

República de Colombia
Rama Judicial del Poder Público



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ
SALA DE DECISIÓN CIVIL

Magistrado Ponente Iván Darío Zuluaga Cardona

Bogotá D.C., seis (06) de octubre de dos mil veintiuno (2021).

Proceso	Verbal
Demandantes	Daliz María Bello Blanco Olga Cecilia Blanco Bustacara Daniela Rivera Bello
Demandado	Fundación Hospital de la Misericordia Caja de Compensación Familiar Compensar La sociedad Pediátrica de los Andes S. A.
Radicado	11 001 31 03 040 2017 00702 01
Instancia	Segunda – <i>apelación de sentencia</i> -
Procedente	Juzgado 40 Civil del Circuito de Bogotá
Decisión	Confirma

Proyecto discutido en sala del 06 de octubre de 2021

Se procede a resolver el recurso de apelación interpuesto por la demandante contra la sentencia del 18 de marzo de 2021, proferida por el Juzgado 40 Civil del Circuito de Bogotá, en el asunto en referencia.

I. ANTECEDENTES

1. Pretensiones

Daliz María Bello Blanco, Olga Cecilia Blanco Bustacara y Daniela Rivera Bello, presentaron demanda en contra de Fundación Hospital de la Misericordia, Caja de Compensación Familiar Compensar y la Sociedad Pediátrica de los Andes S. A., plantearon las siguientes pretensiones:

1.1. Principales: *i)* Declarar que las demandadas son solidariamente responsables por la muerte del niño Mihael Santiago Rivera Bello; *ii)* condenar al

pago de los siguientes perjuicios: 1) **materiales:** \$7.418.395 en favor de Daliz María Bello Blanco; y 2) **inmateriales:** 2.1. **Morales:** 100 s.m.l.m.v. para cada una de las demandantes, además 100 s.m.l.m.v para Daliz María Bello Blanco, como heredera al derecho a ser indemnizado del menor Mihael Santiago Rivera Bello por los perjuicios morales sufridos por este; 2.2. **Daño a la vida de relación:** 100 S. m. l. m. v., para cada una de las demandantes, además 100 s.m.l.m.v. para Daliz María Bello Blanco, como heredera del derecho a ser indemnizado del menor Mihael Santiago Rivera Bello de la dignidad humana e igualdad y derecho a la familia; 2.3. **Por afectación del derecho constitucional a la familia:** 100 s. m. l. m. v., para cada una de las demandantes.

1.2. Subsidiarias: *i)* Declarar que las demandadas son solidariamente responsables por pérdida de la oportunidad de vivir, ocasionada con la muerte de dicho niño; y *ii)* condenar a los demandados a pagar los mismos perjuicios materiales e inmateriales en listados en las pretensiones principales.

2. Fundamentos fácticos de las pretensiones

2.1. Daliz María Bello Blanco, Daniela Rivera Bello y Olga Cecilia Blanco, tenían en su orden la calidad de madre, hermana y abuela del niño que en vida respondió al nombre de Mihael Santiago Rivera Bello, quien se encontraba vinculado al sistema de seguridad social en salud en calidad de beneficiario en la Entidad Promotora de Salud Compensar E. P. S.

2.2. El 23 de abril de 2013, siendo aproximadamente las 2:00 pm, dicho niño empezó a sentir dolor de estómago que incrementaba y vómitos recurrentes. En la madrugada siguiente, dicha molestia no mejoró y tuvo fiebre de 39 grados, la madre llamó a pedir cita médica que fue autorizada ese mismo día a las 8:00 a.m. El niño mostró que dolía en la parte baja del estómago, se procedió a arrodillarlo, y al palpar el área indicada se observó en la parte baja del costado derecho inflamación que al contacto producía dolor.

2.3. La señora Daliz María se fue con el niño a la Sociedad Pediátrica de los Andes para asistir a la correspondiente cita, a la que llegó retrasada ante las incomodidades del segundo para caminar, en donde fue atendido por el médico

Oscar Fernando Torres Alonso, no solicitó exámenes, tampoco plan de tratamiento, indicó que se podía estar tranquilo y que no se requería cirugía, hechos que consignó en la historia clínica.

Una vez se explicó lo anterior, se dio salida con acetaminofén, y quedó consignado en la historia clínica rinofaringitis aguda, resfriado común, se dio salida diciendo a la señora madre que podía estar tranquila, y con dicho medicamento se ocultaron los síntomas del dolor abdominal. Luego de que el niño fue enviado a casa, presentó dificultades para caminar y hacer deposiciones, estuvo decaído, manifestaba sentir calor, y tampoco comía bien.

2.4. El 27 de abril de 2013, esto es 3 días después, inconforme con la atención anterior, se decidió llevar el niño a urgencias en la Fundación Hospital la Misericordia, donde esperó en urgencias aproximadamente 40 minutos, hasta que fueron llamados para triage, oportunidad donde dijeron que no suministrara al menor alimentos por si era necesario practicar cirugía.

Luego fue atendido por una estudiante practicante quien manifestó que tenía un virus, momento en que la madre decidió que fuera valorado por un médico profesional quien procedió en ese sentido y distraído por las enfermeras, manifestó que se trataba de infección intestinal, a pesar de que se insistía en los síntomas.

No obstante, se ordenó Acetaminofén y exámenes que fueron entregados sobre las 5:00 p.m., tiempo durante el cual el paciente estuvo deshidratado, presentó sed y pedía abundante líquido. Los mismos manifestaron que se trataba de un virus, recetaron el mismo medicamento, el médico aprobó y se dio orden de salida.

2.5. En la misma fecha siendo las 15:52 el medico de turno, señaló que se revaloró el paciente quien persiste con dolor abdominal, sin embargo, refiere que ha disminuido, consideró que se trataba de un paciente que cursaba con gastroenteritis de probable etiología viral, y podía recibir manejo ambulatorio con control de uroanálisis.

A pesar de que el niño tenía síntomas propios de apendicitis, no tomaron medidas, sin tener en cuenta que iban empeorando gradualmente, además que hay

un instante donde disminuyen, puede reducirse temporalmente cuando se rompe y se reduce la presión acumulada.

2.6. El 27 de abril de 2013, en la Fundación Hospital de la Misericordia se realizó examen coproscópico, en el cual se observa la presencia de diversos parásitos en particular Tricocéfalo, en los casos de infección fuerte de este los pacientes presentan apendicitis. Interpretaron de manera errónea el cuadro clínico y los exámenes.

2.7. El 28 de abril de 2013, el menor Mihael Santiago Rivera Bello, en compañía de sus padres regresó a la Fundación Hospital la Misericordia, sobre las 6:00 p.m., quien fue atendido por médicos que al hacer una toma de signos vitales, detectaron que estaba taquicárdico y deshidratado. Se diagnosticó hemorragia gastrointestinal, no especificada, y apendicitis aguda con peritonitis generalizada.

2.8. En esa fecha, el menor fue valorado a las 20.50, por cirugía pediátrica, con anotación de que estaba en sala de reanimación, con medico de urgencia, en mal estado general, shock séptico de origen abdominal, sangrado digestivo, se explican riesgos, alta probabilidad de complicaciones perioperatorias.

Al día siguiente, se realizó nota de procedimiento, diagnóstico, abdomen agudo, peritonitis generalizada, choque séptico, apendicitis aguda perforada con peritonitis generalizada, sepsis grave, y como plan traslado a unidad de cuidado intensivo.

También paciente en estado crítico inestable hemo dinámicamente, soporte vasoactivo y abdomen abierto, requiere unidad de cuidado intensivo, no hay disponibilidad de cama, en las condiciones actuales del paciente, no es factible remitir a otra institución, continúa en salas de cirugía, en espera de traslado.

2.9. El traslado se hizo efectivo el 29 de abril de 2013, a las 6:34 a.m., ingresó en pésimo estado general, posteriormente se evidenció actividad eléctrica sin pulso, se iniciaron maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada sin lograr respuesta, falleció a las 7:25 a.m.

Según autopsia presentó choque séptico de origen abdominal, con criterios clínicos y de laboratorio, estado post apendicetomía por apendicitis aguda perforada, y drenaje de peritonitis, focos de isquemia y necrosis miocárdica, congestión visceral generalizada – anasarca-.

2.10. El cuadro clínico del paciente demostró que eran síntomas propios de una apendicitis que nunca se sospechó por los médicos de las entidades demandadas.

3. Posición de la parte pasiva.

Los demandados se opusieron a las pretensiones. Formularon las siguientes excepciones:

3.1. Fundación Hospital de la Misericordia: *i) "inexistencia de los requisitos para que se presente la responsabilidad civil por parte de la demandada Fundación Hospital la Misericordia, esto es un daño causado, una culpa probada y un nexo de causalidad entre el daño y la culpa"; ii) "inexistencia de la obligación de indemnización de eventuales perjuicios a cargo de la demandada Fundación Hospital de la Misericordia por cuanto la muerte del paciente no es atribuible a acción u omisión de la demandada sino a una fuerza mayor"; y iii) "cumplimiento cabal de las obligaciones de la demandada".*

Las anteriores excepciones se fundamentaron todas en que no existió culpa de la demandada, se dio al paciente una atención acorde a sus síntomas y signos clínicos, pese a ello falleció. Esa situación ocurrió por serie de sucesos que no pudieron ser evitados.

