



EDICTO No 0003

Medio de control	ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA
Radicado	13-001-33-31-000-2011-00068-0
Demandante	SANTANDER OSORIO CARRASCAL Y OTROS.
Demandado	E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE.
NO DE FOLIOS DE LA PROVIDENCIA	DIECISIETE (17).
CUADERNO	PRINCIPAL.
FECHA DE LA SENTENCIA	SEIS DE NOVIEMBRE DE DOS MIL VEINTE (06-11-2020).
Magistrado Ponente	MOISÉS DE JESUS RODRIGUEZ PEREZ D-006

Para notificar a las partes la providencia anterior, se fija el presente edicto por el término de tres (3) días, en la página web de la Rama Judicial. NOTA: EL PRESENTE EDICTO SE ENVIARÁ POR CORREO ELECTRÓNICO A LAS PARTES.
Cartagena, VEINTICINCO (25) de marzo de dos mil veintiuno, a las ocho de la mañana (08:00 am)

LA SECRETARIA GENERAL

DENISE AUXILIADORA CAMPO PEREZ:
LA SECRETARIA GENERAL

DENISE AUXILIADORA CAMPO PEREZ
Secretaria General



Cartagena de Indias D.T y C., seis (6) de noviembre de dos mil dos mil veinte (2020)

I.- IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO, RADICACIÓN Y PARTES INTERVINIENTES

Medio de control	REPARACIÓN DIRECTA
Radicado	13-001-23-31-000-2011-00068-00
Demandante	SANTANDER OSORIO CARRASCAL Y OTROS
Demandado	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE y ESE HOSPITAL REGIONAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES
Tema	<i>Falla médica - riesgo inherente al procedimiento.</i>
Magistrado Ponente	MOISÉS RODRÍGUEZ PÉREZ

II.- PRONUNCIAMIENTO

Procede esta Sala de decisión¹, a dictar sentencia de primera instancia en el proceso de la referencia, iniciado por SANTANDER OSORIO CARRASCAL (esposo), ANA SOFIA OSORIO GÓMEZ (hija), DENIS ISABEL OSORIO GÓMEZ (hija), SANDRA MARCELA ANGULO OSORIO (nieta), LUZ MARY OSORIO GÓMEZ (hija), MAYERLIS CAROLINA TORRES OSORIO (nieta), MARYURIS DEL ROSARIO TORRES OSORIO (nieta), NANCY DEL SOCORRO OSORIO GÓMEZ (hija), LENIS EDUARDO VÉLEZ OROZCO (nieta), ANDRÉS FELIPE VÉLEZ OSORIO (nieta), VALENTINA VÉLEZ OSORIO (nieta), JORGE LUIS OSORIO GÓMEZ (hijo), LUIS EDUARDO y LINA MARÍA OSORIO YEPEZ (nietos), VÍCTOR MANUEL GÓMEZ VILORIA (hermano), OLGA MARINA GÓMEZ VILORIA (hermana), MATILDE ISABEL GÓMEZ VILORIA (hermana), ÁNGEL SEGUNDO GÓMEZ VILORIA (hermano) contra la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE Y OTROS.

¹ Esta decisión se toma virtualmente en aplicación del artículo 4 del ACUERDO PCSJA20-11521 de 19 de marzo de 2020 del CSJ que autorizó a los Tribunales del país para hacer reuniones de trabajo y sesiones virtuales.





13-001-23-31-000-2011-00068-00

III.- ANTECEDENTES

3.1. LA DEMANDA².

3.1.1 Pretensiones³

PRIMERA: Que se declare que la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE y ESE HOSPITAL REGIONAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES son responsables de los daños y perjuicios causados a los actores, por la mala prestación del servicio médico que causó la muerte de la señora ADELAI DA ROSA GÓMEZ DE OSORIO, como consecuencia de un retardo en la prestación del servicio.

SEGUNDA: Que, en consecuencia, las entidades demandadas sean condenadas a pagar una indemnización por los perjuicios ocasionados, en las siguientes cuantías:

- Daño moral: El total de 100 smlmv para el esposo y cada uno de los hijos; para los nietos y hermanos un total de 50 smlmv para cada uno.
- Daño a la vida en relación: Que se le reconozca al esposo y a su hija menor Ana Sofia Osorio, un total de 200 smlmv para cada uno; para los demás hijos un total de 100 smlmv para cada uno; para los nietos 50 smlmv para cada uno y para los hermanos 100 smlmv para cada uno.
- Daño emergente: Por concepto del pago de los gastos funerarios que ascienden a la suma de \$2.000.000.
- Lucro cesante: que se debe calcular teniendo en cuenta el valor de \$2.000.000 mensuales, en razón a las actividades que realizaba la causante, como era la venta de bolis, helados, minutos de celular, fritos y productos de cosecha.

3.1.2 Hechos⁴

En la demanda se indica que la señora ADELAI DA ROSA GÓMEZ DE OSORIO, ingresó a la ESE HOSPITAL REGIONAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES en

² Folio 1-18 cdno 1

³ Folio 1-12 cdno 1

⁴ Folio 12-15 cdno 1





13-001-23-31-000-2011-00068-00

el municipio de Corozal, el 31 de enero de 2009 a las 10 de la mañana, remitida de la ESE IPS CENTRO DE SALUD DE CHALAN, con dolores abdominales; de acuerdo con la historia clínica, la señora GÓMEZ DE OSORIO fue diagnosticada con colelitiasis y síndrome icterico, por lo que se le ordenó, ese mismo día, la realización de un C.P.R.E., (colangiografía⁵ retrógrada endoscópica), más una esfinterotomía y la extracción de cálculos de la vesícula.

Se expone, que el día 4 de febrero de 2009, DASSALUD-SUCRE, remitió a la señora GÓMEZ DE OSORIO al HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE DE CARTAGENA, para que le fuera practicada la cirugía antes mencionada, siendo atendida por el Dr. JOSÉ CARLOS POSADA VIANA; sin embargo, como consecuencia del anterior procedimiento de diagnóstico, se produjo una lesión en el duodeno de la paciente, situación de la cual no se percató el Dr. POSADA; ello, originó una sepsia de origen biliar y química, que posteriormente llevó a la muerte a la señora OSORIO GÓMEZ.

Informa, que el mismo día 4 de febrero de 2009, la señora GÓMEZ OSORIO, fue regresada del HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE DE CARTAGENA a la ESE HOSPITAL REGIONAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE COROZAL-SUCRE,

luego de realizado el procedimiento antes mencionado, sin advertir el galeno que la acompañaba en la ambulancia, Dr. GUSTAVO GERMÁN GUEVARA HERRERA, el malestar general que aquejaba al hoy de cujus, producto de la SEPSIA de origen BILIAR, no obstante, sus manifestaciones de dolor por parte de ésta, llegando a la última institución hospitalaria a las 5:30 P.M, en muy malas condiciones.

Sostiene, que el señor ANTONIO ANGULO IZQUIERDO, persona que acompañaba a la paciente en la ambulancia durante el viaje de regreso, le informó varias veces al médico a través de la ventanilla de la ambulancia, del mal estado de la paciente y de su empeoramiento; sin embargo, la respuesta obtenida por parte del galeno era que eso era normal. El citado médico no viajó junto a la paciente, todo el viaje lo hizo en la cabina de la ambulancia al lado del conductor de esta. Explica que el si el médico, no hubiera estado al lado del conductor, sino acompañando a la paciente como ha debido ser, y si la hubiera examinado, se hubiera regresado de

⁵ También conocida como Radiografía del sistema biliar o Radiografía de vesícula.



13-001-23-31-000-2011-00068-00

manera inmediata a la Cartagena, desde la de población de Arjona, a efectos de que se atendiera a la paciente de manera oportuna y que esta hubiera tenido mayor probabilidad de sobrevivir. Relata, que a pesar del sufrimiento de la paciente, producto de la gravedad que presentaba, el médico junto con el conductor de la ambulancia se bajaron a comer YUCA CON CHICHARRON Y SUERO, en la población llamada el Bongo, dejando a aquella en la ambulancia sola con su acompañante (familiar), violando tanto el médico como el conductor, las medidas de cuidado con la paciente.

Al día siguiente, es decir, el 5 de febrero desde las 9:20 A.M, según evolución médica, la paciente presentaba SUDORACIÓN, TAQUICARDIA, HIPERTENSIÓN; luego a las 2:30 P.M, presenta mal estado general, dificultad RESPIRATORIA, TAQUICARDIA, HIPERTENSIÓN CON AUMENTO DEL BROTE ICTERICIO GENERALIZADO y NEUMOPERITONEO. A las a las 7 P.M. el Dr. SERGIO TADEO GIL, cirujano general de turno, ordenó remitir a la señora GÓMEZ DE OSORIO de urgencia a la UCI-SOMEC y la diagnóstico con "SEPSIA DE ORIGEN BILIAR- NEUMOPERITONEO- Y UNA LESIÓN IATROGÉNICA INADVERTIDA DUODENAL POR C.E.P.R.E", producto de esta cuadro clínico, la señora ADELAIDA ROSA GÓMEZ DE OSORIO falleció a las 10:15 minutos de la noche, con diagnóstico de SHOCK MULTIORGÁNICO debido a la SEPSIA GENERALIZADA ocasionada por la lesión al duodeno, como consecuencia de la mala práctica médica realizada en el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE DE CARTAGENA y a la omisión de la ESE HOSPITAL REGIONAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES COROZAL-SUCRE, al no prestar a tempo la asistencia médica que requería la paciente cuando regresó de Cartagena ante el estado clínico que presentaba.

3.2 ACTUACIÓN PROCESAL

El proceso en referencia fue presentado el 2 de febrero de 2011, en vigencia del Decreto 01 de 1984 (fl. 132), siendo admitido el 31 de marzo de 2011 (fl. 134).

La notificación del Gerente del HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE, se llevó a cabo el 24 de mayo de 2011 (fl. 141); y, la notificación del Gerente del HOSPITAL REGIONAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES COROZAL-SUCRE se surtió el 5 de junio de 2012 (fl. 151).





13-001-23-31-000-2011-00068-00

La ESE HOSPITAL REGIONAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE COROZAL-SUCRE, dio respuesta a la demanda el 22 de junio de 2012 (fl. 152-159).

Se fijó en lista el 25 de julio al 8 de agosto de 2012(fl 134Rev)

La ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE dio respuesta a la demanda el 14 de junio de 2012 (un cuaderno de contestación y excepciones).

