



**SEÑOR DOCTOR
DIEGO FERNANDO CALVACHE GARCIA
JUEZ TRECE (13) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
CALI**

**PROCESO VERBAL DECLARATIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA
DEMANDANTES: DAVID BEJARANO Y OTROS
DEMANDADA: CLÍNICA VERSALLES S.A.
RADICACIÓN N° 76-001-31-03-013-2020-00100-00**

**REPAROS CONCRETOS A LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA DE FECHA 8 DE
JULIO DE 2021.**

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN, identificado con la cédula de ciudadanía 16.678.028 expedida en Cali, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional 41.291 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, en mi condición de apoderado judicial de **CLÍNICA VERSALLES S. A.**, demandada dentro del presente proceso, de conformidad con el poder debidamente conferido por su Representante Legal y Aceptado por parte nuestra, habiéndose interpuestos **RECURSO DE APELACIÓN** en la audiencia de fecha 8 de Julio de 2021, y estando dentro del termino establecido por el inciso 3 artículo 332 del CGP, procedo a reasumir el poder y presentar **REPAROS** al fallo de primera instancia en estos términos:

REPAROS CONCRETOS

1. Errado y falso juicio de raciocinio, sin prueba alguna del juez de primera instancia, cuando afirma como verdad procesal, que al describirse en la nota de enfermería el daño de la guía y tener que usar un segundo catéter, este hecho obligó al médico tratante a



tener que revisar si se había fragmentado la guía, y si un fragmento de la misma se había quedado en el cuerpo del paciente.

2. Errado y falso juicio de raciocinio, sin prueba alguna, al afirmar en la sentencia de primera instancia como verdad procesal, que el médico tratante al retirar la guía dañada del primer catéter debió observar que hubo una separación de los hilos que forma la trenza, y que eso debió ser descrito en la historia clínica para que se hubiera exonerado de responsabilidad¹ a la Clínica Versailles.

3. Errado y falso juicio de raciocinio, sin prueba alguna, al afirmar en la sentencia de primera instancia como verdad procesal, que el retirar la guía dañada, este daño fue por doblamiento, y a su vez al retirar dicha guía, el médico tratante estaba obligado a observar la fractura de una parte de la guía de 08.milímetros (mm), pues la *regla de la experiencia* así lo indican.

4. Errado y falso juicio de raciocinio, sin prueba alguna, al afirmar en la sentencia de primera instancia como verdad procesal, que una página de internet establece que el

¹ 6. ¿La dificultad técnica para la colocación de un catéter venoso central en este paciente de 1 mes de vida aumenta los riesgos del procedimiento?

R/. Por supuesto la edad del paciente y el estado clínico del mismo hace más complejo el procedimiento y por ende los riesgos del mismo. Las condiciones técnicas para colocar estos catéteres varían según el grupo etareo. Se requiere mucha experiencia en la técnica de colocación de los mismos, así como catéteres especiales para estos niños.

No es adjudicable la culpa al cirujano pediatra Phanor Acosta encargado del implante del catéter, pues se advierte en este caso que se trataba de una urgencia vital, de un bebe de escaso 1 mes de nacido, y cuyo procedimiento constituía una maniobra salvadora que implicaba cierta laboriosidad y complejidad de la intervención. Y que visto en retrospectiva el que quedara alojado el microfragmento de la punta de la guía (mm) verificado el hallazgo y constatado su ubicación subcutánea (extravasular) no representa un peligro real, y por tanto definida su inocuidad, no es del caso someter al menor a un riesgo mayor que implicaría el intentar retirarlo. Luego no merece reproche de ninguna índole el que el cirujano no haya dejado registro explícito del cambio de catéter cuando si lo hizo la enfermera posteriormente, y que tal circunstancia merezca la calificación de descuido u olvido, cuando en el curso de la operación de implante de catéter, constituía una operación de tanta importancia (vital y salvadora de la vida del menor) que representaba el peligro para la vida del menor si no se hacia con prontitud y extremada atención y pericia como cirujano tratante que además confía las actividades secundarias o complementarias que el no puede atender por si mismo. Cuando el resultado alcanzado, la supervivencia del menor es evidencia clara del resultado satisfactorio alcanzado. Luego bajo tales circunstancias no se puede hablar de olvido quirúrgico, máxime si en el curso de la atención se identificó la complicación y evaluada se definió una conducta médica con validez y discrecionalidad científica, sin ocasionar daño alguno a la integridad del menor.



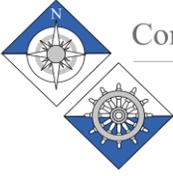
tamaño de la parte fraccionada de la guía tenía un tamaño de 8 milímetros, desconociendo la declaración de los médicos expertos cuando afirmaron que el tamaño se equipara a un fracción pequeña de cabello.

5. Errado y falso juicio de raciocinio, sin prueba alguna, al afirmar en la sentencia de primera instancia como verdad procesal, que el error de conducta del médico tratante fue no documentar en la historia clínica el daño de la guía, y que este error traduce en culpa respecto de no haber verificado que una parte de la guía no se hubiere separado, cuando en el proceso no está probado que el médico al retirar la guía dañada no podía sospechar que esta se había fragmentado.

6. Errado y falso juicio de raciocinio, sin prueba alguna, al afirmar en la sentencia de primera instancia, que la guía del primer catéter se dañó por *doblamiento*, y que por esa razón el médico tratante debió observar la fractura de la guía, pues eso era observable a simple vista, debiendo documentarlo en historia clínica.

7. Imputar un error de conducta al médico tratante en cuanto a que no documentó en la historia clínica que la guía del primer catéter se dañó, cuando la nota de la enfermera Alejandra Castaño Ávila al hacer parte del equipo médico de salud que atendió al paciente, si lo documenta como un hecho cierto del acto médico y como parte del proceso de atención en salud en donde se describe lo acontecido, por lo que si el médico tratante no documentó el daño de la guía, no fue por error de conducta sino porque fue documentado de forma posterior al acto médico como una nota de enfermería retrospectiva lo cual es perfectamente válido.

8. Dar por probado sin estarlo que no documentar por parte del médico tratante el daño de la guía en el primer catéter es una conducta culposa con relación de causalidad en los daños reclamados en la demanda, pues al final de cuentas ese error de conducta aun si fuera cierto, se torna *inocuo*, sin relevancia en la medida que en nada varió el resultado



final, estos es que no existe indicación médica para extraer la guía por no representar peligro para la salud del menor².

9. Declarar la indemnización de un *daño* que es *hipotético* pues en el proceso está probado con la declaración de todos los testigos técnicos y expertos, que la ubicación del fragmento de la guía no genera daño alguno al menor, y que nunca le generará daño alguno ni pasado, presente y futuro.

10. Errado y falso juicio de raciocinio, sin prueba alguna, al afirmar en la sentencia de primera instancia que hubo un inadecuada lectura de la primera radiografía y que por esa razón no se evidenció el fragmento de la guía cuando se hizo la misma, fragmento que solo se vio con la segunda radiografía. Cuando está probado en el proceso que la resolución de la primera radiografía no permitía evidenciar el cuerpo extraño pues esa no era intención de esa ayuda diagnóstica.

