

República de Colombia



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

MAGISTRADA PONENTE: MARÍA CRISTINA QUINTERO FACUNDO

Bogotá, D. C., diecinueve (19) de agosto de dos mil veintiuno (2021).
(Proyecto discutido y aprobado en Sala de la fecha)

Expediente	110013331719201100017-01
Sentencia	SC3-08-21-2385
Medio de control	REPARACIÓN DIRECTA
Demandante	ARCESIO TRUJILLO LOSADA Y OTROS
Demandado	ESE - HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL y ESE - HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL
Ll. en garantía	LA PREVISORA S.A.
Asunto	APELACION SENTENCIA
Tema	FALLA EN EL SERVICIO O PERDIDA DE OPORTUNIDAD PARA CONSERVAR CAPACIDAD RENAL, NO SE PRESENTA POR NO HABERSE REALIZADO INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE PROSTATECTOMÍA DE MANERA INMEDIATA, SINO TRANSCURRIDOS SIETE (7) MESES DE LA CONSULTA INICIAL¹, CON CUADRO DE OBSTRUCCIÓN E INSUFICIENCIA RENAL, DADO QUE MEDIANDO TRES (3) MESES, SE EFECTUÓ DILATACIÓN URETRAL Y COLOCACIÓN DE SONDA, PROCEDIMIENTO QUE CORRESPONDE A UNA DERIVACIÓN URINARIA QUE PREVIENE LA FALLA RENAL POR OBSTRUCCIÓN, Y EN LAPSO DE TRES (3) MESES, EL PACIENTE NO ACUDIO AL SERVICIO².

De conformidad con lo establecido en los Acuerdos PCSJA20-11517, PCSJA20-11518, PCSJA20-11519, PCSJA20-11521, PCSJA20-11526, PCSJA20-11527, PCSJA20-11528, PCSJA20-11529, PCSJA20-11532, PCSJA20-11546, PCSJA20-11549, PCSJA20-11556 y PCSJA 20- 11567, proferidos por el Consejo Superior de la Judicatura, se ordenó la suspensión de los términos judiciales, por motivos de salubridad pública y fuerza mayor con ocasión de la pandemia originada en el coronavirus - COVID-19, desde el 16 de marzo de 2020 al 01 de julio siguiente, reiniciando a partir de ésta última fecha el conteo de los términos judiciales.

¹ Comprendido del 04 de septiembre de 2008, a abril de 2009.

² Comprendido del 18 de diciembre de 2008 a marzo de 2009

Cumplido por la Magistrada Sustanciadora el trámite previsto en el Código Contencioso Administrativo – CCA, para la segunda instancia del procedimiento ordinario, encuentra para que la Sala provea.

I. OBJETO DE LA DECISIÓN

Desatar los recursos de apelación interpuestos por la llamada en garantía y la pasiva; **pretendiendo en su orden, la primera, se modifique parcialmente la sentencia objeto de apelación, y la última, se revoque la misma;** calendada veintiocho (28) de septiembre de dos mil dieciocho (2018), proferida por el Juzgado Sesenta (60) Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá, **que accedió parcialmente a las pretensiones de la demanda.**

II- ANTECEDENTES

2.1. DEMANDA Y ARGUMENTOS DE LA ACTIVA

ARCESIO TRUJILLO LOSADA y OTROS, actuando a través de apoderado judicial y por vía del medio de control de **reparación directa**, promovieron demanda contra el HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL E.S.E. y HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR III NIVEL E.S.E., con las siguientes **pretensiones:**

Declarar que la atención y tratamiento prestado al señor ARCESIO TRUJILLO LOSADA, en las instalaciones de la ESE - HOSPITAL EL TUNAL y de la ESE - HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR fue negligente, inseguro, imprudente, con impericia, equivoco, inadecuado, irregular, inoportuno, discontinuo, y con violación de la ley y los reglamentos.

Declarar probada la FALLA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO de que fue objeto el señor ARCESIO TRUJILLO LOSADA, en las instalaciones de la ESE - HOSPITAL EL TUNAL y ESE - HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR ESE por ser manifiestamente negligente, inseguro, imprudente, con impericia, equivoco, inadecuado, irregular, inoportuno, discontinuo, y con violación de la ley y los reglamentos.

Declarar SOLIDARIAMENTE responsables, a la ESE- HOSPITAL EL TUNAL y la ESE HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR, de los daños causados a ARCESIO TRUJILLO LOSADA, GLENDA ROCÍO GORDILLO SÁNCHEZ, JUAN ESTEBAN TRUJILLO GORDILLO y ADRIANA TRUJILLO GORDILLO por la atención negligente, insegura, imprudente, con impericia, equivoca, inadecuada, irregular, inoportuna, discontinua, y con violación de la ley y los reglamentos, prestada en las instalaciones de las demandadas al señor ARCESIO TRUJILLO LOSADA.

Declarar que el daño causado a los señores ARCESIO TRUJILLO LOSADA, GLENDA ROCÍO GORDILLO SÁNCHEZ, JUAN ESTEBAN TRUJILLO GORDILLO y ADRIANA TRUJILLO GORDILLO, en las instalaciones de la ESE HOSPITAL EL TUNAL y/o de la ESE HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR, fue determinado o influido por la atención negligente, insegura, imprudente, con impericia, equivoca, inadecuada, irregular, inoportuna, discontinua, incordinada, demorada y con violación de la ley y los reglamentos que /as demandadas defectuosamente le prestaron al paciente - ARCESIO TRUJILLO LOSADA,

Declarar que sufrieron daños materiales y/o Inmateriales, como consecuencia de la atención y tratamiento médico defectuosos recibidos, en la ESE - HOSPITAL EL TUNAL y la ESE - HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR, los señores ARCESIO TRUJILLO LOSADA, GLENDA ROCÍO GORDILLO SÁNCHEZ, JUAN ESTEBAN TRUJILLO GORDILLO y ADRIANA TRUJILLO GORDILLO.

Declarar administrativa y patrimonialmente responsables a la ESE - HOSPITAL EL TUNAL y la ESE - HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR, de los daños y perjuicios, materiales e inmateriales, patrimoniales y extrapatrimoniales, causados a ARCESIO TRUJILLO LOSADA GLENDA ROCÍO GORDILLO SÁNCHEZ, JUAN ESTEBAN TRUJILLO GORDILLO y ADRIANA TRUJILLO GORDILLO; con motivo de la insegura, tardía, imprudente, deficiente, negligente, imperita o con violación de ley o reglamento y demás que se demuestren, atención médica prestada ARCESIO TRUJILLO LOSADA.

En secuencia de las anteriores declaraciones, se condene a la ESE - HOSPITAL EL TUNAL y/o la ESE - HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR a reconocer y a pagar a ARCESIO TRUJILLO LOSADA, GLENDA ROCÍO GORDILLO SÁNCHEZ, JUAN ESTEBAN TRUJILLO GORDILLO y ADRIANA TRUJILLO GORDILLO o a quienes la represente legalmente a título de indemnización plena por el daño antijurídico ocasionado, imputables a dichas entidades, los perjuicios de orden material en su doble concepto de daño emergente y lucro cesante y de orden Inmaterial: perjuicios morales, psicológicos y cualquier otro que se demuestre dentro del proceso.

En fundamento reseña los siguientes **hechos**:

En septiembre de 2008, el señor ARCESIO TRUJILLO LOSADA presentó nicturia al sentir la sensación de orinar constantemente, y acude el 4 de los citados mes y año, a la especialidad de urología de la ESE - HOSPITAL EL TUNAL, con motivo de consulta de la que se consulta: "tamizaje de próstata. Como enfermedad actual se consignó: "nicturia de cinco por la noche, frecuencia urinaria 3x5; disminución del calibre del chorro, intermitencia, niega otro síntoma urinario e incontinencia nocturna."

En esa consulta, no se consignó en la historia clínica, la revisión por sistemas, ni los antecedentes médicos, quirúrgicos, tóxicos, alérgicos, farmacológicos, familiares, etc. del paciente, y el examen físico adolece de descripción general del mismo, de toma de signos vitales, no hay examen de órganos de los sentidos, cardiopulmonar, de abdomen, de extremidades, neurológico, y limitó al pene, los testículos y la próstata sin registro de análisis.

La impresión diagnóstica consignada fue prostatismo moderado y se solicitaron exámenes de urodinamia, PSA, creatinina y uroanálisis.

Los resultados de los exámenes paraclínicos para el 5 de septiembre de 2008 fueron:

Creatinina en suero 4.79
Antígeno prostático total 2.93
Parcial de orina:
Densidad 1015
pH 6.0
Leucocitos en orina 25/ul
Proteínas y en orina Negativo
Sangre en orina Negativo
Leucocitos 16 células x ul
Bacterias Escasas

El 22 de septiembre de 2008, se emite el informe de urodinamia que indica: "ARCESIO Trujillo Losada; es un paciente de 69 años de edad remitido para realización de

urodinamia con diagnóstico de prostatismo moderado, con el siguiente resultado: 1. Uroflujometría Ubre: equívoca por bajo volumen miccional. Patrón intermitente y prolongado. 2. Citometría: no se realiza. Se intenta múltiples pasos de sonda fallidos, con acoda miento a nivel de la uretra posterior sin paso a vejiga. Notas: se sugiere cistoscopia."

El 2 de octubre de 2008, se realiza cistoscopia más calibración uretral sin consentimiento informado y hallándose lo siguiente: *"próstata bilobulado no obstructiva, cariza posterior prominente, estrechez ureteral preesfinteriana franqueable, trabeculación vesical, trígono y meatos normales, mucosa vesical sana."*

La intervención se realizó sin una consulta previa que evaluara de manera integral lo que había estado ocurriendo con el estado del paciente, tanto clínica como paraclínicamente, no fueron valorados los paraclínicos que el médico CARLOS ALFONSO FERNÁNDEZ había solicitado y cuyos resultados se encontraban a disposición desde el 5 de septiembre de 2008.

El 15 de octubre de 2008, en consulta de urología se refieren los resultados de la cistoscopia, consulta en la que no se consignan los antecedentes, no se realiza examen físico y no se tuvieron en cuenta los resultados de los exámenes solicitados por este mismo médico. Se limita a consignar que está pendiente de realización la urodinamia, control con resultados y refiere únicamente nicturia. En esta consulta no se realizó impresión diagnóstica, no se realizó análisis y no se tomó conducta alguna con el paciente.

El 20 de octubre de 2008, el paciente tenía como hallazgos positivos un aumento patológico de la creatinina, y una obstrucción uretral importante que impedía hacer el estudio urodinámico, diagnosticada a través de la cistoscopia además de una trabeculación vesical, y es valorado por el servicio de nefrología de la ESE - HOSPITAL EL TUNAL, que consigna conforme sigue:

"(...) Remitido de urología no le pudieron hacer el estudio urodinámico, pues no les pasó la sonda, antecedentes médicos: negativo, tóxicos: negativo alérgicos: negativo transfusiones: negativo familiares: negativo medicación: Omega

(...) EXAMEN FÍSICO: peso sin datos, talla sin datos, tensión arterial 120/80, frecuencia cardíaca 74, cabeza normal, cuello normal, tórax satisfactorio, abdomen GRAN GLOBO VESICAL, extremidades normales. PARACLINICOS: creatinina (0510908) 4,79 (...) PSA (050908), una (050908) prou neg, sedimento negativo cultivo negativo, ANÁLISIS: nefropatía obstructiva. REQUIERE DERIVACIÓN URGENTE DE LA VÍA URINARIA. Manejo por urología, siguen dos meses."

Para el 20 de octubre de 2008, habían transcurrido 56 días desde que el paciente había consultado por su sintomatología urinaria; 55 desde el día en que el resultado de laboratorio había arrojado una creatinina patológicamente anormal; 38 desde el momento en que no se había podido realizar el examen de urodinamia; 27 días desde que se le había realizado la cistoscopia y 15 desde la última consulta con el Urólogo Carlos Alfonso Fernández.

En la citada fecha, el nefrólogo MAURICIO NIETO MARTÍNEZ ante su análisis de nefropatía obstructiva, anuncia la necesidad urgente de la derivación urinaria, tenía la obligación profesional y normativa de haber garantizado la valoración y tratamiento urgente del paciente, y la derivación de vías urinarias que el mismo requería.

Sin embargo, solo 27 días después, es valorado nuevamente por el urólogo Carlos Alfonso Fernández, en consulta que consigna "prostatismo severo" y

anota como enfermedad actual "cistoscopia con estreches (...) franqueable, próstata irregular no obstructiva, urodinamia no lograron paso de sondas, en el momento refiere disminución importante del chorro miccional". Consulta en la que no hace mención de la atención hecha con el servicio de nefrología el 30 de octubre de 2008, y no contempla la necesidad de realizar derivación de la vía urinaria, tampoco realiza una revisión por sistemas, ni consigna los antecedentes del paciente, el examen físico se limita a describirlo como normal y sin análisis clínico ni paraclínico, consigna como impresión diagnóstica estrechez uretral. Y se ordena la dilatación ureteral + colocación de una sonda uretral.

El 29 de noviembre de 2008, al paciente se le realiza el procedimiento de DILATACIÓN DE URETRAL, encontrándose una resistencia importante a nivel bulbar "pero que se logra dilatar", esta intervención quirúrgica es realizada sin valoración previa por parte del médico HUGO TAUTIVA ORTIZ y obtener el consentimiento informado.

El 4 de diciembre el paciente es valorado nuevamente por el urólogo Carlos Alfonso Fernández quien refiere en enfermedad actual: "sonda uretral a permanencia desde el 26/11/08, en el momento refiere sonda funcionante con orina clara sin evidencia infección urinaria", y en la revisión por sistemas se indica que se presenta retención de la orina, omitiendo nuevamente el examen físico del paciente; referencia a los estudios paraclínicos y la creatinina; no se solicitan nuevas pruebas de la función renal, ni otras ayudas diagnósticas, no se hace referencia a lo requerido por el servicio de nefrología en cuanto a la derivación de vías urinarias y se consigna como impresión diagnóstica estrechez ureteral, con permanencia de sonda, se cita en 15 días para intentar retiro de la misma.

La sonda es retirada el 18 de diciembre de 2008, y al paciente le fue asignada la EPS-S COLSUBSIDIO, motivo por el cual no siguió siendo atendido por la ESE - HOSPITAL EL TUNAL y fue instruido de consultar el hospital más cercano.

El 24 de diciembre de 2008, a las 14:10 el paciente acude a consulta por servicio de urgencias de la ESE - HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR indicando no poder orinar, en valoración de la enfermedad actual, se consigna un cuadro de +/- 3 días de evolución consistente en retención urinaria, con dolor abdominal asociado; en examen físico se encuentra dentro de los parámetros normales excepto por un abdomen doloroso a la palpación; se hace el diagnóstico de retención urinaria y como conducta inicial se solicita el paso de sonda vesical.

En la historia clínica no se refiere de forma completa e integral el cuadro clínico del paciente, su tiempo de evolución, el antecedente de la sonda urinaria, el antecedente del tratamiento hospitalario, los antecedentes quirúrgicos, los tratamientos antibióticos instaurados y demás relacionados, que deben estar consignados en una historia clínica que cumpla con la lex artis médica. Y además, no se realizó una revisión por sistemas ni se realizó tacto rectal, siendo lo anterior una actividad obligatoria.

El paso de la sonda vesical fue realizado por una auxiliar de enfermería el 24 de diciembre de 2008, sin contar con el consentimiento informado para este procedimiento. Al momento de colocación de la sonda el paciente sintió un dolor de tipo ardor intenso en el pene, orina muy escasa. El médico de urgencias explicó a la familia que la retención de orina y el dolor mejorarían con el tiempo.

El examen parcial de orina realizado en la fecha arrojó los siguientes resultados: aspecto: turbio, color: amarillo, examen químico, pH 5,5, densidad 1015, proteínas cualitativas ++ 100 mg/dl; hemoglobina +++ 250 RBC / ul; leucocitos +++ 500 WBC/ul; y que en el examen microscópico mostraba leucocitos 65-70 por campo, Hematíes 0-2 xc. Bacterias +++; Y a pesar de que los síntomas no habían mejorado, se dio al paciente de alta a las 18+30, con signos de alarma, cefalexina, prazocin, analgesia y cita por consulta externa.

El 29 de diciembre de 2008, el paciente se levanta asfixiado por lo que se dirige nuevamente al servicio de urgencias de la ESE - HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR, se registra en la historia clínica, "paciente con cuadro de +/- 5 días consistente en disuria y retención urinaria con antecedente estrechez ureteral (...), se coloca sonda vesical y se da salida con fórmula médica hoy consulta por orina fétida."

Las anotaciones hechas por DIANA MARCELA CORTÉS, como médico de urgencias que atendió las consultas del 24 y del 29 de diciembre de 2008, son imprecisas, pues el 24 de diciembre no se anotó el antecedente de estrechez ureteral y además el paciente no presentaba una estrechez ureteral sino uretral, cuestión completamente diferente y con distintas consecuencias clínicas.

El examen físico se registró una tensión arterial de 134/93 y un pulso de 98 por minutos, abdomen doloroso a la palpación en el hipogastrio y se evidencia la sonda vesical con orina turbia, se hizo diagnóstico de estrechez uretral e IVU, y se solicitó un parcial de orina y un cuadro hemático, parcial de orina, que mostraba una proteinuria severa, leucocituria severa hematuria y bacteriuria. El cuadro hemático presentó una leucocitosis de 18.300, neutrofilia del 93% cayademia³ del 1% y anemia. Ante lo cual se inicia manejo antibiótico intrahospitalario y se solicita valoración por el servicio de urología.

