

República de Colombia



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA
SECCIÓN TERCERA – SUBSECCIÓN “C”
ESCRITURAL

MAGISTRADA PONENTE: MARÍA CRISTINA QUINTERO FACUNDO

Bogotá, D. C., Treinta (30) de noviembre de dos mil veintidós (2022).

(Proyecto discutido y aprobado en Sala de la fecha)

Expediente	250002326000201100042-01
Sentencia	SC3-11-22-2534
Medio de control	REPARACIÓN DIRECTA
Demandante	JUAN DE JESUS TUNAROSA VELANDIA Y OTROS
Demandados	HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL Y OTROS
Llamado en garantía	LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
Asunto	SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA
Tema	MUERTE DE PACIENTE CON DIAGNOSTICO INICIAL DE APENDICITIS Y HALLAZGO EN CIRUGIA DE PERITONITIS – CON TORPIDA EVOLUCION - POR COMPLICACIONES QUE ASUMIAN COMO RIESGOS PREVISTOS POR SUS PATOLOGÍAS – EL DAÑO NO CUALIFICA COMO ANTIJURÍDICO

Cumplido por la Magistrada Sustanciadora, el trámite previsto en el artículo 206 y siguientes del Código Contencioso Administrativo para el proceso ordinario, encuentra para que la Sala provea sentencia de primera instancia.

I. ANTECEDENTES

1.1. DEMANDA Y ARGUMENTOS DE LA PARTE ACTORA

1.1.1- Conforme reseña el libelo introductorio¹, el 6 de junio de 2010, a las 20:50 ingreso al Hospital La Victoria III Nivel, la señora Armida Mojica Gómez, quien consulto por urgencias, ante fuerte dolor abdominal, de doce (12) horas de evolución, consistente en dolor tipo cólico en el hipogástrico asociado a nauseas.

En principio fue atendida por ginecología por una posible vaginitis, ante la no evolución al tratamiento, fue valorada por medicina general, especialidad que produjo como diagnóstico apendicitis, con hallazgo durante la intervención quirúrgica de peritonitis, a la que se dio manejo en el mismo procedimiento, con reporte inicial de mejoría, que mutó con el paso de los días, ingresando el 22 de junio siguiente a UCI y el 23 presenta shock hipovolémico y fallece.

Secuencia en la que se formulan como **pretensiones**:

¹ Ver folios 3 a 24 del cuaderno principal.

Se declare patrimonial y administrativamente responsables al HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL y los señores RAFAEL RODRÍGUEZ RUGEL, ARMANDO ROJAS CADENA y ZORAIDA MILENA CONTRERAS, por los daños y perjuicios causados a los demandantes como consecuencia del fallecimiento de la señora ARMIDA MOJICA GOMEZ, el 23 de junio de 2010, a consecuencia de la mala atención y tardanza en el servicio de urgencias, error en diagnóstico y procedimiento brindado en el centro hospitalario por los médicos tratantes.

Se condene al HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL y los señores RAFAEL RODRÍGUEZ RUGEL, ARMANDO ROJAS CADENA y, ZORAIDA MILENA CONTRERAS, al pago de indemnización por perjuicio moral en favor de los accionantes: JUAN DE JESUS, ERIKA LORENA, JUAN CAMILO, DIEGO ALEXANDER y JOSE ALFREDO TUNAROSA MOJICA, en suma equivalente a doscientos (200) Salarios Mínimos Legales Mensuales vigentes, para cada uno.

Se condene al HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL y los señores RAFAEL RODRÍGUEZ RUGEL, ARMANDO ROJAS CADENA y ZORAIDA MILENA CONTRERAS, al pago de indemnización por perjuicios materiales en la modalidad daño emergente en favor de los accionantes, en la suma de dos millones seiscientos veinte mil pesos (\$2.620.000) de pesos, por los gastos funerarios en los que tuvieron que incurrir.

Se condene al HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL y los señores RAFAEL RODRÍGUEZ RUGEL, ARMANDO ROJAS CADENA y, ZORAIDA MILENA CONTRERAS, al pago en favor de los accionantes, de indexación sobre las precitadas sumas e intereses de mora desde la fecha de ejecutoria de la sentencia y hasta cuando se haga efectivo el pago de la misma.

1.1.2. En oportunidad de alegar de conclusión, la activa se abstuvo de ejercer su derecho.

1.2. ARGUMENTOS DE OPOSICIÓN

1.2.1. El HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL, hoy SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, al descorrer la demanda, propone como excepciones: (i) inexistencia de nexos causal, y (ii) naturaleza de medio y no de resultado del acto médico; opone a la totalidad de las pretensiones de la activa, y advierte, no hubo deficiencia en la atención prestada en urgencias, ni mal diagnóstico, o mal procedimiento, contrastado que cuando la paciente acudió al hospital en estado grave, recibió manejo de acuerdo a su sintomatología y manifestaciones de dolor, y por ende el procedimiento asumió acorde a su situación médica y al manejo que avizoró necesario para su recuperación, y que se aplicó de manera veraz y oportuna.

En alegatos de conclusión, la ESE reitera, que conforme acreditan los dictámenes periciales y testigos técnicos, aducidos al proceso, su actuación estuvo direccionada a prestar a la señora ARMIDA MOJICA GOMEZ, en oportunidad, la atención que requería, según evidenciaba su sintomatología y con observancia de los protocolos médico – asistenciales, con el único propósito de salvaguardar su vida, y destaca que no obra prueba que permita tener por demostrado la existencia de negligencia,

omisión o descuido por parte de su personal médico, paramédico, auxiliar o administrativo.

1.2.2- ARMANDO ROJAS CADENA, en oportunidad de contestar la demanda, propuso como excepciones: i) inexistencia de responsabilidad por falla en el servicio, ii) naturaleza de medio y no de resultado del acto médico, iii) ausencia de culpa y iv) extralimitación de la pretensión indemnizatoria. Opone a la prosperidad de las pretensiones de la activa, y argumenta, que en su calidad de Medico General, actuó en todo momento de manera adecuada, oportuna, diligente, con pericia y acorde con la lex artis, y su proceder se adecuo al estricto sentido de la ciencia médica, las guías y los protocolos institucionales y la normatividad vigente, respondiendo a una conducta exigible excluyendo un eventual reproche por negligencia o descuido.

En alegatos de conclusión, guardo silencio.

1.2.3. ZORAIDA MILENA CONTRERAS, al descorrer la demanda, propuso como excepción previa, caducidad de la acción, y como excepciones de mérito, i) ausencia de culpa y ii) estricto cumplimiento de los deberes derivados de la lex artis. Advierte que el proceso que llevo a la paciente a la muerte, se encuentra relacionada con un sangrado digestivo producto de una ulcera gástrica sin relación de causalidad con el procedimiento quirúrgico ejecutado, pues su presencia no es el resultado del frecuente y usual desenvolvimiento de los acontecimientos en un post operatorio, sino que se explica con la ocurrencia de una multiplicidad de factores ajenos a la apendicetomía ejecutada, que destruye de plano el soporte de las pretensiones elevadas en su contra; por cuanto las complicaciones propias de la apendicetomía, no se relacionan con la ulcera gástrica presentada por la paciente, y no es la apendicetomía la que desencadena ese cuadro, aunque se presentara durante su estancia en el hospital, razón por la que no siendo el comportamiento de la accionada la causa eficiente del daño, se impone negar las pretensiones.

En oportunidad para alegar de conclusión, hace relación a los medios de prueba aportados al plenario, y concluye que de los mismos no es posible tener por acreditado ni inferir responsabilidad alguna de las personas demandadas, y por el contrario, permiten tener por acreditado, que la muerte de la señora ARMIDA MOJICA fue causada por lo bizarro y tórpido de su cuadro, y además, a la desafortunada respuesta que tuvo la humanidad de la paciente frente a los distintos esfuerzos en tratamiento y atención que se le brindaron.

1.2.4. RAFAEL RODRÍGUEZ RUGEL, al descorrer la demanda ni en alegatos de conclusión, efectuó pronunciamiento.

1.3. LLAMADA EN GARANTIA

La PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, en oportunidad de contestar el llamamiento, propone como excepciones de fondo, i) prescripción de la acción proveniente del contrato de seguro y, ii) sujeción a las condiciones del contrato de seguro – amparos, límites, sublímites, deducibles y agotamiento del valor asegurado

II. TRÁMITE PROCESAL

2.1. Con autos del 07 de abril de 2011, el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Tercera, Subsección “A”, **admitió la demanda y negó la vinculación de litisconsortes necesarios**, formulada por la activa respecto de la Nación – Ministerio de la Protección Social y Unicajas y/o Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca – Confacundi. (fls. 34 del cuaderno principal del expediente). Decisión esta última contra la que se promovió recurso de súplica, resuelto negativamente con proveído del 20 de octubre de 2011 (fl 77 c 1)

2.2. En el descrito momento procesal y en aplicación de las medidas de descongestión, adoptadas mediante los Acuerdos No PSAA11-8365 del 29 de julio de 2011, PSAA11-8922 del 9 de diciembre de 2011, PSAA11-9524 del 23 de junio de 2012 y el PSAA13-9897 del 30 de abril de 2013, **el proceso fue remitido a la Subsección “C” en descongestión del Tribunal Administrativo de Cundinamarca.**

2.3. Trabada la Litis, se dispuso con auto del 11 de junio de 2015, **abrir el proceso a pruebas**, decretándose las solicitadas por los extremos procesales (fls. 351 ibidem).

2.4. Mediante proveído del 29 de agosto de 2022, **se corrió traslado para alegar de conclusión**, y conforme reseñó antes, las demandadas SUBRED INTEGRADA DE SALUD y ZORAIDA MILENA CONTRERAS, así como la llamada en garantía - PREVISORA DE SEGUROS, presentaron alegatos de conclusión, en tanto que guardaron silencio, la activa y demás integrantes del contradictorio por pasiva. Asimismo, el Agente del Ministerio Público guardó silencio.

III. CONSIDERACIONES DE LA SALA

3.1 ASPECTOS DE EFICACIA Y VÁLIDEZ

3.1.1. Reitera satisfecho el presupuesto de jurisdicción y competencia, contrastado que trata de pretensión indemnizatoria por presunta falla en el servicio de salud y en marco del artículo 83 del Código Contencioso Administrativo – C.C.A, es de conocimiento de esta jurisdicción, y en este orden, conjugada la naturaleza y cuantía del asunto, así como lugar de acaecimiento del evento dañoso, génesis de

la pretensión indemnizatoria, en tamiz del numeral 6º del artículo 132 del mismo Estatuto Procesal², numeral 1º y literal f) del numeral 2º del artículo 134D Ibidem³.

3.1.2. Encuentra acreditada la legitimación en la causa, advertido que en acción de reparación directa, la procesal por activa, se da con la invocación que hace el accionante de ser la víctima directa o indirecta del daño antijurídico que pretende le sea indemnizado, y por pasiva, con la imputación que hace el accionante contra la accionada, de ser la entidad pública causante del daño. En tanto que la legitimación material se da en curso del proceso y según resulte probada la condición que se alega.

3.1.2.1. En este orden y en acercamiento a la legitimación material por activa, asume en principio acreditada, como quiera que encuentra probado el parentesco de los accionantes JUAN DE JESUS, ERIKA LORENA, JUAN CAMILO, DIEGO ALEXANDER y JOSE ALFREDO TUNAROSA MOJICA con la víctima directa, HERMIDA MOJICA GÓMEZ.

3.1.2.2. Asimismo, y en cuanto a la legitimación material por pasiva, asume relevancia del HOSPITAL LA VICTORIA TERCER NIVEL E.S.E. y de los señores RAFAEL RODRÍGUEZ RUGET, ARMANDO ROJAS CADENA y ZORAIDA MILENA CONTRERAS, que conforme a la realidad procesal, fueron el establecimiento hospitalario de internación y médicos tratantes de la señora HERMIDA MOJICA GÓMEZ en el tiempo inmediatamente anterior a su fallecimiento, el 23 de junio de 2010.

3.1.3. Evidencia observado el requisito de oportunidad de la demanda, y no prospera la excepción de caducidad propuesta por la accionada ZORAIDA MILENA CONTRERAS, como quiera que por preceptiva del numeral 8º del artículo 136 del Código Contencioso Administrativo - CCA, la acción de reparación directa caduca transcurridos dos (2) años a partir del día siguiente al acaecimiento del hecho génesis de la pretensión indemnizatoria, y decantando en el *sub-lite* se tiene que en tesis de la demanda, *el evento dañoso, muerte de la señora ARMIDA MOJICA GOMEZ, acaeció el 23 de junio de 2010*, por consiguiente, el término máximo para radicar la demanda en principio, vencía el 24 de junio de 2012 (fl 6 c3).