11. Concluir sin *prueba técnica* alguna que la guía dañada en el primer catéter fue por doblamiento y que ese doblamiento generó separación de la guía.

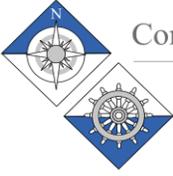
12. Errada y falso juicio de raciocinio al descalificar la declaración del perito Pedro Villamizar³, por el solo hecho que este no hizo referencia al daño de la guía documentado

² 12. ¿De acuerdo a los estudios realizados al paciente David Bejarano donde se identifica el cuerpo extraño extravascular, sírvase explicar si está avalado el manejo conservador o no quirúrgico en este caso?

R/. Siempre que se evidencia la presencia de un cuerpo extraño se evalúa el riesgo versus el beneficio de tratar de retirar estos cuerpos extraños. En este caso el criterio de dejar el cuerpo extraño, que se encuentra en el tejido blando del área donde se colocó el catéter y no se encuentra dentro de un vaso sanguíneo, es completamente válido y avalado por la cirugía pediátrica.

Concepto que sin excepción fue avalada por todos los médicos que intervinieron en juicio (perito y médicos tratantes).

³ La tarea inferencial que no hizo el a quo para descalificar las acertadas consideraciones expuestas por el perito Pedro Villamizar tanto en su informe escrito como en la sustentación en juicio, con que se hizo aporte técnico científico introducido al debate en el proceso sumado al de los demás testimonios técnicos allegados por la defensa de la Clínica Versalles, permiten establecer que tales pruebas contaron con las credenciales de relevancia, credibilidad y fuerza inferencial. Es así como del conjunto de las pruebas, al sopesar y contrastar el peritaje no solo



en la nota de enfermería de la enfermera Alejandra Castaño Amaya y porque en su peritaje escrito dijo que fraccionamiento del guía no era un riesgo⁴, pero en declaración lo negó.

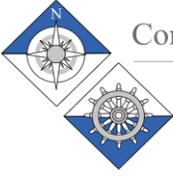
13. El daño de la guía aun si fuera por doblamiento no supone que la misma se hubiere fraccionado, eso nunca se probó en el proceso, y fue afirmado en la sentencia de primera

con el contradictorio en juicio, las calidades profesionales de este (decano de la facultad de medicina de la Universidad Javeriana, con vasta experiencia y experticia, ha sido presidente de la sociedad científica de cirugía pediátrica) y las conclusiones plasmadas en su informe; ha de tener en cuenta la idoneidad técnico científica y moral del perito, la claridad y exactitud de sus respuestas, su comportamiento al responder, **el grado de aceptación de los principios científicos, técnicos o artísticos en que se apoya el perito**, los instrumentos utilizados y la consistencia del conjunto de respuestas. Resulta evidente que con este examen debía arribar a conclusión distinta de la que lo hiciera el a quo.

⁴ 5. Teniendo en cuenta que la colocación de un CVC es un procedimiento invasivo, sírvase explicar los riesgos de este procedimiento.

R/. Todo procedimiento en medicina tiene un riesgo, algunos mayores y otros menores. Los protocolos existentes y las competencias de los profesionales que colocan estos catéteres minimizan estos riesgos, pero no los desaparecen, por eso siempre se hace firmar un consentimiento informado a los padres donde se insiste en entender que existen riesgos inherentes al procedimiento. Los riesgos son múltiples, los más frecuentes son, sangrado del área de colocación del catéter, extravasación o salida del líquido en otros tejidos del fluido que va por el catéter, infección del mismo, neumotórax (Aire en el tórax) por la punción, hemotórax (Sangre en el tórax) por la punción, lesión del pulmón o de la vena canalizada, y ruptura de la guía o del catéter quedando en la vena o en el tejido celular subcutáneo adyacente al sitio del colocación del mismo, entre otros. (respuesta perito Pedro Villamizar).

Descontextualiza el a quo el alcance del peritaje rendido por cirujano pediatra Pedro Villamizar por escrito y sustentado en audiencia, que no constituye una contradicción del perito al destacar inicialmente que **Todo procedimiento en medicina tiene un riesgo, existen riesgos inherentes al procedimiento. Los riesgos son múltiples**, destaca los más frecuentes que constaban en el consentimiento informado, en tanto que el evento descrito en este caso corresponde también a un **riesgo inherente** pero de muy poca frecuencia como lo indico a su vez el Dr. Vallejo y lo respalda la fuente de internet consultada esta vez. En este sentido se debe tener en consideración como fundamento jurídico de la parte demandada la Sentencia C-7110 DEL 24 DE MAYO DE 2017 Luis Armando Tolosa Villabona en materia de riesgo inherente. **“dentro del marco de la responsabilidad medica debe juzgarse que los riesgos inherentes son las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto medico e íntimamente ligados con este, sea por las causas especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnica o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la lex artis.”**



instancia como una verdad procesal, sin prueba ni sustento científico, pero sobre todo mal interpretando la declaración del testigo Pedro Villamizar pediatra cirujano.

14. Errada valoración de la declaración del perito Pedro Villamizar pues este afirmó en su declaración en audiencia que el daño de la guía puede ser normal y no es una complicación, lo que sí es una complicación es el fraccionamiento de la guía, el juez de la causa interpreta de forma errada, que el medico perito Pedro Villamizar afirmó que no es una complicación el fraccionamiento de la guía, cuando esto no fue lo que dijo en su declaración.

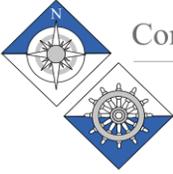
15. El daño indemnizado como daño moral es totalmente especulativo, pues en el proceso quedó probado con la declaración de los médicos tratantes que los padres del menor son conocedores que el *microfragmento* de la guía alojado en el cuerpo del menor no representa peligro alguno para su salud, por tanto si como advierte el a quo acerca de la regla *no hay responsabilidad sin daño*, luego no hay lugar a reconocer perjuicio alguno por tal concepto no habiendo certeza de una aflicción que deba ser indemnizada.