El proceso fue abierto a pruebas el 13 de diciembre de 2012 (fl. 213-215 Cuaderno No 2); y se corrió traslado para alegar de conclusión el 17 de febrero de 2014 (fl. 337ibidem). El 31 de octubre de 2014 se dictó un auto de mejor proveer (fl. 353 ibidem). El 16 de diciembre de 2014 se dejó sin efectos el auto que ordenaba correr traslado para alegar como quiera que no se había librado el despacho comisorio para la práctica de unas pruebas que se encontraban decretadas (fl. 356). Finalmente, el 15 de junio de 2018 se corrió traslado para alegar de conclusión.

El 8 de marzo de 2019 el proceso pasó al Despacho para sentencia.

3.2 CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

3.2.1 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE⁶

Manifiesto que no le constan los hechos de la demanda, anteriores al 4 de febrero de 2009, toda vez que la atención suministrada por dicho hospital solo se limitó al 4 de febrero mencionado. Expone que, en efecto, ese día Dasalud Sucre, remitió a la señora Gómez de Osorio a la ESE Hospital Universitario del Caribe para la realización de un C.P.R.E. (Colangiografía Retrograda Endoscópica), mas Esfinterotomía y Extracción de Cálculos. Pero no es cierto que en la realización de la intervención realizada en la ESE Hospital Universitario del Caribe se produjera una lesión en el Duodeno y mucho menos que esta fuera la causa de la muerte de la paciente.

Explicó, que el día 04 de febrero de 2009, la paciente ingresa a las instalaciones de la ESE Hospital Universitario del Caribe, e inmediatamente es dirigida al área donde funciona el operador del servicio, el cual se encontraba localizado en el tercer piso al lado de la Unidad de Cuidados Intensivos y del Quirófano para que en caso de que sea necesario trasladar

⁶ Cuaderno separado





13-001-23-31-000-2011-00068-00

a los pacientes, a esas salas por complicaciones. Lo anterior, porque ya antes se había sido solicitado vía telefónica por el Hospital Regional Nuestra Señora de las Mercedes de Corozal, el procedimiento denominado CPRE + esfinterotomía. Para ello, el operador contaba con la tecnología y el personal necesario capacitado de un hospital de tercer nivel como son: la torre de videoendoscopia, duodenoscopia, arco en c, camilla de rayos x, aire acondicionado, baño interno, equipo de reanimación cardiopulmonar, medicamentos, medios de contraste, monitor de signos vitales, oxígeno central. *Recurso Humano: 2 Cirujanos Generales Endoscopistas, Auxiliar de endoscopia, Técnico de Rayos X, equipos de protección radiológica. Todo esto demuestra la habilitación necesaria para prestar el servicio, tanto en lo material como en lo humano, significando esto, que existían condiciones necesarias para prestar un servicio con calidad, pericia, experiencia y experticia.

Indicó que, al llegar, a la paciente se le hizo entrega del consentimiento informado, donde quedó la constancia de que fue informada sobre la naturaleza, propósitos, ventajas, complicaciones, molestias y riesgos del procedimiento que se le va a realizar; dicho consentimiento fue firmado por su acompañante en calidad de responsable de la misma de nombre María Vélez, por el MD. Carlos Posada y por dos testigos. De igual forma, tanto al familiar acompañante de la paciente, como a la misma, se le entregó la hoja informativa que contiene todos los datos de preparación, procedimiento, tratamiento, beneficios y riesgos existentes dentro del procedimiento denominado COLANGIO PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA CPRE, y se les explico por medio del protocolo para la realización del CPRE, sus indicaciones, contraindicaciones, los equipos y la técnica adecuada, incluyendo las complicaciones en este tipo de procedimientos.

Agregó, que el procedimiento se realizó a la paciente introduciendo la cánula para contraste, la cual accede y pasa observando calibre y forma normal en todo su trayecto; se realiza precorte más esfinterotomía la cual no logra canular la vía biliar a pesar de realizar múltiples intentos, por lo que se dejó consignado en el informe, el posible compromiso obstructivo; lo anterior, está relacionado en el informe que aportó el Doctor José Carlos Posada. También es menester dejar en claro que la paciente se presentó al procedimiento con ecografía reciente en al cual se observaba el páncreas que no detallaba anomalías en el mismo ni compromisos obstructivos para poder realizar el CPRE; y el Doctor Posada informa en las





SENTENCIA No. 168/2020
SALA DE DECISIÓN No. 002

13-001-23-31-000-2011-00068-00

anotaciones del procedimiento que la canulación de la vía biliar fue infructuosa por probable obstrucción; adicional a ello, durante la cirugía le fue hallada a la paciente una masa en la cabeza del páncreas la cual es causa de la obstrucción biliar.

Afirmó que, una vez terminado el procedimiento que duro aproximadamente 30 minutos, la paciente tuvo un progreso normal al mismo, por ello se tuvo en observación posterior al procedimiento por una estancia de una hora (tiempo estipulado para un procedimiento de estas características sin complicaciones), y se determinó que podía ser trasladada nuevamente a su lugar de origen, siendo esto producto de una inspección médica posterior en la que la paciente, manifiesta sentirse bien y solo con los malestares comunes al procedimiento y no muestra afectación ni ninguno de los siguientes síntomas:

*"Radiológicos: extravasación del contraste por fuera del tubo digestivo.
"Endoscópicos: cuando se perfora la cara anterior o lateral del duodeno con la punta del equipo se observa el orificio y las estructuras de la cavidad abdominal vecina con el hígado, el epiplón gastrocólico, el colon, la vesícula, el intestino delgado y el peritoneo parietal. "Clínicos: Presencia de enfisema subcutáneo en la abdominal, torácica o hasta en el cuello. Lo anterior descarta que exista perforación e indica que la paciente se encuentra de conformidad al procedimiento y no debe ser trasladada a cirugía o a una unidad especial de atención, es decir la paciente salió de la ESE Hospital Universitario del Caribe con un pronóstico favorable y acorde a lo establecido por el protocolo de atención para el CPRE.*

Según datos extraídos de la historia clínica que hace parte del material probatorio a la demanda, se anota: que siendo las 6:45 PM del 04 de febrero de 2011, es decir 6 horas posteriores al procedimiento la paciente estaba en buenas condiciones de salud que, según valoración del MD, las características fisiológicas de la paciente manifestaban no tener complicaciones posteriores a un CPRE con aspectos que valen la pena mencionar tales. como: paciente orientada y consciente, frecuencia cardíaca de 80 por minuto, pulmones ventilados, no signos de irritación peritoneal, presión arterial de 100/60. A las 7:00 PM, según nota de enfermería de la historia clínica informan que el médico de turno conocía sobre la condición física de la paciente y se deja en dicha anotación, que la paciente se encuentra estable, lo anterior fue consecutivo en el transcurso de la noche en las correspondientes notas de enfermería donde establecen paciente despierta y tranquila lo cual se anota a las 4:00 AM del día 05 de Febrero de 2011.





13-001-23-31-000-2011-00068-00

Para el día 05 de Febrero a las 6:00 AM, nuevamente se reporta en la historia clínica que la paciente no presenta cambio alguno y que pasó la noche en condición estable de salud, despierta, orientada y en compañía de familiares, todo esto demuestra que el lapso de tiempo transcurrido entre la realización del CPRE en las instalaciones de la ESE HUC hasta el momento en que se realiza esta anotación sobre la historia clínica es suficiente para percatarse y tomar las medidas necesarias para solucionar inconvenientes post-quirúrgicos de un procedimiento que requiere mucho cuidado y no como dice el demandante: un "simple procedimiento", teniendo en cuenta que se han tomado todas las precauciones del caso y en ese espacio de tiempo se pudo detectar y solucionar cualquier complicación en la salud de la paciente. A las 7:20 AM, el cirujano general al percatarse de la presentación de evacuaciones negras por parte de la paciente, recomienda remitir al nivel tres en salud donde pueda prestarse un manejo integral por cirugía general puesto que la paciente amerita tratamiento de laparotomía más abordaje percutáneo más colangiografía intraoperatoria, ya que el Hospital de Corozal no cuenta con el equipo necesario para dicho procedimiento. Luego del informe antes mencionado, consignado por el médico cirujano, la ESE de Corozal tomó las determinaciones que según su experiencia y buen manejo de la práctica médica serían más convenientes para tratar a la paciente.

A las 2:00 PM, o sea más de 24 horas posteriores a la realización del CPRE, cuando la paciente presenta hemorragia duodenal más shock hipovolémico, se decide por parte del cuerpo médico llevar a cirugía a la paciente, la cual duró hasta las 07:05 p.m. donde fueron parte del informe quirúrgico las siguientes anotaciones que vale la pena recalcar:

*""SE REALIZA MANIOBRA DE VAUTIN-KOCHER NO SE ENCUENTRA PERFORACIÓN
*MANIOBRA DE C
*JARDENNAS-OCLINCKZIC: SE ENCUENTRA GRAN INFILTRACIÓN BILIAR Y DE CONTENIDO DUODENAL, NO SE ENCUENTRA PERFORACIÓN
SE REALIZA. DUODENOTOMIA EN 2ª PORCIÓN: NO SE ENCUENTRA PERFORACIÓN NI SANGRADO"

Es decir, que según la apreciación clínica, científica y definitiva del cuerpo médico quirúrgico que trato a la paciente Gómez de Osorio no se encontraron perforaciones ni mala práctica médica.





13-001-23-31-000-2011-00068-00

Expone, que la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se ha convertido en el procedimiento terapéutico por excelencia de la vía biliopancreática y que es susceptible de eventos adversos no productos de mala práctica médica, sino de las llamados complicaciones reconocidas de un procedimiento. A pesar de los avances tecnológicos, la CPRE continúa siendo la técnica con mayor morbimortalidad de la endoscopia digestiva, quiere decir esto, que no es un simple procedimiento; sino que por el contrario, el mismo tiene complicaciones de la CPRE incluyen la pancreatitis, perforación, hemorragia, colangitis y eventos cardiopulmonares que en centros de referencia ocurren hasta en un 10%, implicando una mortalidad hasta del 1 %, sin incluir las fallas terapéuticas ni las reintervenciones.

Como argumentos de defensa, sostiene que la obligación del médico es una obligación de medios, no de resultado. En consecuencia, para apreciar el incumplimiento de la obligación de medios, se requiere la prueba de la falta de diligencia del médico, ósea, el demandante independientemente del resultado del tratamiento debe demostrar la negligencia del médico. Sin embargo, en la demanda en referencia solo se aporta como prueba las historias clínicas de la paciente, en las cuales queda en evidencia que en la paciente no fue hallada perforación ni sangrado producto del CPRE.