² CÓDIGO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO.

“Artículo 132. En primera instancia. Los tribunales administrativos conocerán en primera instancia de los siguientes asuntos:

(...) 6. De los de reparación directa cuando la cuantía exceda de quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales. (...).” (Suspensivos, subrayado y negrillas fuera del texto).

³ IBÍDEM.

“Artículo 134 D. Competencia por factor del territorio. La competencia por razón del territorio se fijará con sujeción a las siguientes reglas:

2. En los asuntos del orden nacional se observarán las siguientes reglas:

(...)

f) En los de reparación directa se determinará por el lugar donde se produjeron los hechos, las omisiones o las operaciones administrativas;

(...).” (Suspensivos, subrayado y negrillas fuera del texto).

No obstante y contrastado que el conteo del término de caducidad se suspende, en virtud del artículo 21 de la Ley 640 de 2001, durante el trámite del requisito de procedibilidad, asume importancia que en el presente asunto la solicitud de conciliación prejudicial fue promovida el 07 de septiembre de 2010 y se declaró fallida el 2 de noviembre de 2010, lo que conlleva a establecer, que los demandantes contaban para incoar la acción de reparación directa sub-lite, hasta el 28 de agosto de 2012 y visto que la demanda fue interpuesta el 26 de enero de 2011, es claro que en el presente asunto no opero el fenómeno de caducidad.

3.1.4. El proceso encuentra en estado de proferir sentencia de mérito, advertido que no se observa irregularidad procesal, menos aún con entidad para edificar nulidad procesal, por cuanto el trámite se cumplió con sujeción al rito del proceso ordinario contencioso administrativo, previsto en el Decreto 01 de 1984 y normativa que lo adiciona y modifica.

3.2. FIJACIÓN DEL DEBATE

3.2.1. La controversia gravita en torno a la responsabilidad patrimonial del HOSPITAL LA VICTORIA TERCER NIVEL E.S.E. y de los señores RAFAEL RODRÍGUEZ RUGET, ARMANDO ROJAS CADENA y ZORAIDA MILENA CONTRERAS, por los perjuicios ocasionados a los señores JUAN DE JESUS, ERIKA LORENA, JUAN CAMILO, DIEGO ALEXANDER y JOSE ALFREDO TUNAROSA MOJICA, con ocasión al fallecimiento de la señora ARMIDA MOJICA GOMEZ, el 23 de junio de 2010.

3.2.2. Se suscita porque en tesis de la activa, el evento dañoso tuvo causa, en una deficiente prestación del servicio de salud, por mala atención y tardanza en el servicio de urgencias, error en diagnóstico y procedimiento brindado en el centro hospitalario y por los médicos tratantes.

3.2.3. En oposición el HOSPITAL LA VICTORIA TERCER NIVEL E.S.E. y los señores ARMANDO ROJAS CADENA y ZORAIDA MILENA CONTRERAS⁴, aducen que la atención médica brindada a la señora HERMDA MOJICA GÓMEZ, fue oportuna y exenta de error o falla; su manejo acorde con su sintomatología y su muerte causada por lo bizarro y tórpido de su cuadro y la desafortunada respuesta de su humanidad a los distintos esfuerzos en tratamiento y atención que se le brindaron.

3.2.4. En el descrito panorama fáctico procesal y conjugado que el fallecimiento de la señora HERMIDA MOJICA GÓMEZ devino por choque hipovolémico – úlcera de intestino, se tiene como principal problema jurídico:

⁴ Por cuanto RAFAEL RODRÍGUEZ RUGET, no contestó la demanda ni rindió alegatos de conclusión.

¿Encuentra probado que el fallecimiento de la señora ARMIDA MOJICA GOMEZ, tuvo causa en falla en el servicio del HOSPITAL LA VICTORIA TERCER NIVEL E.S.E. y de sus médicos tratantes RAFAEL RODRÍGUEZ RUGET, ARMANDO ROJAS CADENA y ZORAIDA MILENA CONTRERAS, o probado el daño, **no** emerge acreditada su antijuricidad?

3.3. ASPECTOS SUSTANCIALES

En labor de desatar el interrogante planteado es tesis de la Sala, que encontrándose probado el fallecimiento de la señora HERMIDA MOJICA GÓMEZ, la activa satisfizo su carga de probar el daño, sin embargo, no cumplió con la carga de probar su antijuricidad, ello es, la afectación a un interés subjetivo de los demandantes, que éstos no encontraban en la obligación de soportar, como quiera que conforme acredita la realidad procesal, la atención médica brindada, fue oportuna y acorde con su sintomatología y la *lex artis*, y las complicaciones que generaron el deceso, como las esperadas por los riesgos previstos de sus patologías.

En fundamento y previo análisis del caso concreto, se abordarán los siguientes supuestos temáticos: **(i)** la responsabilidad extracontractual del Estado - elementos; **(ii)** títulos de imputación en responsabilidad médica-asistencial del Estado, y **(iii)** carga de la prueba como sucedáneo de certeza, a modo de premisas normativas:

3.3.1. Los artículos 2º, 6º, 28, 29 y 90 del ordenamiento superior, asumen como cimiento constitucional de la responsabilidad patrimonial del Estado, conjugado que en texto del primero, las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades, en tanto que conforme al segundo, los servidores públicos son responsables por omisión y extralimitación en sus funciones, y armonizando en orden de los derechos, los artículos 28 y 29, por cuanto garantizan la libertad personal y debido proceso, respectivamente, mientras el artículo 90, integra tales concepciones, al prescribir que el Estado responde patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas.

Por demás y en marco del enunciado artículo 90 Superior, señala la doctrina constitucional *que con la Carta Política de 1991 se produjo la “constitucionalización” de la responsabilidad del Estado y se erigió como garantía de los derechos e intereses de los administrados, sin distinguir su condición, situación e interés, y la responsabilidad extracontractual del Estado tiene como fundamento la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado, y*

la imputación del mismo a la administración pública tanto por acción, como por omisión.

Además, asume relevancia que en hermenéutica de la precitada normativa, el Consejo de Estado indica que, el juez de la responsabilidad patrimonial del Estado, debe constatar la antijuridicidad del daño y elaborar un juicio de imputabilidad que le permita encontrar un título jurídico de imputación, es decir, no la mera causalidad material, sino *establecer la imputación jurídica⁵ y la imputación de hecho*, y no distinto concluye la Corte Constitucional⁶.

Destaca en óptica de la imputación jurídica, que el soporte de la obligación de reparar tiene su fundamento de justicia, en alguno de los esquemas de atribución, dolo o culpa, en el régimen subjetivo de responsabilidad, y la igualdad ante las cargas públicas, la solidaridad y la equidad en el régimen objetivo de responsabilidad, como quiera que *“La teoría de la responsabilidad del derecho público en la actualidad se deriva de todo tipo de actos, incluso de meros hechos originados en el actuar administrativo, y no solo en aquellos actos que han sido declarados ilegales, sino que también cabe un compromiso por los daños que provienen de la actuación lícita”⁷*

3.3.2. Metodológicamente, en estructuración de la responsabilidad extracontractual del Estado, primeramente, debe abordarse el estudio del daño antijurídico, y seguidamente, condicionado a que encuentre probada su existencia, procede abordar el régimen de responsabilidad aplicable y título de imputación. Argumento que se explica porque conforme indica la doctrina⁸, retomando, la jurisprudencia del Consejo de Estado, el examen judicial de las controversias en reparación directa, enfocaba por regla general, inicialmente, la falla en el servicio, en razón a que la antijuridicidad del daño, se conceptualizaba desde la ilicitud de la causa, y ese esquema modificó, con ocasión de la evolución del deber reparatoria, determinando responsabilidad indemnizatoria por *“actos lícitos, o conductas reglares causantes de daños injustos”*, bajo la consideración que el daño tenga origen en un acto ilícito, es suficiente, pero no siempre necesario para la reparación, pues ésta puede tener también fundamento en daños causados cuando el Estado o la entidad de derecho público ha obrado conforme a derecho.

Secuencia en la que se deduce el carácter fundamental y prioritario del daño, como elemento estructurador del deber resarcitorio, y bajo tal paradigma que, en *términos del artículo 90 de la Constitución Política vigente, es más adecuado que el juez aborde, en primer lugar, el examen del daño antijurídico, para, en un momento*

⁵ Imputatio juris e imputatio facti. Ver entre otras Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 13 de julio de 1993.

⁶ Corte Constitucional. Sentencias C-619 de 2002 y C-918 de 2002.

⁷ Enrique Gil Botero, La Responsabilidad Extracontractual del Estado, European Research Center Of Comparative Law, Bogotá-Colombia, 2015, pg. 62

⁸ Enrique Gil Botero, “La Responsabilidad Extracontractual del Estado” Capítulo II, pg.58-59, Séptima Edición, European Research Center Of Comparative Law 2015.

posterior explorar la imputación del mismo al Estado o a una persona jurídica de derecho público.

Advertido que la objetivación del daño indemnizable que surge del artículo 90 Constitucional, sugiere en lógica estricta que, “*el juez se ocupe inicialmente de establecer la existencia del daño indemnizable*”. puesto que, si no se establece la ocurrencia del mismo, se torna inútil cualquier otro juzgamiento, que pueda hacerse en los procesos de reparación directa.

De forma que es la afectación a un interés subjetivo del demandante, que éste no encontraba en la obligación de soportar, el presupuesto que posibilita asumir la valoración de su causación, y en marco de ello, el régimen de responsabilidad aplicable y título de imputación.

3.3.3- La falla probada en el servicio y la pérdida de oportunidad son los títulos de imputación en responsabilidad estatal por la actividad médico-hospitalaria. Advertido que en el 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 adoptar⁹, y bajo tal paradigma, la jurisdicción de lo contencioso administrativo, ha dado cabida a la utilización de diversos títulos de imputación, para la solución de los casos propuestos a su consideración, sin que esa circunstancia pueda entenderse como la existencia de un mandato que imponga al juez la obligación de utilizar frente a determinadas situaciones fácticas, un específico título de imputación, por cuanto su uso debe hallarse en consonancia con la realidad probatoria del caso en concreto.

Sin embargo, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una subregla en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual, es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, y se exige a la activa acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste¹⁰.

En evolución jurisprudencial, donde la Alta Corporación Judicial transitó por los regímenes de falla presunta del servicio y carga dinámica de la prueba, retornando a partir del año 2006¹¹, al régimen de falla probada del servicio¹². Título jurídico de

⁹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia del 13 de junio de 2016. Expediente 850012331000200500630-01(37.387). C.P. Carlos Alberto Zambrano Barrera.

¹⁰ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera, Sentencia del 28 de febrero de 2013. Expediente 660012331000200100063-01(25075). C.P. Danilo Rojas Betancourt.

¹¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera, Sentencia del 31 de agosto de 2006. Expediente 15772. C.P. Ruth Stella Correa.

¹² Ver evolución en Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, Sentencia del 26 de febrero de 2015, Expediente 25000-23-26-000-2005-01356-01(38149); C.P. Olga Mérida Valle De La Hoz.

imputación por excelencia¹³, que contiene un control de legalidad del acontecer del Estado en la prestación de los servicios que provee, y presupone que exista una obligación legal o normativa a cargo de la autoridad pública, incumplida por su acción u omisión, que deriva en un daño antijurídico indemnizable, y que en servicio médico asistencial, se realiza en principio, en marco de los contenidos obligacionales establecidos en la Ley 23 de 1981¹⁴ y su reglamentación.

3.3.3.1- Asimismo, acoge la pérdida de oportunidad en estructuración de la responsabilidad extracontractual del Estado en prestación del servicio de salud; definiendo aquella, como la frustración de una esperanza, dirigida a la consecución de un resultado que pondría a la persona en una situación más favorable a la previa o la evitación de un perjuicio¹⁵, y que en este orden presupone un elemento de incertidumbre sobre las probabilidades del resultado beneficioso, y un elemento de certeza respecto a que la falla en el servicio le arrebató la posibilidad de participar en las probabilidades.

Se exige un grado de incertidumbre razonable, bajo la consideración que no toda probabilidad es susceptible de edificar una pérdida de oportunidad, sino solo aquella que permite razonar que ante la inexistencia de la falla en el servicio, la persona tendría la probabilidad de obtener el resultado favorable.