SUSTENTO JURÍDICO A LOS REPAROS

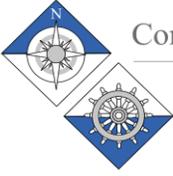
En el expediente obra historia clínica, más precisamente nota de enfermería que dice textualmente:

03/08/2019 - 17:58	Siendo las 15 horas paciente quien es valorado por el doctor Acosta para paso de cateter central, se realiza administración con sedoanalgesia y relajación para procedimiento con 0.4mg de midazolam, 5mcg de fentanyl y 0.4mg de vecuronio, se inicia procedimiento bajo estricta técnica estéril, realiza única punción, cuando avanza la guía esta presenta daño por lo cual se hace necesario abrir un segundo cateter central 4FR x 8cm, procedimiento sin complicación, se toma RX de tórax es valorado por el pediatra quien ordena habilitar, se inicia infusión de sedación y líquidos venosos, se deja acceso venoso yugular externo para paso de medicamentos, se retira acceso de pliegue de miembro superior derecho por disfunción.	ALEJANDRA CASTAÑO AMAYA
--------------------	---	----------------------------

El Juez de Primera Instancia en la sentencia del 8 de Julio de 2021, asume como juicio propio:



1. Que al haberse presentado daño en la guía, y por tanto al hacerse necesario abrir un segundo catéter central, el médico tratante Dr. **JAIME FANOR ACOSTA**, debió sospechar fraccionamiento de la guía y revisar si en el cuerpo del paciente se había quedado un fragmento de la guía.
2. Que a pesar de haber falla en el catéter y requerir un segundo catéter, el médico **JAIME FANOR ACOSTA** no se dio a la tarea de revisar dicho catéter, es decir, que a pesar del daño de catéter el médico no revisó que dicha guía no se hubiera separado y no se no se hubiera quedado un fragmento del mismo en el cuerpo del menor.
3. Que se ha dicho en los testimonios que el fragmento de la guía que se quedó en el cuerpo del menor es muy pequeño (microfragmento), pero el juez al *consultar* la página web **corpomedica.com** (no nos fue posible consultar pese a los varios intentos para acceder a ella) sobre el catéter encuentra que el tamaño catéter para ser mas exacto es de 8.12 mm, que la regla de la experiencia indican que si el catéter se dobla, lo más razonable es que se revise que ese doble del catéter no haya generado fractura del catéter, que 0.8. mnm de un apartado metálico prensado se puede verificar que desprendió el aparato metálico.
4. Era deber del médico Dr. **JAIME FANOR ACOSTA** verificar que al retira el catéter no se hubiera quedado un fragmento, por lo que hubo omisión culpable en la inserción de catéter, se le exigía al médico verificar que no se quedara un fragmento.
5. Que la revista de medicina legal de Costa Rica, y de salud pública, y la literatura médica consultada por el titular del despacho, no se encontró que la fractura del catéter sea una complicación como un riesgo normal de la colocación pero que el doctor Vallejo si hace referencia que si se presenta que la guía del catéter puede quedarse en el cuerpo, por lo que ante un falla de esta tenía que revisar que no presentara ninguna separación de los hilos que forma la trenza.
6. Que la exoneración se podía dar, si el médico hubiera documentado el daño en historia clínica, haber registrado la revisión, haber registrado el faltante, haber



registrado que no podía extraerlo, que mantener al niño con herida abierta o el tiempo para retirarlo desconociendo que para buscarlo ponía en riesgo la vida del menor. Afirma que lo cierto es que el médico no revisó el aparato al cambiarlo.

7. No se registra cual fue el daño del catéter pero que si fue el doblamiento pues necesariamente debía presentarse fraccionamiento, que en la primera radiografía se debió encontrar el fragmento.

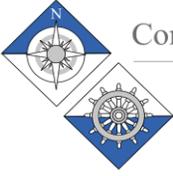
8. Para el Juez de Primera instancia es extraño (profano) que en la Primera Radiografía no se advirtió el elemento extraño y en la segunda sí, que la primera radiografía no fue ajustada a un verdadera pericia del lector de la radiografía.

AL RESPECTO, SE PRECISA, QUE EL JUEZ DE PRIMERA INSTANCIA, CONSTRUYÓ O HIZO JUICIOS DE RACIOCINIO SOBRE INFERENCIAS QUE NO TIENEN SUSTENTO PROBATORIO EN EL PROCESO⁵, Y QUE DAN LUGAR A QUE SE REVOQUE LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA POR INFRACCION A LA MAXIMA QUID NON EST IN ACTIS NON EST IN MUNDO POR LA SIGUIENTES RAZONES:

- ❖ Aunque hubo un primer catéter dañado, este hecho por si solo, no activó o creó un deber de conducta del médico tratante Dr. **JAIME FHANOR ACOSTA**, en cuanto haber estado obligado a revisar si hubo fractura o fraccionamiento de la guía, ni mucho menos a tener que haber verificado si se quedó en el cuerpo del menor un fragmento de la misma.

Es decir, en el proceso “**no obra prueba**” que establezca exactamente que fue lo que le pasó al primer catéter, es decir, por qué se dañó la guía del mismo, el Juez de la causa especula respectó de la causa del daño del primer catéter, en el proceso nunca se probó ni se le exigió probar a los demandados la causa del daño de la guía del primer catéter. El daño de la primera guía aun si fuera por doblamiento (que no está probado) no supone que la misma se hubiere fraccionado, es decir, en el proceso nunca se probó el origen

⁵ A los efectos de la decisión jurídica el conjunto de elementos de juicio que podrá y deberá ser tomado en consideración está formado únicamente por las pruebas aportadas y admitidas al proceso, no pudiéndose tomar en cuenta, por parte del órgano decisor, aquellas informaciones o elementos de juicio de los que disponga “privadamente”. En el caso sub judice las pruebas practicadas no permiten conformar un conjunto de elementos de juicio que apoyen la hipótesis concebida por el a quo en su sentencia.



del daño de la primera guía, y que si hubiera sido por doblamiento, esa fue la causa de su fractura.

Es mas el Juez nunca interrogó ni cuestionó a los testigos sobre la causa del daño de la primera guía, para llega a la conclusión que fue por doblamiento, ni mucho menos lo hizo la parte actora, quien guardó silencio respecto de este punto en particular pues nunca fue objeto de cuestionamiento en la demanda.

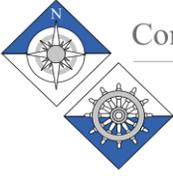
El mismo Juez de Primera Instancia dice en la sentencia objeto de apelación, que **si el daño fue el doblamiento necesariamente debía presentarse fraccionamiento de la guía, y que en la primera radiografía se debió encontrar el fragmento de la guía.** Sin embargo no existe una sola prueba relevante que apoye tal hipótesis fáctica del caso a la luz de los principios de la lógica y de la ciencia (Twinnig, 1994:179)⁶

NÓTESE, QUE NUNCA SE PROBÓ O SE ESTABLECIÓ COMO VERDAD PROCESAL, QUE EL DOBLAMIENTO DEL PRIMER CATÉTER PRODUJO EL FRACCIONAMIENTO DE LA GUÍA, Y QUE ESE DOBLAMIENTO OBLIGABA AL MEDICO A TENER QUE REVISAR QUE AL MOMENTO DE RETIRARLA NO HABÍA FALLA EN EL MISMA, Y SEPARACIÓN DE LOS HILOS QUE CONFORMAN LA TRENZA DE LA GUÍA.