Al paciente se le realizó ecografía de vías urinarias que mostró un riñón derecho que medía 102x41x38 mm, con un parénquima de 4 mm y un riñón izquierdo de 129x58x56 mm con un parénquima de 17 mm, las relaciones corticomedulares del riñón estaban conservadas y había evidencia de dilatación de los sistemas colectores, pelvis y uréteres en toda su extensión, concluyendo el radiólogo "hidrouretero nefrosis grado II bilateral con ectasia pielica asociada."

El 29 de diciembre de 2008, es valorado por urología, determinándose Creatinina 16,35 mg/decilitro y BUN 174, se encuentra un paciente con una tensión arterial de 140/90, con signos de dificultad respiratoria a pesar de tener oxígeno por cánula, con una hipoventilación pulmonar bibasal, con un abdomen distendido, doloroso con defensa voluntaria, y en el sistema genito-urinario, encuentra un testículo levemente indurado; hidronefrosis Gil bilateral, ivu complicada, insuficiencia renal, síndrome de dificultad respiratoria a estudio, estrechez uretral.

Se realiza interconsulta a nefrología y medicina interna, se solicita radiografía de tórax, monitorización y oxígeno a necesidad. La valoración de medicina interna encuentra a un paciente con diagnóstico de emergencia dialítica, hipocalcemia severa secundaria, nefropatía obstructiva, academia metabólica secundaria a emergencia dialítica, insuficiencia renal aguda secundaria a la nefropatía obstructiva.

³ Aumento de glóbulos blancos

La valoración realizada por nefrología refiere en su análisis paciente en emergencia dialítica que requiere paso de catéter transitorio y diálisis urgente, inicia micronebulizaciones con gluconato de calcio y solución polarizante, monitorización continua y ante el hallazgo de una severa hipercalcemia, que muestra en el electrocardiograma T's hiperagudas, solicita valoración por la unidad de cuidado intensivo. Suscribe el nefrólogo. Se anota que se espera para el paso del catéter porque no hay disponibilidad de este en el Hospital, solicitar autorizaciones a su EPS.

El 30 de diciembre el paciente amanece con sonda vesical, con orina escasa, motivo por el cual se realiza lavado de la sonda vesical obteniendo diuresis purulenta de 600 cm³- en la nota realizada por el médico se refiere que se realiza remoción de la sonda uretral logrando una diuresis adecuada. Refiere que encontró 10 cc de orina en el cistoflo y luego de la desobstrucción evacúa. Se consigna que se deja plantada la sonda para evitar el riesgo de sangrado excesivo, que la desobstrucción de la sonda debe ser lenta. La sonda vesical que había sido colocada por un auxiliar de enfermería y sin consentimiento informado, estaba mal colocada y obstruía las vías urinarias del paciente empeorando su cuadro.

En esa fecha el paciente presentaba un cuadro clínico y paraclínico con severo compromiso infeccioso, un cuadro con alteraciones en la albúmina, el calcio, excesiva elevación de la creatinina, el fósforo, excesiva elevación del nitrógeno ureico y unos niveles excesivos de potasio y otras alteraciones.

El 8 de enero de 2009, se realiza la ecografía de vías urinarias, anotándose alteración de los contornos, riñones con discreto adelgazamiento del parénquima renal derecho sin otros hallazgos que sugieren cambios de nefropatía, hidronefrosis grado I - II bilateral. Hiperplasia prostática de etiología a determinar. Se evidencia que el paciente no evacúa adecuadamente, retirándose la sonda el 15 de enero de 2009 a las 2+30 a pesar de lo cual el paciente no ha eliminado.

El 9 de enero de 2009, la valoración por parte del especialista en medicina interna JAIR FIGUEROA anota: "no contamos con un servicio de unidad renal debe ser remitido a hospital que cuente con los servicios requeridos".

El 16 de enero de 2009, en las notas de enfermería se registra que a las 13 horas se recibe paciente con diagnóstico de falla renal aguda con catéter heparinizado, con salida firmada y diuresis negativa. Se pasa sonda vesical por orden médica, pero se refiere que el paciente no elimina, avisándose a la enfermera jefe quien refiere que llamaron a urología para valoración del paciente y que por lo tanto no se puede ir.

El estudio ecográfico de los riñones, bazo, aorta o adrenales refiere que se encuentran riñones aumentados de tamaño, con pérdida de las relaciones cortico medulares, dilatación de los sistemas colectores, pelvis y uréter de forma bilateral de predominio derecho, la pelvis renal derecha con un diámetro anteroposterior de 16 mm izquierdo de 25 mm, y se consigna una opinión así: "cambios atribuibles a proceso inflamatorio renal crónico bilateral con hidronefrosis grado III - IV en ambos lados asociado dilatación pielo ureteral bilateral de predominio derecho."

Nuevamente el paso de la sonda vesical es realizado por un auxiliar de enfermería y sin consentimiento informado. El servicio de urología valora el paciente solamente hasta el 17 de enero de 2009 a las 9+25 horas, a pesar de que la interconsulta se había solicitado 7 días antes y reiterada el 16 de

enero de 2009 dado que el paciente venía sin presentar eliminación de orina desde hacía 2 días.

En la respuesta dada por el servicio de urología se consigna lo siguiente: *"paciente masculino de 69 años conocido por el servicio de urología con orquiepididimitis derecha con antecedente de retención urinaria con posterior falla renal que se está manejando con diálisis ínter diaria. El día de ayer le realiza cambio de sonda sin presentar micción espontánea, motivo por el cual solicita nueva valoración. Se encuentra sonda mal posicionada de calibre reducido (14 fr), se retira sonda y se coloca sonda 20 fr obteniéndose orina clara, procedimiento sin problemas. Se evidencia induración pendiente."*

El 11 de febrero de 2009, en las valoraciones previas a la realización de la prostatectomía se diagnostica por primera vez al paciente y se le informa que cursa una enfermedad renal crónica EV (estadio cinco).

A pesar de la información suministrada, esta solo se comprendió por el paciente hasta el 18 de febrero de 2009, cuando el urólogo RICARDO FAJARDO y otro médico explicaron el consentimiento informado para la prostatectomía abierta, en qué consistía la enfermedad que el paciente tenía así: "sus riñones ya no funcionan y no van a volver a funcionar, por eso usted deberá tener un trasplante renal, y entretanto una máquina le hará las veces de riñón."

El paciente fue operado de la próstata en abril de 2009, presentando fístula vesico cutánea, cuadro de desnutrición crónica y cursa con una insuficiencia renal crónica de carácter irreversible, insuficiencia renal crónica que afecta múltiples órganos y sistemas, y que lo condena a estar sujeto a hemodiálisis cada dos días, asumiendo además los riesgos propios de este tipo de terapia, como la adquisición de enfermedades infecto contagiosas tales como hepatitis y SIDA.

Finiquita la activa de la descrita secuencia fáctica, como **razones de imputación:**

ARCESIO TRUJILLO LOZADA fue víctima de la negligencia, impericia, imprudencia y descuido médico, pues de contar con una función renal "aceptable", y terminó con la pérdida de sus riñones, producto de historias clínicas incompletas, de solicitud de exámenes de laboratorio que jamás se tuvieron en cuenta, de recomendaciones médicas de carácter urgente que jamás se llevaron a cabo, de la realización de procedimientos no consentidos, en manos inexpertas, demora en las intervenciones médicas y quirúrgicas, toma de decisiones médicas apresuradas y superficiales en donde se omitió la integridad del paciente, y primó la mora o inexistencia de los diagnósticos adecuados y de planes de manejo coherente, lo cual derivó en la causación de daño reclamado.

Negligencia al surtirse una historia clínica deficiente, impidiendo llegar a un diagnóstico adecuado y adoptar una conducta consecuente.

2.2 SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El Juez Sesenta (60) Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá⁴, desestimó las excepciones propuestas, y **declaró extracontractualmente responsables a la ESE HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL y la ESE - Hospital Simón Bolívar III Nivel, en igual proporción**, por los perjuicios infligidos a los demandantes por causa de del deficiente servicio médico asistencial prestado a ARCESIO TRUJILLO LOSADA, del 4 de septiembre de 2008 al 13 de abril de 2009.

Reconoció indemnización por perjuicio moral y daño a la vida de relación, negando las demás pretensiones de la demanda, así:

“(…) Para la reparación del daño, se condena al HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL ESE al pago de las siguientes sumas de dinero:

Por concepto de daño moral:

- CINCUENTA (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor del señor ARCESIO TRUJILLO LOSADA.
- CINCUENTA (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la señora GLENDA ROCÍO GORDILLO SÁNCHEZ.
- VEINTICINCO (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor del señor JUAN ESTEBAN TRUJILLO GORDILLO.
- VEINTICINCO (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la señora ADRIANA TRUJILLO GORDILLO.

Por concepto de daño a la vida de relación o perjuicio fisiológico:

- CINCUENTA (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor del señor ARCESIO TRUJILLO LOSADA.

(…) Para la reparación del daño, se condena al HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR III NIVEL ESE al pago de las siguientes sumas de dinero:

Por concepto de daño moral:

- CINCUENTA (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor del señor ARCESIO TRUJILLO LOSADA.
- CINCUENTA (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la señora GLENDA ROCÍO GORDILLO SÁNCHEZ.
- VEINTICINCO (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor del señor JUAN ESTEBAN TRUJILLO GORDILLO.
- VEINTICINCO (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la señora ADRIANA TRUJILLO GORDILLO.

Por concepto de daño a la vida de relación o perjuicio fisiológico:

- CINCUENTA (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor del señor ARCESIO TRUJILLO LOSADA.

(…) Condenar a la sociedad LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, en su calidad de llamado en garantía, al pago de las condenas impuestas al HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL ESE y al HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR III NIVEL ESE, de conformidad con las pólizas de responsabilidad civil 1007843 y 1007730. El tomador de cada una de ellas asume el costo del deducible.

⁴ Ver folios 695 a 714 del cuaderno de continuación del principal.

(...) Se deniegan las demás pretensiones de la demanda.”

En fundamento de su decisión la Juez de Primera Instancia argumenta, que en secuencia de la historia clínica, encuentra probada la cronología de los eventos derivados de cada consulta realizada por la víctima directa, al acudir a los diversos servicios de las ESE demandadas, siendo notorio que la primera consulta se produjo el 4 de septiembre de 2008 y la cirugía de prostatectomía se llevó a cabo en el mes de abril de 2009, y que en este lapso, se produjeron un significativo número de eventos médicos relacionados especialmente con atención de urgencias con paulatino deterioro renal y urinaria, “sin que las accionadas hayan demostrado las razones para no haber realizado la cirugía de prostatectomía de manera inmediata”; asimismo, que no se acreditó que la causa de la pérdida de la capacidad del paciente para evacuar la orina pudiera ser atribuida a causa distinta al aumento del tamaño de la próstata del paciente, que fue registrada desde las primeras consultas, y la creatinina en suero, desde el examen del 5 de septiembre de 2008, arroja un valor de 4.79, cifra que supera ampliamente los valores normales y es indicativa del estado del riñón al momento del ingreso.

Destaca en esta secuencia, la Juez de Primera Instancia, que el doctor Diego León García García, en su testimonio, advierte la importancia del análisis oportuno de los resultados de los exámenes paraclínicos como parcial de orina, creatinina, nitrógeno ureico (BUN y PSA), y en contraste con el caso concreto señaló que un nivel de creatinina de 4.79 Mg/Dl y obstrucción de las vías urinarias exige manejo de urgencia e inmediata derivación que debe hacerse en uno o dos días, y preciso al interrogársele *si es aceptable que por la demora en el diagnóstico y tratamiento de un paciente con síndrome obstructivo urinario bajo, un paciente presente hipercaicemia con manifestaciones en el electrocardiograma de Texhiperagudas BUN de 174 y creatinina de 16.35; que no es aceptable, porque se trata de una condición totalmente prevenible y tratable antes de que el paciente requiera diálisis, porque ésta no es el tratamiento de la uropatía obstructiva; siendo el tratamiento de la uropatía obstructiva es la remoción de la obstrucción.*

Coloca también de relieve que el doctor César Felipe Gómez Jaramillo, en su testimonio al indagársele si consideraba que en un paciente mayor de 60 años con los hallazgos de urodinamia y con los intentos múltiples de paso de sondas fallidos con gran globo vesical y con creatinina de 4.79, se requiere de una derivación urgente de la vía urinaria, respondió que sugieren la existencia de una obstrucción a nivel de la uretra que dificulta la evacuación de la orina, lo que induce a practicar una evacuación de la vejiga, bien sea a través de instrumentación uretral o colocación de una sonda suprapúbica en vejiga llamado cistostomía, lo cual debe

hacerse de forma prioritaria pues una de las complicaciones de la obstrucción crónica y prolongada del tracto urinario inferior es el deterioro del tracto urinario superior y el subsecuente deterioro de la función renal.

Refiere además la Juez de Primera Instancia, que si bien es cierto en el paciente se intentaron varios procedimientos a fin de lograr la evacuación de la orina, *“no se explican las razones por las cuales no se realiza el procedimiento quirúrgico de prostatectomía ni se adoptaron medidas urgentes para evitar la pérdida total de la capacidad renal, la cual desde el principio venía disminuida tal como los exámenes habían establecido.”* , y que siendo los valores de creatinina desde el primer examen elevados, no se hicieron acciones tendientes a evitar la pérdida total de la capacidad, a pesar de que era prioritario y urgente; para finiquitar que ninguna de las demandadas brindó la atención necesaria para la prevención del resultado dañoso, aunque actuaron de manera reactiva e intentaron la evacuación de la orina mediante sondas y otros procedimientos, *“no se actuó con la prontitud adecuada de manera que **se produjo la pérdida de la oportunidad del paciente para conservar la capacidad renal** con que contaba al momento del ingreso al servicio en el mes de septiembre de 2008.”*

Coloca de relieve también, que el diagnóstico inicial no se referencia existencia de falla renal, y la actuación de las accionadas se centró en la obstrucción urinaria, y aunque solicitaron interconsultas, estas se realizaron con bastante distancia en el tiempo y sin resultado claro en materia terapéutica, y en este orden, aduce que el Consejo de Estado ha reconocido la afectación del daño a la salud, cuando en la prestación del servicio médico ha existido negligencia en la aplicación inmediata del tratamiento, larga e injustificada espera en la atención médica, exámenes y diagnóstico, así como por la demora en la ejecución de procedimientos que no llegan o que se realizan de manera tardía; para referir que en el presente caso se trató de un acto médico complejo, en el que se involucraron dos entidades prestadoras del servicio de salud y en el que los diferentes profesionales de la salud actuaron sin lograr evitar la pérdida de la capacidad renal del paciente y sin justificar la imposibilidad para el efecto, y remata indicando que, *“la conclusión a la que se llega respecto de la falla en el servicio como elemento de la responsabilidad patrimonial del Estado se encuentra demostrado en este caso.”*

En tasación de perjuicios determina que no se encuentra demostrado el daño emergente, ni se acreditó el lucro cesante, solo se anunciaron labores de conductor, pero no se aportó prueba de su ejecución al momento de la consulta surtida en septiembre de 2008, además el paciente tenía 69 años de edad. Con todo,

encuentra demostrada una pérdida de la capacidad del 63% a partir de la cual se tasan los perjuicios inmateriales.

En sede del llamamiento en garantía formulado a la sociedad LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, advierte que se aportó por la ESE - HOSPITAL EL TUNAL, la póliza de seguro de responsabilidad civil 1007843 vigente del 24 de febrero de 2008 al 24 de febrero de 2009, y en consecuencia vigente para la época de los hechos.

2.3 RECURSOS DE APELACIÓN

2.3.1.- La Previsora S.A. pretende se modifique el fallo de primera instancia a efectos que se límite la cobertura a su cargo a 35 SMLV por evento de daño moral, menos deducible, pues así se dispuso en el acuerdo contractual, y se declare que no existe cobertura del evento reclamado, pues el literal a) del numeral 1.1. solo ampara “eventos que sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza”. Premisa que reseña, tiene antecedente en el Juzgado Cuarto Administrativo de Pereira, que declaró la ausencia de cobertura.

2.3.2.- La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, considera que la sentencia de primera instancia debe ser revocada y en su lugar negar las pretensiones de la demanda, advertido que no se configura responsabilidad en cabeza de la ESE - HOSPITAL EL TUNAL, frente a la atención suministrada a la víctima directa; en sustento arguye que, para el 4 de septiembre de 2008, se registra valoración por sistemas normal, que el paciente ya presenta existencia de falla renal por reporte de creatinina de 4.79 mg/dl, y la obstrucción no era total, por cuanto se registró en 60%, y explica porque no se consideró realizar una derivación urinaria urgente; y fortalece contrastado que el 15 de octubre de 2008, en cita de control se registró mejoría de un 80% de capacidad de micción, y que el 29 de noviembre siguiente, se efectuó dilatación uretral y colocación de sonda, procedimiento que corresponde a una derivación urinaria; en tanto que el 18 de diciembre de 2008, última atención por urología en esa anualidad, se retiró la sonda y se dieron indicaciones de alteración por urgencias, en caso de disminución de chorro, y habiendo regresado hasta marzo de 2009, cuando ya requería tratamiento de diálisis, en el periodo intermedio no se brindó tratamiento por culpa del paciente. Indica además que, la prostatectomía no es el manejo inicial que debe darse a la estrechez uretral,

y primero deben descartarse otras causas de la obstrucción.

Destaca bajo el mismo hilo conductor de no existencia de falla en el servicio, que el paciente ya presentaba falla renal, para cuando se inició su atención, contrastado que el reporte de su creatina fue para entonces de 4.79, procediendo a realizar derivación urinaria para prevenir falla renal, y por consiguiente, se configura eximente de responsabilidad contrastado que el daño proviene de un hecho que no es imputable al demandado, y conjugado que para configurar responsabilidad se requiere que se encuentre acreditada la culpa grave o dolo del agente.