3.2. Compensar E. P. S.: *i) "Inexistencia de los presupuestos de responsabilidad civil".* Compensar no intervino en la prestación del servicio. Si se analiza la conducta de los demás demandados no se evidencian los elementos de la responsabilidad civil, no existió conducta culposa.

ii) "Hecho exclusivo y determinante de la víctima exonerante de toda responsabilidad y/o atenuante de la misma". La madre del paciente no manifestó en la consulta del 24 de abril de 2013, que el niño presentaba dolor e inflamación en la parte inferior

derecha del abdomen, dolor o dificultad para caminar, sensación de calor, dificultad en deposiciones, o alucinaciones, y reconsultó tres días después.

iii) *“Inexistencia de responsabilidad por falla presunta del servicio – régimen de falla probada”*. No se cumplió con la carga probatoria de acreditar la negligencia de la demandada, la actuación administrativa de Compensar se ciñó a sus obligaciones legales.

iv) *“Inexistencia de responsabilidad solidaria de compensar EPS – hecho exclusivo de determinante de un tercero como eximente de responsabilidad”*. No se demostró participación en la atención médica, procedimientos e intervenciones, estos fueron realizados de manera autónoma.

v) *“Imprudencia de responsabilidad por parte de Compensar EPS, por cuanto sus obligaciones son de asegurador, distinta a la responsabilidad de la IPS que es prestador efectivo”*. La responsabilidad que alegan las demandantes no fue por la afiliación sino por la prestación de servicios médicos.

vi) *“Médicos tratantes tienen responsabilidad en obligaciones de medio y no en obligaciones de resultado, no se configura nexo causal debido a la observancia de los procedimientos médicos establecidos atendiendo a la sintomatología presentada”*. La atención brindada fue ajustada a los procedimientos médicos establecidos y con observación de la lex artis.

vii) *“Imprudencia de condena de daño material”*. El perjuicio no cumple con el requisito de certeza es meramente eventual e hipotético. No se aportó prueba de su existencia.

viii) *“Imprudencia de condena por el daño en la vida de relación por inexistencia”*. Se está reclamando el mismo perjuicio dos veces, como daño a la vida de relación y moral, no se probó el daño a la salud de los demandantes.

ix) *“Imprudencia de condena por el daño a la familia”*. El monto reclamado resulta improcedente porque no son las víctimas del daño.

x) *“Estimaciones desmesuradas e injustificadas de las pretensiones – enriquecimiento sin justa causa”*. En caso de acceder a las pretensiones indemnizatorias se estaría causando un detrimento en el patrimonio y un enriquecimiento sin justa causa.

3.3. Sociedad Pediátrica de los Andes S. A. S.: i) *“Ausencia de los elementos que configuren la responsabilidad civil extracontractual de la SPLA”*. La actuación del médico Oscar Fernando Torres Alonso, especialista en pediatría el 24 de abril de 2013, no constituye la causa por la que se concretó el daño, fue diligente, acorde con la sintomatología y emitió recomendaciones, esto en caso de volver a presentar síntomas o empeorar su situación remitir de manera inmediata a urgencias lo que no se realizó oportunamente.

ii) *“Ausencia de los elementos que configuran la responsabilidad civil contractual”*. La madre del menor no puede fungir como parte del vínculo jurídico que hubo entre la demandada y el menor. No hay incumplimiento.

iii) *“Las obligaciones que tenían la SPLA y el médico pediatra Oscar Fernando Torres Alonso eran de medios y no de resultado”*. Las actuaciones de los demandados estuvieron investidas de diligencia, prudencia, pericia, cuidado, encaminadas a cumplir lo que ordena e instituye los conocimientos de las ciencias de la medicina.

iv) *“Observaciones de la lex artis”*. La atención brindada el 24 de abril de 2013, estaba dentro de las instrucciones y conocimientos de las ciencias de la medicina, a partir de los síntomas relacionados, estuvo correcto, no hubo error.

v) *“falta de diligencia del cuidador del menor”*. La madre del menor omitió entregar una información clara, veraz del estado de salud del menor, el detalle de la evolución del cuadro clínico y no cuantificó el estado febril. Tampoco manifestó el dolor de la parte baja que detectó y que percibió inflamación sobre el costado derecho, información relevante, esperó 3 días sabiendo que no se encontraba bien.

vi) *“Autonomía técnica, económica, administrativa y directiva del médico Oscar Fernando Torres Alonso, derivada del contrato de prestación de servicios suscrito entre este y SPLA”*. El contrato entre estos implicaba autonomía técnica, económica, administrativa y directiva, la ejecución de dicho servicio se prestaría por cuenta del médico.

vi) *“Incompatibilidad de pretensiones”*. Se formuló acción extracontractual cuando el daño proviene de una falla del servicio médico por medio de acción hereditaria que es contractual.

vii) *“Indebida cuantificación de los perjuicios (enriquecimiento sin causa – falta de juramento estimatorio), e indebido planteamiento de los títulos de imputación”*. En este caso no se presentó daño a la salud, y vida de relación. La reparación de la afectación a bienes o derecho convencional y constitucionalmente amparados se efectúa a través de medidas de satisfacción

viii) *“Prohibición de pago doble de daño o perjuicio inmaterial”*. Se debe negar toda pretensión o cuantificación de daño inmaterial disfrazado en varios títulos.

ix) *“De la buena fe en las actuaciones de la SPLA y el médico pediatra”*. Las actuaciones del médico deben ser analizadas bajo la óptica de la buena fe, era el debido proceder.

x) *“Incongruencia frente a los hechos de la solicitud de conciliación y los hechos relatados en la demanda”*. La omisión de algunos hechos tiende a sesgar el juicio al momento de decidir el litigio.

4. Llamamientos en garantía.

En este juicio se admitieron los llamamientos en garantía de: i) Fundación hospital la Misericordia a Seguros del Estado S. A; ii) Caja de Compensación Familiar Compensar a Allianz Seguros Generales S. A., a la Fundación Hospital de la Misericordia y a la I.P. S. Sociedad Pediátrica de los Andes S. A. S.; iii) I.P. S. Sociedad Pediátrica de los Andes S. A. S, a Oscar Fernando Torres Alonso y Seguros Generales Suramericana S. A.

5. La Sentencia de primera instancia

El Juzgado 40 Civil del Circuito de Bogotá, negó las pretensiones de la demanda y condenó en costas a la parte demandante.

La culpa que se atribuyó a quienes conforman el extremo demandado no se logró demostrar, dado que las pruebas recaudadas revelan todo lo contrario.

Se acreditaron las afectaciones a la salud que presentó Mihael Santiago Rivera Bello, aproximadamente a partir del 23 de abril de 2013, como lo fueron dolor abdominal, vómito, fiebre, diarrea, entre otras, que fueron empeorando con el pasar del tiempo, lo que desencadenó en su deterioro físico, y emocional, por último, en su deceso el 29 de abril siguiente.

No se demostró que los procedimientos médicos que se llevaron a cabo durante la enfermedad del paciente fueran los detonantes de sus posteriores padecimientos y complicaciones por haber sido mal desarrollados.

De la historia clínica, dictámenes periciales y testimonios técnicos de los médicos se advierte que no existe el error de diagnóstico en la forma planteada por la demandada, es decir que desde el principio se sabía que tenía apendicitis y no gastroenteritis viral y rinofaringitis aguda.

Los exámenes físicos, laboratorio, el periodo de observación y la información brindada por la progenitora del causante al médico pediatra Oscar Torres en la Sociedad Pediátrica de los Andes S. A. S., no permitía inferir anormalidad alguna, los diagnósticos presuntivos no son un yerro propiamente dicho, no lucían disonantes con lo que revelaba la sintomatología del paciente, situación que descarta error en la formulación de los medicamentos.

Se prestaron los servicios médicos generales y especiales que requirió en procura de establecer su diagnóstico y poner en marcha el tratamiento pertinente para dar solución a su enfermedad. Sin embargo, se aprecia es que fue una situación atípica porque los signos y síntomas no se mostraban acorde con el posible diagnóstico, llevó a pensar que se trataba de otro.

Aunque no se determinó con precisión, no se puede hablar de ausencia de diagnóstico, a medida que fue pasando el tiempo se hizo evidente las complicaciones de salud, y cuando se fueron revelando fueron tratadas por los

especialistas que siguieron el caso, se dispuso un plan de manejo para corregir esas enfermedades, sin resultado positivo.

El diagnóstico final fue de apendicitis, los síntomas iniciales no fueron precisos o correctos, ni certeros, como se pudo evidenciar al momento en que se practicó la intervención quirúrgica del 28 de abril de 2013 y en la necropsia. No obstante, no se demostró que ese error fuera de carácter culposo, esto es por errores protuberantes o manifiestamente negligentes por parte de los médicos.