En la declaración del perito **PEDRO VILLAMIZAR** hace referencia que el catéter es un elemento y los accesorios para su colocación otros, el perito describe estos accesorios así, Kit especial hoja de bisturí, jeringa de 3 o 5 cm, una jeringa de 10 cm, y una guía metálica (ver grabación 1: 36 en adelante)

ESTO NOS LLEVA A PREGUNTARNOS, DE DÓNDE SALIÓ, QUE EL DAÑO DE LA GUÍA FUE POR DOBLAMIENTO, CUÁL FUE LA PRUEBA EN EL PROCESO QUE LLEVÓ AL JUEZ A DECIR QUE EL DOBLAMIENTO DE LA GUÍA FUE LA CAUSA DE LA SEPARACIÓN DE LOS HILOS QUE LA CONFORMAN, CUANDO ES CLARO EN EL PROCESO NUNCA QUEDÓ DOCUMENTADO QUE LA PRIMERA GUÍA O EL CATÉTER SE HUBIERAN “DOBLADO”

⁶ Estándares de prueba y prueba científica. Ensayos de epistemología jurídica. Carmen Vásquez. Marcial Pons. La prueba es libertad, pero no tanto. Jordi Ferrer Beltrán. Pag.25



En dónde está probado doblamiento de la primera o segunda guía, y además que dicho doblamiento hizo que esta se fraccionara, y que por esa razón el médico tratante debió precaver o avizorar un fraccionamiento y documentarlo en la historia clínica.

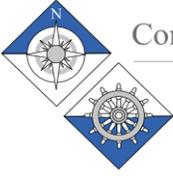
Se insiste, no obra prueba el proceso que la causa del fraccionamiento de la guía del primer catéter, (y aun de la segunda guía) estuviere relacionada con su doblamiento como lo afirma sin prueba el Juez, lo que traduce un error que invalida la sentencia por *falso juicio de raciocinio*.

En este orden de ideas, el daño de la guía del primer catéter por sí solo no obligó al médico tratante a tener que revisar la guía cuando la retiró, pues dicho daño por si solo no le hacia presumir un fraccionamiento de la guía, **precisamente por la poca frecuencia de este complicación**, y sobre todo porque era imposible para el médico precaver o avizorar que un doblamiento que no se sabe si existió pues eso solo lo ha dicho el Juez del Primera Instancia sin prueba alguna.

Es decir, no se sabe cual es la prueba del juez para decir que el daño de la guía fue su doblamiento y que esa fue la causa del fraccionamiento de la guía, especulación total de la sentencia de primera instancia.

Es más no se sabe a ciencia cierta, si al sacar la guía dañada, el médico tratante podía a simple vista verificar un fraccionamiento de una trenza (resto de la punta de la guía⁷, descrita en juicio por los expertos como un pelo pequeño o microfragmento) de la misma, casi invisible o imperceptible al ojo, por el tamaño de dicho cuerpo, que a juicio del juez era de **0.8. mm (largo que correspondería a toda la pieza integra y no a la punta de la misma) según la página por el consultada, que por demás no fue puesta de presente como prueba documental en el proceso.**

⁷ Descripción del Informe de Ecocardiograma transtorácico practicado al menor David Alejandro BJ el 23 de agosto de 2019 que hace el cardiólogo Pediatra, ecocardiografista y hemodinamista Dr. Ernesto León Vallejo Mondragon quien ampliara su opinión científica en curso del juicio. Obsérvese que este no describe la dimensión de 8 mm que aduce el a quo para soportar su teoría, habla solo de la “punta de la guía”.



El Juez de Primera Instancia especula, y sobre todo distorsiona la verdad de lo acontecido, al decir, en su fallo condenatorio y a juicio propio del fallador de instancia, que el médico tratante, sí pudo haber observado que la guía dañada presentó un fraccionamiento en una de sus trenzas metálicas.

Cabe preguntarse, sobre qué prueba científica se fundamenta para hacer tal afirmación sin temor a equivocarse e incurrir en error y por ende a la especulación.

Ninguna prueba científica respalda el fallo del juez, pero sobre todo porque la imputación de culpabilidad esta fundamentada en regla de la experiencia que el despacho nunca detalló, y sustentó, para la parte que represento son totalmente inexistentes , el solo dicho del Juez de Primera Instancia al enunciar de reglas de la experiencia como fundamento para condenar no logran crear una verdad confiable para solventar un fallo, que se insiste solo representa lo que el Juez considera que pasó pero no lo realmente acontecido en la sala de cirugía y en curso de la atención.

Es decir, que en la lógica del juez de primera instancia, el médico tratante debió parar o interrumpir el procedimiento (de urgencia vital por demás) para prestar todo la atención a fin de observar un posible fraccionamiento de una guía que no era previsible pensar que había sucedido por ser una *complicación de poca ocurrencia*, (y que a nuestro juicio es imperceptible en el acto quirúrgico) documentando esto en la historia clínica para efectos de exonerarse como medio de defensa ante una hipotética demanda, cuando lo importante dadas las circunstancias era salvar la vida del paciente, como se hizo.

Nada de estos sucede en la realidad pues en retrospectiva todo es más fácil y enjuiciable, la prioridad era salvar la vida del menor como se hizo, por tanto, no es de recibo pretender endilgarle al médico tratante tener que documentar una complicación que no era precavible ni previsible, aun si la primera guía se dañó, pues lo importante era colocar correctamente el catéter venoso central para salvar su vida como se hizo, y como se constató y se cumplió protocolariamente con la radiografía de control.

El error de conducta culpable según el fallo de primera instancia, fue que el médico tratante no documentó en la Historia Clínica el daño de la guía del primer catéter, y surgiendo en voces de la sentencia recurrida, la obligación de haber descrito el

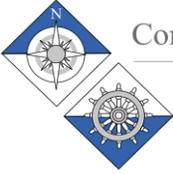


fraccionamiento de la guía, pues esto si era visible la separación de la guía cuando fue retirada; se precisa una vez más, que este error de conducta aun si se hubiera actuado como lo exige el fallo de primera instancia, no hubiera cambiando en nada el curso del acto médico, precisamente porque, la evolución hubiera sido la misma, es decir, no había indicación de extracción como lo mencionan los testigos técnicos (cirujanos pediatras a quienes corresponder definir esta conducta, que rindieran su opinión en juicio) y se documenta de forma posterior en la Historia Clínica. Especialmente con el estudio de ecocardiograma transtorácico practicado por el Dr. Vallejo Mondragon.

Por tanto causalmente no hay un daño a reparar en la medida que al identificar el cuerpo extraño el 5 de agosto de 2019, los familiares conocieron del evento por la información que dio el equipo médico de la Clínica Versalles, y posteriormente se documentó e informó que el lugar en donde estaba alojado el cuerpo extraño, estos es extra vascular (a nivel subcutáneo) no representaba peligro alguno para la salud del menor.