Alega que no existe prueba de que el daño sea imputable al HUC. Agrega que dicho centro asistencial ha realizado CPRE en más de 572 pacientes, en las cuales ha participado el Doctor José Carlos Posada, encontrándose que solo se reportaron 2 eventos adversos, que corresponden al 0.36 %, resultado porcentual por debajo del rango establecido por la bibliografía médica mundial quien menciona los siguientes rangos para prácticas médicas MEDICO EXPERIMENTADO (200 o MAS) FALLA 15% COMPLICACIÓN 3%; NO EXPERIMENTADO (25 o MENOS) FALLA DEL 62% Y/O COMPLICACIONES DEL 7%, el Doctor José Carlos Posada es un médico muy experimentado, tal como demuestra su hoja de vida que lo tiene al rango de ser un maestro en la materia para los demás profesionales de esta especialidad, siendo catedrático y haber dictado seminarios sobre estos temas, es por ello que NO SE PUEDE HABLAR DE IMPERICIA en ningún momento, por ello tampoco se puede hablar de culpa probada para un resultado dañoso.

En la contestación de la demanda, se hace alusión a varios estudios y artículos de investigación que, a su vez fueron traídos al proceso como prueba.





13-001-23-31-000-2011-00068-00

3.2.2 ESE HOSPITAL REGIONAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES COROZAL-SUCRE⁷

Esta entidad dio respuesta a la demanda, manifestando que no son completamente ciertos los hechos expresados en la misma. Al respecto, sostuvo que la señora ADELAI DA ROSA GÓMEZ DE OSORIO ingresó al hospital con sintomatología de 20 días de evolución, consistente en ictericia y dolor abdominal; que al ser recibida se le realizó un diagnóstico preliminar de 1) colelitiasis y 2) síndrome ictérico (como posibles causas de padecimiento). La paciente fue hospitalizada; posteriormente fue valorada por cirugía, quien le ordenó la realización de un C.P.R.E., (colangiografía retrógrada endoscópica), más una esfinterotomía, más la extracción de cálculos; procedimiento que por ser de alta complejidad fue autorizado por la EPS DASSALUD. Indica que la remisión se realizó al Hospital Universitario de Cartagena, en donde se realizó el procedimiento y se devolvió a la paciente ese mismo día; entre el traslado de ida y vuelta, más el procedimiento, se tardaron alrededor de 8 horas; destaca, además, que el C.P.R.E es un procedimiento ambulatorio por lo que no existía inconveniente con el traslado. Agrega, que no le consta que el médico y el conductor que acompañaban a la paciente se hayan bajado en algún lugar a comer y que tampoco es cierto que la señora GÓMEZ DE OSORIO haya sido ingresada al Hospital Nuestra Señora del Carmen en "mal estado general" o crítico, puesto que en la historia clínica hay constancia de que solo se reportó un "malestar general". Expone que el médico de turno le realizó la revisión, encontrándose con abdomen agudo quirúrgico, y a pesar de referir dolor a la palpación, no existía defensa muscular.

Explica que, conforme con las notas de enfermería, la paciente pasó la noche estable, por lo que a las 7:00 am se decidió remitirla a III nivel a efectos de que se le realizara la extracción de los cálculos, pues el examen C.P.R.E., así lo sugirió. Que, a las 9:20 am, la paciente comienza a mostrar síntomas y signos agudos, como sudoración taquicardia, palidez e hipotensión (no hipertensión); manifiesta que el equipo médico actuó con pericia y diagnosticando una posible sepsia y una hemorragia duodenal. Se le ordenaron exámenes y transfusión de sangre (por presentar hemoglobina baja) para mantenerla estable; además se acelera el proceso administrativo de traslado a III nivel. A las 2:00 pm se vuelve a presentar hipotensión con

⁷ Folio 152-159 c. 1





13-001-23-31-000-2011-00068-00

dificultad respiratoria, aumento del tinte ictérico generalizado, se realizan otros exámenes que muestran que la hemoglobina siguió bajando, se realiza radiografía de torax y abdomen, advirtiéndose aire en la cavidad peritoneal, por lo que se decide intervenir, se advirtió internar en UCI y realizar una intervención con laparotomía que terminó a las 6:55 pm., en la misma se determinó una peritonitis biliar y química, una tumoración en la cabeza del páncreas y probable lesión inadvertida de duodeno por C.P.R.E.; a las 7:00 fue enviada a UCI donde falleció.

Como defensa, alega que el cuerpo médico de la institución fue diligente en su actuación; no cometió omisión alguna al valorar a la paciente, puesto que, el hecho de que esta presentara sangrado y vomito no era un signo de alarma frente a su estado de salud, como quiera que son síntomas típicos del procedimiento C.P.R.E; adicionalmente, la señora ADELAIDA ROSA GÓMEZ DE OSORIO presentó abdomen con dolor a la palpación, pero blando, sin respuesta muscular de defensa. Sostiene que la ciencia médica no puede actuar con fundamento en la premisa de que todo paciente que presenta malestar después de un C.P.R.E, deba realizársele una cirugía, sin respetar los parámetros clínicos que existen para esos casos; en ese sentido, considera que la entidad accionada no debió ser vinculada al proceso.

Alega que la actividad médica es de medios y no de resultados, y que, en el caso de marras, no existe responsabilidad por parte de la entidad accionada.

3.6 ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

3.6.1 La parte demandante no presentó alegatos de conclusión.

3.6.2 La ESE HOSPITAL REGIONAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES COROZAL-SUCRE no presentó alegatos.

3.6.3 La ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE⁸ presentó sus alegatos solicitando que se desestimen las pretensiones de la demanda.

⁸ Folio 383-385 C No 2





13-001-23-31-000-2011-00068-00

IV. CONTROL DE LEGALIDAD

Tramitada la primera instancia y dado que, no se observa causal de nulidad, impedimento o irregularidad que pueda invalidar lo actuado, se procede a decidir la controversia suscitada entre las partes, previas las siguientes

V.- CONSIDERACIONES

5.1 Competencia.

Es competente esta Corporación para conocer el presente proceso en primera instancia, por disposición del artículo 152 del CPACA.

5.2 Problema jurídico.

De acuerdo con los argumentos expuestos en el recurso de apelación, el problema jurídico se planteará, así:

Se encuentra acreditada la falla médica y, por ende, la responsabilidad patrimonial de la de la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE, con ocasión a la muerte de la señora ADELAIDA ROSA GÓMEZ DE OSORIO, por error en el procedimiento denominado colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

De igual forma, debe verificarse si se encuentra comprometida la responsabilidad de la ESE HOSPITAL REGIONAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES COROZAL-SUCRE, por no ejercer debidamente las labores de vigilancia para el cuidado de la salud de la señora ADELAIDA ROSA GÓMEZ DE OSORIO, tanto en el traslado como en el post operatorio.

5.3 Tesis de la Sala

Esta Sala de decisión, negará las pretensiones de la demanda, teniendo en cuenta que en el proceso no se encontró acreditada la falla médica alegada por la parte actora; en consecuencia, se demostró que la complicación que causó el deceso de la señora ADELAIDA ROSA GÓMEZ DE OSORIO, obedeció a un riesgo inherente al procedimiento a ella realizado, previamente autorizado a través del consentimiento informado, que exonera de responsabilidad al hospital que realizó el procedimiento. Por otra parte, no se logró demostrar que en el post operatorio se cometieran actuaciones





13-001-23-31-000-2011-00068-00

negligentes u omisiones que constituyan falla en el servicio médica durante su traslado y post-operatorio.

5.4 MARCO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL

El medio de control de reparación directa, tiene como fuente constitucional el artículo 90 superior, desarrollado legalmente por la Ley 1437 de 2011, el cual tiene por finalidad, la declaratoria de responsabilidad extracontractual del Estado, con motivo de la causación de un daño antijurídico.

En efecto, los estatutos citados disponen:

"ARTICULO 90. El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas [...]

ARTÍCULO 140. REPARACIÓN DIRECTA. En los términos del artículo 90 de la Constitución Política, la persona interesada podrá demandar directamente la reparación del daño antijurídico producido por la acción u omisión de los agentes del Estado.

De conformidad con el inciso anterior, el Estado responderá, entre otras, cuando la causa del daño sea un hecho, una omisión, una operación administrativa o la ocupación temporal o permanente de inmueble por causa de trabajos públicos o por cualquiera otra causa imputable a una entidad pública o a un particular que haya obrado siguiendo una expresa instrucción de la misma".

El artículo 90 constitucional, establece una cláusula general de responsabilidad del Estado cuando determina que éste responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. En ese marco, tanto la jurisprudencia como la doctrina nacional e internacional, coinciden en señalar que para que opere la responsabilidad extracontractual del Estado, es imperativo que confluyan los siguientes elementos⁹:

1. El **Daño antijurídico**, que se traduce en la afectación del patrimonio material o inmaterial de la víctima, quien no está obligada a soportar esa carga. Sin daño, no existe responsabilidad, de ahí que sea el primer elemento que debe analizarse.

⁹ Modernamente conocidos como daño antijurídico e imputación.



13-001-23-31-000-2011-00068-00

2. El **Hecho Dañino**, que es el mecanismo, suceso o conducta que desata el daño, el cual puede concretarse en una acción u omisión; este se atribuye para efectos de declarar la responsabilidad y

3. El **Nexo Causal**, que se constituye en la relación causa efecto que debe existir entre el hecho dañino y el daño

En ese orden de ideas, una vez confluyan los elementos antes mencionados puede imputársele responsabilidad a la administración, con fundamento en cualquiera de los títulos de atribución de responsabilidad, ya sea la falla en el servicio, en cualquiera de sus modalidades: probada y presunta; el riesgo excepcional y el daño especial; títulos que permiten ubicar al Juzgador en un escenario acorde con cada situación fáctica que se demande.

5.4.1 Responsabilidad patrimonial del Estado por falla en la prestación del servicio médico asistencial

La Sala Plena de la Sección Tercera del Consejo de Estado, en sentencia de fecha 19 de abril 2012¹⁰ unificó su posición en el sentido de indicar que, en lo que se refiere al derecho de daños, el modelo de responsabilidad estatal que adoptó la Constitución de 1991 no privilegió ningún régimen en particular, sino que dejó en manos del juez definir, frente a cada caso concreto, la construcción de una motivación que consulte las razones, tanto fácticas como jurídicas, que den sustento a la decisión que habrá de adoptar.

En ese orden, la jurisdicción de lo contencioso administrativo ha dado cabida a la utilización de diversos títulos de imputación para la solución de los casos sometidos a su consideración, sin que esa circunstancia pueda entenderse como la existencia de un mandato que imponga la obligación al juez de utilizar, frente a determinadas situaciones fácticas, un específico título de imputación.