La historia clínica no permite llegar a una conclusión de esa magnitud, no obra prueba que emane de un experto que así lo confirme, por ser un tema netamente médico, requería de la opinión especializada que pudiera conceptuar sobre el trato que se dio al paciente respecto de sus padecimientos.

Era carga de la parte demandante demostrar que los médicos interpretaron erróneamente los signos y síntomas que el niño presentaba, o que los resultados de los exámenes físicos y laboratorios se apartaron de un lógico y comprensible análisis. No se practicó dictamen pericial como medio idóneo para despejar las dudas en torno a la culpa.

Los testimonios de los médicos que comparecieron y de los que fungieron como peritos, en cuanto a que el dolor abdominal puede tener distintas causas y diagnóstico, resulta claro que en principio nada anormal revelaban o que indefectiblemente debía colegirse apendicitis.

Sin dejar de lado que algo de incidencia puede atribuirse a la demora de la preconsulta ante la Fundación Hospital de la Misericordia, según escala de saps 3 el niño tenía una probabilidad de morir del 70.9%, muy probablemente con unas horas antes ese porcentaje hubiera bajado, tesis que no fue desvirtuada por algún elemento de juicio.

El examen de laboratorio coproscópico que incluyó fisicoquímico, análisis microscópico, uroanálisis, arrojó como resultado la no presencia en el cuerpo del paciente de parásitos, tan solo se hallaron blastocystis hominis, sin que fueran

indicativos de proceso inflamatorio abdominal. Esos exámenes no aportaron un signo directo o indirecto de apendicitis aguda.

La literatura médica aportada con la demanda por sí sola no tiene la fuerza suficiente o virtualidad para revelar que en este caso bajo estudio era factible determinar desde el principio que los signos y síntomas que evidenciaba debían asociarse directa o indubitadamente a apendicitis, no puede mirarse como un caso normal, quedó demostrada la atipicidad con que dicho padecimiento se presentó en el paciente, lo que dificultó no solo su descubrimiento, sino también de implementar un tratamiento médico oportuno.

Brillan por su ausencia los consentimientos informados para la realización de los procedimientos anestésicos y quirúrgicos, que se le practicaron al paciente, pero si el daño reclamado son los materiales y morales, resulta intrascendente dilucidar el incumplimiento de ese deber de información, tiene una causa perfectamente determinada en la demanda, las cirugías y no la ausencia de consentimiento.

Ante la urgencia con que se realizaron los procedimientos teniendo en cuenta el complejo cuadro que presentaba el paciente, se infiere que por la premura de salvar su vida, no dio tiempo de la entrega del consentimiento informado de manera escrita, pero sí verbal como lo dijo la señora María Bello.

No se cumplió con la carga de demostrar que el daño reclamado fuera el producto de un evidente error de diagnóstico y /o de la mala praxis del personal médico, razón por la que las pretensiones principales y subsidiarias deben ser despachadas desfavorablemente.

6. Recurso de apelación.

Inconforme con esa determinación la parte actora presentó recurso de alzada. Los argumentos sustentados en segunda instancia son los siguientes:

5.1. Los médicos tratantes Oscar Fernando Torres Alonso, Fernando Daza Amézquita y Juan Javier Valero, igualmente los que rindieron dictámenes periciales “*pueden carecer de imparcialidad*”, son galenos que podrían verse beneficiados por los

efectos de la sentencia y son subordinados de las demandadas, a favor de quienes rindieron su testimonio, deben ser considerados testigos sospechosos.

5.2. Desde el 24 de abril de 2013, día en que el menor fallecido tuvo la primera atención médica como consecuencia de su dolor abdominal se iniciaron una carrera de errores que llevaron a su muerte, se hizo un diagnóstico erróneo en la Unidad Pediátrica de los Andes, no se solicitaron exámenes, tampoco se estableció un plan de tratamiento, se indicó a la madre que podía estar tranquila y que no requería cirugía.

5.3. El 27 de abril siguiente, los médicos de la Fundación Hospital la Misericordia, reiterando síntomas propios de una apendicitis, decidieron acoger el concepto emitido por la anterior entidad, trataron un diagnóstico erróneo, no efectuaron exámenes que impidieran que se reventara el apéndice, llegando a peritonitis y muerte.

No se tuvo en cuenta que los síntomas disminuyen cuando el apéndice se rompe por la presión acumulada, como lo señala la literatura médica. Se efectuó coproscópico en el que se observa la presencia de diversos parásitos, tales como áscaris, oxiuros, uncinarias y larvas, y tricocéfalo que según la literatura médica, en casos de infección fuerte padecen apendicitis aguda.

5.4. El cuadro clínico mostró que eran síntomas propios de una apendicitis, no se realizaron pruebas de sangre, orina, imágenes o laparotomía exploratoria para confirmar o descartar, es claro que hubo un error de diagnóstico.

5.5. La Corte Suprema de Justicia ha tenido la oportunidad de tratar muchos casos similares, en los cuales ha soportado sus decisiones con base en la literatura médica y ha condenado la responsabilidad civil proveniente de la prestación del servicio médico, en casos de diagnóstico erróneo o tardío de apendicitis, se condenó porque se consideró que la muerte por esta es claramente evitable.

5.6. El Ministerio indicó que la parasitosis no es frecuente en la apendicitis, pero si es un índice de sospecha.

5.7. No se dio aplicación a los indicios que son prueba por excelencia en estos casos, tampoco al principio *res ipsa loquitur*, se concluyó erróneamente que la atención fue adecuada cuando fue evidente el error de diagnóstico.

5.8. No se pronunció sobre las pretensiones subsidiarias, si bien se relacionó en la sentencia no se estudiaron, básicamente iban encaminadas a obtener la responsabilidad de la parte demandada por pérdida de la oportunidad de vivir.

II. CONSIDERACIONES

1. La competencia del Tribunal está delimitada por los puntos de controversia expuestos en la sustentación del recurso de alzada quedando vedados los temas que no hayan sido debatidos frente al fallo de primera instancia, como lo prevén los artículos 320 y 328 del CGP.

2. Se confirmará la sentencia atacada. Los puntos de inconformidad no permiten avizorar la culpa médica como elemento de la responsabilidad que se reclama. Los argumentos que respaldan esta tesis se analizan a continuación.

3. La parte demandante censuró que los médicos Oscar Fernando Torres, Alonso, Fernando Daza Amézquita y Juan Javier Valero, junto con los que rindieron dictámenes periciales “*pueden carecer de imparcialidad*”, dado que podrían verse beneficiados de la sentencia y son subordinados de las demandadas.

3.1. Con respecto a los testimonios no se efectuó tacha contra cada uno en los términos que contempla el artículo 211 del Código General del Proceso, corresponde entonces a un tema que no fue cuestionado y menos decidido en primera instancia, cerrando de esa manera la puerta en este grado de conocimiento para abordar asuntos que no fueron materia de decisión.

Recuérdese, el artículo 320 del Código General del Proceso, dispone: “*el recurso de apelación tiene por objeto que el superior examine **la cuestión decidida**, únicamente en relación con los reparos concretos formulados por el apelante, para que el superior revoque o reforme la decisión*” (negrilla fuera de texto).

3.2. No sobra advertir, el efecto de la tacha de un testigo *per se* no mengua su fuerza demostrativa, no impone colegir sin más miramientos que se faltó a la verdad, sino un análisis más celoso de sus manifestaciones en orden a determinar si disipan la prevención que generan, o si están en contradicción con otros medios de prueba, situación ésta última que la parte actora no hace ver a manera de reparo concreto frente a cada uno de ellos, y sobre todo de cara a alguna prueba específica incorporada a la foliatura.

3.3. Igualmente ocurre con los profesionales que rindieron dictámenes periciales, doctores Olga Lucía Baquero y Andrés Felipe Galindo Ángel, frente a la primera no se evidencia motivo por el cual podría verse beneficiada con la decisión de este asunto, tampoco relación de dependencia respecto de alguna de las partes.

El doctor Galindo en su hoja de vida plasmó que desde abril de 2019 hasta enero de 2020, se desempeñó como *“Asesor y evaluador de proyectos de investigación e innovación, nuevas tecnologías y farmacoeconomía. Coordinador del Centro de Investigación y Docencia”* en la Fundación Hospital pediátrico la Misericordia (archivo 26, 01 cuaderno principal).

No obstante, a la fecha de rendición del dictamen (13-01-2021), no se avizora el vínculo de subordinación que se pretende hacer ver, tampoco beneficio o perjuicio derivado de esta sentencia que pudiera dar lugar a dudar de imparcialidad, situaciones que tornan infundadas las sospechas que quiere hacer ver la parte demandante.

4. Se rebate que en la atención médica brindada al niño Mihael Santiago Rivera Bello, se incurrieron en una cadena de errores que condujeron a su deceso, tanto en la Sociedad Pediátrica de los Andes S. A., como en la Fundación Hospital de la Misericordia.

