se encontró la perforación, hizo el lavado de la cavidad abdominal y dejó el abdomen abierto para un segundo tiempo quirúrgico, cuando las condiciones clínicas del paciente mejoraran y se pudiera realizar una intervención quirúrgica prolongada.

Destacó que, durante la práctica de la laparotomía exploratoria, no se presentó complicación alguna. Finalizado el procedimiento, el paciente fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos para observar su evolución y 48 horas después se realizó la segunda intervención, en la que se practicó la colostomía, y posteriormente se hace el cierre de la cavidad abdominal, dando egreso al paciente en los días siguientes.

Concluyó que la intervención realizada por la doctora Vivian Piedad Cataño García fue oportuna y adecuada, pues “la perforación libre en la diverticulitis complicada es un escenario de riesgo vital que requiere una intervención quirúrgica inmediata”. Agregando que, con la cirugía realizada, se logró controlar la causa de la peritonitis y disminuir el inóculo de la infección, preservando así la vida del paciente. En cuanto a la técnica quirúrgica que se utilizó, que fue la de abdomen abierto, recalcó que la utilización de la misma era lo aconsejable, en tanto que “permite el drenaje periódico de la cavidad, previene la evisceración, evita el cierre de la pared a tensión facilitando la ventilación y preservando la aponeurosis o la piel y permite una deambulacion precoz de los pacientes”.

3.3 Luego de la laparotomía exploratoria, al paciente se le realizaron dos cirugías adicionales, una para la práctica de una colostomía y otra para el cierre de la cavidad adicional, dándole de alta el 16 de agosto de 2013. El procedimiento de cierre de la colostomía se practicó solo hasta el 24 de marzo de 2015. En su demanda los actores alegaron que la tardanza de los médicos tratantes en ordenar este último procedimiento, fue uno de los factores que incidió en el desenlace fatal del paciente; no obstante, como se verá en las líneas siguientes, tal alegación no cuenta con respaldo probatorio alguno, en sentido contrario, lo que despunta de los elementos de juicio recaudados es que el cierre de la colostomía

no se podía programar hasta que las condiciones clínicas del paciente lo permitieran; realizado dicho procedimiento, el paciente no evolucionó en forma adecuada, debido a la dehiscencia de la sutura y a la presencia de unas fístulas intestinales que provocaron una nueva peritonitis, lo cual hizo necesaria la práctica de múltiples intervenciones para el lavado de la cavidad abdominal, sin que se lograra una mejoría de la condición clínica del señor Potes Córdoba.

Al respecto, el perito Henry Francisco Baptiste Castillo dijo que “el cierre de un estoma de cualquier segmento del tracto digestivo, en principio se lleva a cabo cuando cesa la causa que obligó diseñarlo. Para los estomas del colon o colostomías la oportunidad del cierre debe cumplir este principio y puede variar de pocas semanas (4 a 6 semanas), como el caso de algunas condiciones de las cirugías de trauma, en las que se hace casi de manera preventiva, a esperar un semestre o más”; en circunstancias como en el caso que nos ocupa, en el que hubo gran injuria anatómica e inflamatoria, dar este margen de espera, favorece lograr una mejor condición nutricional, una mejor rehabilitación funcional y permite hacerlo luego de pasadas las fases de cicatrización en las que predominan la fibrosis, la proliferación desordenada de tejido conectivo y la neovascularización, que hacen más posibles los accidentes como las enterostomías, más difícil la disección, más difícil interpretar la anatomía quirúrgica y más frecuente el sangrado, que es lo que coloquialmente en el argot quirúrgico se denomina ‘abdomen hostil’. Todo lo anterior favorece menores tiempos quirúrgicos, menos injuria tisular, menos isquemia, suturas sin tensión, mejor calidad del proceso de cicatrización y con ello menor probabilidad de filtración de la anastomosis de cierre”.

En ese mismo sentido, el experto Luis Alberto Olave Asprilla recalcó que “para el cierre de la colostomía se habla de tiempos mínimos, pero no de tiempos máximos (...) En términos generales hablamos de cierres tempranos que son de dos o tres meses, pero se puede hacer en cualquier momento cuando las condiciones clínicas del paciente le den a uno garantía de que no hay infección, que el paciente está bien nutricionalmente hablando y que no se van a tener complicaciones posoperatorias inmediatas”.

Como se advierte de lo dicho por los peritos, no es posible sostener que el cierre de la colostomía se practicó en forma tardía, y que ello fue la causa del fallecimiento del paciente, pues lo que refleja la historia clínica y así lo corroboró el perito Henry Francisco Baptiste Castillo es que “en la segunda hospitalización el curso desafortunado luego del cierre dispendioso de la colostomía tipo Hartmann y de la pared abdominal, por filtración de la anastomosis colo-rectal generaron condiciones inmunológicas, nutricionales, anatómicas y de función de órganos y sistemas desfavorables, que facilitaron las infecciones por gérmenes virulentos e incluso por los llamados microorganismos oportunistas, que en otras circunstancias son inocuos y que pueden en cualquier institución, unidad de cuidados intensivos o país, desembocar en el deceso de un paciente, independiente de que se cumpla a cabalidad con todas las normas de buena y dedicada práctica médica”.