Es de precisar además, que la pérdida de oportunidad se ha abordado desde dos enfoques¹⁶: **(i)** como un daño autónomo, del que deriva un perjuicio con identidad propia que puede indemnizarse¹⁷, y **(ii)** como factor de imputación o instrumento de facilitación probatoria y se utiliza para suplir la falta de prueba en el nexo causal directo entre la falla del servicio y el daño.

Paradigmas en orden de los cuales, la indemnización del perjuicio en pérdida de oportunidad, se viene abordando también y básicamente bajo dos (2) esquemas: **(i)** la indemnización como daño autónomo, y **(ii)** la indemnización del perjuicio en una proporción reducida, equivalente al porcentaje de oportunidad pérdida.

Asumiendo como requisitos que deben concurrir para que exista la pérdida de oportunidad como daño indemnizable, los siguientes:

Certeza respecto de la existencia de una oportunidad que se pierde,
aunque la misma envuelva un componente aleatorio; es decir, no se trata

¹³ Ver sobre noción de falla del servicio y elementos en Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 19 de junio de 2008, Expediente 76001-23-31-000-1994-00736-01(15263), C.P. Myriam Guerrero de Escobar.

¹⁴ Por la cual se dictan normas en materia de ética médica

¹⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 24 de octubre de 2013. Expediente 25869. M.P. Dr. Enrique Gil Botero.

¹⁶ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera, Sentencia del 24 de octubre de 2013. Expediente 25.869. C.P. Enrique Gil Botero.

¹⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera, Sentencia del 25 de agosto de 2011. Expediente 19718. C.P. Mauricio Fajardo Gómez. En este fallo se reconoce este rubro indemnizatorio de manera autónoma a los demandantes, padres e hijos, de la víctima directa del daño y diferente al daño moral.

de la vulneración de un derecho subjetivo consolidado sino el grado de probabilidad en grado suficiente de que el hecho dañoso le cercenó la expectativa de obtener la ganancia o bien o evitar perjuicio.

Imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento; es decir, lo indemnizable es que debido al hecho dañoso se pierde la probabilidad de obtener la ventaja o bien o evitar la desventaja, se diferencia del lucro cesante, por ejemplo, porque este rubro consiste en la pérdida de ganancia cierta mientras que el primero es una pérdida de una ganancia probable.

La víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado; es decir, aquí se analiza la idoneidad fáctica y jurídica del afectado para obtener o alcanzar el provecho¹⁸.

En conclusión, si existe certeza sobre la causa del daño, torna desacertada la aplicación de la figura de la pérdida de oportunidad, y consecuente el análisis del nexo causal desde la perspectiva de la probabilidad. De forma que aplica en sede de la imputación fáctica, ante la insuficiencia de prueba del nexo causal entre hecho dañoso y daño, o en situaciones de duda o incertidumbre en el nexo causal.

Aproximándose en cada caso en concreto y dependiendo de las pruebas técnicas de que disponga, al porcentaje de probabilidad sobre el cual se debe establecer el grado de pérdida de la oportunidad y, consecuencialmente, el impacto de tal valor en el monto a indemnizar, y la forma de indemnizar la pérdida de la oportunidad, debe ser proporcional al porcentaje que se restó el beneficio con la falla en el servicio.

3.3.3.2- La responsabilidad por error en diagnóstico médico, ubica en el precitado contexto de falla probada del servicio, advertido que el diagnóstico es uno de los momentos de mayor relevancia en prestación del servicio médico, como quiera que sus resultados vinculan toda la actividad posterior que corresponde al tratamiento médico y manejo de la patología y en secuencia, la recuperación o no de la salud.

De acuerdo con la doctrina extranjera, existen dos fases o etapas en labor de realizar el diagnóstico: la primera que corresponde a la valoración del paciente, incluida la realización de exámenes diagnósticos, y la segunda, en la que se surte el análisis e interpretación de los datos obtenidos durante la etapa precedente, y puntualiza al respecto:

¹⁸ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera Sentencia del 31 de mayo de 2016. Expediente 630012331000200300261-01(38267). C.P. Danilo Rojas Betancourth.

“Cronológicamente el diagnóstico es el primer acto que debe realizar el profesional, para con posterioridad emprender el tratamiento adecuado. Por ello bien podría afirmarse que la actividad médica curativa comprende dos etapas. La primera constituida por el diagnóstico y la segunda por el tratamiento. (...).

El diagnóstico, por su parte, puede descomponerse en dos tipos de actuaciones, distinción que tiene vital importancia al momento de analizar la culpa del profesional.

*En una primera etapa, o fase previa, se realiza la exploración del paciente, esto es, el examen o reconocimiento del presunto enfermo. Aquí entran todo el conjunto de tareas que realiza el profesional y que comienzan con un simple interrogatorio, tanto del paciente como de quienes lo acompañan y que van hasta las pruebas y análisis más sofisticados, tales como palpación, auscultación, tomografía, radiografías, olfatación, etc. Aquí **el profesional debe agotar en la medida de lo posible el conjunto de pruebas que lo lleven a un diagnóstico acertado.** Tomar esta actividad a la ligera, olvidando prácticas elementales, es lo que en más de una oportunidad ha llevado a una condena por daños y perjuicios.*

En una segunda etapa, una vez recolectados todos los datos obtenidos en el proceso anterior, corresponde el análisis de los mismos y su interpretación, “coordinándolos y relacionándolos entre sí, siendo también precisa su comparación y contraste con los diversos cuadros patológicos y conocidos por la ciencia médica; es decir, se trata en suma, una vez efectuadas las correspondientes valoraciones, de emitir un juicio”¹⁹.

Esta operación valorativa de todos los antecedentes es la que presenta los mayores inconvenientes al momento de juzgar la conducta médica, pues como en definitiva se trata de un juicio incierto, la culpa profesional debe valorarse con sumo cuidado, y siempre teniendo en cuenta que no estamos frente a una operación matemática²⁰.

Para que el diagnóstico sea acertado se requiere que el profesional de la salud sea extremadamente diligente y cuidadoso en el cumplimiento de cada una de estas etapas, esto es, que emplee todos los recursos a su alcance en orden a recopilar la información que le permita determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente. Si así lo hace, su responsabilidad no quedará comprometida, aunque al final se demuestre que el diagnóstico fue equivocado, pues es posible que pese a todos los esfuerzos del personal médico y al empleo de los recursos técnicos a su alcance, no logre establecerse la causa del mal, bien porque se trata de un caso científicamente dudoso o poco documentado, porque los síntomas no son específicos de una determinada patología o, por el contrario, son indicativos de varias afecciones.

En línea con lo anterior, la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado ha señalado, que solo el error de diagnóstico que es consecuencia de una deficiente prestación del servicio médico hospitalario puede llegar a comprometer la responsabilidad extracontractual de la administración, y finiquita en consecuencia, que lo decisivo no es establecer si el médico se equivocó, sino si empleó los recursos adecuados para llegar a un diagnóstico acertado, y advierte en este sentido:

¹⁹ [5] Fernández Costales, *Responsabilidad civil médica y hospitalaria*, p. 116.

²⁰ Roberto Vázquez Ferreyra, *Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina*, editorial Hammurabi, 2ª edición, Buenos Aires, 2002, pp. 106-107.

(...) *Se impone, entonces, concluir que al médico no le es cuestionable el error en sí mismo, sino el comportamiento inexcusable que lo llevó a cometerlo.*

Al respecto, autores como Ataz López y Lorenzetti, citados por Vázquez Ferreyra, han expresado, refiriéndose a la responsabilidad civil de los médicos, que el error que exime de responsabilidad no ha de ser una anomalía en la conducta, sino una equivocación en el juicio, por lo que se hace necesario investigar si el galeno adoptó todas las previsiones aconsejadas por la ciencia para elaborar el diagnóstico.²¹ Y dadas las limitaciones de la medicina, debe aceptarse que, en muchos casos, habiendo claridad sobre la imputabilidad del daño a la acción u omisión de los profesionales que tuvieron a su cargo la atención del paciente, éste puede resultar obligado a soportarlo²². (Suspensivos y subrayado fuera de texto)

De acuerdo con lo anterior, puede afirmarse que para imputar responsabilidad a la administración por daños derivados de un error de valoración, es necesario demostrar que el servicio médico no se prestó adecuadamente porque, por ejemplo, el profesional de la salud omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban; no sometió al enfermo a una valoración física completa y seria²³; omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos a su alcance para confirmar o descartar un determinado diagnóstico²⁴; dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad²⁵.

3.3.3.3.- El valoración de la falla médica del Estado, el juez encuentra en el deber de hacer un análisis riguroso de los medios a su alcance para establecer si existió o no aquella, y en especial, deberá examinar la información consignada en la historia clínica con el fin de establecer qué acciones se llevaron a cabo para orientar el diagnóstico de la enfermedad, y en la medida de lo posible, recaudar el concepto de peritos o expertos para aclarar aspectos de carácter científico que escapan a su conocimiento, siempre en tamiz que, “el juez y los peritos deben ubicarse en la situación en que se encontraba el médico al momento de realizar dicho diagnóstico”²⁶.

Asume entonces relevante tener en cuenta que para refutar la existencia de una falla, debe encontrarse probado, por cualquiera de los medios de convicción, que incluye el indicio, que la “atención médica” no cumplió con los estándares de

²¹ [33] Ver VÁZQUEZ FERREYRA, Roberto, *Op. Cit.* p. 96, 97.

²² Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000, exp. 11.878, C.P. Alier Eduardo Hernández, reiterada en las sentencias de 27 de abril de 2011, exp. 19.846, C.P. Ruth Stella Correa Palacio, de 10 de febrero de 2011, exp. 19.040, C.P. Danilo Rojas Betancourth, de 31 de mayo de 2013, exp. 31724, C.P. Danilo Rojas Betancourth y de 9 de octubre de 2014, exp. 32348, C.P. Danilo Rojas Betancourth, entre otras.

²³ En la sentencia de 10 de febrero de 2000, la Sección Tercera del Consejo de Estado imputó responsabilidad a la Universidad Industrial de Santander por la muerte de un joven universitario, como consecuencia de un shock séptico causado por apendicitis aguda, tras encontrar demostrado que el paciente ingresó al servicio médico de la entidad, con un diagnóstico presuntivo de esta enfermedad que constaba en la historia clínica, y que el médico de turno, no solo omitió ordenar los exámenes necesarios para confirmarlo o descartarlo, sino que realizó una impresión diagnóstica distinta, sin siquiera haber examinado físicamente al paciente. Exp. 11.878, C.P. Alier Eduardo Hernández.

²⁴ En la sentencia de 27 de abril de 2011, la Sala imputó responsabilidad al ISS por el daño a la salud de un menor de edad, afectado por un shock séptico en la vesícula, en el hígado y en el peritoneo, luego de constatar que éste ingresó a la unidad programática de la entidad con un fuerte dolor abdominal, y que los médicos le formularon un tratamiento desinflamatorio y analgésico, sin practicarle otros exámenes o pruebas adicionales, que confirmarían que la enfermedad que lo aquejaba en realidad no era de gravedad y que podía controlarse con tales medicamentos. Exp. 19.846, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

²⁵ Al respecto, la doctrina ha señalado que el error inexcusable no es cualquier error, sino aquél “objetivamente injustificable para un profesional de su categoría o clase. En consecuencia, si el supuesto error es de apreciación subjetiva, por el carácter discutible del tema o materia, se juzgará que es excusable y, por tanto, no genera responsabilidad”. Alberto Bueres, citado por Vázquez Ferreyra, *Op. Cit.*, p. 121.

²⁶ Roberto Vázquez Ferreyra, *Op. Cit.*, p. 124.

calidad fijados por el arte de la ciencia médica, vigente para el momento de ocurrencia del hecho daños; o que el servicio médico no fue cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tuvieron al alcance, finalidad para la cual, la parte afectada, accionante dentro del proceso de reparación directa, podrá valerse de todos los medios probatorios legalmente aceptados, cobrando particular importancia, y reitera en ello, la prueba indiciaria, susceptible de construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño causado, advirtiéndose que dicho nexo no puede presumirse²⁷.

3.3.4 El principio de la carga de la prueba como sucedáneo de certeza, encuentra fundamento en comprensión de la jurisdicción contencioso administrativa, porque en marco del ordenamiento positivo, cada uno de los extremos procesales del litigio encuentra obligado a probar determinados hechos y circunstancias cuya falta de acreditación conlleva una decisión adversa a sus intereses o pretensiones. Bajo el descrito paradigma la doctrina define la carga de la prueba, como una regla de decisión o de juicio que permite al juzgador resolver la controversia en favor de quien no está sometido a ella, en caso de que la prueba aportada no sea concluyente.