4.1. Los medios de convicción incorporados no develan error de diagnóstico inexcusable como elemento de la responsabilidad médica -culpa-, en la atención brindada el **24 de abril de 2013**, en la Sociedad Pediátrica de los Andes S. A., veamos.

4.1.1. Se disiente porque el niño consultó por presentar dolor abdominal, vómito, náuseas, fiebre y diarrea, claros síntomas de apendicitis, no se solicitaron exámenes, no se estableció un plan de tratamiento, se indicó a la señora madre que podía estar tranquila, y ocultaron los síntomas con Acetaminofén, dieron salida sin signos de alarma, y generaron confianza de que no era un dolor grave o quirúrgico.

4.1.2. Según historia clínica el 24 de abril de 2013 a las 8:47 a.m., se consultó por primera vez en la Unidad Pediátrica de los Andes, el niño fue atendido por el médico Oscar Fernando Torres Alonso.

En ese momento presentaba dolor abdominal *“tipo cólico”*, asociado a vómito, última a las 3:00 a.m., *“no diarrea”*, el día anterior con *“fiebre no cuantificada”*, sin que se hubiese administrado medicamentos, desde hace 10 días con *“rinorrea”, “tos húmeda no cianosante no emetizante”*, no síntomas urinarios, e hiporexia (fls. 14, página 29, pdf. C04 Expediente escaneado, 01 cuaderno principal).

Al examen físico se encontró aceptable en estado general, *“afebril, hidratado, decaído, mucosa húmeda (...) escurrimiento posterior hialino y mucosa, abdomen normal no (...) ruidos intestinales aumentados, blando, depresible, no distendido, doloroso en forma generalizada, sin signos de irritación peritoneal, marco cólico derecho”*.

Se estableció como conducta, *“paciente abdominal no quirúrgico e intolerante a la vía oral sin deshidratación, pródromos de diarrea, explico a la madre, alizapride, tolerancia a la vía oral con suero (...), diagnóstico principal rinofaringitis aguda resfriado común”*.

Siendo las 12:14 del mismo día, fue revalorado por el mismo profesional, quien encontró que el paciente aceptó la vía oral, mejoría del dolor abdominal, diuresis normal, buen estado general, afebril, hidratado, no dificultad respiratoria, *“abdomen blando, depresible, no distendido, no doloroso, no masas, no megalias”* (fls. 17, página 35, pdf. C04 Expediente escaneado, 01 cuaderno principal).

También se consignó, *“explico a la madre, salida con acetaminofén, sr 60, dieta astringente, recomendaciones y signos de alarma”*.

4.1.3. A este juicio se incorporó el dictamen pericial rendido por Andrés Felipe Galindo Ángel, médico general (2003), especialista en pediatría (2009) y candidato a magister en epidemiología clínica, quien utilizó como metodología el estudio de la historia clínica del paciente, sumado a la revisión de artículos científicos, protocolos y guías médicas (26 Remisión dictamen pericial, 01 Cuaderno principal).

Sostuvo que el diagnóstico de apendicitis es eminentemente clínico, esto es que un grupo de signos, síntomas y experiencia se unen para una sospecha diagnóstica, y los apoyos diagnósticos son para confirmar o rechazar una hipótesis, no haber síntomas específicos que determinen 100% dicha enfermedad, como tampoco un paraclínico.

Con respecto, a los signos y síntomas que harían sospechar una apendicitis en niños, serían la fiebre, náuseas, vómito, anorexia, migración del dolor hacia fosa iliaca derecha, dolor al saltar, irritación epigástrica, signo Psoas, signo Rovsing y defensa muscular.

Explicó también que la irritación peritoneal es la inflamación del peritoneo visceral o parietal que denota una posible infección y/o presencia de un irritante a ese nivel, entre los que se encuentran defensa muscular, signos del rebote, signo del Psoas, Signo del Rovsing, los cuales pueden sugerir un proceso inflamatorio de origen abdominal que haría pensar en una posible apendicitis aguda.

Para lo que interesa al caso, explicó frente a ***“si el paciente (...) en alguna de las consultas del 24 o 27 presentó algún signo de irritación peritoneal, no hay dentro del examen físico ningún signo que así lo compruebe (...). No hay (...) signo clínico de apendicitis aguda o de abdomen quirúrgico que haya hecho pensar a los galenos que el paciente hubiese requerido un procedimiento quirúrgico”*** (fls. 10, 26 remisión dictamen pericial, 01 cuaderno principal).

En audiencia de contradicción al preguntar si la valoración, atención y procedimientos aplicados al menor resultan coherentes con el cuadro clínico que el presentaba, contestó que sí. Con respecto al Acetaminofén dijo que no está dentro de los medicamentos que enmascaran una apendicitis aguda.

4.1.4. También se incorporó experticia elaborada por la doctora Olga Lucía Baquero Castañeda, médico cirujano (1998), especialista en pediatría (1992), en gerencia de la salud pública (2002) y en educación médica (2005), quien como método utilizó sus conocimientos, experiencia, revisión de registros clínicos de atención del paciente y literatura médica (01 Expediente escaneado, 06 Llamamiento garantía pediatra Oscar Torres).

Refirió que el niño fue llevado a consulta prioritaria a la Unidad Médica de los Andes el 24 de abril de 2013, 8:47 a.m. con dolor abdominal tipo cólico, asociado a vómito, no diarrea, tos húmeda, no cianozante, no emetizante, no síntomas urinarios, e hiporexia (pocas ganas de comer).

El paciente se encontraba en aceptable estado general, afebril, hidratado, un poco decaído, mucosa oral húmeda, cabeza normal, ojos normales, orofaringe eritematosa, escurrido posterior hialino y mucoso, cuello normal, cardio pulmonar normal, **a nivel abdominal ruidos intestinales aumentados, blando, depresible, no distendido, doloroso en forma generalizada sin signos de irritación peritoneal, marco cólico derecho.**

Relató que el médico que atendió el niño doctor Oscar Fernando Torres efectuó un diagnóstico de rinofaringitis aguda (resfriado común) con náuseas y vómitos asociados, y de acuerdo a la sintomatología referida, no se requería para el momento de valoración o solicitud de exámenes.

Manifestó que se estableció como plan de manejo Alizapride para el control del vómito y tolerancia a la vía oral con sales de rehidratación, se dejó en observación y tres horas después realizaría revaloración, siendo 12:17, encontró el paciente en adecuada aceptación y tolerancia.

También se encontró con mejoría del dolor abdominal, no deposiciones, diuresis normal, buen estado general, afebril, hidratado, no dificultad respiratoria. **Abdomen blando, depresible, no distendido, no doloroso, no masas, no megalias, explica a la madre y da salida con acetaminofén, sales de rehidratación oral, dieta astringente y signos de alarma.**

Puntualmente al interrogante, si para esa fecha el paciente presentaba un cuadro clínico que permitiera considerar que la primera posibilidad diagnóstica era apendicitis, respondió: *“tenía síntomas generales que de acuerdo a la valoración completa no hacían sospechar un cuadro clínico de apendicitis, por lo tanto no se podía tratar como una posible apendicitis, el cuadro clínico hacía sospechar proceso viral alto y posible podromos de enfermedad diarreica (síntomas que se presentan previo al inicio de la diarrea)”* (fls. 121, 01 Expediente escaneado, 06 Llamamiento garantía pediatra Oscar Torres).

Con respecto a si era posible confundir síntomas de gastroenteritis de origen viral, y una apendicitis, explicó que al inicio pueden ser similares, a medida que transcurre el tiempo hay cambios, en los procesos diarreicos el dolor abdominal es tipo cólico, no constante, no es persistente, en los cuadros de apendicitis es constante, persistente, y se tiende a localizar inicialmente y además **presenta signos de irritación peritoneal al examen físico.**

De manera concluyente, con base en la historia clínica sostuvo que la valoración, diagnóstico y manejo realizado por el doctor Oscar Torres, estuvo ajustada a la lex artis, además explicó que el Acetaminofén no enmascara la apendicitis dado que tiene un nivel de seguridad alto.

4.1.5. De igual modo, se recibieron los conceptos técnicos de los médicos especialistas en pediatría Alonso de la Espriella y Edgard Fernando Galvis Alvarado (audiencia del 1 de marzo de 2021).

Para el momento de la audiencia el primero se desempeñaba como director de pediatría en casa en la Sociedad Pediátrica de los Andes S. A. y el segundo como jefe del departamento de pediatría en el Centro Hospitalario Serena del Mar de la ciudad de Cartagena. En particular, este último desde 2017 hasta marzo de 2020, tuvo contrato de prestación de servicios.

El doctor de la Espriella explicó que los síntomas de dolor abdominal tipo cólico, vómito y fiebre no son exclusivos de una apendicitis, pueden indicar una gastroenteritis, o infección urinaria.

Con respecto a la atención médica dice que miraría si el paciente tuviera signos de irritación peritoneal tales como Roving o Blumberg, puntualmente al preguntarle si según la atención brindada al niño por el doctor Torres, debió solicitar algún paraclínico o ayuda diagnóstica para determinar una posible apendicitis, contestó que no.