2.3.3.- La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. en apelación adhesiva a la formulada por Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, pretende se revoque la sentencia de primera instancia y en su lugar se nieguen las peticiones de la demanda, en sustento refuta caducidad del medio de control, y que la ESE- HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR, proporcionó una adecuada prestación de los servicios de salud, y en contexto de este último supuesto, refiere que el 24 de diciembre de 2008, se surtió paso de sonda, y si bien desde la primera consulta, se tuvo como causa posible de la obstrucción urinaria, al tamaño de la próstata, no se puede reprochar el manejo suministrado, como quiera que se proveyeron los tratamientos requeridos en manejo de la patología, así como los diagnósticos e interconsultas que la misma demandaba.

III- TRÁMITE PROCESAL EN SEGUNDA INSTANCIA.

3.1. Con proveído del 3 de octubre de 2019, **se admitió el recurso de apelación,** contra la sentencia de primera instancia (fl. 815 del cuaderno de continuación del principal).

3.2. Por auto del 19 de marzo 2021, se **corrió traslado para alegar de conclusión;** derecho ejercido por la activa, la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., y la Previsora S.A., sin pronunciamiento de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., ni del Ministerio Público.

3.2.1. La ACTIVA, destacó que la sentencia de primera instancia, dejó establecida la existencia del daño antijurídico, y lo tasó a partir de la pérdida de capacidad

laboral en índice 63% de la víctima directa; y estructuró la responsabilidad de las accionadas en que el paciente desde su primera consulta presentaba alteraciones que obligaban a intervenir dentro de los dos (2) días siguientes, a efectos de desobstruir la vía urinaria y por haberse omitido devino pérdida de su función renal y consecuente requerimiento de diálisis; evidenciando que entre la primera consulta y la práctica de prostatectomía, concurren diversos eventos que colocaron de manifiesto, el deterioro de la función renal y urinaria del paciente, y aun así, para la práctica de la cirugía, se tomaron varios meses; durante los cuales, la falla renal transitó por su varias etapas, aguda, subaguda y crónica, y debe ser en la fase inicial aguda, que se debe intervenir de manera urgente al paciente con una obstrucción baja, para evitar que pierda la función de los riñones.

3.2.2. La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., argumenta que no incurrió en falla en el servicio que le resulte imputable, pues la génesis de la situación del paciente se origina en su descuido del seguimiento propio y auto cuidado, en tanto está probado que venía presentando recurrentemente dificultades para la expulsión de la orina, es decir ya padecía la afección y no procuró una revisión a tiempo. Destaca que cuando el paciente acudió a la ESE HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR, llegó con el diagnóstico de “FALLA RENAL” como consecuencia de la obstrucción urinaria que lo aquejaba, hecho que no tuvo en cuenta el fallador de primera instancia. Por consiguiente, no existe certeza de la oportunidad supuestamente frustrada al paciente el daño ya estaba causado, y lo que evidentemente no se conoce es si con la realización del procedimiento que el juzgador de primera instancia alude no haberse ejecutado, se hubiese superado la falla renal.

Se suministraron los servicios al paciente, la expectativa frustrada no es real y verídica, habida cuenta del inicio de la consecuencia por falta de previsión del mismo usuario y que cursaba para tal desenlace. La pérdida de oportunidad como perjuicio autónomo definido por la jurisprudencia como extrapatrimonial, no siendo compatible con otro de igual naturaleza como lo es el fisiológico. Por tanto, si se elige la pérdida de oportunidad como título de imputación, este mismo debe ser utilizado como perjuicio y en esa realidad, debe excluirse el daño fisiológico, a la salud o a la vida de relación. En este orden coloca de relieve que, la condena impuesta es desproporcionada y resulta imperativa su reducción en virtud a que el daño alegado causa en la omisión del paciente del deber de autocuidado.

3.2.3. La Previsora S.A. Compañía de Seguros, en calidad de llamada en garantía reitera sus argumentos de alzada.

IV- CONSIDERACIONES DE LA SALA.

4.1. ASPECTOS DE EFICACIA Y VÁLIDEZ

Advertido que el asunto se promovió en vigencia del Código de Contencioso Administrativo C.C.A, e integraba primigeniamente, con el Código de Procedimiento Civil – CPC, como norma supletoria o de aplicación subsidiaria, compendio este último que fue derogado por el Código General del Proceso - CGP, adoptado mediante la Ley 1564 de 2012, aplicable en esta jurisdicción y específicamente en el denominado esquema escritural, desde junio de 2014⁵, y por consiguiente encontraba en rigor para el momento en que se promovió el recurso que nos ocupa, **se tiene conforme sigue:**

4.1.1. Se reitera la competencia de esta Corporación para conocer del trámite de impugnación que nos ocupa, por cuanto trata de recurso de apelación contra sentencia proferida por Juez Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá y el asunto se promovió en vigencia del Código Contencioso Administrativo - CCA, cuyo artículo 133 establece:

“(…) Los tribunales administrativos conocerán en segunda instancia:

1. De las apelaciones y consultas de las sentencias dictadas en primera instancia por los jueces administrativos y de las apelaciones de autos susceptibles de este medio de impugnación, así como de los recursos de queja cuando no se conceda el de apelación o se conceda en un efecto distinto del que corresponda. (...)”.
(Subrayado y suspensivos fuera de texto).

4.1.2. Encuentran satisfechos los requisitos de sustentación clara, suficiente y pertinente del recurso de apelación, en contraste con la sentencia que es objeto del mismo. Requerimiento que tiene fundamento normativo en los incisos 3º y 4º del numeral 3º del artículo 322 del Código General del Proceso - CGP, en cuanto disponen que, tratándose de la apelación de una sentencia, el recurrente debe precisar, de manera breve, los reparos concretos que le hace a la decisión y para su sustentación será suficiente que el apelante exprese las razones de su inconformidad con la providencia objeto de alzada.

⁵ Consejo de Estado, Auto de Unificación del 25 de junio de 2014, C.P.Enrique Gil Botero, Rad, No. Interno 49299, y Auto del 25 de junio de 2015, Ra. No. Interno 50508

Premisa a la que agrega, el artículo 320 del mismo estatuto procesal que prescribe:

“(…) El recurso de apelación tiene por objeto que el superior examine la cuestión decidida, únicamente en relación con los reparos concretos formulados por el apelante, para que el superior revoque o reforme la decisión. (...)”

Habiendo precisado el Consejo de Estado en el reseñado contexto normativo, que quien tiene interés en que el asunto sea analizado de fondo debe señalar cuales fueron los yerros o desaciertos en que incurrió el juez de primera instancia al resolver la Litis presentada⁶

4.1.3.- No es de recibo el argumento de caducidad de la acción que invoca la pasiva – apelante Adhesiva, y avizoran cumplidos los presupuestos procesales del medio de control de reparación directa; constatación que se realiza, además, en observancia del control de legalidad de que trata el numeral 12 del artículo 42 del CGP, y advertido en tópico de caducidad de la acción, que la situación fáctica que sustenta las pretensiones de la demanda corresponde a la presunta omisión en la adecuada prestación de los servicios de salud suministrados al señor ARCESIO LOSADA TRUJILLO, en lapso comprendido del 4 de septiembre de 2008 al 13 de abril de 2009 y, contrastado que la demanda fue interpuesta el 14 de abril de 2011, evidencia que la demanda fue interpuesta dentro de los dos (2) años que disponía, el numeral 8) del artículo 136 del CCA, conjugado que en virtud a lo dispuesto en el artículo 21 de la Ley 640 de 2001, se descuentan los tiempos del trámite de la conciliación extrajudicial, que para el caso que nos ocupa se promovió el 16 de diciembre de 2010, fecha de presentación de la solicitud, y el 22 de febrero de 2011, fecha de expedición de la constancia correspondiente; de forma que suspendió por un periodo de dos (2) meses y seis (6) días, y la demanda fue presentada un (1) mes y trece días después de reanudado el conteo, por tanto, no había operado la caducidad de la acción.

4.1.4- No se advierte irregularidad que configure nulidad procesal, y consecuencia, el proceso encuentra para proferir sentencia de segunda instancia, como quiera que, contrastada la actuación surtida en primera y segunda instancia, avizora que se sometió a las ritualidades establecidas en el Código Contencioso Administrativo y norma supletoria.

⁶ IBIDEM. Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, Sentencia del 31 de enero de 2019, Rad.66001- 23-31-000-2012-0027 (52663) C.P. María Adriana Marín.

6.2. LIMITES AL JUEZ DE SEGUNDA INSTANCIA

6.2.1- Tratándose de apelante único la alzada debe ser resuelta, en principio, con sujeción a los argumentos de inconformidad invocados por el recurrente; como quiera que en el presente asunto se rige, y reitera en ello, por el Código Contencioso Administrativo -CPACA, y de manera supletoria o subsidiaria, por el Código General del Proceso - CGP, y conforme al artículo 328 de este último, el tópico se reglamenta así:

“(...) El juez de segunda instancia deberá pronunciarse solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante, sin perjuicio de las decisiones que deba adoptar de oficio, en los casos previstos por la ley.

*Sin embargo, cuando ambas partes hayan apelado **toda** la sentencia o la que no apeló hubiere adherido al recurso, el superior resolverá sin limitaciones.*

En la apelación de autos, el superior sólo tendrá competencia para tramitar y decidir el recurso, condenar en costas y ordenar copias.

El juez no podrá hacer más desfavorable la situación del apelante único, salvo que en razón de la modificación fuera indispensable reformar puntos íntimamente relacionados con ella.

En el trámite de la apelación no se podrán promover incidentes, salvo el de recusación. Las nulidades procesales deberán alegarse durante la audiencia.” (Suspensivos, subrayado y negrillas fuera de texto).

Por consiguiente, la habilitación Juez de Segunda Instancia para resolver en sede de apelación sin limitaciones, encuentra condicionada a que **ambas partes** hayan impugnado **toda** la sentencia, y contrastado el caso en concreto, el enunciado condicionamiento para abordar sin límites el estudio de la sentencia objeto de apelación, no encuentra cumplido; es así por cuanto **la activa ataca parcialmente la decisión de primera instancia.**

6.2.2. Los límites a la competencia del juez de segunda instancia, se exceptúan en virtud al deber de control de legalidad, advertido que la prohibición de reformar en perjuicio del apelante único, no es un derecho fundamental absoluto o ilimitado; premisa edificada por la Corte Constitucional, que armoniza con el aparte final del inciso primero de la transcrita disposición que consigna “(...) *sin perjuicio de las decisiones que deba adoptar de oficio, en los casos previstos por la ley.*”, y en punto del que precisa señalar, circunscribiendo el concepto de **decisiones que debe adoptarse de oficio por mandato de la ley**, que enlistan primeramente las **nulidades procesales**, en marco de los artículos 42-12 y 137 del C.G.P., y seguidamente, las **excepciones mixtas**, por cuanto comportan nulidad o

imposibilidad para decidir de fondo el asunto, y que se definen como excepciones previas que por su carácter asumen como perentorias, a saber, **cosa juzgada, caducidad, transacción, conciliación y falta de legitimación en la causa**

6.2.3. Asimismo asume como excepción a la competencia limitada del juez de segunda instancia, la subregla de hermenéutica comprensiva del recurso de apelación, teniendo como precedente de autoridad, Sentencia de Unificación del Consejo de Estado, conforme a la cual, la competencia del juez de segunda instancia frente al recurso de quien actúa como apelante único, de controvertir un aspecto global de la sentencia, comprende todos los asuntos contenidos en ese rubro general, aunque de manera expresa no se hayan referido en el recurso de alzada. Puntualizó el Alto Tribunal así:

“(…) si se apela un aspecto global de la sentencia, el juez adquiere competencia para revisar todos los asuntos que hacen parte de ese aspecto más general, aunque de manera expresa no se haya referido a ellos el apelante único. Lo anterior, desde luego, sin perjuicio de la potestad que tiene el juzgador de pronunciarse oficiosamente sobre todas aquellas cuestiones que sean necesarias para proferir una decisión de mérito, tales como la caducidad, la falta de legitimación en la causa y la indebida escogencia de la acción, aunque no hubieran sido propuestos por el apelante como fundamentos de su inconformidad con la providencia censurada.

En el caso concreto, la entidad demandada apeló la sentencia de primera instancia con el objeto de que se revisara la decisión de declararla administrativamente responsable (...), y de condenarla a pagar indemnizaciones en cuantías que, en su criterio, no se compadecen con la intensidad de los perjuicios morales padecidos por algunos de los demandantes.

En consecuencia, la Sala, atendiendo al criterio expuesto y a la prohibición de la reformatio in pejus, revisará todos aquellos aspectos que son desfavorables a la entidad demandada y que son consecuencia directa de la declaratoria de su responsabilidad, lo cual incluye -en el evento de ser procedente- no solo la condena por perjuicios morales, sino también por perjuicios materiales en la modalidad de lucro cesante.”⁷

En este orden de ideas y contrastando el caso concreto, procede acudir a los enunciados criterios de control de legalidad y hermenéutica comprensiva del recurso de alzada, en labor de restar valor probatorio a las declaraciones juramentadas decretadas y recaudadas a solicitud de la activa, por cuanto evidencia no satisfecho presupuesto de la naturaleza de la prueba testimonial.

⁷ IB. Sala Plena. C.P. Danilo Rojas Betancourth. Sentencia del 06 de abril de 2018, Rad. 05001-23-31-000-2001-03068-01(46005).

6.3. FIJACIÓN DEL DEBATE.

Excluido en virtud de la decisión parcial que antecede (4.1.3), el debate en tópico de oportunidad de la acción, se tiene que la controversia se suscita en esta instancia en sede de la pasiva y la llamada en garantía, y detalla conforme sigue:

6.3.1- La pasiva integrada por la ESE - HOSPITAL EL TUNAL y la ESE-HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR, pretenden se revoque la sentencia objeto de alzada y en su lugar se nieguen las pretensiones de la demanda, bajo la consideración sustancia que el señor ARCESIO LOSADA TRUJILLO, presentaba falla renal para el momento en que se inició su atención; que por tratarse de obstrucción urinaria parcial, la derivación urinaria no era urgente; que en virtud de procedimiento previo de dilatación uretral, presentó una mejoría de un 80% en su capacidad de micción, y que la prostatectomía no es el manejo inicial que debe darse a la estrechez uretral, y primero deben descartarse otras causas de la obstrucción.

6.3.2- LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS - llamada en garantía, pretende se modifique la sentencia, para declarar en su favor, de la póliza de seguro de responsabilidad civil 1007843, vigente del 24 de febrero de 2008 al 24 de febrero de 2009, siendo asegurada la ESE - HOSPITAL EL TUNAL, la ausencia de cobertura del evento, y subsidiariamente, se limite a lo acordado en el contrato de seguro el monto de cobertura del siniestro.

6.3.3- En contraste el Juez de Primera Instancia, declara la responsabilidad extracontractual de las ESE accionadas, en fundamento, destaca en el contenido de los testimonios de los doctores Cesar Felipe Gómez Jaramillo y Diego León García García, decretados a solicitud de la activa, y concluye, que es notorio en marco de la historia clínica del señor ARCESIO LOSADA TRUJILLO, que el 4 de septiembre de 2008, tuvo su primera consulta, y la cirugía de prostatectomía se llevó a cabo hasta el mes de abril de 2009, y que en este lapso, se produjeron un significativo número de eventos médicos relacionados especialmente con su atención de urgencias con paulatino deterioro renal y urinaria; sin que las accionadas hayan demostrado las razones para no haber realizado este procedimiento de manera inmediata; que no se acreditó que la causa de la obstrucción urinaria pudiera ser atribuida a evento distinto al aumento del tamaño

de la próstata del paciente, registrada desde las primeras consultas, y que la creatinina en suero, desde el examen del 5 de septiembre de 2008, arrojaba un valor que supera ampliamente los valores normales y es indicativa del daño del riñón al momento del ingreso.

6.3.4- En el descrito panorama fáctico procesal, se tienen como **problemas jurídicos:**

- i) ¿El deterioro de la función renal sufrida por el señor ARCESIO LOSADA TRUJILLO, en lapso comprendido del 04 de septiembre de 2008 al 13 de abril de 2009, es imputable a falla en el medico prestado en el *HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL E.S.E.* y el *HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR III NIVEL E.S.E.*, o pérdida de oportunidad en sede de las mismas, o encuentra probado que el servicio médico prestado por las ESES accionadas, fue conjugadas sus disponibilidades, y particularidades del paciente, oportuno y correcto?

Condicionado a que la respuesta al anterior interrogante, desestime la apelación de las ESE accionadas:

- ii) ¿El siniestro fuente de la pretensión indemnizatoria de la activa, encuentra cubierto por la póliza otorgada por la PREVISORA S.A. - COMPAÑÍA DE SEGUROS, o procede reducir su cobertura al daño moral?

6.4. ASPECTOS SUSTANCIALES.

En labor de desatar los interrogantes planteados es tesis de la Sala, que no encuentra probada la falla en el servicio imputada al *HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL E.S.E.* y el *HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR III NIVEL E.S.E.*, con ocasión de los servicios de salud suministrados entre el 4 de septiembre de 2008 y el 13 de abril de 2009, al señor ARCESIO TRUJILLO LOZADA, y tampoco se advierte pérdida de oportunidad, por cuanto la condición de insuficiencia renal que sufría para el momento en que inició la prestación de los servicios médicos y quirúrgicos, fue la misma por la que se determinó por la Junta Regional de Invalidez, pérdida de capacidad laboral, y en consecuencia, ésta no es imputable a falla en el servicio de aquellas, ni configura una pérdida de oportunidad en sede de las mismas, y agrega que en el caso en concreto, el juicio sobre la oportunidad y continuidad o retardo

injustificado en la prestación de los tratamientos requeridos y de los servicios prestados, debe para resultar razonable y proporcional, tamizar en la contabilización de los tiempos, que mediaron entre uno y otro, que no se dieron en un marco intrahospitalario, sino ambulatorio, y que para el momento en que inició el manejo de la patología motivo de consulta, no se disponía de ningún antecedente clínico respecto de la misma, y el señor ARCESIO LOSADA TRUJILLO, también desconocía su situación clínica.