En este orden de ideas, es de tener en cuenta que, probar es establecer la veracidad de una proposición cualquiera y trasmutado al proceso judicial, comporta, “(...) someter al juez de un litigio los elementos de convicción adecuados para justificar la verdad de un hecho alegado por una parte y negado por la otra”. Dirige a producir en el juez el estado de certeza, el pleno convencimiento sobre la existencia o no de un hecho, y su sucedáneo conjugado el Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española, corresponde a elemento que por tener propiedades parecidas puede reemplazarlo.

3.3.4.1- Retomando la regla general, es de puntualizar que, corresponde a la activa probar los fundamentos de hecho de sus pretensiones y a la accionada los de su excepción o defensa, y que en este sentido prescribe artículo 167 del Código General del Proceso -CGP, sin perjuicio de la atribución que éste confiere al juez de distribuir la carga de la prueba, de oficio o a solicitud de parte, en oportunidad de su decreto, practica o cualquier otro momento antes de fallar.

Marco normativo al que adiciona el artículo 1757 del Código Civil – C.C, conforme al cual, incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquéllas o ésta, y que circunscribe el principio de la carga de la prueba como sucedáneo de certeza,

²⁷ **IBÍDEM.** Sentencia del 07 de diciembre de 2016. Expediente No. 250002326000200400434-01(34216). C.P. Marta Nubia Velásquez Rico.

de forma que si existe duda sobre los hechos que sustentan la demanda, sus pretensiones serán declaradas infundadas.

3.4. CASO CONCRETO

3.4.1. Aspectos Probatorios

3.4.1.1- En el sub-lite, el tópico probatorio se rige por el Código Contencioso Administrativo - CCA, integrado con el Código General del Proceso - CGP, como norma supletoria por cuanto en vigencia de este último, con auto del 11 de junio de 2015, se abrió el proceso a pruebas.

3.4.1.2- Asimismo, reviste interés que la comunidad probatoria encuentra conformada en el sub-lite, por documental, pericias, testimonial, testimonios técnicos e interrogatorios de parte, que avizoran eficaces.

Advertido de la **documental**, que incluye la historia clínica de la señora HERMIDA MOJICA GÓMEZ y en esquema normativo del artículo 246 del precitado Código General del Proceso- CGP²⁸, no es exigible que obre en original o copia auténtica, y aún que agregada al proceso, los sujetos procesales no le tacharon de falsa.

Las **pericias**, fueron rendidas por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y la Asociación Colombiana de Cirugía, y destaca que, en criterio de esta Sala, satisfacen los presupuestos de fundamentación y coherencia exigibles de este medio de convicción, sin perjuicio de su alcance probatorio, conforme detalla a continuación:

- (i) El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, con fecha 5 de julio de 2019,²⁹ rindió pericia en torno a la afección de apendicitis, y justificando en que no dispone de médico cirujano especialista, abstiene de realizar valoración del tratamiento y oportunidad de la atención medica brindada a la señora HERMIDA MOJICA GÓMEZ.

Con auto del 28 de enero de 2020³⁰, se agregó al proceso, y venció en silencio el término de traslado.

- (ii) La Asociación Colombiana de Cirugía, presentó experticio con fecha 30 de noviembre de 2021, en torno al estado de salud y la atención medida

²⁸ "(...)Las copias tendrán el mismo valor probatorio del original, salvo cuando por disposición legal sea necesaria la presentación del original o de una determinada copia (...).".

²⁹ Fl. 524 al 528 continuación del cuaderno principal

³⁰ Fl. 530 ibidem

asistencial brindada a la señora ARMIDA MOJICA GÓMEZ, determinando la idoneidad en el servicio de salud prestado, los riesgos propios de la intervención y particularidades del cuadro clínico.

Con auto del 04 de abril de 2022, notificado por estado del 6 siguiente, se agregó al proceso, y el 27 de julio el demandante JUAN CAMILO TUNAROSA MOJICA, actuando en nombre propio, solicita se fije fecha y hora para interrogatorio al perito. Negado con proveído del 29 de noviembre, por extemporánea.

Los **testimonios técnicos**, de los médicos Oscar Fabio Castillo Rosero y Jonathan Hernando Chaverra Pérez, avizoran espontáneos y fundados en la ciencia de su dicho. Sin que se haya promovido en su contra tacha por parcialidad o inhabilidad.

Asimismo, emerge de los **testimonios** rendidos por los señores Alba Luz Camargo Lozano y Leónidas Araque Ruiz.

Los **interrogatorios de parte**, rendidos por los accionados ARMANDO ROJAS CADENA y ZORAIDA MILENA CONTRERAS, se recaudaron con las formalidades a que encuentra sometido este medio de prueba, sin que se hubieran presentado alguno de los supuestos que derivan en confesión ficta.

3.4.1.3- Finiquitando revisten relevancia para el debate, los siguientes supuestos fácticos y medios de prueba:

historia clínica		
Hospital Victoria	la	

Epicrisis		HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL DE ATENCION Empresa Social del Estado	
Nombres: ARMINDA MOJICA GOMEZ		Identificación: CC 51623653	
Edad: 52 año (s)		Sexo: FEMENINO	
Fecha Ingreso: 06/06/2010 20:50		Fecha Egreso: 23/06/2010 17:00	
Servicio: CIRUGIA GENERAL - BASICO		Vía Ingreso: HOSPITALIZACION	
Datos del ingreso			
Motivo de Consulta y Enfermedad Actual: DOLOR ABDOMINAL CUADRO CLINICO DE 12 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR TIPO COLICO EN HIPOGASTRIO ASOCIADO A NAUSEAS, ANTECEDENTE MEDIATO DE FLUJO VAGINAL FETIDO TRATADO CON METRONIDAZOL HACE 15 DIAS			
Antecedentes: PATOLOGICOS: ESTREÑIMIENTO, FARMACOS: - TRAUMATICOS-, QX: POMEROY HACE 12 AÑOS ALERGICOS-, FAMILIARES NO REFIERE			
Revisión Sistemas: ESTREÑIMIENTO			
Estado al Ingreso y Hallazgos: REGULAR PACIENTE ALGIDA, ALERTA CONSCIENTE AFEBRIL HIDRATADA, TA: 100/70 FC: 80*M, FR: 17*M, CONJUNTIVAS PALIDAS, ESCLERAS ANICTERICAS, PUPILAS NORMOREACTIVAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, TORAX SIMETRICO RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN SOBREGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO A LA PALPACION EN HIPOGASTRIO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NINGUNAS NI MEGALIAS, EXTREMIDADES EUTROFICAS, SIN EDEMAS, NEUROLOGICO SIN DEFICIT APARENTE.			
Conducta: SE SUGIERE VALORACION POR GINECOLOGIA			
Diagnósticos		CIE10	Descripción
Dx Principal de Ingreso		N832	OTROS QUISTES OVARICOS Y LOS NO ESPECIFICADOS
Observaciones DX Ingreso: [TORCION QUISTE OVARICO?? VAGINOSIS? ESTREÑIMIENTO]			
Resumen de Evoluciones			
Fecha: 07/06/2010 02:00			
PACIENTE QUIEN ES VALORADA POR EL SERVICIO DE GINECOLOGIA ENCONTRANDO PACIENTE CON SV: TA: 117/73 FC: 110 FR: 18*M, MUCOSA ORAL SEMISECA CON ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO A LA PALPACION DE PREDOMINIO EN FOSA ILIACA DERECHA, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL TV: ESCASA BLANQUECINA NO FETIDA, NO SANGRADO VAGINAL. DECIDEN HOSPITALIZAR PARA MANEJO MEDICO DE ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA.			
Fecha: 08/06/2010 07:25			
PACIENTE CON ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA QUE REFIERE DOLOR ABDOMINAL DE INTENSIDAD MODERADA ASOCIADA A NAUSEAS, ALGICA CON SV: TA: 130/70 FC: 90*M, FR: 20*M, CON ABDOMEN BLANDO, DOLOROSO A LA PALPACION GENERALIZADA CON PREDOMINIO EN FOSA ILIACA DERECHA SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DECIDE SOLICITAR CH, VSG ABDOMEN TOTAL, Y SOLICITAN NUEVA VALORACION POR EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.			
Fecha: 08/06/2010 12:00			
Fecha: 13/06/2010 07:10			
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, PACIENTE REFIERE DOLOR DE GRAN INTENSIDAD EN HERIDA QUIRURGICA, REFIERE QUE DESPUES A LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS PRESENTO BROTE EN CUELLO, MANO, ANTEBRAZO TA: 112/73 FC: 91*M, FR: 22*M, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO A LA PALPACION CON HERIDA QUIRURGICA CON RUBOR, CALOR ERITEMA, CON SALIDA DE ABUNDANTE SECRECION PURULENTO FETIDA.			
Fecha: 14/06/2010 07:00			
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, PACIENTE QUE REFIERE DOLOR INTENSO EN SITIO OPERATORIO, ASOCIADO A NAUSEAS, MAREOS, NO EMESIS, EPIGASTRALGIA, ABDOMEN GLOBOSO CUBIERTO, NO SE DESCUBRE HASTA CURACIONES, CON OLOR FETIDO, PACIENTE QUIEN HACE ALERGIAS A MEDICAMENTO POR LO QUE SE DECIDE CAMBIO DE A AMPICILINA SULBACTAM, SE SUSPENDE DIPIRONA TRMADOL Y SE INICIA ACETAMINOFEN, SE AGREGA HIDROCORTIZONA, PACIENTE REFIERE SANGRADO VAGINAL POR LO QUE SE SOLICITA INTERCONSULTA POR GINECOLOGIA, SE EVALUA HERIDA QUIRURGICA ENCONTRANDOSE EVISCERADA, POR LO CUAL SE PASA BOLETA PARA CIRUGIA.			
Fecha: 14/06/2010 11:35			
PACIENTE QUE ES VALORADA POR EL SERVICIO DE GINECOLOGIA LOS CUALES CONSIDERAN CANDIDIASIS VAGINAL POR LO QUE LE INICIAN FLUCONAZOL VIA ORAL DOS DOSIS, AL EXAMAN FISICO: AL TACTO VAGINAL ENCONTRARON: CUELLO CERVICAL ATROFICO, POSTERIOR, DURO Y CERRADO, CON HIPERTERMIA VAGINAL, CON SANGRADO MEDERADO.			
11+35 NOTA OPERATORIA: DX PREOPERATORIO: EVENTRACION DX POSTOPERATORIO: EVENTRACION + INFECCION DE SITIO OPERATORIO PROCEDIMIENTO: LAVADO PERITONEAL + DEBRIDAMIENTO. ANESTESIA: GENERAL, ANESTESIOLOGA: DRA. VARGAS. INSTRUMENTADORA: CAROLINA ROA HALLAZGOS: 1. EVISCERACION EN DOS PARTES DE LA HERIDA SUPRAUMBILICAL CON PUENTE EN REGION UMBILICAL. 2. INFECCION QUE OCOMPROMETE TEJIDO CELUAR SUNCUTANEO Y FASCIA, CON TEJIDO NECROTICO. 3. FASCIA EN MUY MAL ESTADO, DE MALA CALIDAD QUE SE DARGARRA CON LOS PUNTOS. 4. CAVIDAD ABDOMINAL LIMPIA.			
Fecha: 15/06/2010 07:30			
PACIENTE EN SU PRIMER DIA DE POP DE LAVADO PERITONEAL + DESBRIDAMIENTO QUIEN REFIERE REGULAR ESTADO GENERAL CON NAUSEAS, DOLOR TIPO ARDOR EN SITIO DE HERIDA QUIRURGICA. SV: TA: 115/76, FC: 80XMIN, FR: 17XMIN, CON ABDOMEN: CON HERIDA DE LAPAROTOMIA CON SALIDA DE SECRECION SEROHEMATICA RUIDOS INTESTINALES DISMINUIDOS. SE RETIRA COMPRESA. ANALISIS PLAM: SE SOLICITA VALORACION POR CLINICA DE HERIDAS. PACIENTE QUE PRESENTO 3 PICOS FEBRILES, EL DIA DE AYER, EN ESPERA DE EVOLUCION A MANEJO DE ANTIBIOTICO INSTAURADO MAXIMO CIPROFLOXACINA POR 5 DIAS.			
Fecha: 16/06/2010 07:00			
PACIENTE CON DIAGNOSTICO ANOTADOS, PACIENTE REFIERE MEJORIA D ESU ESTADO GENREL, ACEPTADO Y TOLERANDO VIA ORAL, NO EMESIS, CEFALES Y DOLOR ALREDEDOR DE HERIDA QUIRURGICA DIURESIS Y DESICIONES PRESENTES. SV: TA: 120/75, FC: 98XMIN, FR: 17XMIN. ABDOMEN: FLATOS +, BLANDO, DEPRESIBLE, HEPERTIMPANICO, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, DOLOR LEVE GENERALIZADO, HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA POR APOSITOS Y MICROPORE. ANALISI: PACIENTE QUE A PRESENTADO PICOS FEBRILES AISLADOS, CON HERIDA QUIRURGICA LIMPIA, SE CONTINUA IGIL MANEJO Y CURACION POR CLINICAS DE HERIDAS.			
PACIENTE CON SV TA: 98/53 FC: 108 CON VENTILACION MECNICA BAJOS EFECTOS DE SEDACION CON SONDA NASOGASTRICA QUE DRENO 400CC DE CONTENIDO SANGUINOLENTO, ABDOMEN CON ESCASA SALIDA DE MATERIAL SEROSANGUINOLENTO, LLENADO CAPILAR >3SEG, SE CONTINUA MANEJO MEDICO, PENDIENTE PRUEBAS DE COAGULACION.			
10+00 PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL CONECTADA A VENTILADOR, PUPILAS MIDRIATICAS, CON DRENAJE POR SONDA NASOGASTRICA DE 150CC SANGUINOLENTO, ABDOMEN A LA INSPECCION CON DRENAJE SEROSANGUINOLENTO EN COPA POR LAPAROTOMIA, SE ACUERDA ENCONVENIO CON EL DR SEDANO, CONTINUAR MANEJO DE SOPORTE VENTILATORIO, SE EXPLICA A FAMILIAR (HIJO) SITUACION Y PRONOSTICO DE LA PACIENTE.			
POR NOTAS DE UCI PACIENTE EN PESIMO ESTADO GENERAL QUE APESAR DE SOPORTE VENTILATORIO MECANICO INVASIVO Y SOPORTE VASOACTIVO MULTIPLE Y A ELEVADAS DOSIS, PRESETA ASISTOLIA Y FALLECE A LAS 16+20 (4+20PM)			