Lo anterior, entre otras porque no se encontraron esos signos en la revisión o algún otro que dieron a pensar que tenía ese diagnóstico, sino que en atención a los síntomas registrados en la historia clínica pensaría en una gastroenteritis que es lo más frecuente en pediatría.

Con respecto a si el acetaminofén puede enmascarar el dolor abdominal, manifestó que este no sirve para ese tipo de dolor, no hace nada en esos casos, a diferencia de los antiespasmódicos que sí tienen ese efecto.

Por su parte, el doctor Edgard Fernando Galvis Alvarado conceptuó que el dolor abdominal para ese momento llevaba menos de 24 horas, y cuando es tipo cólico es disiente de patología infecciosa principalmente viral, tenía también síntomas respiratorios tales como tos, rinorrea húmeda que va a favor de una enfermedad respiratoria, y que en pediatría es frecuente que los virus vayan a la parte gastrointestinal.

Generalmente los cuadros gastrointestinales pueden presentar un dolor difuso, y en este caso no se registró signos de irritación peritoneal, si se hubiese encontrado Blumberg o Roving, es muy dicente de una enfermedad quirúrgica y según la historia clínica no se encontraron.

Explicó que en los abdómenes agudos por más que se hidrate el paciente o maneje síntomas estos van aumentando y se van localizando hacia el sitio del apéndice, en este caso hubo mejoría del dolor que no es normal en proceso como este.

Enseñó que el Blumberg consiste en la palpación de la fosa ilíaca derecha, se introducen los dedos y se retiran, cuando hay irritación ese rebote duele, el niño casi que salta, es un proceso inflamatorio secundario a una apendicitis. Con

respecto al Rovsin, es un signo de irritación peritoneal, consiste en idéntico procedimiento pero cuando se practica en la parte izquierda duele en el lado derecho y viceversa.

En relación a si el dolor tipo cólico y vómito eran síntomas exclusivos de apendicitis, contestó que no, que estos se refieren a una enfermedad gastrointestinal, aparecen en otras enfermedades y lo más frecuentes son las gastroenteritis virales.

Dijo también que en los casos en que haya signos de irritación peritoneal el diagnóstico es muy dicente de apendicitis, si se genera sospechas se determinan paraclínicos o imágenes diagnosticas. En este caso según lo que está consignado en la historia clínica se trata de un proceso viral, manifestó que también hubiese considerado un diagnóstico de gastroenteritis viral.

Con respecto al uso del Acetaminofén, refirió que como el niño presentó fiebre es recomendable prescribirle este antipirético que junto con los medicamentos que llaman de primera línea no enmascaran los síntomas de una apendicitis.

4.1.6. Como puede apreciarse, en esa primera atención los síntomas y signos que presentó el niño no eran claros de una apendicitis, tampoco se trataba de un abdomen quirúrgico y el acetaminofén no enmascara síntomas de la infortunada enfermedad.

Téngase en cuenta, se trata de un diagnóstico clínico, atiende a una serie de síntomas y signos. Si bien se consultó por fiebre no cuantificada el día anterior, su dolor abdominal para ese momento era generalizado, sin signos de irritación peritoneal, tales como Psoas y Rovsing, situación que no denotaba una posible infección o sospecha de cuadro de apendicitis aguda, sino más bien un proceso viral.

Cabe poner de presente que los síntomas del cuestionado diagnóstico, no se enmascaran con la prescripción de acetaminofén, más puntualmente en lo que tiene que ver con el dolor abdominal que por demás para ese momento era “*tipo cólico*”, o sea intermitente y no como el de dicha enfermedad, caracterizado por ser

constante, persistente y que presenta signos de irritación peritoneal a la valoración física, razones por las que no había lugar a solicitar paraclínicos y resulta entendible la razón por la que se concluyó que no sea un dolor grave o quirúrgico.

4.2. Se alega también que a partir del **27 de abril de 2013**, en el Hospital de la Misericordia trataron un diagnóstico erróneo, a pesar de haberse manifestado dolor abdominal, dificultad para caminar, diarrea, fiebre mayor a 40 grados, alucinaciones, pérdida del control de esfínteres, y dolor recurrente, no hicieron exámenes que impidieran la muerte, no tuvieron en cuenta que esos dolores aumentan y disminuyen cuando el apéndice se rompe.

4.2.1. Se incorporó al expediente historia Clínica del niño Mihael Santiago Rivera. Acredita que el **27 de abril de 2013**, siendo las **11:34**, en compañía de su señora madre, llegó al Hospital Fundación de la Misericordia donde fue atendido por el pediatra Fernando Daza Amezcua, consultó por presentar cuadro de 5 días de evolución de dolor abdominal de predominio en *“hipogastrio”*, deposiciones líquidas amarillentas con abundante moco sin sangre.

Se relató que ese día con 4 deposiciones, refirió síntomas urinarios como disuria, poliuria, tenesmo asociado a un episodio emético, en la mañana con fiebre cuantificada de hasta 40 grados, regular aceptación de la vía oral, acepta líquidos y suero, refirió haber consultado el lunes pasado donde clasificaron como gastroenteritis viral.

Al examen físico se determinó que llegó con temperatura de 37 grados, mucosas húmedas y rosadas, orofaringe sin placas, *“abdomen blando, sin masas, doloroso a la palpación en fosa iliaca izquierda, puñopercusión positiva”*, se diagnosticó *“diarrea y gastroenteritis de presunto origen impresión, fiebre, no especificada”*.

El mismo día a las 11:53, fue evolucionado, en particular se dijo: *“abdomen blando, sin más, ni signos de descompensación hemodinámica, paciente cursa con dolor abdominal de etiología a determinar, no sugestivo de patología quirúrgica, posiblemente relacionado con gastroenteritis de etiología bacteriana vs parasitaria, en relación con síntomas urinarios inespecíficos y puñopercusión”*, se solicitó uroanálisis con sedimento y densidad, además coproscópico.

A las 15:52, se valoró nuevamente, se dejó consignado que el paciente persistía con dolor abdominal, sin embargo, refirió que había disminuido, se revisó uroanálisis que presentó proteinuria aislada, esterasas positivas, nitritos negativos sin reacción leucocitaria en el sedimento, coproscópico sin evidencia de infección por parasitosis, sugestivo de disbacterosis.

Se consideró que el paciente cursaba con gastroenteritis de probable etiología viral que podía ser manejada de manera ambulatoria, con control de uroanálisis, se dio salida con recomendaciones y signos de alarma por escrito, se ordenó manejo con sulfato de Zinc, y probióticos, se explicó al padre la conducta a seguir. El mismo día a las 16:13, se anotó que el examen coproscópico fue sugestivo de *“disbacterosis, uroanálisis no sugestivo de infección”*.

4.2.2. Según el dictamen del pediatra Andrés Felipe Galindo Ángel, de la revisión de la historia clínica no emerge que se hubiese informado dificultad para caminar, posiblemente si se hubiera informado el enfoque diagnóstico hubiese sido diferente.

Con respecto a las recomendaciones entregadas por escrito en la primera atención del 27 de abril de 2013, puntualmente de reconsultar en caso de que *“vomite todo lo que compra y/o presente deshidratación”*, refirió que la familia hizo caso omiso, toda vez que en el segundo ingreso el paciente había presentado 15 episodios de emesis, se trató de una consulta retrasada que pudo incidir en el diagnóstico.

También explicó que para la consulta del 27 de abril, el paciente no cursaba con signos o síntomas exclusivos de apendicitis, y tampoco con signos clínicos de apendicitis aguda o de abdomen quirúrgico, que haya hecho pensar que se hubiese requerido procedimiento quirúrgico.

Explicó que el resultado del coproscópico no evidenció parásitos distintos a *“Blastocystis hominis”* que no son indicativos de proceso inflamatorios, incluso pueden estar dentro de la flora intestinal normal, el resultado de esos exámenes no aporta ningún signo de apendicitis aguda.

La puño percusión positiva, coluria, disuria, reportadas en la historia clínica del 27 de abril de 2013, eran signos muy característicos de infección urinaria, enfocaban el diagnóstico hacía esta.

De conformidad con los hallazgos de esa fecha, manifestó: *“el paciente mejoró con el manejo establecido, es concordante con el diagnóstico con el manejo establecido”*.

En audiencia de contradicción, explicó que en la reconsulta el paciente refirió síntomas urinarios, se iniciaron líquidos, al examen físico tenía dolor en fosa iliaca izquierda con puño percusión que hace pensar es una infección urinaria, se solicitaron paraclínicos para descartar y en ese momento se habló de un dolor abdominal no quirúrgico.

Al preguntarle qué asociación podría tener este nuevo cuadro con el de gastroenteritis que se había advertido días anteriores, dijo que como el colon y vejiga están cerca, pueden migrar bacterias razón por las que se podría pensar en la infección urinaria.

Refirió que se hizo un parcial de orina que descartó infección, no requería antibióticos, se dan recomendaciones por escrito, y se dio fórmula clásica para pacientes con diarrea que es sulfato de Zinc y probióticos, esa decisión se puede explicar porque el cuadro de dolor abdominal puede persistir por el gastroentérico de cólicos y diarrea, dado que no se encontró sintomatología asociada.