Cabe anotar que en el expediente no hay prueba de que las complicaciones presentadas sean atribuibles a una mala *praxis* del cirujano que practicó el cierre de la colostomía; en sentido contrario, los peritos señalaron que la dehiscencia de la sutura, las fístulas, las infecciones y la peritonitis, son riesgos inherentes a ese tipo de procedimiento. El cirujano en mención resaltó que “las fístulas enterocutáneas son parte de los riesgos a los que se expone el paciente cuando se cierra una colostomía, esto es, que haya dehiscencia de la unión nueva, de la unión artificial que se hace con suturas mecánicas o con hilos para reconstruir el tránsito de los líquidos intestinales para que finalmente la materia fecal salga por el ano”.

3.4 Finalmente, frente al otro reproche, atinente al manejo del proceso infeccioso que presentó el paciente, el profesional Raúl Helí Corral Prado conceptuó que no hubo falla alguna en ese aspecto, en tanto que se utilizó la terapia profiláctica, antimicrobiana y antimicótica adecuada, en los momentos en que el paciente lo requirió.

El experto destacó que “el sitio del procedimiento quirúrgico es un sitio con una contaminación grandísima, los sitios más contaminados del cuerpo, por la flora que tenemos, son la cavidad oral, el tracto genital femenino, el colon y recto. Dichas zonas albergan concentraciones de microorganismos que van entre 10^{12} o 10^{16} por cada gramo de tejido, o sea que son concentraciones altísimas, por lo tanto, cuando se trabaja sobre estas áreas, la posibilidad de infección, visto desde el punto de vista de enfermedades infecciosas, siempre es mayor que cuando se trabaja sobre otras áreas, donde no se atraviesan mucosas ni se atraviesan sitios con esas concentraciones de microorganismos”.

Agregó que “por el patrón de sensibilidad y resistencia que fue presentando en el tiempo, se escalonó a diferentes tratamientos antibióticos, de acuerdo con ese patrón, se escalonó adecuadamente, aún en el último evento, que es el evento final desafortunado, cuando ya el abdomen estaba hostil, hace una peritonitis terciaria con múltiples microorganismos, estos microorganismos seguramente estaban en el colon, hizo E.Coli, klebsiella, hizo enterococo, lo escalonan a lo que se necesitaba en ese momento porque el patrón de resistencia ya era importante, se le colocó todo lo que se tenía que utilizar desde el punto de vista antimicrobiano; pese a que se usó la terapia adecuada, no se logró controlar el proceso de infección y el paciente fallece”.

Explicó que cuando un paciente permanece por más de tres días hospitalizado, “comienza a ser colonizado por gérmenes provenientes del ambiente hospitalario, que no se pueden esterilizar completamente. Todos los hospitales o clínicas tienen una flora, una microbiota que permanece, por lo que los procesos de aseo y desinfección de áreas hospitalarias, de áreas críticas como son las salas de cuidados intensivos y la sala de operaciones tienden a producir desgerminación, es decir, a bajar la concentración de microorganismos en esas áreas, hasta el estado de limpieza más adecuado. Antes de operar al paciente también se hace un estado de degerminación en el área por donde se va a operar, que en este caso sería el abdomen”.

Señaló que “las cirugías se consideran limpias, limpias contaminadas y sucias, la cirugía de colon es una cirugía de entrada contaminada, con riesgo de infección que va entre el 5 y el 25% de infección del sitio operatorio. Como el paciente va a la unidad de cuidado intensivo, entonces entra el otro riesgo de

infección que son las infecciones médicas, hay que usar el tubo endotraqueal, catéteres endovenosos, nutrición parenteral, sonda vesical, cada uno de esos elementos que se utilizan en estas unidades, o en el manejo del paciente para el soporte vital, lo ponen en riesgo de adquirir una infección asociada a la atención en salud”.

En seguida agregó que, efectuó una revisión de las tasas de infecciones asociadas a la atención en salud de los últimos años en la Clínica Versailles, y que estas se encuentran ajustadas a los parámetros establecidos internacionalmente por la OMS.

Acotó que hizo una revisión de los protocolos de asepsia y antisepsia de la clínica, y encontró que para el momento en que se atendió al paciente, se estaban utilizando los productos recomendados para las salas de operaciones y la unidad de cuidados intensivos, pero que se debe tener en cuenta, que aun cuando se cumpla con todos los protocolos de aseo y desinfección, nunca se logra un estado de esterilización, sino que lo que se hace es una desgerminación.