Por lo tanto, en aplicación del principio *iura novit curia*, el juez está facultado para analizar el caso bajo la óptica del régimen de responsabilidad patrimonial del Estado que corresponda a los hechos probados en el proceso, sin que esto implique una suerte de modificación o alteración de la causa *petendi*, ni que responda a la formulación de una hipótesis que se

¹⁰ Consejo de Estado, Sala Plena de la Sección Tercera, sentencia de 19 de abril de 2012, expediente 21.515.





13-001-23-31-000-2011-00068-00

aleje de la realidad material del caso, o que se establezca un curso causal hipotético de manera arbitraria¹¹.

Ahora bien, pese a que el modelo de responsabilidad extracontractual del Estado Colombiano no privilegió un título de imputación en especial, en jurisprudencia reiterada del Consejo de Estado se ha indicado que, en casos de supuestos en los cuales se discute la declaratoria de responsabilidad estatal con ocasión de actividades médico – asistenciales, la responsabilidad patrimonial del Estado debe ser analizada bajo el régimen de la falla probada, a lo cual se suma que, en consideración al carácter técnico de la actividad médica y a la dificultad probatoria que ello implica, el nexo de causalidad puede acreditarse por diversas vías, incluida la indiciaria.

El título de imputación de falla del servicio probada opera no sólo respecto de los daños indemnizables originados como consecuencia de la muerte o de las lesiones corporales, sino también, como lo ha dicho la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado, de los que:

"... se constituyen por la vulneración del derecho a ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y, como en este caso, por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz"¹².

Cuando la falla en la prestación del servicio médico y hospitalario se origina por la *"lesión al derecho a recibir atención oportuna y eficaz"* se produce una afectación al principio de integridad en la prestación de dicho servicio, el cual, según el precedente jurisprudencial constitucional:

"... no se limita simplemente al reconocimiento de los servicios que se requieren con necesidad; sino que comprende también su acceso de manera oportuna, eficiente y de calidad. La prestación del servicio de salud es oportuna cuando la persona lo recibe en el momento que corresponde para recuperar su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. En forma similar, el servicio de salud se considera eficiente cuando los trámites administrativos a los que se somete al paciente para acceder a una prestación requerida son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no imponen al interesado una carga que no le corresponde asumir. Por otro lado, el servicio

¹¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, sentencia de 13 de mayo de 2015, expediente 17.037.

¹² Sentencia del 7 de octubre de 2009, expediente 35.656.





13-001-23-31-000-2011-00068-00

de salud es de calidad cuando las entidades obligadas a prestarlo actúan de manera tal 'que los usuarios del servicio no resulten víctimas de imponderables o de hechos que los conduzcan a la desgracia y que, aplicando con razonabilidad los recursos estatales disponibles, pueden ser evitados, o su impacto negativo reducido de manera significativa para la persona eventualmente afectada''¹³.

5.5 CASO CONCRETO

5.5.1 Hechos Probados

Las pruebas relevantes para decidir el asunto en referencia, son las siguientes:

- Registro civil de matrimonio de los señores SANTANDER SEGUNDO OSORIO y ADELAIDA ROSA GÓMEZ VILORIA, en el que se hace constar que estos contrajeron nupcias el 4 de septiembre de 1966 (fl. 46).
- Registro civil de defunción de la señora ADELAIDA ROSA GÓMEZ DE OSORIO, quien falleció el 5 de febrero de 2009 (fl. 48).
- Registro civil de la señora ANA SOFÍA OSORIO GÓMEZ, en la que se dice que es hija de SANTANDER SEGUNDO OSORIO y ADELAIDA ROSA GÓMEZ VILORIA; en dicho documento, comparece como declarante la misma señora ANA SOFÍA OSORIO GÓMEZ (fl. 49).
- Registro civil de la señora DENIS ISABEL OSORIO GÓMEZ, en la que se dice que es hija de SANTANDER SEGUNDO OSORIO y ADELAIDA ROSA GÓMEZ VILORIA; en dicho documento, comparece como declarante el padre (fl. 50).
- Registro civil de la joven SANDRA MARCELA ANGULO OSORIO, en la que se dice que es hija de DENIS ISABEL OSORIO GÓMEZ y ANTONIO JOSÉ ANGULO IZQUIERDO; en dicho documento, comparece como declarante el padre (fl. 51).
- Registro civil de la señora LUZ MARY OSORIO GÓMEZ, en la que se dice que es hija de SANTANDER SEGUNDO OSORIO y ADELAIDA ROSA GÓMEZ

¹³ Corte Constitucional, sentencia T-104 del 2010.





13-001-23-31-000-2011-00068-00

VILORIA; en dicho documento, comparece como declarante el padre (fl. 53).

- Registro civil de las jóvenes MAYERLIS y MARYURIS CAROLINA TORRES OSORIO, en la que se dice que es hija de LUZ MARY OSORIO GÓMEZ y YADIR ALBERTO TORRES CANTILLO; en dicho documento, comparece como declarante el padre (fl. 55-56).
- Registro civil de la señora NANCY DEL SOCORRO OSORIO GÓMEZ, en la que se dice que es hija de SANTANDER SEGUNDO OSORIO y ADELAIDA ROSA GÓMEZ VILORIA; en dicho documento, comparece como declarante el padre (fl. 57).
- Registro civil de los jóvenes LENIN EDUARDO, ANDRÉS FELIPE y VALENTINA VÉLEZ OSORIO, en la que se dice que es hija de NANCY DEL SOCORRO OSORIO GÓMEZ y JAIME RAFAEL VÉLEZ DÍAZ; en dicho documento, comparece como declarante el padre (fl. 58-60).
- Registro civil del señor JORGE LUIS OSORIO GÓMEZ, en la que se dice que es hija de SANTANDER SEGUNDO OSORIO y ADELAIDA ROSA GÓMEZ VILORIA; en dicho documento, comparece como declarante el padre (fl. 61).
- Registro civil de los jóvenes LUIS EDUARDO y LINA MARÍA OSORIO YÉPEZ, en la que se dice que es hija de JORGE LUIS OSORIO GÓMEZ y MARÍA PATRICIA YÉPEZ MONTES; en dicho documento, comparece como declarante el padre (fl. 62-63).
- Registro civil del señor VÍCTOR MANUEL GÓMEZ VILORIA, en la que se dice que es hijo de DIGNA ROSA VILORIA SALGADO y VENTURA SANTANDER GÓMEZ MARTÍNEZ; en dicho documento, comparece como declarante el padre (fl. 65).
- Registro civil del señor VENTURA SANTANDER GÓMEZ VILORIA, en la que se dice que es hijo de VENTURA SANTANDER GÓMEZ MARTÍNEZ y DIGNA ROSA VILORIA SALGADO; en dicho documento, comparece como declarante el padre (fl. 66).
- Registro civil de la señora OLGA MARÍA GÓMEZ VILORIA, en la que se dice que es hija de VENTURA SANTANDER GÓMEZ MARTÍNEZ y DIGNA ROSA





13-001-23-31-000-2011-00068-00

VILORIA SALGADO; en dicho documento, comparece como declarante la misma señora OLGA MARÍA GÓMEZ VILORIA (fl. 67).

- Registro civil del señor ÁNGEL SEGUNDO GÓMEZ VILORIA, en la que se dice que es hijo de VENTURA SANTANDER GÓMEZ MARTÍNEZ y DIGNA ROSA VILORIA SALGADO; en dicho documento, comparece como declarante el padre (fl. 69).
- Registro civil de la señora MATILDE ISABEL GÓMEZ VILORIA, en la que se dice que es hija de VENTURA SANTANDER GÓMEZ MARTÍNEZ y DIGNA ROSA VILORIA SALGADO; en dicho documento, comparece como declarante la misma señora MATILDE ISABEL GÓMEZ VILORIA (fl. 71).
- Testimonios de los señores ANTONIO JOSÉ ANGULO, DENIS ISABEL OSORIO, MARÍA VÉLEZ SOSSA (fl. 299-304 C No 2).
- En la historia clínica aportada al proceso (folios 76-131), se dejaron consignados los siguientes aspectos relevantes:
 - Consentimiento informado y hoja informativa en la que se le comunica a los interesados la preparación para la realización del CPRE., los pormenores del procedimiento, tratamiento (papiotomía y extracción de cálculos) beneficios y riesgos y alternativas al procedimiento CPRE. (cdno de contestación HUC)
 - Protocolo de COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA - C.P.R.E., (cdno de contestación HUC)
 - Hoja de vida del Médico Cirujano JOSÉ CARLOS POSADA VIANA, quien atendió a la señora ADELAIDA ROSA GÓMEZ VILORIA, para la realización de la CPRE, en el Hospital Universitario del Caribe (cdno de contestación HUC).
 - Artículos investigativos en los que se tratan los riesgos de la realización de COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA - C.P.R.E. (cdno de contestación HUC)

13-001-23-31-000-2011-00068-00

5.5.2 Del análisis de las pruebas frente al marco normativo y jurisprudencial

Analizados los hechos relevantes que resultaron probados de cara al marco jurídico que fue expuesto, la Sala entra a dar respuesta al problema jurídico planteado.

En primer lugar, atendiendo a los términos de la imputación, se debe determinar si resulta procedente imputarle responsabilidad a la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE y ESE HOSPITAL REGIONAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, por la muerte del señor ADELAIDA ROSA GÓMEZ VILORIA, a título de falla en la prestación del servicio médico asistencial. Para ello, es necesario analizar si se configuran los elementos necesarios para la imputación de responsabilidad del Estado.

5.5.2.1 El daño

En el caso objeto de estudio, está acreditado que el daño cuya indemnización pretende la parte demandante consiste en la muerte de la señora ADELAIDA ROSA GÓMEZ VILORIA, ocurrida el 5 de febrero de 2009 como consecuencia de un paro cardiaco, generado como consecuencia del estado de salud en el que se encontraba, pues padecía una "sepsis de origen biliar, neumoperitoneo, una lesión iatrogénica inadvertida duodenal por CPRE y la inestabilidad hemodinámica en la que se encuentra, disnea, hipotensión".

5.5.2.2 La falla en la prestación del servicio médico - imputación de responsabilidad.

De acuerdo con la historia clínica aportada al proceso, se tiene que el **31 de enero de 2009**, la señora ADELAIDA ROSA GÓMEZ VILORIA, acudió a la IPS CENTRO DE SALUD DE CHALAN, con un cuadro de 20 días de evolución, se le practicaron varios exámenes médico, entre ellos Hepatitis A y B que salió negativo, y uno de Bilirrubina que resultó en un total de 20.3¹⁴; en dicho centro asistencial se le dio un diagnóstico presuntivo de ICTERICIA¹⁵ y COLELITIASIS

¹⁴ Los valores normales de bilirrubina total son de 0,3 a 1,9 mg/dl.