Se tiene entonces que es inocuo desde la causalidad atribuir un error culpable en el diligenciamiento de la historia clínica al médico tratante con efectos causales en el daño reclamado, desconociendo que estamos en presencia de un equipo de salud, en donde las enfermeras también asumen el rol de documentar lo acontecido con la atención en salud, y eso fue precisamente lo que sucedió con la nota de la enfermera **ALEJANDRA CASTAÑO AMAYA**, nota que no podía además documentar la causa del daño de la guía, precisamente porque no era previsible pensar que la guía del catéter se había fraccionado así hubiera sido mínimamente, lo anterior ante lo inusual o poca frecuencia de tal complicación.

Llama la atención que el juez se documentó de páginas de internet que no fueron puestas de presente durante el debate probatorio para hacer la contradicción que merece para verificar la cientificidad o no de las mismas. Adviertese en todo caso que no son admisibles las pruebas que no puedan practicarse en el curso del proceso con la debida aplicación del principio de contradicción. Luego si al a quo le generaba alguna duda los dichos de los testigos técnicos que rindieron testimonio en juicio porque razón no confronto tales afirmaciones con lo registrado en internet que solo trajo a colación culminado el debate probatorio, cumpliendo así en esa medida con el juicio de



falsabilidad, principio epistemológico del que nos habla K. Popper a fin de determinar a ciencia cierta si su hipótesis o conjetura era cierta o falsa. Luego tal teoría se quedó sin apoyo empírico que apoyaran la misma, quedando en pie las expuestas por los testigos técnicos llevados al proceso. Por lo que estas pruebas llevadas al proceso idóneamente brindan la probabilidad de que se adopte una decisión adecuada materialmente, esto es que se declaran probados enunciados verdaderos sobre los hechos, y no elucubraciones de profano. Por lo que una decisión sobre los hechos será válida si está fundada en los elementos de juicio disponibles y será verdadera si se corresponde con los hechos del mundo.

Lo que se evidenció en la sentencia de primera instancia, fue que el Juez Trece Civil del Circuito de Cali, solo consultó las páginas de internet que al parecer soportan o favorecen su fallo, esta situación “**sui generis**” habilita y faculta a la **CLÍNICA VERSALLES** para introducir en segunda instancia páginas de internet que refutan las páginas de internet utilizadas por el juez de primera instancia, páginas que el mismo Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali al estudiar el recurso de apelación puede consultar sin ningún problema para controvertir la consulta de la página referenciada por el juez de primera instancia.

Por tanto al revisar la página <https://www.medigraphic.com/pdfs/urgencia/aur-2011/aur112f.pdf> se puede evidenciar que si está documentado el fraccionamiento de guía en la colocación de catéter central venoso como parte del riesgo de la cirugía en estos términos:



Reporte de caso

Migración incidental de alambre guía en colocación de catéter subclavio

Jorge Loria Castellanos,* Juan Manuel Rocha Luna *

RESUMEN

La colocación de accesos venosos centrales es un procedimiento empleado de forma constante en las Salas de Urgencias y Terapia Intensiva. Al realizarse a ciegas y la mayoría de las ocasiones en pacientes inestables, no se encuentra exento de complicaciones. Se presenta un caso muy poco común al realizar la colocación de acceso venoso central por técnica de Seldinger, la fractura y migración del alambre guía.

Palabras clave: Catéter central, complicaciones.

ABSTRACT

The placement of central venous access is a procedure used to form constant in emergency rooms and intensive care. To be blind and most of the time in unstable patients this is not without complications, in this case is one of the less common to make the placement of central venous access by Seldinger technique, the fracture guidewire migration.

Key words: Central catheter, complications.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 27 años con antecedentes de haber sufrido accidente automovilístico en 1991 y contusión profunda de abdomen meritoria de laparotomía exploradora, realizándose esplenectomía, así como paraplejía secundaria a lesión de columna torácica. Se encuentra en protocolo de estudio por urología debido a infecciones urinarias de repetición.

Como antecedente, tiene varios ingresos previos por infecciones urinarias y úlceras de decúbito, múltiples venodisecciones en extremidades superiores. Acude con cuadro de 2 semanas con presencia de ataque al estado general, astenia, adinamia, estado nauseoso, vómito de contenido gástrico y dolor cólico a nivel hipocondrio derecho, cuadro al que se agrega fiebre de 39 °C. Al ingreso a Urgencias adultos se encuentra en malas condiciones generales, febril, polipneica, taquicárdica, mal hidratada, hipotensa, apreciándose crepitación a nivel hipocondrio derecho. Paciente con compromiso hemodinámico en quien no es posible realizar colocación de acceso venoso periférico, decidiéndose ante ausencia de contraindicaciones colocación de catéter central por vía supraclavicular derecha.

Se procede a realizar acceso venoso central con técnica de Seldinger con catéter marca Arrow; durante el retiro de la guía metálica se produce incidentalmente fractura en punto de sujeción con migración de la misma distalmente. Se intenta localizar la misma en trayecto superficial y ante imposibilidad del mismo se realiza control radiográfico en

* Especialistas en Medicina de Urgencias, Hospital General Regional 25, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correspondencia:
Dr. Jorge Loria Castellanos,
Del Cabo Núm. 21, Ampliación Fresnos, Naucalpan, Estado de México,
C.P. 53250. Tel. 5212 6710
Correo electrónico: jloriac@hotmail.com

Recibido para publicación: 10 de diciembre de 2010
Aceptado: 23 de abril de 2011

Este artículo puede ser consultado en versión completa en
<http://www.medigraphic.com/archivosdemedicinadeurgencia>

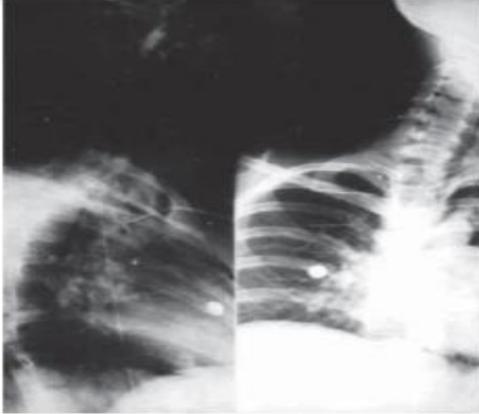
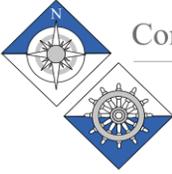


Figura 1. Proyecciones radiográficas de tórax en donde se aprecia la guía metálica del catéter «migrada».



Figura 2. Proyecciones radiográficas de abdomen en donde se aprecia la guía metálica del catéter «migrada».

múltiples proyecciones, localizándose guía a 3 cm por debajo del sitio de inserción (*Figuras 1 y 2*).

Se solicita valoración por angiología, quienes consideran no meritorio el manejo de Urgencias, siendo prioritaria la resolución de patología de base (absceso pararenal derecho con extensión intraabdominal y psoas derecho). Es valorada por Urología, quienes consideran meritorio el manejo quirúrgico, por lo que es programada.