En este panorama, los tiempos que mediaron respecto de la desviación urinaria, realizada el 29 de noviembre de 2008, en modo alguno asumen como causa determinante en esquema de falla en el servicio, o razonablemente probable, en paradigma de pérdida de oportunidad, del alegado deterioro de la función renal del señor ARCESIO LOSADA TRUJILLO. Como quiera y aúna a las valoraciones que anteceden, que ninguno de los medios de convicción que, aducidos al plenario, revisten eficacia, establecen una medida de tiempo concreta, para realizar la desviación urinaria, una vez se establece una creatina patológicamente anormal, y por el contrario, los testimonios técnicos, informan al unisonó, que depende de concretas valoraciones de una pluralidad de aspectos del paciente y de su idiosincrasia, y en particular cuando trata de obstrucción parcial como la presentaba por el señor ARCESIO LOSADA TRUJILLO.

Contrastado además que, el 02 de octubre de 2008, se había realizado procedimiento de ensanchamiento uretral, reportando el paciente un 80% de mejoría en su función urinaria, y que el nefrólogo tratante, no determino una específica modalidad de derivación urinaria y por consiguiente, no es reprochable de la aplicada, incorrección.

En conclusión, habrá de revocarse en integridad la sentencia objeto de alzada.

En fundamento, esta Sala previo análisis del caso concreto, abordará los siguientes tópicos: **(i)** elementos que estructuran la responsabilidad patrimonial del Estado; **(ii)** concepto de daño antijurídico y presupuestos; **(iii)** falla de servicio y pérdida de oportunidad como títulos de imputación en responsabilidad médica-asistencial del Estado; **(v)** carga de la prueba como sucedáneo de certeza. A modo de **premisas normativas**:

6.4.1. El daño antijurídico y su imputabilidad a la entidad pública accionada, son los elementos que estructuran la responsabilidad patrimonial del Estado,

advertido que la cláusula general del deber indemnizatorio del Estado, encuentra en el artículo 90 Superior, conforme al cual, *el Estado es patrimonialmente responsable por los daños antijurídicos que le sean imputables, por la acción o la omisión de las autoridades públicas*, y comprende los ámbitos precontractual, contractual y extracontractual, e integra con el artículo 2º Ibídem, en virtud del cual, *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 el descrito panorama normativo, indica la doctrina del H. Consejo de Estado, 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 jurídica y la imputación fáctica*⁸. Advertido además que en igual sentido concluye la Corte Constitucional⁹.

6.4.2. El daño antijurídico es aquel que comporta una aminoración en una situación favorable y que el afectado no encuentra en la obligación de soportar, y exige como condiciones de existencia que sea personal, directo y cierto o actual. Bajo la consideración que por su carácter personal exige la violación a los derechos subjetivos de la persona damnificada, independientemente a que provenga de un hecho que afecte en forma inmediata, o mediata en virtud del daño sufrido por otro, con quien el damnificado tiene relación. En este último evento se predica la existencia de daño reflejo, que es el menoscabo soportado por persona distinta del damnificado inmediato. Caso del daño patrimonial y moral que se ocasiona a los parientes de la víctima.

Por el carácter directo, el daño supone un nexo de causalidad respecto del perjuicio, de forma que este sea consecuencia de la alteración negativa que comporta el primero, y solo indemnizable en cuanto provenga del mismo

El carácter cierto del daño refiere a su real acaecimiento, es decir, que el agravio debe poseer una determinada condición de certeza para que origine efectos jurídicos, ello es que el daño debe existir y hallarse probado para que origine el

⁸ *“la imputatio juris y la imputatio facti”*, CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 13 de julio de 1993.

⁹ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencias C-619 de 2002 y C-918 de 2002.

derecho a obtener un resarcimiento. Certeza igualmente exigible del daño consolidado o actual como del daño futuro.

El H. Consejo de Estado, advierte del daño antijurídico, que el ordenamiento no contiene una disposición que consagre su definición, y puntualiza:

“(…)se refiere a “la lesión de un interés legítimo, patrimonial o extrapatrimonial, que la víctima no está en la obligación de soportar, que no está justificado por la ley o el derecho”, de ahí que para que proceda declarar la responsabilidad del Estado, se ha de probar inicialmente la existencia del daño antijurídico, el cual debe ser cierto “es decir, que no puede ser eventual, hipotético, fundado en suposiciones o conjeturas” -, (...) la existencia de un daño antijurídico, (...) constituye el fundamento mismo de la responsabilidad, de suerte que “si no hay daño no hay responsabilidad” y “sólo ante su acreditación, hay lugar a explorar la imputación del mismo al Estado”.¹⁰ (Suspensivos y subrayado fuera de texto)

Consecuentemente, no todo daño asume como daño antijurídico, y el carácter de antijurídico estriba, en que el afectado no tiene la obligación de soportarlo.

6.4.3. 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 si bien 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 adoptar¹¹.

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

¹⁰ CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, SUBSECCIÓN A, Consejera ponente: MARTA NUBIA VELÁSQUEZ RICO, Bogotá, D. C., diez (10) de mayo de dos mil diecisiete (2017), Radicación número: 25000-23-26-000-2003-02128-01(29901), Actor: DOW QUÍMICA DE COLOMBIA S.A., Demandado: NACIÓN – CONGRESO DE LA REPÚBLICA Y OTRO, Referencia: APELACIÓN SENTENCIA - ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA

¹¹ 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.

hospitalaria, y se exige a la activa acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste¹².

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 2006¹³, al régimen de falla probada del servicio¹⁴. Título jurídico de imputación por excelencia¹⁵, 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.

Control de legalidad que en imputación de responsabilidad por falla en el servicio médico asistencial, se realiza en principio, en marco de los contenidos obligacionales establecidos en la Ley 23 de 1981¹⁶ y su reglamentación.

6.4.3.1. La pérdida de oportunidad en estructuración de la responsabilidad extracontractual del Estado en prestación del servicio de salud, y se define 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 perjuicio¹⁷. 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 enfoques¹⁸: **(i)** como un daño autónomo, del que deriva un perjuicio con identidad

¹² **IB.** Sentencia del 28 de febrero de 2013. Expediente 660012331000200100063-01(25075). C.P. Danilo Rojas Betancourt.

¹³ **IB.** Sentencia del 31 de agosto de 2006. Expediente 15772. C.P. Ruth Stella Correa.

¹⁴ 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.

¹⁵ 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.

¹⁶ Por la cual se dictan normas en materia de ética médica

¹⁷ **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.

¹⁸ **IBÍDEM.** Sentencia del 24 de octubre de 2013. Expediente 25.869. C.P. Enrique Gil Botero.

propia que puede indemnizarse¹⁹, 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:

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

(ii) 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 éste rubro consisten en la pérdida de ganancia cierta mientras que el primero es una pérdida de una ganancia probable.

(iii) 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 provecho²⁰.

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.

¹⁹ **IB.** 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.

²⁰ **IB.** Sentencia del 31 de mayo de 2016. Expediente 630012331000200300261-01(38267). C.P. Danilo Rojas Betancourth.

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, consecuentemente, 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.

6.4.4. Es regla general, que asume como carga procesal de la activa, probar los fundamentos de hecho de sus pretensiones, y su incumplimiento comporta la desestimación de éstas. Advertido que en este sentido prescribía el derogado artículo 177 del Código de Procedimiento Civil – CPC, vigente para la fecha en que se promovió la demanda y abrió el proceso a pruebas, y que no difiere en este tópico del vigente artículo 167 del Código General del Proceso -CGP, sin perjuicio de la atribución que 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.

Premisa normativa al que adiciona el artículo 1757 del Código Civil – C.C, como quiera que, en marco del mismo, 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, de forma y reitera, que si existe duda sobre los hechos que sustentan la demanda, sus pretensiones serán declaradas infundadas.

En este orden, 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.

6.5. CASO CONCRETO

6.5.1. Aspectos Probatorios

6.5.1.1. Se restará valor probatorio a las declaraciones juramentadas de los doctores Cesar Felipe Gómez Jaramillo y Diego León García García, por cuanto si bien son terceros respecto del proceso, es igualmente cierto que, carecen de relación histórica con los hechos objeto de debate y no tuvieron conocimiento preprocesal de los mismos. En este sentido evidencia al contrastar que se solicitaron y decretaron para que rindieran testimonio sobre la Lex Artis del caso en concreto, y conforme a sus deposiciones, el primero, acudió a la diligencia “para rendir declaración como perito de un acto médico” que desconoce y no conoce la historia clínica; mientras que el segundo, desconoce el asunto. Por consiguiente, su declaración juramentada no son testimonios, conforme evidencia la normativa que reglamenta este medio de prueba y respecto de la que la doctrina y jurisprudencia ha decantado así:

“Los acontecimientos preprocesales determinan que una persona sea testigo o no, y que haya de tener una relación histórica con el asunto de que se trate, de tal manera que es necesario por no poder ser reemplazado para el descubrimiento de la verdad; el perito es fungible, en el sentido de que está a disposición del juez y de que éste lo selecciona a discreción (...). El testigo declara sobre hechos pasados o presentes que percibió antes del proceso...”²¹

“(...) una declaración de una o varias personas naturales que no son partes del proceso y que son llevadas a él para que con sus relatos ilustren los hechos que interesen al mismo, para efectos de llevar certeza al juez acerca de las circunstancias que constituyen el objeto del proceso”²²

“El testimonio es un medio de prueba que consiste en el relato que un tercero le hace al juez, sobre el conocimiento que tiene de hechos en general”²³

“El testigo técnico es la persona experta de una determinada ciencia o arte que lo hace especial y que al relatar los hechos por haberlos presenciado se vale de dichos conocimientos especiales”²⁴

“El testigo técnico es, de todas maneras y a pesar de su cualificación especial, un testigo, de modo que debe haber percibido de manera personal los hechos objeto de controversia u otros relacionados directa o indirectamente con aquéllos, **pues sobre eso debe ocuparse su declaración**”²⁵ (Negritas fuera de texto).

²¹ PARRA QUIJANO, J., *Manual de derecho probatorio*, décimo tercera edición, Ediciones Librería del Profesional, Bogotá, 2002, p. 236..

²² López Blanco, Hernán Fabio, *Procedimiento Civil*, Tomo 3 “pruebas”, Segunda Edición, Dupré Editores, 2008 pág. 181

²³ Parra Quijano, Jairo, *Manual de Derecho Probatorio*, 13ª Edición, Bogotá Ediciones Librería El Profesional, 2002, pg. 227

²⁴ Corte Suprema de Justicia, sala de casación penal, Rad. 26128, 11 de Abril del 2007, M.P. Jorge Luis Quintero Milanés.

²⁵ Corte Suprema de Justicia en Sentencia del 22 de Abril de 2015, dentro del proceso con Radicado 45711

En el descrito panorama, el testigo experto y el testigo común, declaran sobre los hechos aprehendidos por los propios sentidos, aunque el experto se diferencia porque cuenta con cierta experticia en una determinada ciencia, técnica o arte, de la que el testigo común carece; de forma que el testigo experto es un deponente que tiene un conocimiento especializado en una determinada materia y que por distintas circunstancias, presencié los hechos de un caso, lo que lo habilita para emitir opiniones o conclusiones técnicas en el marco de un juicio, que serían inadmisibles tratándose de un testigo común.

Con fines a la enunciada desestimación del valor probatorio de la declaración juramentada del **médico nefrólogo DIEGO LEON GARCÍA GARCÍA**, se tiene que consigna en sus aspectos relevantes así:

Quien manifiesta que desconoce la razón por la cual fue citado a rendir testimonio.

Señala que el Tamizaje de Próstata “es el examen general que se hace para detectar Cáncer de próstata, el examen debe incluir el tacto rectal y un examen de sangre que se llama Antígeno Específico de Próstata o (PSA).”

La urodinamia “es un examen que se hace para ver cómo está el flujo urinario, uno de los objetivos es evaluar la presencia de obstrucción urinaria, el examen se realiza cuando hay sospecha de obstrucción urinaria”

La cistoscopia “es un examen en el cual se introduce, un tubo por la uretra para mirar el interior de la vejiga, el tubo se llama cistoscopio. Se realiza para investigar cualquier enfermedad de la vejiga en general.

Ante un paciente que presenta "tamizaje de próstata, nicturia de cinco por noche, frecuencia urinaria 3x5, disminución del calibre de chorro, intermitencia, incontinencia nocturna", “Los signos son claros de un proceso de obstrucción urinaria, y se debe hacer una urodinamia, se debe hacer una cistoscopia y dependiendo del compromiso muy posiblemente realizar cirugía o realizar la remoción de la próstata si es el caso del prostatismo.”

La nefropatía obstructiva “es cuando hay como su nombre lo indica una obstrucción a la salida de la orina, lo cual implica que se pueda afectar la filtración de la orina por el riñón. Al haber obstrucción del tracto urinario hay aumento de la presión retrograda que afecta la filtración por parte del riñón, el tratamiento obvio es la remoción de la obstrucción.”

Las consecuencias de no realizar derivación de la vía urinaria al paciente con nefropatía obstructiva, “es enfermedad renal llamada terminal que va a requerir tratamiento con terapia de remplazo renal o diálisis.” El tiempo máximo que debe transcurrir entre el diagnóstico de la nefropatía y la derivación de la vía urinaria, “**depende de la cronicidad de la enfermedad por ejemplo si el paciente presenta deterioro agudo de la función renal que puede llegar a producir hipercalemia o elevación del potasio en la sangre que pone en riesgo la vida del paciente, la derivación o desobstrucción debe hacerse en el menor tiempo posible.**”

La dilatación de la uretra es un procedimiento que consiste en introducir tubos llamados dilatadores en la uretra para ensancharla cuando hay disminución del calibre de la uretra.

La revisión por sistemas, “como su nombre lo indica es una investigación sistemática de síntomas que el paciente pueda tener, por ejemplo si ha tenido tos, si ha tenido diarrea, cuáles son sus hábitos intestinales, como es la orina, como es el calibre del chorro urinario, si hay sangre en la orina, si hay aumento en la frecuencia urinaria, si se levanta en la noche a orinar, si la orina produce abundante espuma, son algunos de los síntomas que uno como Médico investiga.

“Si el Médico tiene sospecha que existe una uropatía obstructiva que está produciendo compromiso renal, los exámenes deben ser analizados lo más cercano posible a la entrega de los resultados.”

Ante un paciente que cursa con una urodinamia cuyo resultado muestra uroflujometría libre equívoca por bajo volumen de micción con patrón intermitente prolongado; y en el cual se intentan múltiples pasos de sonda uretral todos ellos fallidos por acodamiento a nivel de la uretra posterior sin paso a vejiga, y cuya creatinina muestra un nivel de 4,79 Mg/Dl, corresponde a un paciente que requiere de derivación urgente de la vía urinaria, **“sin duda alguna lo más pronto posible, es una urgencia, que puede ser de uno o dos días.”**

Es de precisar además, que las siguientes afirmaciones, fueron parte del sustento probatorio de la sentencia objeto de alzada:

“**PREGUNTADO:** es aceptable que por la demora en el diagnóstico y tratamiento de un paciente de un síndrome obstructivo urinario bajo, un paciente presente hipercalemia con manifestaciones en el electrocardiograma de Texhiperagudas BUN de 174 y creatinina de 16,35, explique. **CONTESTO: no es aceptable, ya que se trata de una condición totalmente prevenible y tratable antes de que el paciente requiera diálisis. La diálisis no es el tratamiento de la uropatía obstructiva, el tratamiento de la uropatía obstructiva es la remoción de la obstrucción.**”

Finalmente, señala que en el contexto del síndrome obstructivo urinario bajo, frente al hecho que un paciente pase en el lapso de una semana a tener hallazgos paraclínicos de hidronefrosis grado I-II, a tener una hidronefrosis grado 3-IV, la primera de un solo riñón y el segundo hallazgo en los dos riñones con dilatación pielourateral bilateral, **“la explicación es una obstrucción completa a nivel vesical o uretral.”**²⁶

Asimismo, y con fines a la enunciada desestimación del valor probatorio de la declaración juramentada se tiene en lo que corresponde a la declaración juramentada del **médico urólogo CESAR FELIPE GOMEZ JARAMILLO**²⁷, que consigna en sus aspectos relevantes conforme sigue:

El tamizaje de próstata “es la búsqueda de enfermedad maligna a través de exámenes clínicos, historia clínica y la práctica de laboratorios tales como el antígeno prostático específico”

La urodinamia “es un procedimiento diagnóstico, útil en evaluar la funcionabilidad del tracto urinario inferior, que consiste en la medición de presiones de la vejiga, y flujo urinario durante el proceso de evacuación de la orina (...) se utiliza en los casos que se considera necesario evaluar la funcionalidad del tracto urinario inferior en patologías tales como, vejigas neurogenicas, disfunciones de la micción y obstrucción del tracto urinario inferior.”

²⁶ Folios 206-209 C.P. tomo I.

²⁷ Folios 210-213 C.P. tomo I

La cistoscopia “es el examen por el cual se visualiza, el interior del tracto urinario inferior utilizando una lente, iluminación y líquido su indicación está en proceso tales como sangrado, disfunción del tracto urinario inferior, infecciones urinarias a repetición y uropatía obstructiva complicada.

El próstatiso o síntomas del tracto urinario inferior “es una denominado (sic) clínica de los síntomas que presenta el paciente masculino y se puede dividir en leve, moderado o severo, el manejo de estos síntomas está definido por la Historia Clínica, el examen físico y los hallazgos de pruebas paraclínicas que bien puede ser médico o quirúrgico.