¹⁵ La ictericia es una coloración amarillenta de conjuntivas, piel y mucosas, esto es debido al depósito del pigmento de la bilirrubina en los tejidos. En adultos sanos la concentración normal de bilirrubina en suero es menor de 1-1.5 mg/dL, y va a ser visible cuando las concentraciones exceden 3 mg/dL. En la historia del paciente icterico es importante identificar los datos de obstrucción biliar o enfermedad hepática. El tratamiento va a ir dirigido a tratar la causa de





13-001-23-31-000-2011-00068-00

ABDOMINAL¹⁶, por lo que fue remitida, ese mismo día, a un hospital de II Nivel (fl. 76), siendo recibida en la ESE HOSPITAL REGIONAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES (COROZAL-SUCRE).

En esta última entidad, la señora ADELAIDA ROSA GÓMEZ VILORIA fue recibida a las 10:00 am del **31 de enero de 2009**; siendo valorada por el médico tratante, quien consigna la misma impresión diagnóstica con la que fue remitida, diagnóstico presuntivo de ICTERICIA y COLELITIASIS ABDOMINAL, (fl. 77-78 y rev); a **las 10:20 am**, la paciente fue valorada por cirugía, quien ordenó la hospitalización, dieta blanda, exámenes médicos y la realización del procedimiento denominado COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA - C.P.R.E., + ESFINTEROTOMÍA¹⁷ + EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS (fl 79).

En esta oportunidad, es necesario hacer alusión a lo que define la ciencia médica como CPRE o Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica; en ese orden de ideas, la Revista Española de Enfermedades Digestivas¹⁸ explica lo siguiente:

“La prueba denominada colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una intervención mixta endoscópica y radiológica, utilizada para estudiar y, principalmente tratar, las enfermedades de los conductos biliares y del páncreas. El conducto que conduce la bilis al intestino, procedente de la vesícula biliar y del hígado (llamado colédoco), y el conducto principal que lleva las secreciones del páncreas (denominado conducto de Wirsung), se unen en un mismo lugar para verter en el duodeno (primera parte del intestino delgado) sus sustancias, que son necesarias para hacer la digestión. El lugar donde ambos conductos se unen se llama papila de Vater. La papila tiene un esfínter o músculo circular, que se abre y cierra cuando es preciso verter la bilis y la secreción pancreática al duodeno. En algunas ocasiones, el páncreas vierte casi todas sus secreciones en el duodeno por

la hiperbilirrubinemia, en la ictericia no obstructiva, se debe tratar la causa subyacente (autoinmune, viral, medicamentos), en la ictericia obstructiva el tratamiento se enfoca en aliviar la obstrucción. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/38>

¹⁶ La colelitiasis es la presencia de uno o varios cálculos (litiasis vesicular) en la vesícula biliar. (MANUAL MSD, Versión para profesionales)

¹⁷ **ESFINTEROTOMÍA:** Sección endoscópica del Esfínter de Oddi, para permitir la introducción de instrumentos (canastillos, balones, dilatadores) y facilitar procedimientos terapéuticos. Estas técnicas permiten el retiro de cálculos, parásitos, implantación de prótesis (plásticas o metálicas autoexpansibles) como tratamiento paliativo de estenosis tumorales de la vía biliar, drenaje de la vía biliar mediante la instalación de Dren Naso-biliar, dilatación (mecánica o hidrostática) de estenosis de la vía biliar o pancreática.

Revista médica: Ciencia Médica.

<https://www.redalyc.org/pdf/4260/426041256016.pdf>

¹⁸ http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082009000800010





13-001-23-31-000-2011-00068-00

un conducto accesorio, que no desemboca como el conducto principal de Wirsung en la papila.

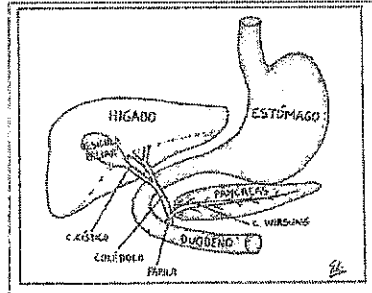


Fig. 1

¿CÓMO SE HACE LA CPRE?

El objetivo es canular la papila y uno o los dos conductos (colédoco, Wirsung). Esta maniobra consiste en introducir en la papila un pequeño tubo plástico (catéter o cánula). Para llegar hasta la zona de la papila se utiliza un endoscopio o sonda óptica flexible que se introduce por la boca. Habitualmente, se emplea un endoscopio especial para la CPRE llamado duodenoscopio. La canulación de la papila y del conducto deseado (colédoco y/o Wirsung) es uno de los puntos más cruciales en la CPRE. En ocasiones, esta maniobra es muy compleja y, de hecho, la CPRE se considera como una de las intervenciones más difíciles de la Endoscopia Digestiva. Una vez canulada la papila se inyecta a través del catéter un contraste radiológico. De esta forma se "dibujan" los conductos que pueden observarse con radiografías fijas o bien de forma dinámica (fluoroscopia). Por lo tanto, la CPRE se realiza habitualmente en una sala provista de rayos X. Para que el paciente esté tranquilo durante la CPRE, pueden utilizarse distintos tipos de sedación: anestesia general, sedación profunda o sedación consciente.

(...)

El 4 de febrero de 2009, la señora GÓMEZ VILORIA fue remitida a la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE DEL CARIBE, en la ciudad de Cartagena, para la realización del procedimiento ordenado; en el mencionado centro asistencial la señora MARÍA VÉLEZ SOSSA, (una de las acompañantes de la paciente) firmó el consentimiento informado, así como lo hicieron 2 testigos más y el médico tratante Dr. JOSÉ CARLOS POSADA VIANA. Igualmente, se les entrega la hoja informativa en la que se les comunica a los interesados la preparación para la realización del CPRE., los pormenores del procedimiento, tratamiento (laparotomía y extracción de cálculos) beneficios y riesgos y alternativas al procedimiento CPRE (cdno de contestación HUC); en dicho documento, se describen como complicaciones, las siguientes: "inflamación del páncreas (pancreatitis), sangrado, **perforación del intestino, e infección de la vía biliar** (colangitis). Los medicamentos utilizados pueden causar reacciones adversas, y el medio de contraste reacciones alérgicas. Pueden



13-001-23-31-000-2011-00068-00

presentarse arritmias cardiacas y depresión respiratoria. Estas complicaciones son raras, pero pueden ser importantes y requerir tratamiento urgente, e incluir una operación. La muerte es una posibilidad lejana"

Como resultado de la realización del procedimiento anterior el Dr. JOSÉ CARLOS POSADA VIANA, emitió un informe en el cual expuso que, debido a un posible compromiso obstructivo, no pudo llevarse a cabo la colangiografía, se informa que se realizó un precorte + esfinterotomía, y que se recomendaba un abordaje percutáneo (fl. 101):

"Ampolla de vater de aspecto normal

Se cánula y pasa contraste: se opacifico el wirsung observándose calibre y forma normales en todo el trayecto.

Se practica precorte + esfinterotomía, no se logra canular la vía biliar a pesar de múltiples intentos, compromiso obstructivo?

- 1) COLANGIOGRAFÍA INFRUCTUOSA
- 2) PRECORTE + ESFINTEROTOMÍA
- 3) PANCREATOGRAFIA NORMAL
- 4) SE RECOMIENDA ABORDAJE PERCUTÁNEO

Conforme con los testimonios traídos al proceso, en especial el de la señora MARÍA VÉLEZ SOSSA y ANTONIO JOSÉ ANGULO, quienes acompañaron a la paciente en el HUC, se tiene que, una vez terminado el procedimiento la paciente fue enviada de vuelta a la ESE HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES; pero, durante el trayecto se mostró con dolor en el abdomen.

En efecto, la señora ADELaida ROSA GÓMEZ VILORIA arribó a las **5:30 pm** del mismo día a la ESE HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES; en la nota de enfermería se deja constancia de que la paciente presenta **malestar general**, por lo que se le informó al Dr. Vergara, quien la atendió a las **6:28 pm**, y le recetó Meperidina que es un analgésico para el dolor¹⁹ con el que ya venía siendo trata la paciente, según se advierte en las ordenes médicas (fl. 79-80).

¹⁹ La meperidina se usa para aliviar el dolor de moderado a fuerte. También se puede usar antes y durante una cirugía u otros procedimientos médicos.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/FNE/infografia%20meperidina%20pacientes%20vs3%2007feb19.pdf>



13-001-23-31-000-2011-00068-00

Posteriormente, a las **6:45** en la evolución, se anota lo siguiente: paciente se le realiza procedimiento resultando 1) infructuoso, 2) esfinterotomía 3) *ilegible*, 4) se recomienda abordaje percutáneo; abdomen blando, globoso, **doloroso a la palpación**, sin defensa muscular (fl. 82 rev). A las **7:00 pm** de la noche, se registra en las notas de enfermería, que la paciente se encuentra en su unidad, despierta, tranquila, consciente, en cama acompañada de familiar, se le administra ampicilina sulbactam.

El **5 de febrero de 2009**, a las **12:00 am** se le revisan signos vitales; a las **4:00 am** se le vuelven a revisar signos vitales; a las **6:00 am** la enfermera consigna que la paciente no presenta cambio alguno, pasó estable durante el turno, queda en su cama bajo el suministro de medicamento y en compañía de familiar (fl. 110 rev).

El **5 de febrero**, a las **7:00 am**, la enfermera registra que la paciente tiene la piel y mucosas pálidas, se canaliza nuevamente con 1000 cc. de Hartmann²⁰ y se le informa a la Dra. Acosta (fl. 111). A las **7:20 am**, en el registro de evolución se consigna que la paciente tiene tinte icterico generalizado, con deposiciones diarreicas negras, abdomen blando depresible doloroso a la palpación; mucosas secas ictericas; paciente valorado por cirugía general quien recomienda traslado a III nivel para manejo integrar por cirugía ya que requiere laparotomía y abordaje percutáneo – a efectos de aliviar la obstrucción reportada en la CPRE, pero el hospital no cuenta con equipos para ello, a pesar de tener personal capacitado (fl. 82 rev). En efecto, la señora ADELAI DA ROSA GÓMEZ VILORIA fue revisada por el médico tratante a las **7:30 am**, quien ordenó dieta líquida y remisión a III o IV nivel por cirugía general; adicionalmente ordenó la realización de análisis de hemoglobina (HB) + hematocritos (HTO) + glicemia + Tiempo parcial de tromboplastina (TPT) + Tiempo de protrombina (TP) (fl. 80).