Durante la espera del evento quirúrgico, se realiza seguimiento radiográfico, apreciándose migración de guía de forma distal a través de circulación derecha, pasando a través de cava inferior y localizándose a nivel de femoral derecha. Se procede a fijación por compresión externa así como realización de venodisección, localizándose y extrayéndose guía. El paciente cursa con evolución favorable de resolución quirúrgica, siendo egresada a los 8 días. Durante toda su estancia, no se evidenció compromiso cardiopulmonar ni clínica ni radiográficamente.

DISCUSIÓN

Desde 1952 en que Aubaniac describió la venopunción de la subclavia y su aplicación, éste ha sido un

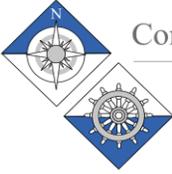
procedimiento popular en los Servicios de Terapia Intensiva y Urgencias para situaciones que van desde el empleo de soluciones hipertónicas y monitoreo de parámetros hemodinámicos, hasta la colocación de marcapasos transvenosos.¹⁻³

La colocación rápida de catéteres venosos centrales es una tarea difícil, sobre todo en pacientes inestables.⁴

La técnica del alambre Guía, descrita originalmente por Seldinger en 1953, ha sido considerada como un método rápido y sencillo de acceso venoso central percutáneo.⁵⁻⁷

No obstante que el hecho de emplear agujas más pequeñas en relación a otras técnicas de acceso venoso central en teoría disminuye el riesgo de complicaciones, éstas no están exentas del todo.⁸⁻¹⁰

Existen múltiples revisiones específicas sobre las indicaciones, técnicas y complicaciones referentes a la colocación de accesos venosos centrales; en ellas se menciona a la técnica de Seldinger como una de las más seguras, con pobre índice de complicaciones; entre ellas, las más comunes son las inherentes al procedimiento, como serían punción y/o canalización arterial, hemotórax, neumotórax, etc.; en tanto que las relacionadas al catéter, como la migración, perforación o presencia de nudos del mismo resultan más escasas.¹¹⁻¹³



Si bien es cierto que la fractura y migración de la guía es una complicación potencial, las referencias mundiales solo la mencionan en forma ocasional, incluso sin reportar cifras específicas.¹¹⁻²⁴

CONCLUSIONES

La fractura y migración de la guía metálica de un catéter subclavio es una complicación que, aunque muy poco frecuente, debe tomarse en consideración a la hora de realizar la colocación de un catéter venoso central.

El empleo de material adecuado, así como de una técnica correcta, disminuye el riesgo de este tipo de complicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aubaniac R. Inyección intraveineuse sous-claviculaire. Avantages et techniques. Presse Med 1952; 60: 1456-1952.
2. Villafañe PE. Técnica de la transfusión por vía subclavio. Prensa Med Argent 1953; 40: 2379.
3. Davidson JT, Ben-Hur N, Nathan H. Subclavian venipuncture. Lancet 2 (7318): 1139-1140.
4. Roberts JR. Procedimientos clínicos en Medicina de Urgencias. 2ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana, 2000: 421-451.
5. Seldinger SI. Catheter replacement of needle in percutaneous arteriography. Acta Radiol 1953; 39 (5): 368-375.
6. Dailey RH. Use of wire guided (Seldinger-type) catheter in the emergency department. Ann Emerg Med 1983; 12: 48.
7. Jones TK, Barnhart GR, Gevins AS. Tandem 8.5 French subclavian catheter: A technique for rapid volume replacement. Ann Emerg Med 1987; 16 (12): 1369-1372.
8. Poropp DA, Cline D, Hennenfiens BR. Catheter embolism. J Emerg Med 1988; 6: 17-21.
9. Sternbach G, Sven Ivar Seldinger. Catheter introduction on a flexible leader. J Emerg Med 1990; 8: 635-7.
10. Gravenstein N, Blackshear R. Relative perforating potential of 7-Ft triple lumen catheter. Crit Care Med 1988; 16: 435.
11. Westfall MD, Price KR, Lambert M et al. Intravenous access in the critically ill trauma patient: a multicentered, prospective, randomized trial of saphenous cutdown and percutaneous femoral access. Ann Emerg Med 1994; 23: 541-545.
12. Mansfield PE, Hohn DC, Fornage BD, Gregurich MA. Complications and failure of subclavian-vein catheterization. N Engl J Med 1994; 331: 1735-8.
13. Mughal MM. Complications of intravenous feeding catheter. Br J Surg 1989; 76: 15-21.
14. Dejong PCM, Von Meyenfeldt MR, Routlarf M, Westdorf RIC. Complications of central venous catheterization of the subclavian vein: the influence of a parenteral nutrition team. Acta Anaesthesiol Scand Suppl 1985; 81: 48-52.
15. Conces DJ Jr, Holden RW. Aberrant locations and complications an initial placement of subclavian cannulation. Am Surg 1986; 52: 108-11.
16. Patel C, Laboy V, Venus B, Mathu M, Wier D. Acute complications of pulmonary artery catheter insertion in critically ill patients. Crit Care Med 1986; 14: 195-7.
17. Lefrant JY, Muller L, De La Coussaye JE, Prudhomme M, Ripart J, Gouzes C, Pery P, Sissat G, El-edjam JJ. Risk factors of failure and immediate complication of subclavian vein catheterization in critically ill patients. Intensive Care Med 2002; 28 (8): 1036-41.
18. Bone RC. The technique of subclavian and femoral vein cannulation. J Crit Illness 1988; 3: 61-88.
19. Ducatman BS, McMichan JC, Edwards WD. Catheter induced lesions of the right side of the heart. A one-year prospective study of 141 autopsies. JAMA 1985; 253: 791.
20. Parsa MH, Al-Sawwaf M, Shoemaker WC. Complications of pulmonary artery catheterization. Prob Gen Surg 1985; 2: 133.
21. Boussier H, Mzaalab MH, Bouzid T, Rifi H, Ben Hassouna J, Kamoun M, Meddeb B, Rahal K. Epidemiological features and complications of central venous catheters in pediatric oncology: prospective study about 125 cases. Arch Pediatr 2006; 13 (8): 1107-11.
22. Biffi R, Orsi F, Pizzi S, Pace U, Bonomo G, Monfardini L, Della Vigna P, Rotmensz N, Radice D, Zaampino MG, Fazio N, de Bratad E, Andreoni B, Goldhirsch A. Best choice of central venous insertion site for the prevention of catheter-related complications in adult patients who need cancer therapy: a randomized trial. Ann Oncol 2009; 20 (5): 935-40.
23. Cantú-Martínez A, de-la-Garza-Castro O, Espinosa-Galindo AM, Cárdenas-Estrada E, de-la-Garza-Pineda O, Palacios-Rios D, Guzmán-López S. Modification of the technique for subclavian-vein catheterization. Rev Invest Clin 2009; 61 (6): 476-81.
24. Kang M, Ryu HG, Son IS, Bahk JH. Influence of shoulder position on central venous catheter tip location during infraclavicular subclavian approach. Br J Anaesth 2011; 106 (3): 344-7.