Datos del Egreso			
Condiciones Generales a la Salida: PACIENTE FALLECE A LAS 16+20			
Plan de Manejo Ambulatorio: NINGUNO			
Diagnósticos	CIE10 Descripción		
Dx Principal de Egreso	K250 ULCERA GASTRICA AGUDA CON HEMORRAGIA		
Observaciones DX Egreso: [SHOK HIPOVOLEMICO SECUNDARIO A HEMORRAGIA DE VIA DIGESTIVA ALTA.]			
HISTORIA CLINICA			
Historia	51623653		
Ingreso: Fecha (Hora)	2010-06-22 (13:03:00)		
Motivo	ENFERMEDAD ACTUAL		
Descripción	INTERCONSULTA DE PISO POR INMINENCIA DE FALLA VENTILATORIA PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA HOSPITALIZADA EN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL, EN LAPAROSTOMIA POR CUADRO DE SEPSIS ABDOMIN. SECUNDARIA A APENDICITIS DESDE HACE 30 HORAS PRESENTA HVDA DADAS POR HEMATEMESIS MELENAS EN LA NOCHE RECTORRAGIA FRANC. SE RECIBE LLAMADO DE CIRUGIA SE EVIDENCIA PACIENTE EN PESIMO ESTADO GENERAL RESPIRACION APNEUSICA E INMINENCIA FALLA VENTILATORIA SE DECIDE TRASLADO A UNIDAD, PARA REANIMACION		
EXAMEN NEUROLÓGICO			
Estado Conciencia	COMA		
Sensibilidad	NO VALORABLE		
Reflejos Osteotendinosos	NO VALORABLE		
Motilidad	NO VALORABLE		
Movimientos Anormales	NO		
Pares Craneanos	NO VALORABLE		
ANTECEDENTES			
Alérgicos	SIN DATOS		
Farmacológicos	PIPTAZO		
Ginecológicos	DESCONOCIDOS		
Hospitalarios	Antecedentes Quirúrgicos		
Patológicos	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA		
Quirúrgicos	APENDICECTOMIA, LAPAROSTOMIA ISO PROFUNDA		
Tóxicos	SIN DATOS		
Transfusión	NO		
EXAMEN FISICO			
Presión Sistólica	78 mmHg		
Presión Diastólica	50 mmHg		
Presión Media	69 mmHg		
Presión Venosa Central	0 mmHg		
SaO2	70 %		
Frecuencia Cardiaca	135 x min		
Frecuencia Respiratoria	6 x min		
Temperatura	35		
Superficie Corporal	1.69967		
Peso	65 Kg.		
Talla	160 cm.		
Cabeza	INTENSA PALIDEZ MUJO CUTANEA		
Cuello	VENAS COLAPSADAS		
Torax	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS TAQUICARDICOS PESIMA PERFUSION LLENADO CAPILAR > 3 SEG MURMULLO VESICULAR CONSERVADA		
Abdomen	LAPAROSTOMIA		
Extremidades	FRIALDAD HIPOPERFUSION		
Vascular	SIN PULSOS		
Genital	SIN SONDA VESICAL		
DIAGNÓSTICO			
Principal	CHOQUE HIPOVOLEMICO		
Relacionado	ULCERA DEL INTESTINO		
Análisis	PACIENTE JOVEN CON PROCESO SEPTICO DE ORIGEN ABDOMINAL QUIEN H. CURSADO CON COMPLICACION SEPTICA ISO PROFUNDA Y ACTUALMENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA QUE LA LLEVA A CHOQUE HIPOVOLEMICO E INMINENCIA DE MUERTE TIENE REPORTE DE GASES PH < 7.38 HB 3.2 HIPERLACTATEMIA CONSIDERO PACIENTE EN PESIMO ESTADO GENERAL EN CHOQUE HEMORRAGICO SECUNDARIO A HVDA QUIEN REQUIERE POSTERIOR A REANIMACION INICIAL SER TRASLADAD A SALAS DE CIRUGIA PARA CONTROL DE SITIO DE SANGRADO		
Conducta	REANIMACION LEV CRISTALOIDES CALIENTES A CHORRO TRASFUNDIR 4 UNIDADES DE GR INTUBACION OT PASEO CATETER CENTRAL CATETER VESICAL SS PARACLINICOS		
EVOLUCION AM -- GENERADO FECHA / HORA: 23/06/2010 11:07:50			
Id	81119	Estancia	4373
Fecha	23/06/2010	Hora	10:52:00
Atencion	UCI		
Registrado por	79345989	Juan Pablo Sedano Guerrero	
Diagnóstico			
Principal	CHOQUE HIPOVOLEMICO		
Secundario	ULCERA DEL INTESTINO		
Problemas Encontrados			
Línea 1	POLITRASFUSION		
Línea 2	FOM		
Línea 3	COAGULOPATIA		
Línea 4			
Notas de Evolucion			
Notas	PACIENTE CON INDICACION DE CUIDADO CON SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO Y PRESO MULTIPLE POLITRASFUNDIDA EN FOM RENAL RESPIRATORIA HEMATOLOGICA Y CARGO VASCULAR CIFRAS TENSIONALES BAJAS CON NORADRENALINA, VASOPRESINA PULSO OXIMETRIA BAJA NO PULSOS RENAL: GASTO URINARIO OLIGURIA EN ULTIMAS HORAS INFECCIOSO: LEUCOCITOSIS NEUROLOGICA: SEDO ANALGESIA LVIDECES TORAX Y DISTALES ASAS INTESTINALES MAL PERFUNDIDAS PALIDAS SANGRAE EN CAPA ESCASO DRENAJE HEMATICO COAGULOS 600 CC 2 HORAS ALTA PROBABILIDAD DE FALLECER SE DA INFORMACION A HIJO		
Interpretacion RX Torax	RX TORAX ROTADA TOT 4 CMS CARINA CATETER CENTRAL SUBCLAVIO OZQUIERDO EN UNION ATRIO CAVA DERRAME PLEURAL DERECHO		

EVOLUCION AM -- GENERADO FECHA / HORA: 23/06/2010 11:07:50	
Id	61119
Fecha	23/06/2010
Atencion	UCI
Estancia	4373
Hora	10:52:00
Registrado por	79045989 Juan Pablo Sedeno Guerrero
Diagnostico	
Principal	CHOQUE HIPOVOLEMICO
Secundario	ULCERA DEL INTESTINO
Problemas Encontrados	
Línea 1	POLITRAFUSION
Línea 2	FOM
Línea 3	COAGULOPATIA
Línea 4	
Notas de Evolucion	
Notas	PACIENTE CON INDICACION DE CUIDADO CON SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO Y PRESO MULTIPLE POLITRAFUNDIDA EN FOM RENAL RESPIRATORIA HEMATOLOGICA Y CARDIO VASCULAR CIFRAS TENSIONALES BAJAS CON NORADRENALINA, VASOPRESINA PULSO OXIMETRIA BAJA NO PULSOS RENAL: GASTO URINARIO OLIGURIA EN ULTIMAS HORAS INFECCIOSO: LEUCOCITOSIS NEUROLOGICA: SEDO ANALGESIA LIVIDESCES TORAX Y DISTALES ASAS INTESTINALES MAL PERFUNDIDAS PALIDAS SANGRADO EN CAPA ESCASO DRENAJE HEMATICO COAGULOS 600 CC 2 HORAS ALTA PROBABILIDAD DE FALLECER SE DA INFORMACION A HIJO
Interpretacion RX Torax	RX TORAX ROTADA TOT 4 CMS CARINA CATETER CENTRAL SUBCLAVIO OZQUIERDO EN UNION ATRIO CAVA DERRAME PLEURAL DERECHO
HISTORIA CLINICA	
Historia	51623653
Ingreso: Fecha (Hora)	2010-06-22 (13:03:00)
ENFERMEDAD ACTUAL	
Motivo Descripción	INTERCONSULTA DE PISO POR INMINENCIA DE FALLA VENTILATORIA PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA HOSPITALIZADA EN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL, EN LAPAROSTOMIA POR CUADRO DE SEPSIS ABDOMIN SECUNDARIA A APENDICITIS DESDE HACE 30 HORAS PRESENTA HVDA DADAS POR HEMATEMESIS MELENAS EN LA NOCHE RECTORRAGIA FRANC SE RECIBE LLAMADO DE CIRUGIA SE EVIDENCIA PACIENTE EN PESIMO ESTADO GENERAL RESPIRACION APNEUSICA E INMINENCIA FALLA VENTILATORIA SE DECIDE TRASLADO A UNIDAD. PARA REANIMACION
EXAMEN NEUROLÓGICO	
Estado Conciencia	COMA
Sensibilidad	NO VALORABLE
Reflejos Osteotendinosos	NO VALORABLE
Motilidad	NO VALORABLE
Movimientos Anormales	NO
Pares Craneanos	NO VALORABLE
ANTECEDENTES	
Alérgicos	SIN DATOS
Farmacológicos	PIPTAZO
Ginecológicos	DESCONOCIDOS
Hospitalarios	Antecedentes Quirúrgicos
Patológicos	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA
Quirúrgicos	APENDICECTOMIA, LAPAROSTOMIA ISO PROFUNDA
Tóxicos	SIN DATOS
Transfusión	NO
EXAMEN FISICO	
Presión Sistólica	78 mmHg
Presión Diastólica	50 mmHg
Presión Media	69 mmHg
Presión Venosa Central	0 mmHg
SaO2	70 %
Frecuencia Cardíaca	135 x min
(...)	
23/06/2010 10:52:00 (AM)	
Registrado por	79045989 Atencion UCI
Notas	PACIENTE CON INDICACION DE CUIDADO CON SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO MULTIPLE POLITRAFUNDIDA EN FOM RENAL RESPIRATORIA HEMATOLOGICA Y CARDIO VASCULAR CIFRAS TENSIONALES BAJAS CON NORADRENALINA, VASOPRESINA PULSO OXIMETRIA BAJA NO PULSOS RENAL: GASTO URINARIO OLIGURIA EN ULTIMAS HORAS INFECCIOSO: LEUCOCITOSIS NEUROLOGICA: SEDO ANALGESIA LIVIDESCES TORAX Y DISTALES ASAS INTESTINALES MAL PERFUNDIDAS PALIDAS SANGRADO EN CAPA ESCASO DRENAJE HEMATICO COAGULOS 600 CC 2 HORAS ALTA PROBABILIDAD DE FALLECER SE DA INFORMACION A HIJO
Laboratorios /RX	RX TORAX ROTADA TOT 4 CMS CARINA CATETER CENTRAL SUBCLAVIO OZQUIERDO EN UNION ATRIO CAVA DERRAME PLEURAL DERECHO ANEMIA SEVERA LEUCOCITOSIS NEUTROFILIA K ELEVADA, NA Y CL NORMAL AZOADOS ELEVADOS Y GLICEMIA ELEVADA LACTATO ELEVADO GASES ARTERIALES ACIDEMIA METABOLICA SEVERA COAGULACION PROLONGADA
Plan de Manejo	TERMINAR TRASFUNDIR GR TRASFUNDIR PLASMA ASOCIAR DOPAMINA SUSPENDER SEDACION
23/06/2010 14:18:00 (PM)	
Registrado por	79690914 Atencion UCI
Notas	PACIENTE EN PESIMO ESTADO GENERAL, HEMODINAMICAMENTE CON ELEVADO SOPORTE VASOACTIVO MULTIPLE, CON DOPAMINA A 10 MCG/KG/MIN, NORADRE A 0.9 MCG/KG/MIN Y VASOPRESINA A 8 UH, CON HIPOTENSION ARTERIAL, SIGN CLINICOS DE HIPOPERFUSION SEVERA, ANURICO, ELEVADO DRENAJE POR SON OROGASTRICA COMO EVIDENCIA DE HIPOPERFUSION ESPLACNICA, CON MAL PRONOSTICO DE SOBREVIDA.
Laboratorios /RX	-
Plan de Manejo	VIGILANCIA HEMODINAMICA Y VENTILATORIA, CONTINUAR CON SOPORTES EXT DE ACUERDO A EVOLUCION CLINICA
23/06/2010 16:25:00 (PM)	
Registrado por	79690914 Atencion UCI
Notas	PACIENTE QUIEN A PESAR DE SOPORTE VENTILATORIO MECANICO INVASIVO Y SOPORTE VASOACTIVO MULTIPLE Y A ELEVADAS DOSIS PRESENTA ASISTOLIA Y FALLECE A LAS 4:20 PM (16+20)
Laboratorios /RX	-
Plan de Manejo	SE INFORMA A FAÑILIARES, SE SOLICITA CERTIFICADO DE DEFUNCION
Impreso por	