Conforme con el resultado del análisis anterior, se advirtió que la señora tenía la hemoglobina en 8.6 (fl. 90).

A las **9:20 am**, el registro de evolución se indica que la paciente desde las **9:15 am** presentó SUDORACIÓN, TAQUICARDIA, HIPOTENSIÓN, se ordenó transfundir sangre y remitir a UCI adulto; diagnóstico: sepsis + hemorragia duodenal + shock hipovolémico (fl. 83). A las **9:15 am** el médico tratante

²⁰ Hartmann: solución electrolítica



13-001-23-31-000-2011-00068-00

ordenó la transfusión de 2 unidades de sangre, la realización de rayos x de tórax y abdomen; la repetición de los exámenes de hemoglobina (HB) + hematocritos (HTO) + glicemia, así como la remisión a III nivel (fl. 80 rev).

A la **1:00 pm**, se deja constancia en las notas de enfermería, que un familiar de la paciente fue enviado a Dassalud (Sincelejo) para averiguar a donde debían remitir a la señora ADELAI DA ROSA GÓMEZ VILORIA (fl. 111).

A las **2:00 pm**, en las notas de enfermería se consigna que la paciente padece hipotensión, además se le realiza un RX de tórax y abdomen que es analizado por el Dr. Baleta (sic), en el cual advierte un "Neumoperitoneo", por lo que se llama al Dr. S. Jadeo Gil y al Anestesiólogo para intervención quirúrgica y luego pasarla a UCI, a las **2:30 pm** el registro de evolución indica que la paciente tiene mal estado general, con dificultad respiratoria, taquicardia, hipotensión, con aumento del tinte icterico generalizado, se ordena transfundir, se busca una cama en UCI por compromiso hemodinámico – Shock hipovolémico (fl. 83 y rev).

A las **3:15 pm**, en la nota de enfermería se reporta paciente en camilla para cirugía general; a esa misma hora en la evolución se consigna que se transfundieron 2 unidades de sangre y se reservaron 2 unidades más para cirugía por complicaciones. A las **3:30 pm** la nota de enfermería da cuenta que la paciente ingresa a quirófano.

A las **7:00-7:15 pm**, la nota de enfermería reporta la terminación de la cirugía y el traslado a UCI, intubada. En la evolución se reporta que la paciente se traslada a UCI por una "sepsis de origen biliar, neumoperitoneo, una lesión iatrogénica²¹ inadvertida duodenal por CPRE y la inestabilidad hemodinámica en la que se encuentra, disnea, hipotensión, una cirugía de alto riesgo, y las complicaciones de esta colecistectomía, laparoscopia exploratoria, y duodenostomía".

En la hoja de reporte quirúrgico (fl. 84), se dejó consignado que la paciente fue sometida a una laparotomía exploratoria, a una duodenostomía y a una colecistostomía; entre los hallazgos se consignó lo siguiente:

²¹ La iatrogenia es un daño no deseado ni buscado en la salud, causado o provocado, como efecto secundario inevitable, por un acto médico legítimo y avalado, destinado a curar o mejorar una patología determinada.



13-001-23-31-000-2011-00068-00

- Peritonitis biliar y química
- Tumorción de cabeza de páncreas
- Probable lesión inadvertida de duodeno por CPRE
- Colelitiasis

En dicho documento se anota también, los médicos realizaron "maniobras de vautin -kocher, exploración- no se encuentra perforación – maniobra de Jardennas-Oclinckzic - se encuentra gran infiltración biliar, y contenido duodenal, no se encuentra perforación - se realiza duodenostomía 2ª porción, no se evidencia perforación ni sangrado, se decide realizar duodenotomía descompresiva, (...) se realiza colescistostomía"

A las **7:00 pm** la señora ADELAIDA ROSA GÓMEZ VILORIA fue recibida en la UCI-SOMEK LTDA, pero a las **9:45 pm** fallece por un paro cardíaco.

De todo lo expuesto, encuentra esta Judicatura que, en efecto, está demostrado que la muerte de la ADELAIDA ROSA GÓMEZ VILORIA se dio a raíz de una complicación derivada del procedimiento denominado COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE), en el cual, probablemente se causó una lesión en el duodeno, que fue inadvertida, y que derivó en una sepsis de origen biliar, un hemoperitoneo, shock hipovolémico, e inestabilidad hemodinámica de la paciente.

A efectos de determinar la antijuridicidad del daño, corresponde a esta Sala determinar, si en el marco de la atención médica brindada a la señora ADELAIDA ROSA GÓMEZ VILORIA, las demandadas cumplieron o no con los estándares de calidad vigentes, si se emplearon todos los protocolos, de conformidad con la lex artis, para tratar la enfermedad de la paciente, o si se incurrió en omisiones, retardos o irregularidades de las cuales resulta razonable concluir que el daño sufrido por la paciente es atribuible a la autoridades demandadas. De igual forma, debe establecerse si la complicación presentada se trató de un riesgo inherente al procedimiento, que hubiese sido informado por el centro médico a la paciente, a fin de exonerar de responsabilidad a la institución médica por el resultado final.

Teniendo en cuenta lo anterior, y como quiera que existen 2 centros médicos involucrados en el asunto, procederá este tribunal a estudiar de manera separada la responsabilidad e cada una de las entidades, en lo que





13-001-23-31-000-2011-00068-00

respecta al procedimiento médico realizado a la paciente y el cuidado en el post operatorio.

Imputación de responsabilidad al Hospital Universitario del Caribe.

Lo primero que debe destacarse en este asunto, es que, conforme con la literatura médica²² la "CPRE es uno de los procedimientos endoscópicos digestivos más complicados y, al mismo tiempo, es una de las formas menos invasivas y sencillas de tratar las obstrucciones y fístulas biliopancreáticas. Ante todo debe comprenderse que es un procedimiento complejo y que en alrededor del 10% existen complicaciones. A veces la CPRE es fallida porque no consigue canularse adecuadamente la papila o el conducto deseado"

A su turno, en el artículo denominado "Eventos adversos de la CPRE en el Hospital de San José de Bogotá"²³ aportado al proceso por el HUC, se explica, con relación a la CPRE lo siguiente:

"Las técnicas endoscópicas se han convertido en el patrón de oro para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad biliopancreática. El uso actual de la CPRE es principalmente terapéutico y sólo en algunas especiales circunstancias se realiza con fines diagnósticos. La CPRE es la técnica más compleja de la endoscopia digestiva. Esta complejidad implica una morbilidad hasta del 10% y una mortalidad hasta del 1% (6-9).

Se define complicación a un evento adverso o no deseado que puede tener o no una causa precipitante y la cual no implica error o negligencia médica. Se considera complicación temprana post-CPRE a cualquier evento adverso relacionado con la misma que ocurra durante los 30 días posteriores a su realización. Estas pueden ser generales por la endoscopia o específicas del procedimiento. En 1991 se realizó una reunión de consenso donde clasificaron las complicaciones post-CPRE en 3 categorías: leve, aquella que requiera hasta 3 días de hospitalización; moderada, la que requiera 4 a 10 días de hospitalización; y severa, la que requiera más de 10 días de hospitalización, intervención radiológica, quirúrgica o que lleve a la muerte. La mortalidad atribuible al procedimiento se define como aquella que ocurre dentro de los 30 días posteriores a su realización o como resultado de una complicación.

Las complicaciones de la CPRE son la pancreatitis aguda, la hemorragia post-esfinterotomía, la sepsis de origen biliar (colangitis y colecistitis), la perforación y los

²² Revista Española de Enfermedades Digestivas

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082009000800010

²³ Autores: A. Peñaloza-Ramírez, C. Leal-Buitrago y A. Rodríguez-Hernández, Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Hospital de San José. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Sociedad de Cirugía de Bogotá. Bogotá, Colombia. http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v101n12/es_original2.pdf





13-001-23-31-000-2011-00068-00

efectos secundarios a la sedación (arritmias e hipoxemia). Recientemente se han considerado como eventos adversos el dolor post-CPRE, que se presenta hasta 24 horas después del procedimiento, habiéndose descartado pancreatitis o perforación; y el no resolver la indicación, pues a pesar de no tener morbilidad directa para el paciente, implica la necesidad de procedimientos diagnósticos o terapéuticos adicionales, con la consiguiente morbimortalidad para el paciente, además del aumento de costos para el sistema de salud.

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en los pacientes del Hospital de San José de Bogotá a quienes se les hizo una CPRE durante el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de abril del 2006 y el 30 de abril del 2007. (...) Se definió CPRE exitosa cuando se resolvió la indicación sin complicaciones; CPRE diagnóstica aquella en la cual se opacificó, con medio de contraste, la vía biliar o pancreática según la indicación, sin ninguna intervención terapéutica; **y CPRE no exitosa cuando se presentaron complicaciones, reintervenciones o no se resolvió la indicación.**

Las complicaciones de la CPRE se reportaron según el consenso de 1991. Se definió **pancreatitis** como la presencia de dolor abdominal en las 24 horas siguientes a la CPRE con una elevación mínima de amilasa²⁴ 3 veces el valor normal. **Perforación, cuando el paciente presentó dolor abdominal asociado a retroneumoperitoneo en una radiografía de abdomen.** **Colangitis** cuando se presentó fiebre mayor de 38 °C en las 24 horas siguientes a la CPRE. **Hemorragia**, cuando se tuvo que suspender el procedimiento por su aparición, se realizó inyección endoscópica para su control o se presentó anemia con necesidad de transfusión del paciente. **Dolor post-CPRE**, cuando el paciente presentó dolor abdominal en las 24 horas siguientes a la CPRE descartándose pancreatitis y perforación. Se definió intolerancia a la sedación, cuando el paciente obligó a la suspensión del procedimiento, por no tolerar desde su inicio más de cinco minutos. **Complicaciones cardiopulmonares** cuando se presentó desaturación que obligó a suspender el procedimiento, angina o arritmias. **Reintervención** cuando el paciente requirió un nuevo procedimiento para resolver la indicación inicial y CPRE fallida cuando no se logró opacificar con medio de contraste, la vía indicada o no se resolvió la indicación.

La mortalidad asociada al procedimiento se definió cuando esta ocurrió como consecuencia de una complicación. (...)