Ante un paciente que presenta "tamizaje de próstata, nicturia de cinco por noche, frecuencia urinaria 3x5, disminución del calibre de chorro, intermitencia, incontinencia nocturna", “requiere una evolución que requiere descartar alteraciones metabólicas y evaluar la condición del tracto urinario inferior.

La dilatación de la uretra “se utiliza en el varón para corregir estrecheces de la uretra las cuales son secundarias a múltiples patologías tales como procesos infecciosos o traumas uretrales.”

“En el período avanzado de la obstrucción del tracto urinario inferior, bien sea por patología benigna, maligna o neurológica se pueden presentar la dilatación del tracto urinario superior y subsecuente deterioro de la función renal, secundario a la obstrucción.

Una urodinamia que señala uroflujometría libre equivoca por bajo volumen de micción y patrón intermitente prologado, “está indicando que el volumen obtenido durante la micción no permite evaluar adecuadamente su condición, la intermitencia es sugestiva de disfunción del tracto urinario inferior”.

El hecho que una sonda uretral no avance hasta la vejiga y presente acodamiento en la uretra posterior sugiere la presencia de una estreches a ese nivel. “Los hallazgos de globo vesical y dificultad al paso de la sonda uretral sugieren que existe una obstrucción a nivel de la uretra que está dificultando la evacuación de la orina, lo que induce a practicar una evacuación de la vejiga, bien sea a través de instrumentación uretral o colocación de una sonda suprapúbica en vejiga, llamado cistostomía (...) el procedimiento de derivación urinario o evacuación de la vejiga debe ser realizado en forma prioritaria ya que una de las complicaciones de la obstrucción crónica y prolongada del tracto urinario inferior es el deterioro del tracto urinario superior y subsecuente deterioro de función renal. (...) en pacientes con antecedentes de instrumentación uretral el paso de sonda debe ser realizado por personal médico o paramédico adecuadamente entrenado en este procedimiento.”

La cistostomía se debe realizar cuando hay imposibilidad de avanzar una sonda en forma retrograda hacia la vejiga o cuando una sonda uretral debe permanecer por tiempo muy prolongado y se teme lesionar con esta la uretra.

6.5.1.2. Retomando la comunidad probatoria relevante para la controversia planteada en segunda instancia, advierte que encuentra integrada por documental, testimonios técnicos y pericia, y avizora eficaz; contrastado que se decretó y recaudo con el lleno de los requisitos legales, y en lo que corresponde a la documental, satisface el esquema normativo del artículo 246 del Código General del Proceso - CGP²⁸.

²⁸ “Artículo 246. Valor probatorio de las copias. 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.

Se desestima la tacha de sospechosos formulada contra los testimonios técnicos, como quiera que se fundamenta conforme argumenta la activa, en que encontraban vinculados a las ESE accionadas y en este orden tenían interés en las resultas del proceso, por cuanto es en virtud de su conocimiento directo, de los hechos objeto de la controversia, por haber intervenido como médico nefrólogo o médico urólogo en el manejo y tratamiento dado al señor ARCESIO TRUJILLO LOSADA, en lapso comprendido del 4 de septiembre de 2008 a abril de 2009, que tienen conocimiento directo de su situación y atención brindada. Además, es prueba que debe ser contrastada con los demás medios de prueba, en especial su historia clínica.

El experticio técnico de enfermería, satisface los requerimientos de razonabilidad exigibles de la prueba técnica, a más que no fue objetado.

6.5.1.3. En este orden de ideas y con relevancia para el debate que ocupa a esta Sala de Decisión, se tienen los siguientes **medios de prueba:**

HISTORIA CLÍNICA	
<i>Historia clínica Hospital el Tunal, del señor ARCESIO TRUJILLO LOSADA.</i>	<p>02/09/2008 ingreso a consulta externa al Hospital el Tunal, por remisión del Hospital de Tunjuelito II Nivel ESE, conforme a hoja de inscripción ingreso (fl. 123 C.P. tomo I), en que aparece como responsable el Fondo Financiero Distrital. Y hoja de referencia y contrarreferencia de solicitud de servicios surtida por el Hospital de Tunjuelito II Nivel ESE, a urología. Motivo de consulta "orinadera", paciente que consulta por micción frecuente de varios días de evolución, no puede evacuar completamente la vejiga. (fl. 124 C.P. tomo I),</p> <p>04/09/2008 Consulta por urología que consigna:</p> <p>Motivo de consulta: Tamizaje de próstata Enfermedad actual: Refiere nicturia 5 por noche, frecuencia urinaria 3*5, disminución del calibre del chorro, intermitencia, niega otro síntoma urinario e incontinencia nocturna. Examen físico: pene y testes normales, próstata adenomatosa²⁹ de 30 gramos benigna. <u>Impresión diagnóstica prostatismo moderado se solicita urodinamia, PSA, Creatinina, Uroanálisis.</u>" (fl. 121 C.P. tomo I)</p> <p>13/09/2008 Paciente reprograma procedimiento de Urología Urodinamia. (fl. 127 C.P. tomo I).</p> <p>22/09/2008 Consentimiento informado de <u>urodinamia</u> (fl. 130 C.P. tomo I). Consulta con el urólogo Leonardo Losada, quien reporta "paciente de 69 años remitido <u>para realización de urodinamia con diagnóstico de</u></p>

Sin perjuicio de la presunción de autenticidad, la parte contra quien se aduzca copia de un documento podrá solicitar su cotejo con el original, o a falta de este con una copia expedida con anterioridad a aquella. El cotejo se efectuará mediante exhibición dentro de la audiencia correspondiente." (Subrayado y negrillas fuera del texto).

²⁹ "El adenoma de próstata, también conocido como Hiperplasia benigna de próstata, es una enfermedad habitual en los hombres a partir de los 50 años. Consiste en un aumento del tamaño de la próstata que presiona la uretra o lo que es lo mismo, el tubo que comunica la vejiga con el exterior, y dificulta la salida de orina. Parece relacionarse con los cambios hormonales que se producen en los varones con la edad. Por lo tanto, la hiperplasia benigna de próstata significa, simplemente, que la próstata crece, pero no es un cáncer ni necesariamente da lugar a cáncer." Consultado en: <https://www.portalfarma.com/Ciudadanos/saludpublica/consejosdesalud/Paginas/adenomaprostata.aspx>

<p><u>prostatismo moderado</u>, con el siguiente resultado:</p> <p>1. Uroflujometría libre: Equívoca por bajo volumen miccional. Patrón intermitente y prolongado.</p> <p>2. Cistometría: No se realiza. Se intentan múltiples pasos de sonda fallidos, con acodamiento a nivel de la uretra posterior sin paso a vejiga. Nota: Se sugiere cistoscopia.” (fl. 128 C.P. tomo I).</p> <p>25/09/2008 Consulta externa de Urología, paciente en primer control trayendo los exámenes solicitados en cita anterior del 4 de septiembre. “Motivo de consulta: urodinamia³⁰, uroflujometría equívoca, cistometría no se logró paso de sonda por acodamiento de la misma. Revisión sistema: Creatinina 4,79; PSA (05/SEP/08) 2.93; Uroanálisis con urocituria; urocultivo negativo. Impresión diagnóstica: solicito cistoscopia para determinar causa de no paso de sondas con la urodinamia. Conducta del paciente: control con resultados.” Doctor Carlos Alfonso Fernández (fls.471 C.P. tomo I)</p> <p>03/10/2008 Consentimiento informado para <u>cistoscopia + calibración</u> (fl. 122 C.P. tomo I). Informe quirúrgico de este (fls. 117 del cuaderno principal y 10 C. historia clínica H. Simón Bolívar). Tipo de intervención <u>cistoscopia + calibración uretral</u>. Hallazgos: <u>próstata bilobulada no obstructiva estrechez uretral pre esfinteriana 60% franqueable</u> taberculación vesical, trígono y meatos normales.</p> <p>15/10/2008 Consulta por Urología de paciente de 69 años, que reporta: “motivo de consulta: <u>Trae cistoscopia evidenciándose próstata bilobular no obstructiva.</u> Enfermedad actual: <u>estrechez uretral post esfinteriana del 60%</u>, vejiga con trabeculación vesical. Revisión sistema: <u>mejoría del 80 % de la dificultad miccional.</u> Impresión diagnóstica: pendiente realizar urodinamia control con resultados refiere únicamente nicturia.” (fl. 116 C.P. tomo I).</p> <p>25/10/2008 Se efectúa uroflujometría por el Dr. Cote, diagnóstico HPB, e informe en los siguientes términos: “No se logra paso de sondas para urodinamia por lo cual se suspende procedimiento, se da orden de cita por urólogo tratante.” (fl. 114 C.P. tomo I).</p> <p>30/10/2008 Consulta por Nefrología. “Observaciones: <u>Remitido de urología le pidieron hacer estudio urodinámico pues no le paso de sonda.</u> (...) Examen físico: (...) Abdomen: Gran globo vesical Extremidades: normales Paraclínicos <u>Creatina (0510908) 4,79.</u> Psa (050908) Ua (0500908) prou neg sedimentos negativo urocultivo negativo <u>Análisis: nefropatía obstructiva</u> <u>PLAN REQUIERE DERIVACIÓN URGENTE DE LA VÍA URINARIA</u> <u>Manejo por urología.</u> Cita 2 meses.” Nefrólogo Mauricio Nieto Martínez. (fl.472 C.P. tomo I)</p> <p>26/11/2008 Consulta por Urología. Que consigna: “Motivo de consulta: <u>Prostatismo severo.</u></p>
--

³⁰ “La urodinamia es un examen urológico que pretende simular un ciclo miccional, esto es llenar la vejiga y vaciarla para medir y evaluar cómo se comportan los músculos que la conforman.” Consultado en: <https://www.davila.cl/que-es-la-urodinamia/>

	<p><i>Enfermedad actual: <u>cistoscopia con estrechez pre esfinteriana franqueable próstata bilobular no obstructiva, urodinamia no lograron paso de sonda en el momento refiere disminución importante del chorro miccional.</u></i> <i>Impresión Diagnóstica: estrechez uretral</i> <i>Conducta del paciente: Dilatación uretral + colocación de sonda.</i>" (fl. 120 C.P. tomo I).</p> <p>29/11/2008 Consentimiento informado surtido por el señor Arcesio Trujillo para que se le efectuara el procedimiento denominado dilatación de la uretra (fls. 113 y 252 C.P. tomo I). Informe quirúrgico efectuado por el Urólogo H. Tautiva, concerniente al procedimiento de dilatación de la uretra, en el cual consigna como hallazgos: "Asepsia y antisepsia, se pasan dilatadores de Van Buren desde el número 12 FR se encuentra resistencia importante a nivel bulbar pero se logra dilatar, se pasan los dilatadores hasta el número 22, haya sangrado moderado de la uretra, se pasa sonda uretral de Foley número 18 FR a tapón orina clara, se ordena cefalexina. Plan control por consulta externa de urología." (fl. 112 C.P. tomo I).</p> <p>4/12/2008 Consulta por urología. Motivo de consulta: Antecedente de estrechez uretral pre esfinteriana, <u>paciente con sonda uretral funcionando desde el 26 de noviembre de 2008</u>, con orina clara sin evidencia de infección urinaria. Impresión diagnóstica: estrechez uretral. Conducta del paciente: continua con sonda se cita en 15 días para intentar retiro de sonda. (fl. 119 C.P. tomo I).</p> <p>18/12/2008 Consulta por urología. Motivo de consulta: estrechez uretral en manejo con sonda uretral a permanencia. Enfermedad actual: sonda permeable orina clara. Revisión sistema: Normal. Impresión diagnóstica: <u>se retira sonda pendiente micción espontánea.</u> Conducta del paciente: <u>se dan recomendaciones de consulta por urgencia en caso de disminución de chorro miccional.</u>" (fl. 118 C.P. tomo I).</p>
<p>Historia clínica en el Hospital Simón Bolívar ESE III Nivel, del señor ARCESIO TRUJILLO LOSADA</p>	<p>24/12/2008 Historia clínica de atención por urgencias a las 14+10, "Motivo de consulta: "no puedo orinar". Enfermedad actual: Paciente con cuadro de +/- 3 días consistente en retención urinaria, posterior a esto dolor abdominal (...) <u>Impresión diagnóstica: retención urinaria. Conducta Inicial: s/s paso de sonda vesical.</u>" (fl. 18 y 19 C. historia clínica 2 H. Simón Bolívar).</p> <p>→ Se realiza uroanálisis por bacteriología, que reporta examen físico, examen químico y microscópico, con reporte de bacterias.</p> <p>→ Nota de evolución 18+30 servicio de urgencias, "se revalora pte con mejoría del cuadro clínico inicial, disminución del globo vesical, drenaje de 200 cc de orina. Se recibe (ilegible) con orina turbia, PH: 5.5, proteinuria de ++100 mg/dl, Hb: +++ 250, leucocitos: 65-70, bacterias +++. <u>Se decide dar salida con signos de alarma, antibiótico (ilegible) cita x consulta externa. IDX: 1) I.V.V.U, 2) Prostatitis</u>³¹" Diana Marcela Cortes médico</p>

³¹ La prostatitis es la inflamación de la glándula prostática. Este problema puede ser causado por una infección con bacterias.

La prostatitis aguda comienza rápidamente, mientras que la prostatitis prolongada (crónica) dura 3 meses o más. Sin embargo esta no es una causa común

La irritación continua de la próstata que no es causada por bacterias se denomina [prostatitis abacteriana crónica](#).

Causas

Cualquier bacteria que pueda causar una [infección urinaria](#) puede producir una prostatitis bacteriana aguda.

Las infecciones que se transmiten a través del contacto sexual pueden causar prostatitis. Estas incluyen [clamidia](#) y [gonorrea](#). Las infecciones de transmisión sexual (ITS) tienen mayor probabilidad de presentarse a raíz de:

- Ciertas prácticas sexuales, como tener relaciones sexuales anales sin usar un condón
- Tener muchas parejas sexuales

En hombres mayores de 35 años, la *E. coli* y otras bacterias comunes causan la prostatitis en la mayor parte de los casos. Este tipo de prostatitis puede comenzar en:

- El epidídimo, un pequeño conducto que se encuentra encima de los testículos.
- La uretra, el conducto que transporta la orina de la vejiga al exterior a través del pene.

Asimismo, la prostatitis aguda puede ser causada por problemas con la uretra o la próstata, tales como:

- **Un bloqueo que reduce o evita el flujo de orina hacia afuera de la vejiga**
- Imposibilidad de retraer el prepucio (fimosis)
- Lesión en la zona entre el escroto y el ano (perineo)
- [Sonda vesical](#), [cistoscopia](#) o biopsia de próstata (extracción de un pedazo de tejido para buscar cáncer)

<p>general (fl. 26 C. historia clínica H. Simón Bolívar).</p> <p>→ Orden solicitud de servicios “cita x urología consulta externa”, N° 12090812 del 24 de diciembre de 2008, emitida en urgencias. Con impresión diagnóstica de 1) IVU, 2) Prostatitis</p> <p>29/12/2008 → Triage, hora de ingreso 13+30, régimen subsidiado SISBEN, “Motivo de consulta: diarrea y demasiado ardor al orinar, y del mismo dolor se asfixia. Pte quien desde el 24 sufre de ardor para orinar y diarrea”. Por estrechez uretral. (...) IDX: I.V.U.³²” (fl. 30 C. historia clínica H. Simón Bolívar).</p> <p>→ Historia clínica de atención por urgencias a las 13+35, “<u>enfermedad actual: Paciente con cuadro de +/- 5 días consistente en disnea y retención urinaria, con antecedente de estrechez uretral, se coloca sonda vesical y se da salida con formula médica, hoy consulta por orina fétido (casi ilegible).</u> (...) Cabeza normocéfala mucosa oral semiseca, cuello simétrico, tórax (ilegible) abdomen blando depresible con dolor a la palpación (ilegible), presenta sonda vesical con orina turbia, extremidades simétricas. (...) Impresión diagnóstica: 1) estrechez uretral, 2) IVU. (...) Interconsultas 29-12-08/18+35: Reporte p de o: Proteinuria, nitritos negativos, leucocituria 75-80 xc. Baceteria (ilegible): +++++. Cuadro hemático leucocitosis 18.300, neutrofilia 93%, cayademia 1%, anemia, trombocitosis, ss/función renal eco renal y vías urinarias, urocultivo y se inicia manejo antibiótico cefazolina, valoración x urología.” Médico general Diana Marcela Cortes C. (fl. 24 C. historia clínica 2 H. Simón Bolívar).</p> <p>→ Ecografía renal y vías urinarias, realizada el 29/12/2008 que reporta: “Riñones de forma, tamaño, contornos y ecogenicidad normales, sin evidencia de lesiones focales o difusas. El riñón derecho mide 102x41x39 mm con una parénquima de 4 mm y el izquierdo 129x58x56 mm con un parénquima de 17 mm. Relaciones corticomedulares conservadas. Hay evidencia de dilatación de sistemas colectores, pelvis y uréteres en toda su extensión. Espacios para y peri-renales libres. Vejiga de aspecto normal.</p> <p>OPONION: HIDROURETERONEFROSIS³³ GRADO II BILATERAL CON ECTASIA PIELICA ASOCIADA.” (fl. 27 C. historia clínica 2 H. Simón Bolívar).</p> <p>→ Uroanálisis efectuado el 29/12/2008, (fl. 29 C. historia clínica 2 H. Simón Bolívar) que reporta:</p> <p>“Examen físico: Aspecto turbio, Color amarillo. Examen Químico: PH 5.5, densidad 1.020, proteínas cualitativas +++ 300 mg/dl, glucosa – neg, cetonas – neg, hemoglobina +++ 250 RBC/ul, bilirrubinas – neg, nitritos – neg, urobilinógeno +- norm, leucocitos +++ 500 WBC/ul, ácido ascórbico – neg. Microscópico: leucocitos 75-80 xc, hematíes 1-3 xc, células epiteliales 0-2 xc, bacterias +++++”</p>
--