	<p align="center">CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p align="center">HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL ESE * CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR ACTOS MÉDICOS GENERADOS EN TRATAMIENTOS MÉDICOS, HOSPITALIZACIÓN, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS E INVASIVOS</p> <p>Yo, <u>Armida Mojica</u>, mayor, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. <u>51623653</u> de _____, en pleno uso de mis facultades mentales y legales, y libre de cualquier apremio, manifiesto que de conformidad con el principio de la autonomía de la voluntad, y en cumplimiento de los artículos 15 y 18 de la Ley 23 de 1981, los cuales establecen el deber de informar adecuada y oportunamente a los pacientes los riesgos que puedan derivarse del tratamiento, así como los de su no aceptación, he sido informado ampliamente por el Dr. <u>Coronado</u> con registro médico No. _____ en su calidad de <u>Cirujano</u> que otorgo mi libre consentimiento, para que se inicie o realice en mí el día _____ el siguiente procedimiento o tratamiento: <u>Apendicectomía</u></p> <p>_____ teniendo en cuenta que presento el siguiente diagnóstico: <u>Apendicitis</u></p> <p>El procedimiento o tratamiento citado genera los siguientes riesgos y posibles complicaciones: <u>Sangrado, lesión órgano vecino, infección, reintervención quirúrgica, muerte</u></p> <p>Que una vez recibida la información anterior quiero que se me precisen los siguientes aspectos: <u>NINGUNO</u></p> <p>Por tanto y de conformidad con la información suministrada autorizo la realización de tratamientos o procedimientos adicionales para conjurar situaciones imprevistas, que sean juzgadas por mi médico tratante como necesarias, ya que se me ha explicado que en el transcurso del tratamiento o de la intervención quirúrgica pueden presentarse modificaciones en el diagnóstico o complicaciones intra operatorias que obligan, a juicio del médico tratante o del que realiza la intervención a realizar procedimientos adicionales o modificaciones en el tratamiento inicial, que para el procedimiento quirúrgico inclusive pueden requerir la reparación o extracción de órganos diferentes a los originalmente planeados. Se me ha explicado que a pesar de que el Hospital ha verificado el profesionalismo y capacidad científica del personal médico, y que el tratamiento o intervención o procedimiento sea realizado de la mejor manera posible esto no garantiza el resultado del mismo. Ya que la actividad médica es de medio y no de resultado. Así mismo declaro que he sido informado de la posibilidad de revocar el presente documento antes de la práctica del procedimiento o inicio del tratamiento. CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y COMPRENDO PERFECTAMENTE LO ESTIPULADO EN EL PRESENTE DOCUMENTO, Y POR TANTO CADA ESPACIO HA SIDO DILIGENCIADO POR MI O DON MI AUTORIZACIÓN Y EN TODO CASO ANTES DE MI FIRMA, ENCONTRÁNDOME EN EJERCICIO PLENO DE MIS FACULTADES. En constancia, se firma a las <u>20:40</u> a.m.() p.m.(), del día <u>08</u> del mes de <u>junio</u> del año <u>2010</u>.</p> <p align="center"><u>Armida Mojica</u> cc 51623653 FIRMA, Y No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</p>	
<p>Interrogatorio de Parte de Armando Rojas Cadena</p>	<p>Médico especialista en ginecología y obstetricia vinculado con el Hospital la Victoria, quien advirtió haber atendido a las 2am del 7 de junio de 2010, a la señora ARMIDA MOJICA GOMEZ, señalando que la paciente consulto por dolor abdominal de dos días de evolución, <u>quien se automedico</u> y finalmente ante la no mejoría acudió a urgencias donde fue valorada primeramente por el médico de urgencias y posteriormente se solicita la valoración de cirujano de turno, finalmente del servicio de urgencias con el consentimiento del cirujano de turno solicita una interconsulta por ginecología, siendo atendida la paciente y reseña conforme sigue:</p> <p>“PREGUNTA No 7: Indique porque razón usted en la interconsulta no ordeno exámenes diagnósticos para verificar o confrontar la impresión diagnóstica. CONTESTO: <u>Esa afirmación es falsa</u>, en la elaboración de la historia clínica hay una parte que es la historia clínica como tal, y una donde se formulan medicamentos o exámenes diagnósticos. <u>El cuadro hemático ya se había solicitado y obraba en la historia</u> (...) ahí está la formulación del método diagnóstico adicional que se solicitó, el 7 de junio a las 7:40 am, (...) Se procede a un plan de manejo, dieta corriente a tolerancia. <u>El segundo es LACTATO DE RINGER</u>, se coloca un bolo de mil centímetros y se continua a ciento veinte mililitros por hora, con finalidad de mantener la hidratación de la paciente frente al stress, tercero y cuarto punto, <u>como pensamos que tenía una enfermedad infecciosa llámese apendicitis o enfermedad pélvica inflamatoria, enfermedades portales, se le pone dos antibióticos para hacer el cubrimiento del espectro bacteriano de esas dos enfermedades CLINDAMICINA a dosis de 600 miligramos intravenosos cada seis horas, y GENTAMICINA 240 miligramos intravenosos diarios. Como ya se ha efectuado un diagnóstico que se puede iniciar un analgésico DIPIRONA dos gramos intravenosa cada seis horas, y se solicita como método complementario diagnóstico una ecografía pélvica transvaginal, este método diagnóstico puede precisar si es una apendicitis en un 80% de los casos, examen específico para confirmar o descartar la apendicitis y o la enfermedad pélvica inflamatoria, esta última en un 70% efectuado esto se hace nota de hospitalización a las 3:30 am y a las 5:30 se evoluciona nuevamente la paciente mirando que el manejo instaurado produce mejoría en la paciente y como estábamos ante una duda diagnóstica es importante verificar entre las 24 y las 48 horas si ese manejo produce o no mejoría, a las 5:30 vuelve y se valora y la paciente refiere que el dolor ha disminuido y que está mejor. Según los protocolos si este manejo da resultado de mejoría, se continua el manejo medico por eso debe quedar hospitalizado, pero puede tomar dos rutas, mejorar o no mejorar, estos pacientes deben evaluarse intrahospitalariamente entre las 24 y 48 horas, si mejora o no, conforme lo hicieron mis colegas, no obstante como entregue turno a las siete de la mañana, la doctora GLORIA CAMPOS fue la encargada de continuar evaluando la paciente y solicitar en forma pertinente la nueva valoración de cirugía siguiendo los protocolos antes referenciados.</u></p> <p>(...)</p> <p>PREGUNTA 10. Teniendo en cuenta su respuesta anterior, indique si usted como ginecólogo que vio a la paciente el 9 de junio de 2010, continuó tratando la sospecha de la enfermedad pélvica inflamatoria o deja a la paciente únicamente con el seguimiento de cirugía general. CONTESTO: <u>A esta fecha el diagnóstico de apendicitis ya se había confirmado y se había tratado la causa de hospitalización que era la duda diagnóstica entre apendicitis y enfermedad pélvica inflamatoria había sido resuelta en punto de que lo que</u></p>	<p>FI 437 al 443 continuación del cuader no principal</p>

	<p>tenía era apendicitis, los médicos de turno los días subsiguientes al 7 de junio resolvieron el diagnostico no yo. (...) (...) PREGUNTA No. 12: Diga en que consiste la enfermedad pélvica inflamatoria que refiere y cuál es su diferencia con una patología de apendicitis, desde el punto de vista sintomático CONTESTO: un porcentaje no despreciable de pacientes femeninas, estas patologías pueden presentar la misma patología clínica para fines prácticos es una infección en la cavidad pélvica abdominal, en el abdomen no hay sensores específicos de dolor, y hay un sensor para dolor y no es específico para un órgano, que permita identificar cual es el afectado, es una sensación general de dolor abdominal, por eso surge la duda diagnostica.”</p>	
<p>Interrogatorio de Parte de Zoraida Milena Contreras</p>	<p>Medica Cirujana General, vinculada desde el 2007 con el Hospital la Victoria. Quien manifestó:</p> <p>“PREGUNTA 2 indiqué si la atendió por remisión, interconsulta u otra circunstancia CONTESTO: si, la atendí cuando recibí el turno y encontré que estaba pendiente de ser remitida a cirugía. (...) cuando recibo mi turno el 8 de junio de 2010, encuentro que está pendiente de ser llevada a cirugía, está en sala de cirugía pendiente de realización de apendicetomía, y realizo la cirugía, apendicetomía, laparotomía y drenaje de peritonitis. (...) PREGUNTA No 7: Cuando encuentra que el apéndice se encuentra necrosada y perforada, que manejo quirúrgico hizo a la paciente. CONTESTO: la apendicetomía, es decir, la extracción quirúrgica del apéndice. Es una cirugía que consisten en cortar el apéndice de la base del colon, se corta el colon, anuda y cierra el colon y además se cortan los vasos que irrigan el apéndice, pero eso no era lo único que tenía la señora.</p> <p>PREGUNTA 8: Cuales fueron los otros hallazgos CONTESTO: La señora tenía una peritonitis generalizada, eso quiere decir que había material purulento, lo que se conoce como pus o materia en todo el abdomen, el abdomen se divide en cuatro porciones y había materia en los cuatro cuadrantes abdominales, el cual se le dreno y limpio de toda la cavidad y dentro de la limpieza se realiza un lavado que se hace con solución salina conocido como suero, de toda la cavidad abdominal para realizar un barrido y disminuir las bacterias que están infectando el abdomen.</p> <p>PREGUNTA 9: En cuanto tiempo se necropsia un apéndice después de presentar el proceso inflamatorio. CONTESTO: No hay un límite de tiempo exacto para cada persona, pero se estima que está alrededor de las 24 y 36 horas después que se inflama. (...) PREGUNTA 11: Teniendo en cuenta la respuesta anterior indique como fue la evolución de la paciente en el post operatorio inmediato CONTESTO: La opero el 8, el 9 no estoy en el hospital porque no estoy de turno, la vuelvo a ver el día 10 de junio en el que la encuentro en buen estado del posoperatorio, sin taticardia, la encuentro orinando poco, y la herida en ese momento estaba bien, no había signos de infección. El día 11 de junio la vuelvo a ver y encuentro que presenta fiebre, y ese día noto, que tiene la herida enrojecida y tiene secreción turbia hemática por la herida, le realizo una curación, le abro la herida que es el manejo que se realiza cuando una herida está infectada, haciendo la curación inicial de la misma y solicito el apoyo de la CLINICA DE HERIDAS que es el área encargada del seguimiento de todas las heridas, posteriormente la vuelvo a ver el día 14 de junio donde encuentro que la herida de la fascia (el recubrimiento que tienen los músculos, que es lo que le da la fuerza a los músculos y mantiene los intestinos dentro del abdomen), encuentro que se habían soltado los puntos de la fascia y que se estaban viendo las asas intestinales por la herida, <u>el intestino estaba distendido por lo cual la llevo inmediatamente a cirugía por segunda ocasión. Al llevarla a cirugía encuentra que la fascia esta necrótica, que efectivamente estaba eviscerada, que los puntos de la fascia se habían roto, que la paciente se encontraba en un cuadro que llamamos fasciitis necrotizante y procedo a realizar un desbridamiento (cortar) de todo el tejido necrótico (muerto) y a realizar un nuevo lavado de abdomen.</u> La fasciitis, si no se quita todo el tejido que se requiere quitar puede ser mortal en cuestión de horas. El día 17 de junio llevo a una nueva revisión en cirugía, sin que hubiera mediado complicación, donde se realiza otra recepción de tejido desvitalizado y se lava la cavidad abdominal. (...) PREGUNTA 16. Aclárenos la respuesta en punto de lo no típico. (...) CONTESTO: es atípico por cuanto no es el dolor típico de una apendicitis porque lo describe como generalizado de predominio en la mitad inferior del abdomen, con abdomen distendido, tiene nauseas, <u>pero se le había aplicado una buscapina en una droguería, lo cual puede modificar y afectar las manifestaciones normales o usuales que tiene una apendicitis aguda.</u> (...) PREGUNTA No 18. En su calidad de cirujana señale con los síntomas clásicos de una apendicitis, en que tiempo debe realizarse la intervención quirúrgica. CONTESTO: <u>según los estándares de la Secretaria de Salud de Bogotá, se estima un tiempo de seis (6) horas desde que se realiza el diagnostico o sospecha clínica de apendicitis.</u> Siempre que se opera es con sospecha clínica de apendicitis, de ahí se cuentan las seis (06) horas, el estándar antes referenciado es para calificar a los directores de los hospitales y se estableció aproximadamente cinco (5) años.”</p>	<p>Fl. 443 al 450 continu ación cuader no princip al</p>