La mayoría de las complicaciones 22 pacientes (76%) se diagnosticaron en el primer control 4 horas después del procedimiento, otros 5 (17%) a las 24 horas y sólo 2 a las 48 horas (7%). Un total de 29 pacientes (7,8%) presentaron alguna complicación. (...) **La perforación se presentó en 5 pacientes (1,3%). Un paciente falleció por esta complicación. Ninguna perforación se identificó intraprocedimiento ni fue hecha por el duodenoscopio en algún lugar diferente a la papila mayor.**

²⁴ La amilasa es una enzima que se produce, sobre todo, en las glándulas salivales y el páncreas. La sangre suele contener pequeñas cantidades de amilasa. Sin embargo, cuando la cantidad es elevada, significa que el páncreas tiene una lesión, está inflamado o bloqueado.



13-001-23-31-000-2011-00068-00

El dolor post-CPRE se presentó en un paciente (0,3%) en quien se descartó perforación o pancreatitis o se le realizó precorte ni hubo opacificación del Wirsung, la vía biliar estaba dilatada y requirió 4 días de hospitalización. (...) Las CPRE fallidas fueron 16 (4,3%) a pesar que en 10 se realizó papilotomía por precorte. Seis pacientes requirieron reintervención y dos presentaron complicaciones: uno con pancreatitis severa al requerir 14 días de hospitalización y otro presentó colangitis. En este paciente no se pudo canalizar la vía biliar y presentó muerte asociada al procedimiento".

Por su parte, la SOCIEDAD ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA²⁵ explica los siguiente:

**"Complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).
Identificación, prevención y manejo.**

(...)

Sepsis de origen biliar

Por consenso, se dene infección post CPRE a todo proceso febril tras la realización de la técnica mayor de 38° C que no se explica por otras causas. Se considera moderada si requiere ingreso hospitalario superior a tres días tras la CPRE o requiere tratamiento endoscópico o quirúrgico no urgente y grave si aparece shock séptico y precisa tratamiento quirúrgico urgente.

Perforaciones relacionadas con la CPRE

Se trata de una complicación poco frecuente (0.3-1.2%) pero que puede tener consecuencias fatales (mortalidad potencial del 5-36 %). Es muy importante reconocer de forma precoz durante el acto endoscópico o en las primeras horas tras su realización esta complicación y manejarla de forma correcta. Una actitud demasiado agresiva (quirúrgica) en algunas perforaciones relacionadas con la papilotomía puede tener consecuencias fatales para el paciente.

FACTORES DE RIESGO:

La realización de una CPRE larga y compleja, la edad superior a los 65 años, estenosis del tubo digestivo alto, la cirugía gástrica tipo Billroth II, una dilatación de la vía biliar extrahepática superior a 14 mm, la sospecha de disfunción del esfínter de Oddi (DEO), la dilatación de estenosis biliopancreáticas, el uso de precorte y la presencia de divertículos yuxtapapilares se reconocen como potenciales situaciones de riesgo.
(...)

DIAGNÓSTICO:

Para las perforaciones gástricas y duodenales, la existencia de deformidades y estenosis antropilóricas y duodenales de tipo péptico, la cirugía Billroth II (riesgo de

²⁵ <https://www.sapd.es/revista/2010/33/1/04>



13-001-23-31-000-2011-00068-00

desgarro de la anastomosis por tracción del asa aferente en la introducción del duodenoscopio) son factores de riesgo relacionados. En estos casos la aparición de neumoperitoneo establece el diagnóstico.

(...)

Cuando una vez canalizada la CPRE aparece dolor intenso con o sin signos de irritación peritoneal precoz que no mejora con la emisión de gases y con signos de inestabilidad hemodinámica (hipotensión y taquicardia) hay que sospechar la existencia de una perforación. Analíticamente suele aparecer leucocitosis intensa (generalmente mayor de 20.000 leucocitos/dl) con amilasemia normal o ligeramente elevada (< 3 veces el valor normal) en las 4 horas tras la CPRE (a diferencia de la pancreatitis aguda con la que se puede confundir). En estos casos es necesario realizar un TAC abdominal con contraste oral hidrosoluble ya que valora la presencia de retroneumoperitoneo y aire libre intraperitoneal, la extravasación de contraste a la cavidad retroperitoneal y el volumen extravasado y la presencia de colecciones retroperitoneales. Todos estos datos ayudan de forma decisiva a diferenciar el cuadro de una pancreatitis aguda y establecer la indicación de cirugía.

TRATAMIENTO:

(...)

Se requiere una vigilancia clínica y analítica estrecha. Las indicaciones de cirugía urgente en estos casos se establecen cuando aparecen dos o más criterios de los que se describen a continuación: irritación peritoneal, hipotensión < 100 mm Hg, hipertermia > 38.5° C, disnea, taquicardia > 100 lpm o leucocitosis > 15000 cels/dl.

La revista indexada denominada "REPERTORIO DE MEDICINA Y CIRUGÍA", de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (Santa fe de Bogotá - Colombia), publicó el 1 de septiembre de 2008, la investigación denominada: "PERFORACIÓN DUODENAL POST COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA: Hospital de San José febrero de 2001 a febrero de 2007"²⁶, la cual también fue aportada con la contestación de la demanda, en la que se describe lo siguiente:

Introducción: la perforación duodenal es una de las principales complicaciones de la instrumentación endoscópica de la vía biliar y se encuentra asociada con alta mortalidad. Su manejo tradicional ha sido quirúrgico aunque algunos autores han propuesto el expectante con resultados significativos. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, tipo serie de casos en pacientes con perforación duodenal post CPRE, que fueron manejados en el servicio de cirugía general del Hospital de San José, en el período comprendido entre febrero de 2001 y febrero de 2007. Se recolectaron los datos demográficos, las indicaciones del procedimiento, síntomas y tiempo de iniciación, métodos diagnósticos utilizados, hallazgos quirúrgicos y mortalidad. **Resultados:** en el período comprendido entre

²⁶ Autores: Guillermo Eduardo Aldana Dimas MD*, Andrea del Pilar Betancourt Arias MD**
<https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/507>





13-001-23-31-000-2011-00068-00

febrero de 2001 y febrero de 2007 se realizaron 1.200 CPRE en el Hospital de San José. Trece pacientes fueron diagnosticados con perforación duodenal; el principal síntoma presente en todos fue dolor abdominal, aunque solo en tres de ellos se encontraron signos de irritación peritoneal. La mayoría fueron diagnosticados en forma tardía (más de 24 horas), tres presentaron choque previo al procedimiento quirúrgico, que independiente del tipo de lesión encontrada en cirugía se asoció con mortalidad. (...) El procedimiento quirúrgico de elección fue la exclusión pilórica y la mortalidad fue de 38,46%. Conclusiones: la perforación duodenal secundaria a la CPRE es una entidad poco frecuente, pero asociada con alta mortalidad, la cual aumenta con la severidad de la lesión y el manejo tardío de la misma.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto en la literatura médica sobre la CPRE y las complicaciones que se pueden presentar a causa de la misma, encuentra esta Judicatura que las lesiones o perforaciones en el sistema digestivo, son un riesgo inherente a la realización de la CPRE, que no necesariamente es consecuencia de una mala praxis, puesto que es una de las complicaciones previstas en la realización de este tipo de procedimientos.

Adicionalmente, en el proceso se encuentran demostrado que la acompañante de la paciente, señora MARÍA VÉLEZ firmó el consentimiento informado, en el que hizo constar que conocía las ventajas, complicaciones, molestias, riesgos, y secuelas que puedan producirse; así como las posibles alternativas; los cuales se encuentran consignados en la hoja informativa ya mencionada con anterioridad en este fallo.

En un caso parecido, el Consejo de Estado expuso lo siguiente²⁷:

"Corresponde, entonces, analizar para efectos de determinar la antijuridicidad del daño, si se trató de un riesgo inherente al procedimiento, el cual fue informado por el centro médico a la paciente, la cual aceptó exonerando de responsabilidad a la institución médica por el resultado final.

Ahora bien, el consentimiento informado se define como "... la aceptación libre por parte de una paciente de un acto diagnóstico o terapéutico después de haberle comunicado adecuadamente su situación clínica"²⁸. Es entonces, una autorización dada por el paciente sin ninguna coacción,

²⁷ CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, SUBSECCIÓN B, consejero ponente: Alberto Montaña Plata. Bogotá D.C., 10 de abril de 2019. Radicación: 25000-23-26-000-2005-01794-01 (40916).

²⁸ Ver documento "Garantizar la función de los procedimientos de consentimiento informado" del Ministerio de Protección Social en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Garantizar%20la%20funcionalidad%20de%20los%20procedimientos%20de%20consentimiento%20informado.pdf>.





13-001-23-31-000-2011-00068-00

basada en el entendimiento razonable de lo que sucederá, previo a la explicación del procedimiento, y los riesgos y beneficios del mismo.

En el caso concreto, la señora Ana del Pilar Quiroz Díaz fue informada de los riesgos de la intervención (...) y, se acreditó que la perforación rectal presentada durante el procedimiento de histerectomía laparoscópica, era una complicación posible y, la no detección de la perforación y/o su diagnóstico posterior es usual en un procedimiento de este tipo.

Ahora bien, el informe de necropsia efectuado por Medicina Legal señaló como punto relevante que la paciente era una mujer obesa y, según la literatura médica, "las pacientes con obesidad presentan mayores complicaciones, como (...) lesión a órgano vecino (...). También el tiempo quirúrgico es mayor, así como la rehospitalización, la reintervención quirúrgica y la estancia hospitalaria, aumentado el riesgo de infecciones nosocomiales"²⁹.

Hasta este punto se puede concluir que, la perforación en el recto sufrida en el procedimiento quirúrgico era un riesgo inherente al procedimiento, que se ubicaba dentro de los riesgos advertidos a la paciente, y aceptados por ella."

Teniendo en cuenta lo anterior, encuentra esta Corporación que en este proceso no existe evidencia científica o alguna prueba técnica que determine que, en el procedimiento adelantado en la humanidad de la señora ADELAI DA ROSA GÓMEZ VILORIA, los galenos del Hospital Universitario del Caribe hubiesen incurrido en violaciones a los estándares de calidad vigentes, ni que se hayan incumplido los protocolos para la atención y realización de la C.P.R.E; sobre este aspecto, considera este Tribunal que era carga de la parte actora, allegar al plenario las pruebas que demostraran la falla, en la que incurrió la entidad demandada, ni se determinó que incidencia tenía el tumor encontrado en el pancreas.