Los hombres de 50 años o más que tienen agrandamiento de la próstata presentan un mayor riesgo de sufrir prostatitis. La glándula prostática puede obstruirse. Esto facilita la proliferación de las bacterias. Los síntomas de prostatitis crónica pueden ser muy similares a un agrandamiento de la glándula prostática.” Consultado en:

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000519.htm>

³² “Infección de vías urinarias.” Consultado en:

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000521.htm#:~:text=Una%20infecci%C3%B3n%20de%20las%20v%C3%ADas,denomina%20cistitis%20o%20infecci%C3%B3n%20vesical.>

³³ “La hidronefrosis es la hinchazón de uno o ambos riñones. La hinchazón del riñón ocurre cuando la orina no puede drenar de un riñón y se acumula en el riñón como resultado. Esto puede ocurrir por una obstrucción en los tubos que drenan la orina de los riñones (uréteres) o por un defecto anatómico que no permite que la orina drene adecuadamente.” Consultado en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hydronephrosis/cdc-20397563>

<p>® Hematología efectuada el 29/12/2008, (fl. 30 C. historia clínica 2 H. Simón Bolívar) que reporta: "hemograma completo: glóbulos blancos, (...) diferencia manual, (...) glóbulos rojos (...) plaquetas"</p> <p>→ Química efectuada el 29/12/2008, (fl. 32 C. historia clínica 2 H. Simón Bolívar) que reporta: "Creatinina: 16.35 mg/dl, nitrógeno ureico 174 mg/dl."</p> <p>→ Epicrisis Subgerencia científica, línea de pago Colsubsidio, ingreso por urgencias a las 14+00. "Enfermedad actual y antecedentes pertinentes: <u>paciente con cuadro de más o menos 5 días consistente en disnea y retención urinaria con antecedente de estrechez uretral, consulta se coloca sonda vesical, reingresa por orina fétida. Examen físico de ingreso: Regular condición general, disnea con oxígeno por Venturi (...). Diagnóstico de ingreso: a) falla renal aguda, b) uropatía obstructiva, c) estrechez uretral, d) hidronefrosis bilateral (...)</u> 29/30/XII/2008 paciente hospitalizado en UCI intermedios." (fl. 29 C. historia clínica H. Simón Bolívar).</p> <p>30/12/2008 Consulta externa historia clínica por nefrología unidad renal.</p> <p>"motivo de consulta: Emergencia Dialítica³⁴</p> <p>Enfermedad actual: 69 años, historia clínica de 2 meses de goteo uretral diagnóstico de estenosis uretral³⁵, le realizan dilataciones y manejo con sonda vesical³⁶, se la retiraron el 18/12/2008. Posteriormente retención</p>
--

³⁴ Pertenciente o relativo a la diálisis. Consultado en: <https://dle.rae.es/dial%C3%ADtico>

³⁵ "Una **estenosis uretral es una cicatriz que estrecha el conducto que lleva la orina fuera del cuerpo (uretra)**. Una estenosis restringe el flujo de orina desde la vejiga y puede generar una variedad de problemas médicos en el tracto urinario, lo que incluye inflamación o infección.

(...)

Síntomas

Los signos y los síntomas de la estenosis uretral incluyen los siguientes:

- Disminución del flujo de orina
- Vaciamiento incompleto de la vejiga
- Pulverización del chorro de orina
- Dificultad, esfuerzo o dolor al orinar
- Aumento de la necesidad de orinar o micción más frecuente
- Infección de las vías urinarias

Causas

Las cicatrices, que pueden reducir la uretra, se pueden deber a lo siguiente:

- Un procedimiento médico que implica introducir un instrumento, como un endoscopio, en la uretra.
- El uso intermitente o a largo plazo de un tubo que se introduce a través de la uretra para drenar la vejiga (catéter).
- Un traumatismo o una lesión en la uretra o la pelvis.
- **Una próstata agrandada o una cirugía anterior para extirpar o reducir una glándula prostática agrandada.**
- **Cáncer de la uretra o la próstata.**
- infecciones transmitidas sexualmente.
- Radioterapia.

La estrechez uretral es más común en los hombres que en las mujeres. Con frecuencia se desconoce la causa." Consultado en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/urethral-stricture/symptoms-causes/syc-20362330>

³⁶ "Es una sonda que se coloca en el cuerpo para drenar y recolectar orina de la vejiga.

Información

Las sondas vesicales se usan para drenar la vejiga. Su proveedor de atención médica puede recomendar el uso de una sonda si usted tiene:

- Incontinencia urinaria (escape de orina o incapacidad de controlar cuándo orinar)
- Retención urinaria (ser incapaz de vaciar la vejiga cuando se necesita)
- Cirugía en la próstata o los genitales
- Otras afecciones como [esclerosis múltiple](#), lesión de la médula espinal o [demencia](#)

Las sondas vienen en muchos tamaños, materiales (látex, silicona, teflón) y tipos (recta, de punta acodada). Una sonda de Foley es un tipo común de sonda permanente. Es una sonda suave de plástico o caucho que se introduce en la vejiga para vaciarla de orina.

En la mayoría de los casos, su proveedor utilizará la sonda más pequeña y más apropiada.

Hay 3 tipos principales de sondas:

- Sonda permanente
- Sonda condón
- Autosondaje intermitente

SONDAS URETRALES PERMANENTES

Una sonda vesical permanente es una que permanece en la vejiga. Usted puede usarla por un período corto o durante mucho tiempo.

<p><u>urinaria por lo cual vuelven a ponerla el 24/12/2008. Posteriormente diuresis³⁷ inadecuada por sonda, disuria³⁸ y orina fétida por lo cual consulta.</u></p> <p>Antecedentes Patológicos: Estenosis uretral (...) Examen físico (...) Genitales: sonda vesical con orina purulenta (...) Paraclínicos <u>Laboratorio clínico: 29/12/2008</u> p de o proteinuria 300 mg/dl, hematuria, leucocitos 75-80 cr s xc, cuadro hemático leuc 18300, n 93%, L3%, HB 9B, HTO 29.5%, PLAQ 482000. <u>Creatinina 16.35</u>, bun 174, ekg t hiperagudas. <u>Otros: 29/12/2008 Eco renal y vías urinarias: riñones de tamaño, forma y ecogenicidad³⁹ normales, sin evidencia de lesiones focales o difusas.</u> RD 102x41x38 mm parénquima 4 mm, RI 129x58x56 MM parénquima 17 mm, relaciones corticomedulares conservadas, dilatación de sistemas colectores, pelvis y uréteres en toda su extensión.</p>

Para recolectar la orina, esta sonda se fija a una bolsa de drenaje. La bolsa tiene una válvula que puede abrirse para dejar que la orina salga. Algunas de estas bolsas se pueden amarrar a su pierna. Esto le permite llevarla por debajo de su ropa. Una sonda permanente **se puede introducir en la vejiga de 2 maneras:**

- **En la mayoría de los casos, la sonda se introduce a través de la uretra. Este es el conducto que lleva la orina desde la vejiga hacia afuera del cuerpo.**
- **Algunas veces, el proveedor introducirá una sonda en la vejiga a través de un agujero pequeño en el abdomen. Esto se hace en el hospital o en el consultorio del proveedor.**

Una sonda permanente tiene un globo pequeño inflado en el extremo. Esto impide que dicha sonda se deslice fuera del cuerpo. Cuando es necesario quitar la sonda, se desinfla el globo.

SONDAS CONDÓN

Las sondas condón pueden utilizarse en hombres con incontinencia. No se coloca una sonda dentro del pene. En su lugar, se coloca un dispositivo similar a un condón sobre este. La sonda va desde este dispositivo a una bolsa de drenaje. Esta sonda debe cambiarse todos los días.

SONDAS INTERMITENTES

Usted podría usar una sonda intermitente cuando solo es necesario utilizarla algunas veces o si no desea usar una bolsa. Usted o su cuidador introducen la sonda para drenar la vejiga y luego la retiran. Esto puede hacerse una o varias veces al día. La frecuencia dependerá de la razón por la que necesita usar este método o de la cantidad de orina que necesite drenar.

BOLSAS DE DRENAJE

En la mayoría de los casos, una sonda se fija a una bolsa de drenaje.

Mantenga la bolsa de drenaje más baja que la vejiga para que la orina no se devuelva hacia esta. Vacíe el dispositivo de drenaje cuando esté casi a la mitad y a la hora de dormir. Siempre lave sus manos con jabón y agua antes de vaciar la bolsa." Consultado en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003981.htm>

³⁷ "La **diuresis** es la excreción de **orina** tanto en términos cuantitativos como cualitativos. También se define como la cantidad de orina producida en un tiempo determinado." Consultado en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Diuresis>

³⁸ "La **disuria** es el dolor o la molestia al orinar, generalmente en forma de una sensación de ardor intenso. Algunos trastornos causan un dolor fuerte sobre la vejiga o el periné. La disuria es un síntoma muy común en las mujeres, pero puede aparecer en los hombres y presentarse a cualquier edad." Consultado en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-urogenitales/s%C3%A9ntomas-de-los-trastornos-urogenitales/disuria>

³⁹ "f. Propiedad de generar la reflexión de las ondas ultrasónicas. || Intensidad del brillo de una imagen obtenida en ecografía, relacionada con la capacidad de reflexión que presentan los tejidos." Consultado en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/ecogenicidad>

<p><u>hidroureteronefrosis⁴⁰ grado II bilateral con ectasia pielica⁴¹ asociada,</u> gases arteriales. 30/12/2008 ph 7,15, pco 10,2 po2 127,3, sat O2 97.8%, sodio 140.5, potasio 8.4, calcio 0.66, glucosa 59, lactato 1.1, hco 33.6 be - 25.4</p> <p><u>Impresión diagnóstica:</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Emergencia dialítica2. Falla renal aguda3. Infección vías urinarias complicada4. Acidosis metabólica <p><u>Análisis y plan: Paciente en emergencia dialítica, requiere paso de catéter transitorio para hemodiálisis y diálisis con bicarbonato urgente.</u> Se inician micronebulizaciones con B2, Gluconato de calcio, solución polarizante, monitoría continua, valoración por UCI, se espera para el paso del catéter porque no hay disponibilidad de este en el hospital,</p>

⁴⁰ "La dilatación del tracto urinario (Hidronefrosis/Hidroureteronefrosis) puede ser de origen obstructivo (estenosis pieloureteral, estenosis ureterovesical) o no obstructivo (megauréter, reflujo vesicoureteral)." Consultado en: <http://web.uchile.cl/vignette/borrar2/alasbimn/CDA/imprime/0,1208,PR%253D6124,00.html>.

También se observa en consulta efectuada en <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hydronephrosis/cdc-20397563>, lo siguiente:

"La hidronefrosis es la hinchazón de uno o ambos riñones. La hinchazón del riñón ocurre cuando la orina no puede drenar de un riñón y se acumula en el riñón como resultado. Esto puede ocurrir por una obstrucción en los tubos que drenan la orina de los riñones (uréteres) o por un defecto anatómico que no permite que la orina drene adecuadamente.

La hidronefrosis puede ocurrir a cualquier edad. La hidronefrosis en los niños se puede diagnosticar durante la infancia o a veces durante una ecografía prenatal antes de que nazca el bebé.

La hidronefrosis no siempre causa síntomas. Cuando ocurren, los signos y síntomas de la hidronefrosis pueden incluir:

- Dolor en el costado y la espalda que puede trasladarse a la parte baja del abdomen o la ingle
- Problemas urinarios, como dolor al orinar o sensación de necesidad urgente o frecuente de orinar
- Náuseas y vómitos
- Fiebre
- Retraso en el desarrollo, en los bebés

Causas

Normalmente, la orina pasa del riñón a través de un tubo llamado uréter que drena hacia la vejiga y, luego, fuera del cuerpo. Sin embargo, a veces la orina se acumula o permanece dentro del riñón o en el uréter. Es entonces cuando puede desarrollarse la hidronefrosis.

Algunas causas comunes de la hidronefrosis incluyen las siguientes:

- **Obstrucción parcial de las vías urinarias.** Las obstrucciones de las vías urinarias a menudo se forman donde el riñón se encuentra con el uréter. Menos comúnmente, pueden producirse obstrucciones donde el uréter se une a la vejiga.
- **Reflujo vesicouretral.** El reflujo vesicouretral ocurre cuando la orina fluye hacia atrás a través del uréter desde la vejiga hasta el riñón. Normalmente, la orina fluye solo en una dirección en el uréter. La orina que fluye en sentido contrario dificulta que el riñón se vacíe correctamente y hace que el riñón se hinche.

Las causas menos comunes de la hidronefrosis incluyen cálculos renales, un tumor en el abdomen o la pelvis y problemas con los nervios que conducen a la vejiga.

Diagnóstico

El médico de atención primaria puede remitirte a un médico que se especialice en afecciones que afecten al sistema urinario (urólogo) para tu diagnóstico.

Las pruebas para diagnosticar la hidronefrosis pueden incluir:

- **Un análisis de sangre** para evaluar la función renal
- **Un análisis de orina** para determinar si hay signos de infección o cálculos urinarios que puedan causar una obstrucción
- **Un examen de imágenes por ecografía**, durante el cual el médico puede ver los riñones, la vejiga y otras estructuras urinarias para identificar posibles problemas
- **Una radiografía especializada de las vías urinarias** que utiliza una sustancia de contraste especial para resaltar los riñones, los uréteres, la vejiga y la uretra, y que capta imágenes antes y durante la micción

Si es necesario, el médico puede recomendar exámenes de imágenes adicionales, como una tomografía computarizada o imágenes por resonancia magnética. Otra posibilidad es una prueba llamada exploración MAG3 que evalúa la función y el drenaje del riñón.

Tratamiento

El tratamiento de la hidronefrosis depende de la causa subyacente. Aunque a veces se necesita cirugía, la hidronefrosis a menudo se resuelve por sí sola.

- **Hidronefrosis leve a moderada.** El médico puede optar por esperar a que mejores por ti mismo. Aún así, es posible que el médico recomiende una terapia preventiva con antibióticos para disminuir el riesgo de infecciones de las vías urinarias.
- **Hidronefrosis grave.** Cuando la hidronefrosis dificulta el funcionamiento del riñón, como puede ocurrir en casos más graves o en casos que implican reflujo, es posible que se recomiende cirugía para eliminar una obstrucción o corregir el reflujo.

Si no se trata, la hidronefrosis grave puede provocar un daño renal permanente. En raras ocasiones, puede causar insuficiencia renal. Pero la hidronefrosis generalmente afecta solo un riñón, y el otro riñón puede hacer el trabajo de los dos." (se resalta)

⁴¹ "La **ectasia piélica** es la dilatación de una zona del riñón llamada pelvis renal. La pelvis renal es una estructura en forma de embudo que recoge la orina formada en los riñones y la envía al uréter, el conducto que lleva la orina hasta la vejiga." Consultado en: <https://faros.hsdbcn.org/es/articulo/conoce-ectasia-pielica-enfermedad-renal#:~:text=La%20ectasia%20pi%C3%A9lica%20es%20la,la%20orina%20hasta%20la%20vejiga.>

<p>solicitar respectivas autorizaciones a su EPS. Observaciones: prescripción filtro dicea 150, tiempo 3 horas, QB 200 ML/M, QD 500 ML/M, sin anticoagulante.” Nefrólogo Gabriel Antonio Cantor Córdoba. (fl.475 y 476 C.P. tomo I)</p> <p>→ 30/12/2008 Nota de ingreso a unidad de cuidado intermedio, motivo de ingreso dificultad respiratoria severa. Enfermedad actual paciente con disuria y retención urinaria desde hace más o menos dos semanas, manejado por urología con sonda vesical por estrechez uretral. Reconsulta ayer por urgencias por orina fétida y malestar general. PO inicial compatible con infección urinaria. (fl. 39 C. historia clínica H. Simón Bolívar)</p> <p>31/12/2008 Servicio de UCI. Nefrología. “Diagnósticos: - emergencia dialítica en resolución, - secundaria a uropatía obstructiva crónica agudizada. Evoluciona clínicamente hacia la mejoría con buen patrón respiratorio (...)”. (fl. 40 C. historia clínica H. Simón Bolívar)</p> <p>2-4/01/2009 “Paciente hemodinámicamente estable, pero refiere cuadro de 24h de dolor testicular con edema y doloroso a la palpación, se solicita valoración por urología. Actualmente en hemodiálisis interdiaria. (Epicrisis fl. 29 C. historia clínica H. Simón Bolívar)</p> <p>5-9/01/2009 Se reporta CL: 102 (ilegible) valorado por urología quienes consideran orquiepididimitis derecha se inicia manejo con: ampicilina, (ilegible) por 10 días. Paciente que se encuentra hemodinámicamente estable, se decide traslado a II nivel para continuar terapia antibiótica (Epicrisis fl. 29 C. historia clínica H. Simón Bolívar)</p> <p>10/01/2009 Solicitud y repuesta de interconsulta (fl. 31 C. historia clínica H. Simón Bolívar). Diagnóstico: 1) epididimitis⁴², 2) ERC. Resumen: pte conocido por el servicio por presentar epididimitis en manejo (ilegible) paciente el día de hoy refiere exacerbación de dolor al tacto (ilegible). Servicio interconsultado: urología. Motivo o justificación de la interconsulta: valoración. (fl. 31 C. historia clínica H. Simón Bolívar).</p> <p>11/01/2009 Medicina interna, pte (ilegible) dolor testículo (ilegible) (fl. 46 C. historia clínica H. Simón Bolívar).</p> <p>12/01/2009 Medicina interna, mejoría de dolor testículo derecho en un 60% (...) paciente con evolución hacia la mejoría (...)” (fl. 46 vto. C. historia clínica H. Simón Bolívar).</p> <p>13/01/2009 Medicina interna, paciente refiere dolor de moderada intensidad testículo derecho (...) estable sin signos de dificultad respiratoria (...)” (fl. 47. C. historia clínica H. Simón Bolívar).</p> <p>14/01/2009 Medicina interna, buen estado general (...) paciente que persiste con dolor testicular derecha (...)” (fl. 48. C. historia clínica H. Simón Bolívar).</p> <p>15/01/2009 Medicina interna, buen estado general (...) paciente quien ha evolucionado adecuadamente continua con dolor testicular derecho (...)” (fl. 48 vto. C. historia clínica H. Simón Bolívar).</p> <p>16/01/2009 Medicina interna, paciente estable hemodinámicamente, quien desde ayer no presenta diuresis (...) se poncha sonda vesical se dará salida con cita control por urología para definir conducta (...)” (fl. 49 C. historia clínica H. Simón Bolívar).</p> <p>17/01/2009 paciente quien refiere no tener diuresis desde hace 2 días (...) paciente estable, afebril, sin signos de dificultad respiratoria (...) salida con control y consulta externa con urología y nefrología” (fl. 49 C. historia clínica H. Simón Bolívar).</p>