	<p>los textos es eminentemente clínico, hay ayudas diagnosticas que ayudan a confirmar, la EPI también se puede efectuar un diagnóstico clínico, para agotar el diagnóstico diferencial acudimos a la especialidad de ginecología conforme se hizo en este caso, y ya si persiste toca hacer una laparoscopia diagnostica, la ventaja es que es más rápida. La orden de ecografía depende de quien la valora y su experiencia, pero arroja un porcentaje aproximado del 70% la gama de apoyos diagnósticos es amplia también está el TAG con contraste que es la tomografía axial computarizada con contraste, pero la limitante es que requiere preparación y por eso se demora más. Los exámenes clínicos son apoyos pero inespecíficos, son el hemograma y el parcial de orina. Para el año 2010 en el hospital la victoria no existía equipo para realizar laparoscopia eso llego después.”</p>	
<p>Dictamen pericial rendido por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses</p>	<p>Rendido por Médico especialista en Cirugía General de la Asociación Colombiana de Cirugía - Los signos y síntomas de la apendicitis pueden comprender los siguientes: dolor repentino que comienza al lado derecho de la parte inferior del abdomen, dolor repentino que comienza alrededor del ombligo y, a menudo se desplaza hacia la parte inferior del abdomen. Dolor que empeora cuando toses, caminas o realizas otros movimientos bruscos náuseas y vómitos, pérdida de apetito, fiebre ligera que puede empeorar a medida que la enfermedad avanza, estreñimiento o diarrea, hinchazón abdominal, el lugar donde sientes dolor puede variar, dependiendo de tu edad y la posición del apéndice. (...) 3. Cuál es el manejo que se debe dar a un paciente con apendicitis? Respuesta, el dolor abdominal intenso requiere atención médica inmediata, la causa probable de la apendicitis es una obstrucción en el recubrimiento de apéndice que da como resultado una infección. Las bacterias se multiplican rápidamente y hacen que el apéndice se inflame, se hinche y se llene de pus. Si no se trata inmediatamente el apéndice puede romperse. Respecto de los demás interrogantes el dictamen señala la necesidad de perito experto en cirugía, con el cual no cuenta el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.</p>	<p>Fl 524 al 526 continuación del cuader no principal</p>
<p>Dictamen pericial rendido por la Asociación Colombiana de Cirugía</p>	<p>Paciente mujer con cuadro de abdomen agudo, con hallazgos clínicos sugestivos de apendicitis aguda, es decir la inflamación del apéndice cecal, el diagnostico de dicha patología es clínico y el manejo indicado es la extracción quirúrgica, en este caso sin embargo se registra un hallazgo de flujo vaginal previo a la consulta por lo cual también era prudente sospechar patología ginecológica, ante lo cual de manera diligente se solicita valoración por ginecología. Todo lo anterior se realizó de manera indicada y oportuna, uno de los diagnósticos diferenciales de la apendicitis en mujeres es la enfermedad pélvica inflamatoria, cuadro infeccioso de los órganos pélvicos reproductivos, ante la persistencia y la localización del dolor abdominal es evaluada por cirugía general que con la sospecha clínica de apendicitis aguda programa para apendicetomía. La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice cecal, un órgano hueco adherido al lado derecho del colon, en su porción inicial o ciego, se inflama secundaria a la obstrucción de su luz, (ver gráfico 1), el tratamiento de la apendicitis es quirúrgico, extrayendo el órgano inflamado y drenando la infección. Encuentran en cirugía una peritonitis, es decir la infección del abdomen, secundaria a una apendicitis perforada, el tiempo de evolución desde que se inicia la inflamación del apéndice hasta que se perfora son 72 horas, de ahí al desarrollo de una peritonitis puede transcurrir unas 24 a 48 horas más, el manejo quirúrgico de lo anterior fue el indicado, así como el manejo médico con antibiótico, también se registra en la historia clínica que se ordena tratamiento con profilaxis anti ulcerosa con medicamentos que inhiben la secreción acida gástrica como la ranitidina y el omeprazol. A pesar de lo anterior la evolución no fue la esperada y se presentan signos de infección de sitio operatorio, lo cual es una complicación esperada luego de una apendicitis perforada y peritonitis, de manera oportuna se diagnostica la infección y se lleva a cirugía para el control de la misma, continúa con manejo antibiótico. Presenta signos de hemorragia digestiva superior con anemia, como estaba indicado se solicita endoscopia y se reservan glóbulos rojos, no se registra en la historia la razón por la cual no se hizo la endoscopia, pero ante el deterioro de la paciente se lleva a cirugía para el control de la hemorragia. Las atenciones, las ayudas diagnósticas, los procedimientos médicos y quirúrgicos estuvieron indicados, se realizaron de manera oportuna y de acuerdo a la literatura médica. No se encuentran fallas de la atención médica como error en los diagnósticos, o en los tratamientos, no hay omisión, imprudencia ni impericia por parte de los médicos y especialistas que atendieron a la paciente. Las complicaciones que presentó, como la infección de sitio operatorio, la falla de la herida, y la hemorragia digestiva se consideran esperadas y son la materialización de riesgos previstos, ante los cuales se habían tomado todas las medidas para que no ocurrieran tales como la realización de curaciones de la herida, el tratamiento antibiótico y la profilaxis de la úlcera con medicamentos inhibidores de la secreción ácida. RESPUESTA: Luego de la revisión de la historia clínica no se encuentran fallas de la atención médica o quirúrgica, las complicaciones de la paciente se consideran esperadas y riesgos previstos de sus patologías.</p>	<p>samai</p>

	<p>RESPUESTAS AL CUESTIONARIO:</p> <p>1. RESPUESTA: Al momento inicial de la consulta no estaba indicada la cirugía puesto que no había claridad si se trataba de una apendicitis aguda o una patología ginecológica.</p> <p>2. RESPUESTA: De acuerdo a la historia clínica; el procedimiento quirúrgico está indicado y se ejecutó de acuerdo a la lex artis.</p> <p>3. RESPUESTA: Los riesgos más frecuentes de una laparotomía para apendicectomía y drenaje de peritonitis son entre otros: la infección del sitio operatorio, la hemorragia, la falla de la herida o evisceración, las hernias, las cicatrices.</p> <p>4. RESPUESTA: Los riesgos de la apendicitis son la peritonitis, la infección de la herida o sitio operatorio, la hemorragia, la falla de la herida o evisceración.</p> <p>5. RESPUESTA: La paciente presentó una peritonitis, la infección de sitio operatorio, una evisceración o falla de la herida y una hemorragia digestiva superior.</p> <p>6. RESPUESTA: En ninguna parte de la historia clínica se evidencia el desconocimiento de la lex artis, la concreción de los riesgos no tiene relación con mala práctica en este caso.</p> <p>7. RESPUESTA: El esquema antibiótico que se ordenó a la paciente estaba indicado y se administró de manera diligente y oportuna.</p> <p>8. RESPUESTA: Las complicaciones fueron manejadas de manera oportuna y diligente por la Dra. Contreras.</p> <p>9. RESPUESTA: Las atenciones que se brindaron a la paciente fueron adecuadas, oportunas e indicadas, por lo cual no es prudente considerar en este cuestionario que la muerte se produjo como consecuencia de las atenciones médicas y quirúrgicas brindadas.</p> <p>10. RESPUESTA: De acuerdo a la historia clínica la paciente presentaba una úlcera gástrica sangrante, no perforada.</p> <p>11. RESPUESTA: No hay relación entre la úlcera sangrante y la apendicectomía, cualquier paciente hospitalizado tiene el riesgo de desarrollar una úlcera gástrica, y es imposible saber si la paciente ya tenía la patología antes de la hospitalización.</p> <p>12. RESPUESTA: Una úlcera gástrica que sangra de manera aguda en una paciente hospitalizada se considera una patología grave, de mal pronóstico y con una mortalidad elevada.</p>	
--	---	--

3.4.1.4- En este orden y en tamiz de la controversia planteada, asumen relevancia los siguientes como hechos probados:

La señora ARMIDA MOJICA GÓMEZ, de 51 años de edad, ingreso el 6 de junio de 2010, a las 20:50 al HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL, siendo atendida por el medico de turno, quien registro como motivo de consulta dolor abdominal; según historia clínica registra *“paciente que ingresa por cuadro clínico de 12 horas de evolución consistente en dolor tipo cólico en el hipogastrio, refiere antecedentes de flujo vaginal fétido tratado con metronidazol hace 15 días, (...) ha presentado nausea y deposiciones semilíquidas”*, reseñándose como posibles diagnósticos – quiste de ovario – vaginitis – estreñimiento, por lo que es remitida a ginecología.

El 7 de junio de 2010, es valorada por el servicio de ginecología, encontrando abdomen blando depresible doloroso a la palpación de predominio en fosa iliaca derecha, no signos de irritación peritoneal, sin sangrado vaginal decide hospitalización para manejo de enfermedad pélvica inflamatoria.

El 8 siguiente, ante la no evolución se decide nueva valoración por cirugía general, que se surte a las 12:00 con diagnóstico de apendicitis, y en la intervención quirúrgica se advierten como hallazgos, peritonitis generalizada de líquido peritoneal purulento en los cuatro cuadrantes, apéndice perforado necrosada totalmente, y realiza procedimiento sin complicaciones.

El 9 de junio de 2010, la señora ARMIDA MOJICA GÓMEZ, advierte haber recibido aplicación de buscapina en droguería hacía cuatro (4) días, y continua manejo ginecobstetra con antibiótico.

El 10 de junio, continuo manejo en conjunto con ginecobstetricia.

El 11 siguiente, la señora ARMIDA MOJICA GÓMEZ, manifiesta sentirse mal; se efectúa lavado de herida y se solicita interconsulta por clínica de heridas.

El 14 de junio de 2010, hubo evidencia que no presenta mejoría, con cuadro de dolor intenso, alergias a medicamentos, se encuentra la herida quirúrgica eviscerada, y dispone pasar a cirugía, encontrándose como hallazgos **(i)** evisceración en dos partes de la herida supraumbilical con puente en región umbilical, **(ii)** infección que compromete tejido celular subcutáneo y fascia con tejido necrótico, **(iii)** fascia en muy mal estado, mala calidad que desgarrar con los puntos, y **(iv)** cavidad abdominal limpia.