Al preguntarle que si en la primera o segunda atención se requería de una ecografía para verificar sobre el cuadro que presentaba el menor, contestó que no porque había mejorado, y el dolor se había localizado en la fosa iliaca izquierda y no en la derecha, además el paciente no tenía signos de irritación peritoneal, y los laboratorios son para confirmar sospecha clínica de apendicitis que no era el caso.

4.2.3. La pediatra Olga Lucía Baquero Castañeda, perito en este juicio, sobre la atención brindada el 27 de abril de 2013 en el Hospital de la Misericordia, sostuvo que de acuerdo con la historia clínica, el paciente no presentaba *“signos de irritación peritoneal en el examen abdominal, lo cual nos puede sugerir que la peritonitis se presentó posterior a esa valoración”*.

4.2.4. Según el concepto técnico del médico especialista en pediatría Alonso de la Espriella, cuando un menor ingresa con 5 días de evolución de dolor abdominal de predominio en hipogastrio, deposiciones líquidas amarillas con abundante moco, vómito de contenido alimenticio, fiebre cuantificada en 40 grados, con alguna tolerancia a líquidos, con consulta anterior por gastroenteritis no se pensaría que tenga apendicitis.

A su juicio, pensaría que está evolucionando una gastroenteritis, y debería descartar una infección urinaria, además de los síntomas del primero, el paciente estaba haciendo síntomas urinarios y tocaría mirar esta infección.

4.2.5. De conformidad con el concepto técnico rendido en audiencia por el especialista en pediatría Edgard Fernando Galvis Alvarado, en caso de reconsulta del paciente se debía hacer un nuevo examen físico riguroso de la parte abdominal, para la evolución que se tenía la palpación diría mucho, si se dio salida fue porque no se encontró signos de irritación peritoneal o un abdomen con defesa.

Explicó que existe sospecha de apendicitis cuando el dolor persiste, cuando haya signos de irritación peritoneal, y en esa medida se determinarían paraclínicos.

Dijo que con un coproscópico y un uroanálisis no se puede descartar una apendicitis, lo que se puede hacer o hay que tener en cuenta es que muchas infecciones gastrointestinales que salen con coproscópico normal, no quieren decir que no se tenga una gastroenteritis viral.

4.2.6. Se entiende entonces que en la atención que se realizó el 27 de abril de 2014, en estrictez tampoco se emitió un diagnóstico erróneo culposo, los síntomas y signos presentados por el niño no eran disidentes de un cuadro clínico de la lamentable enfermedad.

No presentaba signos clínicos de apendicitis aguda o de abdomen quirúrgico, si bien presentó puño percusión positiva en fosa iliaca izquierda, coluria, disuria, estos eran signos característicos de infección urinaria, y enfocaron el diagnóstico hacia esta, razón por la que se solicitaron paraclínicos para descartar infección.

Dado que el paciente presentó días antes gastroenteritis viral, podía pensarse en una infección urinaria, el colón y vejiga se encuentran cerca, pueden migrar bacterias, pero una vez descartada la infección no se requería de antibióticos, se podría entender que el cuadro gastroentérico podría persistir ante la ausencia de signos de irritación peritoneal.

Teniendo en cuenta que el coproscópico no demostró la presencia de parásitos indicativos de procesos inflamatorios, ese resultado no aportó ningún signo de apendicitis. Y si se dio salida era porque no se encontró los signos echados de menos o abdomen con defensa, no había lugar a sospechar una apendicitis.

5. Cabe preguntarse entonces qué pudo causar la muerte de dicho niño, en particular por un choque séptico con foco abdominal por apendicitis perforada y peritonitis secundaria que dio lugar a una falla multisistémica con disfunción miocárdica (fls. 27, pág. 55 pdf. 04 Expediente digital). Mas puntualmente, surge el interrogante en punto a la razón por la que dos especialistas en pediatría que atendieron al niño previo a la agravación de su estado clínico no pudieron siquiera sospechar una apendicitis.

5.1. Una respuesta inicial ya se tiene, el menor no presentó signos clásicos de irritación peritoneal que llevaran a considerar esa posibilidad. Ahora, esta tesis tiene explicación en el expediente. Los medios de convicción permiten colegir que se trató de una apendicitis atípica que impidió un diagnóstico oportuno y que desafortunadamente culminó con el lamentable suceso.

5.2. En este juicio se presentó como testigo técnico médico Juan Javier Valero Halaby, quien es pacífico en esta instancia que fue el especialista que realizó laparotomía exploratoria a Mihael Santiago Rivera y encontró su apéndice perforado junto con todos los diagnósticos secundarios a esto.

Refirió ser cirujano pediatra desde 1998, profesor de cirugía pediátrica de la Universidad Nacional y trabajar con el Hospital de la Misericordia desde hacía 23 años, y bajo la gravedad del juramento expuso los siguientes hechos.

Manifestó que llevó al paciente a cirugía y encontró *“una apendicitis localizada en la pelvis perforada con una peritonitis generalizada, fue necesario dejarlo con abdomen abierto dado su estado séptico, tenía compromiso respiratorio, hemodinámico corazón y vasos no estaba funcionando bien, falla renal y alteraciones de la coagulación.*

Explicó que el diagnóstico para ese momento se llamaba abdomen agudo, dado que se trataba de una condición intraabdominal grave y que en los niños la causa más frecuente es apendicitis, pero la razón para llevarlo a cirugía es la peritonitis. Relató que en este caso la causa del abdomen agudo era una *“apendicitis pélvica con peritonitis generalizada”*.

Al preguntarle, si con respecto al menor se presentó una apendicitis atípica, contestó: *“lo que llamamos apendicitis atípica es cuando los síntomas y signos no son los que uno espera en una apendicitis normal, en este paciente la parte más atípica, es que le dolía el lado izquierdo, esto puede ocurrir en las apendicitis de localización pélvica como la que él tiene (...) la apendicitis en los niños es mucho más difícil de diagnosticar (...) que las de los adultos. (...). Las apendicitis que dan dolor en el sitio donde no queda el apéndice, el apéndice queda en el lado derecho, normalmente cuando uno tiene dolor en un sitio que no es el del apéndice uno no piensa en apendicitis, eso es lo que hace este caso atípico”*.

Relató que según estudios realizados en el hospital, se encontró que las apendicitis de *“ubicación pélvica”* son las que con más frecuencia se perforan, al estar localizadas en la pelvis y perforarse, a veces desarrollan peritonitis de una vez, o hacen un absceso, o sea se perfora los tejidos forman como una cápsula que se llama absceso, si el absceso queda al lado izquierdo duele de este lado, *“eso explicaría en este paciente por qué le dolía al lado izquierdo y eso explica la razón de la dificultad diagnóstica, le dolía al otro lado de donde queda el apéndice”*.

Relató que aunque el apéndice del paciente estaba al lado derecho, la punta estaba hacia el lado izquierdo, esto es completamente atípico, estaba en la pelvis. Explicó que en la descripción quirúrgica dice que *“el apéndice estaba en la pelvis con un fecalito, significa que estaba roto el apéndice y parte de la causa de esta apendicitis es la formación de la concreción de materia fecal*

que se llama fecalito y estaba en la pelvis, eso explica los hallazgos atípicos”.

Expuso también, el hecho de que la punta del apéndice estuviera al lado izquierdo porque la base estaba localizada donde normalmente queda, esto es al lado derecho, se perforó en la punta, la colección de pus, se hizo en la pelvis, desafortunadamente los abscesos en la pelvis a veces duelen a lado izquierdo, a su juicio fue el factor de confusión para que no se hiciera el diagnóstico de este paciente dado que dolía del lado izquierdo.

Continua el doctor Valero, el problema en este paciente es que tenía una apendicitis atípica y el dolor es exactamente al lado opuesto de dónde queda el apéndice, en los casos de urgencia se piensa en lo más frecuente que al lado izquierdo son otras cosas no apendicitis, esa es la dificultad grande en este caso.

Relata que este paciente muy posiblemente tenía un absceso, una apendicitis después de 24 horas de dolor se perfora, y el niño tenía 7 días de evolución, la única forma de que esto hubiese sucedido es que la perforación se haya convertido en absceso, salió pus y los tejidos del cuerpo la controlaron, sino hubiese ocurrido esto, a los 3 días hubiese tenido la peritonitis generalizada.

Dijo que, entre la primera y segunda consulta en esas 27 horas, el absceso se debió romper entonces el dolor dejó de ser localizado en el lado izquierdo, que era donde tenía el absceso y el pus se regó por toda la cavidad y al ocurrir eso desató el cuadro séptico del paciente.

Concluye que el problema con las apendicitis atípicas es eso, cuando ya se manifiestan y uno dice tiene un abdomen agudo es porque tiene una peritonitis, no se hizo el diagnóstico antes porque era atípica y no se piensa en eso, ese es el problema de las apendicitis que no se presentan de manera típica.