Nótese que la fractura o separación de una parte de la guía metálica en la colocación de un catéter venoso según el citado artículo internet, es una complicación ***muy poco frecuente***, por tanto, el médico Dr. JAIME FANOR ACOSTA no podía precaver tal situación al retirar la guía dañada en el primer catéter aun si esto fuera cierto lo que la primera guía se fracturó por doblamiento.

El doblamiento de una guía no supone fraccionamiento de la guía esto nunca fue probado en el proceso, el juez simplemente lo declara, pero no lo sustenta técnicamente.

No era previsible para el médico tratante haber tenido que avizorar si la guía se dañó por doblamiento y automáticamente hubo fractura o separación de la misma.

No se sabe entonces cuál de las guías fue la que se fragmentó, si la primera o la segunda, aclarando que el daño de la primera guía no hace suponer o presumir su separación o fractura, pues esto no está probado en el proceso, habiendo especulado el Juez en la sentencia que se apela sobre tal situación.



Es claro que el Juez de Primera Instancia no puede afirmar (sin equivocarse) que no encontró en internet que la fractura de una guía en la colocación de cateter venoso central no fuera una complicación de este procedimiento, y que solo lo acepta porque el testigo Dr. VALLEJO lo declaró así.

El articulo ya citado, descrito en internet, puede ser consultado así como lo hizo el Juez 13 Civil del Circuito de Cali, por tanto la fractura de la guía metálica de un catéter, si es un complicación aunque poco frecuente, no sobra advertir el tamaño de fractura de la guía del articulo ya referenciado con el microfragmento del caso que nos ocupa, y que el articulo habla de una persona adulta y en el caso en comento un niño de una mes de nacido, pero lo cierto es que si puede pasar como riesgo un poco frecuente la fractura de una guía para colocar un catéter venoso central.

- ❖ El mismo perito **PEDRO VILLAMIZAR**, conceptúa en su declaración al ser interrogado por el juez, que no todos los exámenes diagnósticos (RX) son exactamente iguales, dependiendo del tipo de radiación se pueden ver los elementos, en el caso de la primera radiografía se hizo para establecer si el catéter estaba bien alojado, y en la segunda se hizo con mayor radiación para ver la estructura bronquial (más en detalle), y que fue eso que evidenció un elemento que no se vio en la primera. Recordemos que las radiografías siendo una ayuda diagnostica no es un examen inocuo, ya que implican en mayor o menor medida una exposición a radiación.

Se aclara, que no está probado en el proceso, que hubo una errada lectura de la radiografía de fecha 3 de agosto de 2019 como en visión de profano el *a quo* lo infiere, pues que esta solo tenía como objetivo revisar, esto es verificar que el catéter estuviera bien colocado (en el espacio que se requería para cumplir de forma segura su función) por eso la especificidad (radiación) de esa ayuda diagnostica no podía evidenciar un cuerpo extraño, ahora bien, cuando se vio la necesidad de revisar la estructura bronquial se ordenó aun radiografía más detallada y con esta si se hizo visible el cuerpo extraño, por eso se descarta lo errado del juez al afirmar que hubo una lectura deficiente en la primera radiografía.



Ecocardiograma: Normal.

Analisis: Paciente de 1 mes, remitido de otra institucion por cuadro de distres respiratorio, asociado a fiebre, que requiere traslado a UCI a su ingreso. Ingresó con SBO, aislamiento de rinovirus. Rapido deterioro respiratorio y compromiso hemodinamico que requirió IOT. Sospecha de sepsis de origen pulmonar. Infiltrados pulmonares bilaterales, adecuado cubrimiento actual con Clindamicina cefepime. Respuesta clínica adecuada, pero aun lenta. Mejoría de parametros ventilatorios, en destete de soporte vasoactivo. PCR en descenso continuo, no hay empeoramiento radiologico comparado con el dia de ayer. Sugiero continuar igual manejo por el momento, seguimiento clinico, radiologico y paraclinico. Tiempo de antibiotico se definirá en próximos días de acuerdo a respuesta clinica. En caso de empeoramiento, progresión de cambios radiológicos podría escalar manejo a Linezolid/Meropenem y pensar en necesidad de imagen toracica mas detallada. Pendiente de evolución de David.

Lo anterior fue ratificado vía testimonio por el Dr. **PEDRO VILLAMIZAR** y el mismo médico tratante **JAIME FHANOR ACOSTA** quienes explicaron la diferencia de especificidad de ambas radiografías y el contexto en el que fueron ordenadas y realizadas.

Se tiene entonces que no está probado en el proceso que se hubiera leído incorrectamente la primera radiografía del 3 de agosto de 2019, como lo infiere el a quo, lo que esta probado es que en esa primera radiografía no se podía ver el cuerpo extraño por el nivel de *especificidad* de esa ayuda diagnostica, nivel que se ajustó a la necesidad con la segunda radiografía y por eso en esta ultima si se pudo ver el cuerpo extraño.

La primera radiografía no tuvo la intensidad suficiente en cuanto a la radiación para detectar el cuerpo extraño porque no se estaba buscando un cuerpo extraño sino para ver como estaba colocado el catéter, cosa diferente en la segunda radiografía que se ordenó para revisar la estructura bronquial (ver declaración del perito y del mismo médico tratante) por tanto se especula sobre una lectura errada de la primera radiografía, cuando lo cierto y probado, es que por el nivel de radiación de esta no se podía identificar cuerpo extraño, lo cual no se puede asociar a un error de conducta en la medida que primera radiografía no fue hecha para buscar cuerpo extraño.

El Juez de Primera Instancia interpreta de forma errada la declaración del Dr. **PEDRO VILLAMIZAR**, en la medida que en la sentencia se afirma que este hubiere negado que la fraccionamiento del catéter no era una complicación, lo que este medico dijo fue que el daño de la guía aun por doblamiento no era una complicación porque eso podía pasar frecuentemente y que sencillamente cuando pasaba el médico solicitaba el cambio de



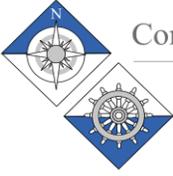
guía, se interpreta equívocamente que lo que el perito dijo fue el daño de la guía no es una complicación, lo que es poco frecuente es el fraccionamiento de la guía, nótese que son dos cosas diferentes lo que dijo el perito mal interpretadas por la Juez de Primera Instancia.

Se insiste una vez mas el daño de la guía aun si fuera por doblamiento no supone que la misma se hubiere fraccionado, eso **nunca se probó en el proceso, aunque en la sentencia condenatoria de sentencia de primera instancia se tenga como una verdad procesal, sin prueba ni sustento científico**, por tanto, no es endilgable al médico tratante suponer la fractura de una guía solo porque se dañó en el intento de coloca el catéter y que la no suposición de esa fractura se traduce un actuar culposo del médico tratante.

Evaluadas la hipótesis de la demanda y la hipótesis de la contestación se pudo establecer que la que pudo obtener mayor grado de contrastación fue la defendida por la Clinica Versailles, a la luz de los test realizados y presentados como pruebas técnicas por esta parte y el peritaje allegado, brillando por su ausencia el esfuerzo probatorio de la parte actora en esta materia.