Del 16 al 19 de junio de 2010, mostro mejoría con dolor abdominal leve.

El 20 siguiente, la señora ARMIDA MOJICA GÓMEZ, fue remitida a clínica de heridas, solicitándose RX tórax por tos.

El 21 de junio encuentra con ventilación mecánica, bajo efectos de sedación y mal estado general.

El 22 siguiente con cuadro de taquicardia y cifras bajas de presión arterial, con evolución tórpida, se solicita atención por cuidados intensivos para soporte con ventilación mecánica.

El 23 de junio de 2010, fallece con diagnostico principal de egreso, shock hipovolémico secundario a hemorragia vía digestiva alta.

3.4.2. Análisis del caso y decisión

3.4.2.1- Carecen de vocación de prosperidad de las pretensiones de la demanda, por cuanto encontrándose probado el fallecimiento de la señora HERMIDA MOJICA GÓMEZ, la activa satisfizo su carga de probar el daño, sin embargo, no cumplió con la carga de probar su antijuricidad, ello es, la afectación a un interés subjetivo de los demandantes, que éstos no encontraban en la obligación de soportar.

3.4.2.1.1- Es así como quiera que conforme acredita la realidad procesal, la atención médica brindada en el HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL, fue oportuna y acorde con la sintomatología que presentaba la señora HERMIDA MOJICA GÓMEZ, y la *lex artis*, en panorama donde las complicaciones que generaron su deceso, asumen como las esperadas por los riesgos previstos de sus patologías, emerge en consecuencia desvirtuada la tesis de la activa, en cuanto soporta su pretensión indemnizatoria, en mala atención, tardanza en el servicio de urgencias y error en diagnóstico y procedimientos brindados, por la precitada entidad hospitalaria y los señores RAFAEL RODRÍGUEZ RUGET, ARMANDO ROJAS CADENA y ZORAIDA MILENA CONTRERAS, y las enunciadas contingencias no fueron probadas.

3.4.2.1.2- Advertido en punto de la alegada inoportunidad en el servicio de urgencias y errados diagnósticos, que emerge en contrario contrastadas la historia clínica de la señora HERMIDA MOJICA GÓMEZ, los testimonios técnicos y las declaraciones de los médicos tratantes, como quiera que conforme a la primera, ingreso el 6 de junio de 2010, a las 20:50, al HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL, y fue atendida por el médico de turno, sin mediar tiempo de espera, quien registra como posibles diagnósticos: **(i)** quiste de ovario, **(ii)** vaginitis, **(iii)** estreñimiento y remite a ginecología, teniendo como motivo de consulta, dolor abdominal de doce (12) horas de evolución, consistente en dolor tipo cólico en el hipogastrio, con náusea y deposiciones semilíquidas, refiriendo la paciente como antecedente de quince (15) días, flujo vaginal fétido tratado con metronidazol.

En el descrito panorama, atendiendo a la sintomatología expuesta por la paciente al ingreso al centro hospitalario, conjugado que ninguno de los hallazgos ecográficos sugería apendicitis y que el diagnóstico esta patología es eminentemente clínico, se plantearon los posibles diagnósticos con remisión a la respectiva especialidad, ginecología, por cuanto la sintomatología presentada es común en las mujeres con cuadro de vaginitis, según evidencian los testimonios técnicos.

Secuencia en la que asume relevancia como hecho probado, no fue desvirtuado por la activa, que la señora HERMIDA MOJICA GÓMEZ, al ingresar al centro hospitalario el 6 de junio de 2010, omitió informar al médico de urgencias, haberse auto medicado y recibido en droguería inyección de buscapina, antecedente, que

en declaración de los médicos tratantes, enmascara los síntomas de apendicitis, no permitiéndose llegar a un diagnóstico óptimo.

En este orden, al día siguiente a su ingreso, ello es, el 7 de junio de 2010, fue valorada por ginecólogo obstetra y es hospitalizada para manejo médico de la enfermedad pélvica inflamatoria, y ante su falta de evolución satisfactoria se recomendó nueva valoración por cirugía general, que se realiza el 8 de junio y finiquita con diagnóstico apendicitis, y en la misma fecha, en curso del procedimiento quirúrgico se encontró peritonitis generalizada y líquido peritoneal purulento en los cuatro (4) cuadrantes, apéndice perforada necrosada totalmente, cumpliéndose el procedimiento quirúrgico sin complicaciones.

De forma, que si bien entre el ingreso de la señora HERMIDA MOJICA GÓMEZ al HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL y la realización de la intervención quirúrgica mediaron aproximadamente cuarenta y ocho (48) horas, comprendidas del 06 al 08 de junio de 2010, es igualmente cierto, que no se motivó en inoportunidad en el servicio de urgencias y tampoco en errados diagnósticos, advertido en punto de estos últimos, que la sintomatología y hallazgos ecográficos no permitieron determinar el cuadro de apendicitis al momento de su ingreso.

3.4.2.1.3- Asimismo emerge probado con fundamento en la historia clínica de la señora HERMIDA MOJICA GÓMEZ, la oportunidad y acierto del manejo clínico y médico ofrecido por los accionados, como quiera que el 9 de junio en post operatorio se le instala drenaje y aquella refiere disminución del dolor, razón por la que se continuó con el manejo integral con el servicio de ginecobstetricia y manejo de antibióticos. No obstante, para el 11 de junio de 2010, refiere sentirse mal, y los médicos tratantes optan por realizar lavado de herida y solicitar interconsulta por clínica de heridas.

En evolución no favorable que persiste para el 12 y 13 de junio, con cuadro para este último, de brote en cuello, mano y antebrazo, herida quirúrgica con rubor, calor, con salida de abundante secreción purulenta fétida; para 14 de junio la señora HERMIDA MOJICA GÓMEZ, presenta dolor intenso asociado a náuseas, mareo, epigastralgia, abdomen globoso cubierto, sangrado vaginal y alergias al medicamento, que motivaron su cambio, con herida quirúrgica eviscerada y olor fétido durante las curaciones, se dispone manejo por cirugía, que se realiza en la misma fecha, bajo anestesia general, mediante lavado peritoneal, más desbridamiento con los siguientes hallazgos, **(i)** evisceración en dos partes de la herida supraumbilical con puente en región umbilical, **(ii)** infección que compromete tejido celular subcutáneo y facial con tejido necrótico, **(iii)** fascia en muy mal estado y calidad que se desgarró con los puntos, y **(iv)** cavidad abdominal limpia.

Para los días 15 y 16 de junio de 2010, la paciente refiere mejoría, y el 17 presenta dolor abdominal, salida de material purulento y fétido por herida quirúrgica, sibilancia en ambos campos pulmonares, con abdomen blando doloroso y se le realiza lavado peritoneal con desbridamiento de tejido profundo, teniendo como hallazgos, **(i)** abundante secreción purulenta fétida en tejido celular subcutáneo, **(ii)** necrosis de nefascia de aproximadamente 1.5 cm del borde, **(iii)** en cavidad peritoneal escaso liquido ceroso turbio, **(iv)** asas en buen estado y **(v)** evisceración.

Con mejoría inicial y evolución tórpida al tratamiento brindado, el 22 de junio de 2010, la señora HERMIDA MOJICA GÓMEZ, ingresa a UCI y el 23 de junio presenta shock hipovolémico y fallece.

3.4.2.1.4- Visto lo anterior, es claro que la paciente fue tratada atendiendo al diagnóstico encontrado por el médico tratante en virtud a la sintomatología que relató la señora HERMIDA MOJICA GÓMEZ, ante su falta de evolución es nuevamente valorada y diagnosticada con una apendicitis.

Conforme quedo establecido por los testigos técnicos, la apendicitis es una enfermedad cuyo diagnóstico es clínico, esto es, que se suma a los motivos de la consulta la sintomatología que haya presentado el hallazgo físico y el cuadro hemático.

Para el caso concreto la paciente en examen de orina solo presentaba sangre y en consecuencia no aportaba nada en punto del diagnóstico porque no había infección, situación está que no fue desvirtuada por la activa.

En este tópico, y conforme lo establecido en dictamen pericial rendido por la Asociación Colombiana de Cirugía y no desvirtuado por la activa, al momento inicial de la consulta no estaba indicada la cirugía de apendicitis, puesto que no había claridad si se trataba de una apendicitis aguda o una patología ginecológica. Las atenciones que se brindaron a la paciente fueron adecuadas, oportunas e indicadas, por lo cual no es prudente considerar que la muerte se produjo como consecuencia de las atenciones médicas y quirúrgicas brindadas.

3.4.2.1.5- En esta secuencia, no encuentra acreditado que la atención medica – procedimientos y tratamiento brindado a la señora ARMIDA MOJICA GÓMEZ, no fuera el correcto o no previsto en la lex artis, por el contrario, y conforme refuerzan los testimonios técnicos y dictámenes periciales, el tratamiento para paciente con diagnóstico de apendicitis no es otro que el quirúrgico, pues a través de aquel se corta el apéndice de la base del colon, se corta el colon, anuda y cierra el colon y además se cortan los vasos que irrigan el apéndice.

Pese a lo anterior, este no fue el único procedimiento realizado a la paciente en el primer procedimiento quirúrgico, pues se advirtió como hallazgo la presencia de una peritonitis generalizada, lo que conlleva a que se drenara y limpiara toda la cavidad y dentro de la limpieza se realiza un lavado que se hace con solución salina conocido como suero, de toda la cavidad abdominal para realizar un barrido y disminuir las bacterias que están infectando el abdomen.

El tratamiento brindado, tanto en medicación como intervención quirúrgica fue la adecuada, conforme lo establece el dictamen pericial rendido por la Asociación Colombiana de Cirugía quien una vez valorada la totalidad de la historia clínica de la señora ARMIDA MOJICA GOMEZ determinó que el esquema antibiótico que se ordenó a la paciente era el indicado y se administró de manera diligente y oportuna, no se desconoció la lex artis y no se encontró fallas de la atención médica o quirúrgica; por el contrario advirtió que las complicaciones de la paciente se consideran esperadas por los riesgos previstos de sus patologías.

3.4.2.1.6- Las causas de la muerte de la señora ARMIDA MOJICA GOMEZ, no fueron un mal diagnóstico y/o tratamiento, sino a la materialización de los riesgos previstos para la patología presentada. Así lo señaló en dictamen pericial la Asociación Colombiana de Cirugía, quien concluyo que las complicaciones que presentó la paciente, como la infección de sitio operatorio, la falla de la herida, y la hemorragia digestiva se consideran esperadas y son la materialización de riesgos previstos, ante los cuales se habían tomado todas las medidas para que no ocurrieran tales como la realización de curaciones de la herida, el tratamiento antibiótico y la profilaxis de la úlcera con medicamentos inhibidores de la secreción ácida.

3.4.2.2- No encontrándose probada temeridad manifiesta, no procede condena en costas del extremo procesal vencido.

Como quiera que tratándose de proceso que por preceptiva del artículo 308 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo – CPACA, se regula conforme ha venido decantando, por el régimen anterior, se tiene que de conformidad con el artículo 171 del Código Contencioso Administrativo CCA, reformado por el artículo 55 de la Ley 446 de 1998, la condena en costas exige que se establezca temeridad del extremo procesal que se grava con aquella, y en contraste con la conducta procesal de los aquí accionantes, no se satisface el precitado requerimiento normativo.

En mérito de lo expuesto, **EL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA – SECCIÓN TERCERA – SUBSECCIÓN “C”**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

FALLA

PRIMERO: Declarar no probada y desvirtuada la excepción de caducidad, propuesta por Zoraida Milena Contreras, conforme a lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: Negar las pretensiones de la demanda, conforme a lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

TERCERO: Sin condena en costas en esta instancia.

CUARTO: Ejecutoriada la presente providencia, **liquídense** por Secretaría los gastos de proceso. **Devuélvase** los remanentes al interesado. Pasados dos (2) años sin que hubieren sido reclamados dichos remanentes, la Secretaría declarará la prescripción a favor de la Rama Judicial.

QUINTO: Cumplido lo anterior, por Secretaría de esta Sección **archívese** el expediente dejando las constancias del caso.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

Firmado electrónicamente en plataforma SAMAI

MARÍA CRISTINA QUINTERO FACUNDO
Magistrada

FERNANDO IREGUI CAMELO
Magistrado

JOSÉ ÉLVER MUÑOZ BARRERA
Magistrado

LY