⁴² “La **epididimitis** es una inflamación de la estructura tubular (epidídimo) que se encuentra en la parte posterior del testículo, y que almacena y transporta el esperma. Los varones de cualquier edad pueden desarrollar **epididimitis**.” Consultado en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/epididymitis/symptoms-causes/syc-20363853#:~:text=La%20epididimitis%20es%20una%20inflamaci%C3%B3n,cualquier%20edad%20pueden%20desarrollar%20epididimitis.>

<p>→ “paciente masculino de 59 años conocido por el servicio de urología por orquiepididimitis⁴³ derecha con antecedente de retención urinaria con posterior falla renal que se está manejando con diálisis interdiaria. El día de ayer le realizan cambios de sonda sin presentar micción espontánea, motivo por el cual solicitan nueva valoración. Se encuentra sonda mal posicionada de calibre reducido (14 FR), se retira sonda y se coloca sonda 20 fr obteniéndose drenaje claro, procedimiento sin problemas. Se evidencia induración dependiente de cola de epidídimo izquierdo doloroso a la palpación sin rubor ni calor. Testículo derecho con mejoría de proceso inflamatorio. TR: próstata de 40 gr benigna sin evidencia de proceso agudo infeccioso. IDX: 1) Retención urinaria, 2) orquiepididimitis izq. P/ Descompresión vesical compresiva. Se sugiere continuar con manejo a/b para proceso inflamatorio testicular izq. y sonda a permanencia hasta control ambulatorio. Se cierra IC.” (fl. 31 C. historia clínica H. Simón Bolívar).</p> <p>4/02/2009 Evolución por urología, que consigna “paciente conocido por el servicio por retención urinaria. Fue manejado por retención urinaria con falla renal post obstructiva que requirió hemodiálisis (...). Eco renal 8 de enero, hidronefrosis grado I-II bilateral. Próstata 127 cc. (...) Tacto rectal: próstata 60 gr. adenomatosa. (...) paraclínicos (...) control con resultados para prostatectomía abierta.” (fl. 9 C. historia clínica H. Simón Bolívar).</p> <p>18/02/2009 Consentimiento informado surtido por el señor ARCESIO TRUJILLO para la realización de prostatectomía abierta, por diagnóstico de hiperplasia prostática benigna⁴⁴. (fl.425 C.P. tomo I)</p> <p>13/04/2009 Se realiza prostatectomía abierta (fl. 109 y 141 C. historia clínica H. Simón Bolívar).</p> <p>→ Unidad de Patología. Fecha recibido 13-04-09, fecha entregado 20-04-09. Descripción macroscópica: Rotulado próstata se recibe próstata que mide 7x6x4 cm superficie lobulada al corte blanquecina elástica con áreas quística de 01 cm Se procesa muestra 6 bloques. Diagnóstico próstata: - Hiperplasia glandulo estromal, - Prostatitis⁴⁵ aguda y crónica. (fl. 133 C.</p>
--

⁴³ “La **causa** más frecuente de la epididimitis **es** una infección bacteriana, incluso las infecciones de transmisión sexual, como la gonorrea o la clamidia. A veces, también se puede inflamar un testículo, lo **que** da lugar a un trastorno denominado «**orquiepididimitis**».” Consultado en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/epididymitis/symptoms-causes/syc-20363853>

⁴⁴ “La hiperplasia prostática benigna, también llamada «agrandamiento de la glándula prostática», es una afección frecuente a medida que los hombres envejecen. El agrandamiento de la glándula prostática puede provocar síntomas urinarios molestos, como el bloqueo del flujo de orina de la vejiga. También puede provocar problemas de vejiga, vías urinarias o riñón. Existen varios tratamientos eficaces para el agrandamiento de la glándula prostática, entre ellos, medicamentos, terapias mínimamente invasivas y cirugía. Para elegir la mejor opción, tú y tu médico considerarán los síntomas, el tamaño de la próstata, otros trastornos de salud que puedas tener y tus preferencias.

Síntomas

En las personas con agrandamiento de próstata, la gravedad de los síntomas varía, pero tienden a empeorar gradualmente con el tiempo. Algunos signos y síntomas frecuentes de la hiperplasia prostática benigna son los siguientes:

- Necesidad de orinar frecuentemente o con urgencia
- Aumento de la frecuencia de la orina por la noche (nicturia)
- Dificultad para comenzar a orinar
- Flujo de orina débil o que se detiene y vuelve a comenzar
- Goteo después de orinar
- Imposibilidad de vaciar la vejiga por completo

Los signos y síntomas menos frecuentes comprenden:

- Infección de las vías urinarias
- Imposibilidad de orinar
- Sangre en la orina

El tamaño de la próstata no determina necesariamente la gravedad de los síntomas. Algunos hombres con agrandamiento leve de la próstata pueden tener síntomas importantes, en tanto que otros hombres con mayor agrandamiento de la próstata pueden tener solo síntomas leves.

En algunos casos, los síntomas se estabilizan con el tiempo e incluso pueden mejorar.” Consultado en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/benign-prostatic-hyperplasia/symptoms-causes/syc-20370087>

⁴⁵ La prostatitis es la inflamación de la glándula prostática. Este problema puede ser causado por una infección con bacterias.

La prostatitis aguda comienza rápidamente, mientras que la prostatitis prolongada (crónica) dura 3 meses o más. Sin embargo esta no es una causa común

La irritación continua de la próstata que no es causada por bacterias se denomina **prostatitis abacteriana crónica**.

Causas

Cualquier bacteria que pueda causar una **infección urinaria** puede producir una prostatitis bacteriana aguda.

Las infecciones que se transmiten a través del contacto sexual pueden causar prostatitis. Estas incluyen **clamidia** y **gonorrea**. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) tienen mayor probabilidad de presentarse a raíz de:

	historia clínica H. Simón Bolívar).
TESTIMONIOS	
<p>Testimonio del médico urólogo CARLOS ALFONSO FERNANDEZ DE CASTRO, Folios 239-244 C.P. tomo I</p>	<p>Respecto de la atención que prestó al señor ARCESIO TRUJILLO LOZADA, el 4 de septiembre, 15 de octubre, 26 de noviembre, 4 y 18 de diciembre de 2008, en el <u>HOSPITAL EL TUNAL</u>.</p> <p><u>“sí lo atendí en consulta externa de urología, en seis ocasiones, el paciente ingresó por tamizaje de próstata, el control de próstata, se examinó al paciente se le solicitaron exámenes clínicos, entre los cuales se solicitó creatinina, antígeno prostático, uroanálisis, urocultivo y urodinamia, esto fue el 04 de septiembre de 2008; el paciente volvió a la consulta de urología el día 25 de septiembre de 2008 al control de urología con los exámenes solicitados, en los cuales se encontró una creatinina elevada, que es la prueba de función renal y no se logró hacer la urodinamia debido a que no pasaron las sondas para realizar el examen a través de la uretra, en esta consulta se remite al paciente a nefrología por tener la creatinina elevada valoración que se realiza el día 30 de octubre, y se envía a cistoscopia para determinar la causa del no paso de las sondas, procedimiento que se realiza el 03 de octubre donde se evidencio estrechez de la uretra la cual se logró dilatar en este procedimiento; asiste a nuevo control el 15 de octubre donde el paciente refiere claramente una mejoría del 80% en la dificultad de orinal posterior a la cistoscopia, dado la buena evolución del paciente se deja en manejo expectante y queda pendiente de valoración con resultado de urodinamia; vuelve a consultar el 26 de noviembre donde el paciente refiriendo aumento de los síntomas de dificultad para orinar, por lo cual se envía al paciente para una nueva dilatación uretral y colocación de sonda uretral a permanencia con lo cual queda derivada la vía urinaria, procedimiento que se realiza el 29 de noviembre; asiste a nuevo control el 04 de diciembre, encontrándose al paciente con sonda uretral funcionando normalmente, y se cita en dos semanas para intentar retiro de sonda y micción espontanea; asiste a ultimo control de urología el 18 de diciembre de 2008 encontrándose el paciente con sonda funcionando normalmente, en esta consulta se retira la sonda uretral y se dan recomendaciones de consulta por urgencias en caso de disminución del chorro miccional. En este estado de la diligencia es aportado por el resumen de la Historia Clínica el cual aparta el testigo en 04 folios.”</u></p> <p>Frente al procedimiento que debe adoptarse en relación a paciente con la sintomatología del señor Arcesio al ingreso “tamizaje de próstata, nicturia de cinco por noche, frecuencia urinaria 3 x 5; disminución del calibre de chorro, intermitencia, incontinencia nocturna”. Señala que:</p> <p><u>“mientras el paciente no se encuentre en retención urinaria, lo que se realiza es exámenes paraclínicos de tamizaje de próstata, como creatinina, parcial de orina y antígeno prostático como primera línea, si con estos resultados no se logra aclarar el diagnóstico del paciente se solicitaría ecografías de vías urinarias, cistoscopia y urodinamia. (...) la urodinamia, es un estudio dinámico de la vejiga que sirva para determinar el</u></p>

- Ciertas prácticas sexuales, como tener relaciones sexuales anales sin usar un condón
 - Tener muchas parejas sexuales
- En hombres mayores de 35 años, la *E. coli* y otras bacterias comunes causan la prostatitis en la mayor parte de los casos. Este tipo de prostatitis puede comenzar en:
- El epidídimo, un pequeño conducto que se encuentra encima de los testículos.
 - La uretra, el conducto que transporta la orina de la vejiga al exterior a través del pene.
- Asimismo, la prostatitis aguda puede ser causada por problemas con la uretra o la próstata, tales como:
- Un bloqueo que reduce o evita el flujo de orina hacia afuera de la vejiga
 - Imposibilidad de retraer el prepucio (fimosis)
 - Lesión en la zona entre el escroto y el ano (perineo)
 - [Sonda vesical](#), [cistoscopia](#) o biopsia de próstata (extracción de un pedazo de tejido para buscar cáncer)
- Los hombres de 50 años o más que tienen agrandamiento de la próstata presentan un mayor riesgo de sufrir prostatitis. La glándula prostática puede obstruirse. Esto facilita la proliferación de las bacterias. Los síntomas de prostatitis crónica pueden ser muy similares a un agrandamiento de la glándula prostática.” Consultado en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000519.htm>

funcionamiento de la vejiga y determinar si el paciente tiene obstrucción del tracto urinario bajo, en el cual se colocan dos sondas a través de la uretra para poderlo realizar (...) en la cistoscopia se pasa un lente a través de la uretra para revisar la uretra, próstata y vejiga y sirve para determinar si hay algún tipo de obstrucción tanto en uretra como en próstata. (...) el Prostatismo moderado es cuando el paciente tiene síntomas moderados de obstrucción urinaria los cuales se miden por un índice IPSS de síntomas obstructivos urinarios bajos y el manejo puede variar de la causa de la obstrucción que puede ser o una estrechez en la uretra, una próstata aumentada de tamaño o una vejiga con una mala contractibilidad, en el caso de la estrechez uretral lo primero que se realiza es una dilatación uretral más cistoscopia en el caso del paciente. (...) la nefropatía obstructiva es cuando se presenta una alteración en la función del riñón secundaria a un proceso urinario obstructivo bajo, como puede ser la hiperplasia de la próstata, vejiga neurogenica y la estrechez uretral, y se debe tratar manejando la patología de la base, que en el caso del paciente fue una estrechez uretral la cual se manejó con la dilatación uretral, cistoscopia y derivación de su vía urinaria con sonda uretral.

Las consecuencias de no realizar la derivación de la vía urinaria al paciente con nefropatía obstructiva, implica que “puede continuar el deterioro de la función renal, lo cual se ve en pacientes con obstrucción urinaria mayor de tres meses.”, el tiempo máximo que debe transcurrir entre el diagnóstico de la nefropatía y la derivación de la vía urinaria, es de “Tres meses, es cuando se produce daño renal irreversible”.

El 30 de octubre del año 2008, “la conducta que se toma con el paciente es enviarlo a dilatación uretral más colocación de sonda uretral, que es la misma conducta que solicita el nefrólogo en su consulta del 30 de octubre. Aquí en el folio 15 están registrados los exámenes paraclínicos del paciente donde se confirmó el diagnóstico de estrechez uretral y basado en estos resultados se toma la conducta de enviar al paciente a dilatación uretral y colocación de sonda uretral. Se hizo revisión por sistemas ya que está anotado en la historia clínica que el paciente refiere disminución del chorro miccional, no hay anotados antecedentes ya que el paciente no tiene antecedentes y el examen físico es normal porque no hay cambios respecto del examen físico urológico anterior. Es falso en cuanto el médico no contempla realizar derivación de la vía urinaria ya que está claramente anotado en la conducta que se toma con el paciente que se debe colocar una sonda uretral, con lo cual queda derivada la vía urinaria del paciente”

Respecto de la atención del **4 de diciembre de 2008**, señala que: “no se mencionan exámenes paraclínicos ya que el paciente no tenía exámenes paraclínicos pendientes, en la revisión por sistemas donde esta anotado retención urinaria es un error tipográfico ya que el paciente no se encuentra en retención urinaria en ningún momento como se menciona en la enfermedad actual como en el examen físico donde se encuentra el paciente con su sonda uretral funcionando con drenaje de orina clara. En el examen físico del paciente esta anotado que esta con sonda funcionando con orina clara el cual es el examen físico urológico del paciente. No se solicitan nuevas pruebas por parte del servicio de urología ya que el paciente se encuentra en manejo por parte de nefrología quienes son los encargados de manejar las patologías renales del paciente, y por parte de urología cuyo diagnóstico es de estrechez uretral ya fue manejado con la dilatación uretral y la sonda uretral a permanencia. El servicio de nefrología requirió derivación de la vía urinaria, la cual esta derivada desde el 29 de noviembre cuando se le hizo la dilatación uretral y se dejó sonda uretral del Foley.”

En relación a las razones por las cuales se ordenó el 4 de septiembre de 2008, al paciente en mención los exámenes de urodinamia, PSA, creatinina y uroanálisis, indica que “el paciente como motivo de consulta venía a tamizaje de próstata refiriendo a la enfermedad actual, síntomas de prostatismo moderado, para estos casos basándose en las guías de manejo de todas las sociedades científicas urológicas incluyendo la Colombiana, se

	<p><u>debe realizar tacto rectal el cual se le hizo al paciente y se deben de solicitar los exámenes de tamizaje de próstata los cuales antígeno prostático, creatinina, uroanálisis y urodinamia los cuales se le solicitaron al paciente, como lo dictaminan las guías de manejo de hiperplasia de la próstata, los cuales sirven para determinar si el paciente tiene algún grado de obstrucción urinaria.</u></p> <p>El hallazgo en el examen físico abdominal de un "gran globo vesical", "significa que el paciente no puede evacuar por algún motivo la vejiga, el globo vesical."</p> <p>No hay consignado ningún antecedente médico "ya que el paciente no tiene antecedentes no tiene antecedentes médicos ni familiares como se corrobora en la historia clínica de remisión del Hospital de Tunjuelito y el servicio de nefrología. (...) el paciente en la remisión del hospital de Tunjuelito no trae antecedentes, en la Historia de nefrología también son negativos los antecedentes y nuevamente en la historia del 04 de diciembre el paciente niega antecedentes nuevamente."</p> <p>En consulta del 25 de septiembre de 2008, "no hay anotados revisión por sistemas ni examen físico ya que este se había realizado dos semanas antes en la consulta anterior y este era un control para revisar resultados de paraclínicos, tomándose la conducta en esta consulta de enviar al paciente a cistoscopia para determinar el no paso de sonda en la urodinamia. (...) como el paciente asistía a su primer control con urología, trayendo paraclínicos con él, en el motivo de consulta se anotaron los resultados de los paraclínicos solicitados en la cita anterior.", se anotó entonces en el motivo de consulta, el no pasó de sonda por acodamiento de la misma, "debido a que aquí se estaban anotando los resultados de los paraclínicos y se anotó que durante la Citometría que hace parte de la urodinamia no se logró el paso de las sondas. (...) lo de las posibles causas del acodamiento de la sonda en la uretra pueden ser, hiperplasia de la próstata, estrecheces de la uretra, cálculos uretrales, tumores uretrales, fibrosis del cuello de la vejiga, falta de lubricación de las sondas, y la única manera de determinar estas causas es por medio de una cistoscopia, en la cual se observa directamente la uretra a través de un endoscopio determinando la causa de la obstrucción." la obstrucción que no permitía el paso de la sonda y la obligaba a acodarse, ni implica que se determine imposibilidad de evacuación de la orina, "es muy poco probable debido a que las estrecheces en los pacientes con prostatismo moderado como es el caso del señor Arcesio, en ningún momento produjo una retención urinaria completa si no le estaba generando al paciente síntomas de prostatismo moderado, lo cual se corrobora con el hallazgo en la cistoscopia de obstrucción uretral del 60% de la luz, lo cual le permitía al paciente orinar, sin generarle una urgencia vital en el momento</p> <p>Testigo señalado como sospechoso por el apoderado de la parte demandante en esta diligencia, destacando que se ratifica en los señalamientos que efectuó al momento de pronunciarse sobre las excepciones propuestas, señalándolo como testigo sospechoso, por tener un vínculo de dependencia con el Hospital El Tunal, y además al haber intervenido directamente en la atención brindada tiene interés en las resultas del proceso. (fl. 163 C.P. Tomo 1), señalamiento que en esa oportunidad también efectuó respecto de MAURICIO NIETO MARTINEZ, JORGE CANTILLO TURBAY, y HUGO TAUTIVA.</p>
<p>Testimonio del médico urólogo HUGO TAUTIVA ORTIZ, Folios 234-238 C.P. tomo I</p>	<p>Quien atendió al señor ARCESIO TRUJILLO LOZADA, en el HOSPITAL El Tunal y le realizó el 29 de noviembre de 2008, dilatación uretral y colocación de sonda uretral de Foley.</p> <p>"(...) el principal antecedente y por el cual se motivó dicha atención fue la presencia de una estrechez de la uretra posterior la cual necesitaba dicho tratamiento, además de la presencia de elevación de nitrogenados lo cual requería la derivación y colocación de una sonda de Foley."</p> <p>El procedimiento señalado cuando ingresa a consulta un paciente con la sintomatología o patología que presentaba el señor ARCESIO TRUJILLO</p>