Necesitábamos un estándar de prueba en materia jurídica igual que sucede en medicina en que también son necesarios estándares de prueba que permitan decidir cuando una hipótesis en este ámbito puede ser considerada probada. En esta, son las comunidades científicas las que, de manera normalmente informal y no institucionalizada, adoptan un estándar de prueba atendiendo a la ratio, por aceptación en estos ámbitos, y la epistemología no impone más que metodologías de formulación del estándar no el estándar mismo.

Luego en el razonamiento probabilístico en el proceso de establecer las credenciales de la prueba (relevancia, credibilidad y la fuerza o peso inferencial) el a quo no se podía apartar de esta desconociendo la máxima de la experiencia científica sobreponiendo la máxima de la experiencia particular que concibe en sus juicios, debiendo adoptar un juicio mas critico de las pruebas disponibles pero con un argumento cuidadoso y no solamente retorico de la prueba.

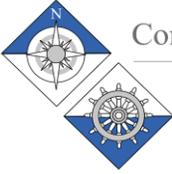


Los errores identificados en que incurrió el a quo no le permitieron distinguir del empleo de conocimiento científico en el proceso, en el que hay que distinguir entre ciencia buena y ciencia mala.

La información en que se apoyo el a quo en sus raciocinios no es correcta, ni incompleta, no es verificable, se evidencia distorsionada de la realidad médica que juzga. En tal sentido se debe acudir al caso Daubert (USA) en el que el juez acude a los requisitos de cientificidad de las nociones que pueden ser usadas como pruebas:

- a. Controlabilidad y falsificabilidad de la teoría científica en que se funda la prueba
- b. De la determinación de la probabilidad de error relativa a la técnica empleada
- c. De la existencia de un control ejercitado por otros expertos a través del peer review
- d. De la existencia de un consenso general en la comunidad científica a que se refiere.

Luego el juez debe ponerse en el problema de verificar la validez y certeza de la información que pretende tener dignidad científica y que están destinadas a constituir la base de la decisión de fondo sobre los hechos. Debe luego el juez verificar con el máximo cuidado la calidad de ciencia de la cual se sirve. De tal manera que ninguna decisión puede considerarse justa si aplica normas a hechos que no son ciertos o que han sido considerados de forma errónea. Así por ejemplo no será igual necesariamente la aproximación científica de un cirujano pediatra a la de un pediatra acerca de la determinación de extraer el fragmento de la guía. Pues se sabe que los pediatras son clínicos en tanto que los cirujanos pediatras y generales son quienes cuentan con la experticia de intervenir o no intervenir sopesando riesgo beneficio. Dado que la prueba no resulta ser un instrumento retorico sino epistémico, es decir el medico con el cual, en el proceso se adquiere la información necesaria para la determinación de la verdad de los hechos. En consecuencia, también de la ciencia se hace un uso epistémico, en el sentido que las pruebas científicas están dirigidas a aportar al juez elementos de conocimiento que escapan a los conocimientos normales y generales de los que dispone. Es una discrecionalidad de que goza el juez, pero guiada por las reglas de la ciencia, la



lógica y la argumentación racional. Luego el principio del libre convencimiento ha liberado al juez de las reglas de la prueba, pero no lo ha desvinculado de las reglas de la razón.⁸

CONCLUSIÓN

De todos los reparos expuestos, es diáfano concluir, que no está probado el primer elemento de la responsabilidad, esto es la culpa, pero sobre todo no está probado que el elemento culpa creado por el despacho en su sentencia aun de forma errada puede tener relación de causalidad con los daños reclamados en la demanda, en la medida que los padres del menor han tenido suficiente claridad que el fragmento de la punta de la guía alojado en el cuerpo de su menor, no representa peligro alguno pasado, presente y futuro para su salud, por tanto aun si existiera culpa (se presenta como hipótesis de defensa) no existe daño indemnizable, ante lo ***inocuidad*** que se torna la permanencia de la guía en el cuerpo del menor, debiendo honrarse las medidas salvadoras del médico **JAIME FHANOR ACOSTA** y de la CLÍNICA VERSALLES que salvaron la vida del menor **DAVID ALEJANDRO BEJARANO** que los padres olvida con una demanda temeraria respecto de los daños reclamados como indemnizables y su monto indemnizatorio.

En todo caso la Clínica Versalles, mantiene su compromiso ético y médico bajo la discrecionalidad científica del cirujano pediatra tratante, de hacerle seguimiento médico al paciente las veces que este estime necesario hacerlo pese a tener la certeza de la inocuidad del elemento en la integridad física del paciente. Lo que no significa en ningún momento un reconocimiento de responsabilidad civil.

SOLICITUD

Se revoque la Sentencia de Primera Instancia, a partir de los reparos enunciados en este recurso y en su lugar se absuelva a **CLÍNICA VERSALLES** de las pretensiones de la demanda.

Sinceramente.,

⁸ Teoría de la prueba. Michele Taruffo. Ara editores pag. 271.



Consorcio Aristizábal Velásquez

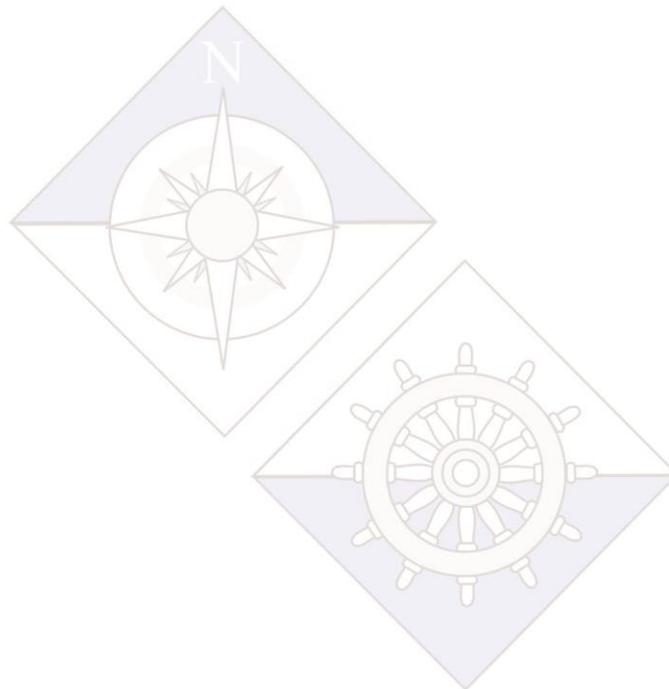
Abogados Ltda.

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN

C.C. Nro. 16.678.028

T.P. Nro. 41.291 CSJ

Harold.aristizabal@conava.net



Carrera 3 A Oeste No. 2-43 El Peñón
PBX (57) (092) 488 0999 Tel: (57) (092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 8922106
Email RNA :harold.aristizabal@conava.net
Email: conava@conava.net
Email: ham.conava@gmail.com
Santiago de Cali - Colombia