De igual manera, no son de recibo para esta Corporación, los argumentos de la parte actora, tendientes a demostrar que la decisión de enviar a la señora GÓMEZ VILORIA de vuelta al Municipio de Corozal, para que

²⁹ Ver, entre otros, www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2014/imi141f.pdf página web consultada el 20 de septiembre de 2018. Artículo científico "Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna" autor Juan Pablo Hollman-Montiel - Ex residente de Ginecología y Obstetricia- Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia adscrito - Hospital de Ginecología y Obstetricia, Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM) Sobre la posibilidad de tener en cuenta la literatura médica para efectos de comprender el significado de los términos médicos ver: Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de 1º de octubre de 2008, exp. 27268 y de 19 de agosto de 2009, exp. 18364 de la Subsección C, sentencia de 25 de abril de 2012, exp. 21861.



13-001-23-31-000-2011-00068-00

continuara su atención en la ESE HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, configurara una irregularidades de las cuales se pueda deducir que el resultado adverso del procedimiento, fuera atribuible a dicha entidad; pues no se encuentra prueba de que ello sea un proceder contrario a las recomendaciones sugeridas para este tipo de tratamientos. Precisamente, sobre este tema, el protocolo de CPRE traído al proceso por el HUC³⁰, indica que *"la mayoría de los procedimientos se pueden realizar de manera ambulatoria, o permitiendo el traslado de una institución a otra por el tiempo del procedimiento y el periodo de recuperación. Sin embargo, en casos especiales, por las condiciones del paciente, se realiza con hospitalización previa del día anterior"*

Adicionalmente, en el expediente no existe prueba que demuestre que el médico tratante que realizó el procedimiento en la señora ADELIDA ROSA GÓMEZ VILORIA, no reuniera las calidades para ello, pues de la hoja de vida traída al proceso se rescata que el Dr. JOSÉ CARLOS POSADA VIANA, es médico desde el año 1980, especialista en cirugía general, y con entrenamiento en endoscopia gastrointestinal desde 1989; tal y como lo exige el protocolo de CPRE traído al proceso por el HUC³¹.

Imputación de responsabilidad de la ESE Hospital Regional de II Nivel de Nuestra Señora de las Mercedes.

En lo que se refiere la actuación de la ESE HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, encuentra esta Judicatura que la señora GÓMEZ VILORIA fue recibida por esta entidad, el 4 de febrero de 2009 a las 5:30 pm, luego de realizarse el procedimiento CPRE en la ciudad de Cartagena, sin embargo, en ese momento la paciente refirió sentir malestar general y/o dolor en el abdomen, el cual se le controló con analgésicos.

En primer lugar, la Sala, deja sentado que los hechos o irregularidades en el traslado del Hospital Universitario del Caribe a la ESE Hospital Regional de II Nivel Nuestra Señora De Las Mercedes, ocurridos al interior de la ambulancia no se probaron, en la forma como fue relatada en los hechos de la demanda y ni en otra y los testimonios recibidos, no relataron tal situación, ya que los mismos se centraron en el procedimiento realizado en la ciudad de Cartagena, el consentimiento para el mismo y el dolor abdominal que

³⁰ Cdno de contestación HUC.

³¹ Cdno de contestación HUC.



13-001-23-31-000-2011-00068-00

manifestó la fallecida, pero nada expusieron del descuido del Dr. Vergara y de la parada en el sitio denominado El Bongo, así como su posible y directa incidencia en la muerte de la señora GÓMEZ VILORIA; por lo que frente a esta hecho generador de responsabilidad, la ESE, aquí mencionada, no será declarada responsable.

Sobre la atención en las instalaciones la ESE HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, en este punto, la Sala trae a colación el protocolo para la realización de CPRE, del Servicio Riojano de Salud (sistema de prestaciones sanitarias públicas en la Comunidad Autónoma Española de La Rioja)³² el cual explica que, tras la CPRE, "5.- Se pueden administrar analgésicos (por ejemplo: metamizol intramuscular) si el paciente tiene dolor. No obstante, el dolor, junto con los signos derivados de irritación peritoneal y la hipotensión, es el síntoma guía más importante de la presencia de complicaciones derivadas de la CPRE".

A su turno, la Revista Electrónica de Portales Medicos.com³³, frente al seguimiento médico que se le debe hacer a un paciente al que se le ha realizado una CPRE, expone lo siguiente:

"COLELITIASIS, COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Después de la exploración:

- Se debe continuar con la dieta absoluta 24 horas más.
- Control de constantes vitales cada 8 horas (Tensión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno y temperatura).
- El antibiótico administrado previamente se mantendrá cada 12 horas, si no hay incidencias, retirar a las 24 horas.
- Si aparece alguna descompensación en las constantes del paciente, avisar al médico de guardia.
 - Hipotensión: TAS por <de 90mmHg
 - Frecuencia cardiaca > 110 l.p.m
 - Temperatura >38°C
 - Dolor abdominal agudo intenso.
 - Glucemia >250mg/dl.

³² <https://www.riojasalud.es/profesionales/urgencias/protocolos-de-urgencias/vigilancia-en-uce-de-pacientes-tras-cpre-programada>

³³ <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/colelitiasis-colangiopancreatografia-retrograda-endoscopica-cpre/>





13-001-23-31-000-2011-00068-00

En el caso de marras, se advierte que, según la historia clínica, a la paciente se le hizo control de signos vitales a las 7:00 pm, a las 12:00 am, a las 4:00 am y a las 6:00 am, dejándose constancia de que la misma no presentó cambio alguno y pasó la noche estable (fl. 110 rev); es decir, dentro de las 12 horas posteriores a su llegada a la ESE HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, esta no mostró síntomas de la complicación, únicamente dolor abdominal que fue manejado con analgésicos.

De acuerdo con lo anterior, no existe evidencia en el expediente que indique que la paciente hubiese pasado la noche en mal estado general, o mostrara algún otro signo de alarma que permitiera inferir que se había presentado una complicación a causa del procedimiento CPRE realizado en el Hospital Universitario de Cartagena; puesto que, de lo consignado en la bibliografía médica citada, la paciente solo reportó dolor abdominal que fue controlado con analgésicos, el cual, por sí solo no es un signo de alarma.

A las 7:30 am, la señora GÓMEZ VILORIA tuvo deposiciones diarreicas negras, y a las 9:15 am presentó 2 de los síntomas de alarma descritos por la ciencia médica, como era sudoración, **TAQUICARDIA, HIPOTENSIÓN**; ante este panorama, **EL MÉDICO TRATANTE DIAGNOSTICÓ UNA SEPSIS + HEMORRAGIA DUODENAL + SHOK HIPOVOLÉMICO**, por lo que consideró necesario ordenar exámenes de hemoglobina (HB) + hematocritos (HTO) + glicemia + Tiempo parcial de tromboplastina (TPT) + Tiempo de protrombina (TP) (fl. 80); remisión a III nivel y UCI.

Conforme con el resultado de los análisis anteriores, se advirtió que la señora GÓMEZ VILORIA tenía la hemoglobina en 8.6; se ordenó transfusión, y la realización de un RX de Torax y Abdomen.

A las 2:00 pm, en el RX de Torax y Abdomen se observó un Neumoperitoneo, por lo que se dispuso lo correspondiente para intervenir quirúrgicamente a la paciente, en dicha cirugía se confirmó el diagnóstico médico de "**SEPSIS DE ORIGEN BILIAR, NEUMOPERITONEO, LESIÓN IATROGÉNICA INADVERTIDA DUODENAL POR CPRE**". A pesar de las maniobras médicas, la paciente falleció en la unidad de cuidados intensivos.

Teniendo en cuenta lo expuesto, concluye esta Judicatura que lo galenos de la ESE NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES realizaron todo cuanto estuvo a su



13-001-23-31-000-2011-00068-00

alcance para contrarrestar las complicaciones presentadas en la salud de la paciente, adelantando los exámenes de rigor para confirmar el diagnóstico; y que a pesar de que el traslado a un centro asistencial de III nivel no se pudo llevar a cabo, en el centro médico de atención inicial se realizó la cirugía para corregir defecto que aquejaba a paciente; luego fue trasladada a UCI, pero desafortunadamente ésta no resistió.

No debe perderse de vista que la perforación del duodeno post CPRE es una complicaciones que cuenta con una alta tasa de mortalidad, según afirma en los diferentes artículos medico investigativos; en ella, tiene mayor incidencia el diagnóstico temprano de la lesión, sin embargo, en la mayoría de los casos este se da luego de las 14 o incluso 24 horas; por lo que el paciente debe ser sometido a cirugía y en algunos casos debe ser internado en UCI llegando a perder la vida a causa de dicha situación³⁴.

Teniendo en cuenta lo expuesto, considera esta Corporación, que no hay lugar a declarar la responsabilidad de las entidades demandadas, toda vez que el deceso de la señora Adelaida Gómez de Osorio, se dio como resultado de una complicación presentada con posterioridad a una CPRE, que es inherente a este tipo de procedimientos, el cual fue previamente aceptado por medio del consentimiento informado.

5.6 De la condena en costas.

No hay lugar a imponer condena en costas en esta instancia, de acuerdo con los parámetros señalados por el art. 171 del C.C.A., con las modificaciones que le fueron introducidas por el art. 55 de la Ley 446 de 1998.

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Administrativo de Bolívar, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

VI.- FALLA:

PRIMERO: NEGAR las pretensiones de la demanda.

³⁴ Autores: A. Peñaloza-Ramírez, C. Leal-Buitrago y A. Rodríguez-Hernández, Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Hospital de San José. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Sociedad de Cirugía de Bogotá. Bogotá, Colombia. http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v101n12/es_original2.pdf

Autores: Guillermo Eduardo Aldana Dimas MD*, Andrea del Pilar Betancourt Arias MD**
<https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/507>





13-001-23-31-000-2011-00068-00

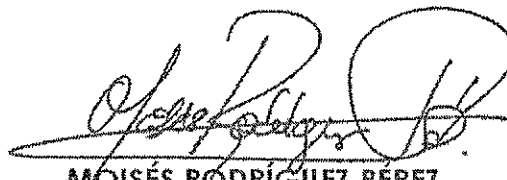
SEGUNDO: NO CONDENAR en costas procesales en primera instancia, según lo dispuesto en los artículos 365 y 366 del C.G.P.

TERCERO: Si esta providencia no fuere apelada, una vez en firme, **ARCHÍVESE** el expediente previas las anotaciones de ley en los libros y sistemas de radicación.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Constancia: El proyecto de esta providencia fue estudiado y aprobado en sala No. 074 de la fecha.

LOS MAGISTRADOS



MOISÉS RODRÍGUEZ PÉREZ



EDGAR ALEXI VASQUEZ CONTRERAS



DIGNA MARÍA GUERRA PICÓN