4. Como se puede observar, las pruebas técnicas recaudadas, antes que dar cuenta de la negligencia o impericia de los profesionales que atendieron al señor Potes Córdoba, lo que evidencian es que la atención médica brindada fue adecuada y oportuna, en tanto que, para la consulta del 2 de agosto de 2013, el paciente no presentaba signos y síntomas que evidenciaran que estaba cursando con un cuadro de abdomen agudo. Como lo resaltaron los peritos, y así se puede corroborar en la historia clínica, para esa fecha el paciente no tenía alteración alguna en sus signos vitales y a la palpación del abdomen, no se encontraron signos de irritación peritoneal que llevaran al médico demandado a concluir que requería una intervención quirúrgica.

Adicional a lo anterior, pese a que los apelantes vienen insistiendo en el diagnóstico tardío de la apendicitis, lo que refleja la historia clínica, y así lo corroboraron los peritos, es que la peritonitis del paciente no tuvo como causa la apendicitis, sino la diverticulitis, pues fue el divertículo perforado lo que causó la filtración de material purulento a la cavidad abdominal.

Los demandantes alegaron el incumplimiento de las reglas de la *lex artis* por parte de la cirujana Vivian Piedad Cataño García; no obstante, en su escrito de demanda ni siquiera indicaron cuál es el error o falta que se le atribuye, situación que, de entrada, sella la suerte adversa del reclamo indemnizatorio elevado frente a ella. Adicional a lo anterior, se tiene que en el expediente quedó plenamente acreditado que su actuación fue oportuna y adecuada, en tanto que una vez advirtió que el paciente cursaba con un cuadro de abdomen agudo, oportunamente dispuso llevarlo a una cirugía de emergencia, y ante los hallazgos durante el procedimiento, procedió a lavar la cavidad abdominal y a resecar el segmento del colon perforado, dejando el abdomen abierto y postergando la práctica de la colostomía o la anastomosis para una nueva intervención quirúrgica, dado el delicado estado de salud del paciente.

Aunque el extremo actor señaló que la tardanza del personal médico en ordenar el cierre de la colostomía, influyó en el desenlace fatal del paciente, tal cuestionamiento también quedó huérfano de prueba. Lo que se acreditó en el plenario es que debido a la injuria anatómica e inflamatoria causada por el grave cuadro de peritonitis que afectó al señor Potes Córdoba en 2013, lo aconsejable era esperar un tiempo prudencial para el cierre de la colostomía, mientras se lograba un adecuado estado nutricional y funcional del paciente, para de ese modo disminuir el riesgo de filtración de la anastomosis

de cierre, sin que ninguno de los expertos que sustentó su experticia, haya indicado que los 18 meses que transcurrieron desde el alta del paciente hasta su reingreso al centro hospitalario para el cierre de la colostomía, sean un término excesivo y que ello haya sido la causa de las complicaciones que presentó y de su posterior fallecimiento.

Por el contrario, las anotaciones de la historia clínica y las experticias recaudadas evidencian que el resultado dañoso fue producto de la evolución tórpida del paciente tras la cirugía de cierre de la colostomía, pues presentó dehiscencia de la sutura, fístulas intestinales, filtraciones y peritonitis, complicaciones que condujeron al paciente a una sepsis generalizada y a una falla orgánica múltiple.

Tampoco es dable efectuar reproche alguno al manejo del proceso infeccioso que desarrolló el paciente, en tanto que el experto en el tema recalcó que el colon es un sitio con una alta concentración de microorganismos, y que ello incrementa la posibilidad de infección. En este caso, a ello se aunó la larga estancia del paciente en la unidad de cuidados intensivos, sitio en el que se incrementa el riesgo de adquirir una infección asociada a la atención en salud, debido a los elementos que se deben usar (tubo endotraqueal, catéter endovenoso, sonda vesical); pese a que se hizo una adecuada aproximación antimicrobiana y de infección intrahospitalaria, no se logró controlar el proceso infeccioso debido a la condición crítica de salud del paciente.

5. Así las cosas, como quiera que en el expediente no obra prueba alguna de la negligencia o impericia de los profesionales que atendieron al señor Potes Córdoba para el tratamiento de su enfermedad diverticular, la sentencia desestimatoria de primera instancia habrá de confirmarse.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Civil del Tribunal Superior de Cali, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley, CONFIRMA la sentencia que el 6 de julio de 2021 profirió el Juzgado Séptimo Civil del Circuito de Cali, en el proceso de la referencia. Costas de segunda instancia a cargo de la parte apelante. Las agencias en derecho se fijan por el Magistrado sustanciador en la suma de \$1'000.000,oo. Remítase el expediente a la oficina de origen.

NOTIFÍQUESE,



CARLOS ALBERTO ROMERO SÁNCHEZ

Magistrado Ponente



HOMERO MORA INSUASTY

Magistrado



HERNANDO RODRIGUEZ MESA

Magistrado