5.3. El anterior testigo técnico a pesar de su vínculo con el hospital demandado se torna creíble por varias razones.

En la historia clínica aparece que se efectuó al niño una laparotomía exploratoria, drenaje de peritonitis generalizada, pus abundante en cuatro

cuadrantes, y se encontró apendicitis perforada **“con fecalito en comunicación con la cavidad pélvica”**.

Según explicación del referido profesional eso significa que aunque la base del apéndice del paciente estaba al lado derecho, la punta estaba hacia el lado izquierdo, situación atípica porque estaba en la pelvis y eso explica la razón por la cual dolía del lado contrario y no al derecho que es donde normalmente se focaliza el dolor.

La consulta del 27 de abril de 2021, a las 11:34, esto es horas antes de la complicación del niño, revela que al examen físico se detectó que presentó dolor en fosa iliaca izquierda más no derecha, situación que según lo visto desorientó el diagnóstico haciendo más fuerte la tesis de atipicidad.

No hay medio de convicción que permita concluir o derribar esos acontecimientos, esto es que el apéndice del niño se encontraba en posición distinta, menos que en estos casos los síntomas fueran los que habitualmente presenta todo paciente que padece de esa enfermedad, echándose de menos un error de diagnóstico culposo que comprometa la responsabilidad de los demandados.

5.4. Quiere decir entonces que no obra prueba en este juicio el desbordamiento de la idoneidad ordinaria calificada de los médicos que atendieron al paciente -culpa-, particularmente de cara a una apendicitis atípica que daba lugar a signos y síntomas diferentes a como habitualmente se manifiesta esta enfermedad, óbice insalvable para concluir que incurrieron en un error inexcusable.

No se olvide que la responsabilidad médica *“descansa en el principio general de la culpa probada”*¹, y sobre todo que para su estructuración *“el baremo o límite lo constituye el criterio de normalidad emanado de la Lex Artis. El galeno, dada su competencia profesional, se presume que, en su quehacer, actúa en todo momento y lugar con la debida diligencia y cuidado. En el proceso, por esto, debe quedar acreditado el hecho contrario, esto es, el desbordamiento de esa idoneidad ordinaria calificada. Bien, por infracción de las pautas de la ley, ya de la ciencia, ora del respectivo reglamento médico o de las reglas de la experiencia o del sentido común”*².

¹ CSJ, Cas. Civ. Sentencia de 24 de mayo de 2017, exp. n.º 2006-00234-01, SC7110-2017. M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

² CSJ, sentencia del 18 de diciembre de 2020, SC5186-2020, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

Entender que por el solo hecho de que el niño presentó cuadros de fiebre, vómito y dolor abdominal (sin signos de irritación peritoneal) eran claros del lamentable diagnóstico, es pasar por alto los medios de convicción que obran en este juicio que abogan por un caso atípico que no permitió al médico sospecharlo.

Es que no puede hacerse de lado que la materia que nos ocupa se *“trata de una tarea compleja, en la que el médico debe afrontar distintas dificultades, como las derivadas de la diversidad o similitud de síntomas y patologías, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios, sin olvidar las políticas de gasto adoptadas por los órganos administradores del servicio”*³.

Nótese, no obra medio de prueba que permita colegir que el equipo médico no agotó los procedimientos que la *lex artis ad hoc* recomendada para un cuadro clínico como el que enfrentó el niño de apendicitis pélvica. Sobre el tema la Corte Suprema de Justicia explica: *“la variedad de procesos patológicos y de síntomas (análogos, comunes o insólitos), difíciles de interpretar, pueden comportar varias impresiones diagnósticas que se presentan como posibles, circunstancias que, sin duda, complican la labor del médico, motivo por el cual para efectos de establecer su culpabilidad se impone evaluar, en cada caso concreto, si aquel agotó los procedimientos que la lex artis ad hoc recomienda para acertar en él”*⁴.

6. El recurrente insiste en que no se realizaron pruebas de sangre, orina, imágenes o laparotomía exploratoria para confirmar o descartar una apendicitis, razones por la que hubo un error de diagnóstico.

No obstante, olvidó que los medios de convicción incorporados no demuestran que ese fuera el camino a tomar en casos como el que nos ocupan donde en atención a los síntomas y signos que presentó el paciente no había lugar siquiera a sospechar esa patología.

Acoger la postura de los recurrentes es olvidar que *“no es el sentido común o las reglas de la vida los criterios que exclusivamente deben orientar la labor de búsqueda de*

³ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. SALA DE CASACIÓN CIVIL. Magistrado Ponente. Pedro Octavio Munar Cadena. 26 de noviembre de 2010. Ref.: Expediente No.11001 3103 013 1999 08667 01.

⁴ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. SALA DE CASACIÓN CIVIL. Magistrado Ponente. Pedro Octavio Munar Cadena. 26 de noviembre de 2010. Ref.: Expediente No.11001 3103 013 1999 08667 01.

*la causa jurídica adecuada, dado que no proporcionan elementos de juicio en vista del conocimiento especial que se necesita*⁵.

7. Otro punto de embate es que la Corte Suprema de Justicia, ha tratado casos similares en los que ha soportado sus decisiones en literatura médica y ha condenado en casos de diagnóstico erróneo o tardío por considerar que la muerte por apendicitis y peritonitis son claramente evitables.

7.1. Teniendo en cuenta el principio de la necesidad de la prueba consagrado en el artículo 164 del código General del Proceso que ordena al juez soportar todas sus decisiones en *“las pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso”*, se pasa a verificar en particular la documental presentada por el recurrente que denomina literatura médica y que tiene que ver con los puntos de apelación:

7.1.1. Página de internet de Medline Plus, *“información de salud para usted”*, con respecto al acetaminofén, en particular dice que se *“encuentra en una clase de medicamentos llamados analgésicos (calmantes para el dolor) y antipiréticos (para bajar la fiebre)*. Funciona al cambiar la forma en que el cuerpo siente el dolor y por el enfriamiento del cuerpo. (fls. 29, página 58, pdf. 04 expediente escaneado, 01 cuaderno principal).

7.2.2. Página de internet de Medline Plus, con título *“apendicitis”*. Define en que consiste, sus causas, sobre sus síntomas dice: *“los síntomas de la apendicitis pueden variar. Puede ser difícil diagnosticarla en niños pequeños, adultos mayores (...). El primer síntoma a menudo es el dolor alrededor del ombligo en la parte media superior. Este dolor inicialmente puede ser leve al principio, pero se vuelve más agudo y grave. Es posible que se presente inapetencia, náuseas y vómito y un bajo grado de fiebre”*.

Describe también que el *“el dolor tiende a desplazarse a la parte inferior derecha del abdomen y tiende a concentrarse en un punto directamente sobre el apéndice llamado el punto de McBurney. Esto ocurre con mayor frecuencia de 12 a 14 horas después del comienzo de la enfermedad. El dolor puede empeorar al caminar, toser o hacer movimientos súbitos. Los síntomas tardíos incluyen heces duras, diarrea, fiebre y náuseas y vómito”* (fls. 24, página 58, pdf. 04 expediente escaneado, 01 cuaderno principal).

⁵ CSJ, sentencia de 26 de septiembre de 2002, exp. 6878, M.P. Jorge Santos Ballesteros, citada en sentencia de 14 de diciembre de 2012, exp. 2002 00188 01, M.P. Ariel Salazar Ramírez.

7.2. Desafortunadamente, esta documental es insuficiente para llevar al convencimiento de que los médicos que trataron al niño en este caso incurrieron en error de diagnóstico inexcusable.

No tiene soporte de su cientificidad, no obra en el proceso respaldo que permita corroborar que se trata de un aporte científico, esto es que correspondan a conceptos rendidos por expertos en la materia.

Pasando inadvertido lo anterior, si bien tiende a ilustrar con respecto a que el uso del acetaminofén cambia la forma en que el cuerpo siente el dolor, no tiene soporte científico de esta afirmación y menos de cara a una apendicitis como la que nos ocupa.

Los médicos que vinieron a juicio sostuvieron que ese medicamento no enmascara los síntomas de apendicitis, e incluso el Ministerio de Salud sostuvo esto mismo, situaciones que restan de toda credibilidad a dicha literatura.

Nótese, esta entidad dijo: *“dentro de la evidencia médica establecida y los estudios realizados en la actualidad, no se evidencia una diferencia establecida en la variación de los síntomas en paciente que se la ha suministrado analgesia”* (pág. 3, 24 Respuesta Ministerio de Salud, 01 Cuaderno Principal).

De otro lado, esos documentos no describen con precisión y claridad síntomas puntualmente para la patología que nos ocupa, esto es para una apendicitis atípica -pélvica-. Es tan inaplicable a este caso que describe que el dolor migra al lado donde se ubica el apéndice, lado derecho del abdomen -fosa iliaca derecha-, y es precisamente este el síntoma o signo que no tuvo el niño y que impidió llegar al diagnóstico de su padecimiento.

No podría la Sala prohiar una condena en este caso solo porque el paciente en su momento presentó dolor abdominal, náuseas o vómito, cuando es claro que no son signos inexorables e indicativos de apendicitis, sino de cualquier otra patología, así lo sostuvieron los especialistas que declararon en este juicio, inclusive el Ministerio de Salud dijo: *“el dolor abdominal no siempre quiere decir un diagnóstico de*

apendicitis pues existen otros diagnósticos diferenciales” (pag. 3, 24 Respuesta Ministerio de Salud, 01 Cuaderno Principal).

Lo anterior se agudiza si no se pasa desapercibido que en las dos primeras consultas, el niño presentó síntomas respiratorios y urinarios que sumados a la atipicidad del cuadro de apendicitis, a todas luces impide que de una manera tan mecánica o simple se encaje este caso en un resultado que ni siquiera expertos en la materia pudieron en su momento.

En la actualidad es claro que el paciente padeció una apendicitis, sin embargo, la responsabilidad médica debe juzgarse atendiendo las circunstancias que se presentaron en su momento, debe mirarse de manera retrospectiva y en este juicio se evidenció que el niño no presentó signos de irritación peritoneal, o indicativos de apendicitis para esos momentos.

La Corte Suprema de Justicia, ha explicado: *“en todo caso, y esto hay que subrayarlo, ese error debe juzgarse ex ante, es decir, atendiendo las circunstancias que en su momento afrontó el médico, pues es lógico que superadas las dificultades y miradas las cosas retrospectivamente en función de un resultado ya conocido, parezca fácil haber emitido un acertado diagnóstico”*⁶.

7.3. Con todo, cabe precisar que la denominada literatura médica no es el único medio de prueba que obra en este juicio, además de la historia clínica traída, están los peritajes de expertos en pediatría, conceptos de esta misma especialidad de cara al caso, y sobre todo el testimonio técnico del cirujano pediatra que intervino al niño y que bajo la gravedad de juramento explicó sus hallazgos, sin que obre prueba que derribe estas conclusiones.

Acoger las pretensiones solo con base en dichos documentos e ignorando los demás medios de convicción es pasar por alto las reglas de valoración de la prueba, los conceptos de expertos en la materia y omitir efectuar un razonamiento probatorio serio. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, ha dicho:

La falta de racionalidad en el análisis del conocimiento experto y el irrespeto por la ciencia son propiciados por la actitud impasible del juzgador. Se genera,

⁶ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. SALA DE CASACIÓN CIVIL. Magistrado Ponente. Pedro Octavio Munar Cadena. 26 de noviembre de 2010. Ref.: Expediente No.11001 3103 013 1999 08667 01.

a veces, creyendo con inaceptable ligereza, en una actitud omnisciente, que puede suplantar a los expertos, definir cuál es el conocimiento vigente, cómo se aplica y extraer conclusiones sin ningún tipo de respaldo metódico. Es el caso en que al amparo de un supuesto “conocimiento científico afianzado” utiliza la información reportada en internet, artículos y demás, al margen de cualquier juicio epistémico, desconociendo los estándares básicos fijados por el legislador para la prueba pericial. Es una afrenta no sólo de las reglas probatorias, sino además de un razonamiento probatorio serio⁷.

8. Alegó también la parte actora que no se tuvo en cuenta la respuesta del Ministerio de Salud relativo a que la parasitosis es un índice de sospecha de apendicitis, el coproscópico mostraba infección fuerte, y no tomaron la apendicitis como un posible diagnóstico.

Para desechar este cargo basta poner de presente que los medios de convicción no demostraron que el niño tuviera una parasitosis que necesariamente implicara una sospecha de apendicitis o de algún proceso inflamatorio abdominal.

Según se explicó, el resultado del coprológico que le hicieron en la cuestionada atención médica no arrojó el parásito denunciado en la demanda -tricocéfalo-, solo se encontraron B. Hominis (fls. 20, pag. 41, 04Expediente escaneado, 01 Cuaderno principal), que su presencia no es indicativa de “*proceso inflamatorio abdominal, incluso se pueden considerar dentro de la flora intestinal normal no patológica*” (Cfr Dictamen pericial pediatra Andrés Felipe Galindo, respuesta pregunta No. 15).-

Ahora, el Ministerio de Salud en el concepto rendido ante la pregunta relativa a si “*debe sospecharse cuadro clínico de apendicitis en paciente que se quejan de dolor abdominal*”, contestó: “*se debería tener en cuenta como diagnóstico, pero sin embargo existen otras causas que se quejan de dolor abdominal*” (respuesta pregunta 13), sin embargo en este caso es claro que se tuvo en cuenta, los registros médicos de atención revelan que el paciente fue examinado en búsqueda de signos de irritación o defensa abdominal que no fueron perceptibles de forma temprana por las razones esbozadas.

9. Lo analizado permite descartar el punto de apelación relativo a que se debió aplicar el principio *res ipsa loquitur*. En este caso, no es evidente que se incurrió en

⁷ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. SALA DE CASACIÓN CIVIL.. M.P. LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA.SC5186-2020. Radicación: 47001-31-03-004-2016-00204-01. Sentencia del dieciocho (18) de diciembre de dos mil veinte (2020).

un error de diagnóstico que de lugar a la estructuración de la responsabilidad médica.

El cuadro clínico que presentó el paciente, cuya causa se originó en la apendicitis atípica, no permitía su diagnóstico temprano, sumado a los demás síntomas que desviaron la atención de los galenos (rinofaringitis, gastroenteritis viral, infección urinaria), situaciones que enervan cualquier viso de imprudencia, impericia, ligereza o descuido de su parte.

Es importante recordar, *“será el error culposo en el que aquel incurra en el diagnóstico el que comprometerá su responsabilidad; vale decir, que como la ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con una equivocada diagnosis ocasionen”*⁸.

Es que los médicos *“comprometen su responsabilidad cuando, por ejemplo, emitan una impresión diagnóstica que otro profesional de su misma especialidad no habría acogido”*⁹, y es precisamente esto lo que se echa de menos, resultando imperioso desechar cualquier comentario fundado en el sentido común y no en el conocimiento profesional, científico y serio que el caso ameritaba.

10. Finalmente, todo lo visto revela que las pretensiones subsidiarias ¹⁰ también estaban condenadas al fracaso. Sino se demostró que otro profesional en idénticas circunstancias a las que enfrentaron los médicos que atendieron al niño, hubiese emitido una impresión diagnóstica distinta, no puede entenderse que la falta de atención oportuna y diligente que hubiese podido incidir positivamente en las posibilidades de recuperación o vivir es producto del actuar reprochable de los demandados.

⁸ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. SALA DE CASACIÓN CIVIL. Magistrado Ponente. Pedro Octavio Munar Cadena. 26 de noviembre de 2010. Ref.: Expediente No.11001 3103 013 1999 08667 01.

⁹ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. SALA DE CASACIÓN CIVIL. Magistrado Ponente. Pedro Octavio Munar Cadena. 26 de noviembre de 2010. Ref.: Expediente No.11001 3103 013 1999 08667 01.

¹⁰ *“Que se declare que las entidades demandadas, son responsables solidariamente por pérdida de la oportunidad de vivir, ocasionada con la muerte del menor MIHAEL SANTIAGO RIVERA BELLO”.*

En el fondo se evidencia es que la atipicidad de la apendicitis que presentó el paciente, impide que los medios de convicción dejen ver que la posibilidad de vivir se perdió por un error culpable de los médicos, esto es no acorde con *lex artis medicorum*, imponiendo estarse a que su recuperación quedó supeditada a lo eventual e hipotético, cuyo daño no es susceptible del reconocimiento de una indemnización.

11. Se confirmará la sentencia atacada. Los puntos de inconformidad resultan estériles.

12. Se condenará en costas a la parte demandante y en favor de los demandados, de conformidad con los artículos 365 y 366 del Código General del Proceso.

III. DECISIÓN

Por lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, en Sala Civil de Decisión, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO. Confirmar la sentencia del 18 de marzo de 2021, proferida por el Juzgado 40 Civil del Circuito de Bogotá, en el asunto en referencia.

SEGUNDO. Condenar en costas a la parte actora en favor de los demandados. Como agencias en derecho por la segunda instancia el Magistrado sustanciador fija la suma de \$1.000.000. Ante el *a quo* efectúese la correspondiente liquidación.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE;

Los Magistrados,

Firmado electrónicamente

IVÁN DARÍO ZULUAGA CARDONA

Firmado electrónicamente

RUTH ELENA GALVIS VERGARA

Firmado electrónicamente

MARTHA ISABEL GARCÍA SERRANO

Firmado Por:

Ivan Dario Zuluaga Cardona

Magistrado

Sala 010 Civil

Tribunal Superior De Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Ruth Elena Galvis Vergara

Magistrada

Sala Civil

Tribunal Superior De Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Martha Isabel Garcia Serrano

Magistrado Tribunal O Consejo Seccional

Sala 009 Civil

Tribunal Superior De Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

1a7535d46fae743470cc9886d19e20b533267164eaa4267a9cacb1985f52c7f0

Documento generado en 06/10/2021 11:58:48 AM

Valide este documento electrónico en la siguiente URL:

<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>