	<p>LOZADA, esto es "tamizaje de próstata, nicturia de cinco por noche, frecuencia urinaria 3 x 5; disminución del calibre de chorro, intermitencia, incontinencia nocturna", es "como primera medida se debe hacer interrogatorio al paciente, examen físico, incluyendo el examen de la próstata para ver la posibilidad de causa de crecimiento prostático como una de las primeras opciones, además solicitud de exámenes paraclínicos como: P.S.A, pruebas de función renal y análisis de orina."</p> <p>"La cistoscopia es un procedimiento en el cual se coloca anestesia local a través de la uretra y se pasa un tubo con una cámara y una lente en la punta para de esa manera lograr visualizar la integridad de la uretra, ver si hay estrecheces uretrales, evaluar la forma y tamaño de la próstata y además evaluar las características de la vejiga. (...) el prostatismo moderado es el conjunto de síntomas derivados del crecimiento y obstrucción del tracto urinario bajo, bien sea por crecimiento prostático o bien sea por presencia de estrechez uretral, el tratamiento dependerá de la severidad de los síntomas y de la causa de los mismos, en caso de que exista crecimiento prostático se puede optar por tratamiento quirúrgico o tratamiento médico, en el caso de las estrecheces uretrales el manejo se hará acorde a su longitud y severidad, se puede realizar <u>dilatación de la uretra o procedimientos quirúrgicos de mayor complejidad en los casos en que sea necesario.</u>"</p> <p>Ante resultados de exámenes paraclínicos que arrojan resultados de "Creatinina en suero 4,79; Antígeno prostático total 2,93; Parcial de orina: densidad 1015, PH 6,0; leucocitos en orina 25/ul, bacterias escasas", "en este caso el tratamiento, <u>en el contexto del paciente en mención y dada la elevación de la creatinina es necesario realizar dilatación de la estrechez uretral y derivación mediante sonda de Foley para de esta manera aliviar las presiones elevadas dentro de la vejiga y así mismo aliviar la presión que se transmite a las unidades renales.</u> (...) la dilatación de la uretra es un procedimiento en el que previa asepsia se coloca lidocaína jalea como anestésico y lubricante y se pasa dilatadores de la uretra comenzando con un delgado y terminando con uno del diámetro apropiado a cada paciente. (...) los riesgos inherentes al procedimiento serían: sangrado importante de la uretra, infección en el sitio, presencia de falsas rutas y como una de las situaciones características de la estrechez uretral es su recurrencia, quiere decir ello que a pesar de que hagamos varias dilataciones la estrechez puede recurrir y esto no depende del tratamiento mismo si no de la idiosincrasia del paciente. (...) <u>si vamos a la causa del problema la estrechez misma como causa de todo el problema se considera como un cicatriz del interior de la uretra y como lo había mencionado anteriormente dicha entidad puede ser recurrente, hay personas en quienes con una sola dilatación están curados pero hay pacientes que estamos dilatando desde hace 10 o 15 años y siguen necesitando de nueva dilataciones uretrales, la ciencia ha investigado en la bioingeniería pero incluso con cultivos de células madre no se ha logrado solucionar dicho problema.</u> De igual manera cualquier trauma propinado a la uretra como una caída ahorcajadas o colocación de una sonda uretral o la realización de una cistoscopia o una simple patada en la zona genital o la presencia de enfermedades venéreas pueden ser causa de estrechez uretral." (Se resalta)</p>
<p>Testimonio del médico nefrólogo MAURICIO NIETO MARTINEZ, Folios 229-233 C.P. tomo I</p>	<p>Quien atendió al señor ARCESIO TRUJILLO LOZADA, el 30 de octubre de 2008, en el HOSPITAL EL TUNAL, y quien refiere de la <u>nefropatía obstructiva</u> "es una alteración en la función renal derivada de una <u>detención del flujo de la orina en alguno de los trayectos del aparato urinario, pudiendo ser extrínseca al mismo o intrínseca, bilateral o unilateral, se manifiesta por reducción en el volumen de la orina puede ser dolorosa o no dolorosa, al examen del paciente puede evidenciarse la retención de la orina en la vejiga o en uno o ambos riñones, no siendo esto constante, finalmente puede manifestarse de forma tardía por síntomas o signos derivados por la falla en la función de los riñones, conocida como estado urémico; la nefropatía obstructiva rara vez es dependencia directa del nefrólogo salvo en estos últimos casos que hay compromiso funcional grave, su tratamiento básico es la derivación de la orina generalmente hacia el exterior del cuerpo.</u></p>

Las consecuencias de la de no realización de derivación de la vía urinaria al paciente con nefropatía obstructiva pueden ser que se presente “infección urinaria, pero sobre todo alteración en la función renal dada por alteraciones bioquímicas relacionadas con la no excreción de desechos tóxicos que normalmente sucede cuando la función renal es normal, en tal caso se presenta una intoxicación que compromete casi todo la economía corporal, todo el funcionamiento corporal y que de no tratarse finalmente conduce a la muerte. Aclaro dos cosas las obstrucciones unilaterales no tiene esa gravedad dado que la función restante del riñón contra lateral puede hacer pasar de modo desapercibido el proceso obstructivo, igualmente aclaro que la rapidez con que se dañen los riñones sometidos a obstrucción variará de acuerdo si la obstrucción es parcial, completa, si hay infecciones sobre añadidas y el estado funcional basal de los riñones.”

Respecto al tiempo máximo que debe transcurrir entre el diagnóstico de la nefropatía y la derivación de la vía urinaria, se tiene que “idealmente debe realizarse tan pronto se detecta la situación, el tiempo en general varía entre veinte días, un mes máximo dos meses, antes que los riñones se consideren muy probablemente irrecuperables, esto basado en estudios biológicos con animales y clínicos, sin embargo se observa frecuentemente que hay obstrucciones parciales que no llevan a un deterioro en este tiempo.

Respecto de los tiempos que debían transcurrir entre la nefropatía obstructiva y la derivación urinaria, “(...) consecuente con lo que expuse arriba, **nos encontramos con un paciente que tiene evidentemente una obstrucción bilateral de los riñones de curso bastante prolongado, un tiempo difícil de precisar pero lo suficiente para haberle causado una alteración bastante severa de la alteración de la función renal, dado que no tiene otros antecedente de enfermedades y que había ocurrido un intento fallido con el servicio de urología de desobstruirlo,** en mi contexto de entonces en un consultorio doy indicaciones de manejo urgente por urología y lo cito en dos meses esperando ver la respuesta funcional de los riñones del paciente, luego de la derivación de la vía urinaria que hacia futuro debía realizarse.”

En cuanto a las implicaciones que tiene en el paciente, el hallazgo de una creatinina en 4,79, destaca que **“esta cifra de creatinina corresponde a un deterioro de la función renal severa, la función renal se mide de acuerdo a llamada depuración de creatinina cuyo valor normal es mayor de 90 ml por minuto, para la edad y la cifra de creatinina del paciente que nos ocupa, esta función está por debajo de los 30 ml por minuto, probablemente por debajo de 15 ml por minuto, en nefrología la magnitud de este deterioro funcional corresponde a la llamada enfermedad renal crónica estado 4, o podemos estar hablando de un paciente en fase predialítica. Era de esperar que la función renal del paciente se estabilizara o tuviera una mejoría parcial después de ser llevado a derivación.**

En cuanto a la obstrucción que presentaba el paciente señaló: “sí, estoy de acuerdo con que la obstrucción era muy severa. (...) una obstrucción completa o severa puede llegar a causar un deterioro funcional agudo, sin embargo, suelen ser de una manifestación clínica más florida o pueden ser más manifiestos las obstrucciones agudas, casi siempre obliga al paciente a consultar por urgencias con el llamado cuadro clínico de retención urinaria aguda, como anoté arriba, correspondiendo a una manifestación dolorosa y muy incómoda de la obstrucción de la vía urinaria. Un caso de curso relativamente indolente que acude al servicio de consulta externa se detecta de manera casi casual un gran globo vesical nos habla de un proceso de instauración más lento. En este caso se considera una derivación urgente dado que ya hay un deterioro muy evidente de las pruebas de laboratorio que de no solucionarse pueden llegar a presentar hasta un cuadro completo de falla renal avanzada terminal.”

La obstrucción de la vía urinaria corresponde en principio al conocimiento del urólogo, que procede dependiendo de la ubicación y la naturaleza de la

	<p>obstrucción, “el nefrólogo ocasionalmente interviene en el manejo de los pacientes que tienen nefropatía obstructiva, como es en los casos severos, de compromiso de la vida por falla en la función de los riñones y que requieren de forma pronta generalmente horas o máximo días el inicio de terapia de diálisis, la cual es una terapia que reemplaza de forma parcial e imperfecta la función de los riñones. En otras situaciones menos críticas el nefrólogo valora de modo específica la función de los riñones, el aporte funcional de cada uno de ellos, el impacto que tendría la extracción de un riñón sobre la función general de los riñones, y algunas otras situaciones muy específicas, de resto nos compete como a todo médico o personal de salud con el conocimiento suficiente detectar y enviar a urología las nefropatías obstructivas que detectemos a las cuales les hacemos seguimiento básicamente buscando hacer un manejo óptimo de todos los factores que pudieran traducirse en lesión de los riñones. (...) como respondí arriba esas situaciones las detectamos y las direccionamos, <u>aparte que le paciente ya había sido instrumentado por urología y la sonda no había pasado, lo que me traducía que no era una situación de manejo usual.</u> (...) solo puedo decir que fue urgente y que solicite el manejo de urología urgente, no se evidencia documento de remisión.”</p>
<p>Testimonio del especialista en medicina interna y nefrología JORGE DE JESÚS CANTILLO TURBAY, Folios 224-228 C.P. tomo I</p>	<p>Quien atendió al señor ARCESIO TRUJILLO LOZADA, en el HOSPITAL EL TUNAL, y refiere lo conoció “(...) a partir de marzo de 2009 ya que venía remitido de la Clínica Fundadores, para continuar tratamiento de Hemodiálisis crónica, es decir para esa fecha el paciente ya padecía enfermedad renal crónica estadio 5, para continuar su control habitual como paciente de diálisis (...) en el momento de la valoración inicial que corresponde a marzo 2009 el paciente tenía como antecedente, estrechez uretral severa y pielonefritis crónica⁴⁶, nefropatía obstructiva, y enfermedad renal crónica en fase terminal en diálisis.”</p> <p>(...)</p> <p>“La nefropatía obstructiva, es una de las causas de iniciación de la enfermedad renal crónica, corresponde a una obstrucción por cualquier causa de la vía de excreción urinaria, la conducta médica y/o quirúrgica que se deba tomar no es igual para todos los pacientes y depende de una evaluación concienzuda desde el punto de vista urológico y nefrológico.”</p> <p>Las consecuencias de no realizar derivación de la vía urinaria al paciente con nefropatía obstructiva, “si existen criterios de urgencia y efectivamente existe hidronefrosis, que es un signo de uropatía obstructiva, la conducta es derivar al paciente para descomprimir la vía urinaria. Se pueden presentar casos de hecho muchos con hidronefrosis que no requieren derivación urgente, obviamente las consecuencias son el desarrollo de enfermedad renal aguda y/o crónica.” En cuanto al tiempo máximo que debe transcurrir entre el diagnóstico de la nefropatía y la derivación de la vía urinaria. <u>“No existe un tiempo, la literatura no habla de tiempos, pero la literatura sí dice que la presencia de una uropatía obstructiva no resuelta tiene una relación directamente proporcional al desarrollo de una enfermedad renal. (Si una uropatía obstructiva no ha recibido la solución que compete en la medida que transcurre el tiempo con esta uropatía no resuelta existe una relación directamente proporcional entre la uropatía obstructiva no resuelta y la probabilidad de desarrollar enfermedad renal).</u></p> <p><u>La pielonefritis crónica “es una forma de infección del tracto urinario, en la que existe algún foco o focos inflamatorios localizados directamente en los riñones, que se podrían reactivar ocasionalmente en el tiempo, existen muchas causas de pielonefritis que podrían ser de tipo agudo o de tipo crónico, entre otras causas esta las uropatías obstructivas, las infecciones del parénquima renal en pacientes con</u></p>

⁴⁶ “La **pielonefritis** o **infección urinaria alta** es una infección del riñón que involucra el parénquima renal, la pelvis renal y los cálices renales. Normalmente, los microorganismos que la producen ascienden desde la vejiga hasta el parénquima. Se caracteriza por dolor al orinar, fiebre, escalofríos, dolor en el flanco y la zona lumbar, náuseas y vómitos. (...) Hay diferentes factores de riesgos, entre las que se pueden destacar, por ser más comunes: (...) La **uropatía obstructiva**: es un taponamiento de las vías urinarias produciendo el estancamiento de la orina. Existen muchas causas de uropatía obstructiva, la causa más frecuente es la **urolitiasis**. (...)” Consultado en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Pielonefritis>

	compromiso de las defensas y las reactivaciones frecuentes de infecciones urinarias generan empeoramiento de la función renal en los casos de pielonefritis aguda el diagnóstico se hace a través de la sintomatología y la sinología del paciente asociados a exámenes del parcial de orina patológicos. El diagnóstico de pielonefritis crónica es más difícil de realizar y es más de presunción, en un paciente con factores de riesgo para infección urinaria, para esto se requiere estudios imagenológicos.”
Testimonio del cirujano especialista en nefrología, GABRIEL ANTONIO CANTOR CORDOBA, Folios 494-495 C.P. tomo I	Quien atendió al señor ARCESIO TRUJILLO LOZADA, en el HOSPITAL SIMÓN BOLIVAR, y señala que el 30 de diciembre de 2008 , por interconsulta solicitada por departamento de urología, atendió al paciente por cuadro de emergencia dialítica, relacionada con uropatía obstructiva, infección urinaria complicada, con acidemia metabólica severa e hipercalcemia severa, que requirió traslado a cuidados intensivos, y manejo con diálisis de urgencia , se implantó un catéter temporal para hemodiálisis y se inició terapia de reemplazo renal con hemodiálisis. Continúa estudio y manejo de hidronefrosis bilateral e infección urinaria por urología y medicina interna. Se soportó en la unidad renal con hemodiálisis durante hospitalización.”

PERICIAS

Realizada por ELIZABETH MARÍA MURRAIN KNUDSON, enfermera profesional y concerniente a la sonda vesical. Folios 389 a 408, y 513 a 522 del C.P. tomo I.	<p>Da cumplimiento a la prueba encomendada a la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMERAS DE COLOMBIA ANEC, mediante oficio N° 1008 de fecha 19 de diciembre de 2012, y l destaca:</p> <p>“El cateterismo vesical o uretral es la introducción de una sonda, a través de la uretra al interior de la vejiga urinaria con fines diagnósticos y terapéuticos. Considerando que el cateterismo vesical es una maniobra invasiva y potencialmente traumática a la estructura de las vías urinarias estériles, excepto en la parte final de la uretra que se considera no estéril; en el procedimiento del cateterismo vesical se estima que existe un alto riesgo de infección del tracto urinario, por la introducción de microorganismos al interior de la vejiga. Por lo tanto, se debe valorar cuidadosamente la necesidad de la realización del procedimiento en forma correcta, además de realizarlo con la técnica estrictamente estéril.</p> <p>(...)</p> <p>Las complicaciones que presenta el paso de sonda vesical son:</p> <p><u>2.1. Infección urinaria:</u></p> <p>El problema más común asociado al uso de esta técnica (paso de sonda vesical) son las infecciones del tracto urinario, siendo una de las infecciones nosocomiales más comunes, representando entre el 20 y el 40% del total de las infecciones adquiridas durante el ingreso hospitalario. (...). <u>También existen factores intrínsecos, propios de del paciente, que pueden facilitar la infección urinaria asociada a sondaje: edad avanzada, sondaje vesical permanente intermitente o sondaje vesical permanente con uso de cistofló, sexo femenino, insuficiencia renal, diabetes mellitus, inmunodepresión, malformaciones, uretritis, prostatitis, pielonefritis, entre otros.</u></p> <p><u>2.2. Perforación uretral (falsa vía) o vesical:</u></p> <p>Se presenta ruptura de la uretra y la creación de una nueva vía, distinta a la anatómica que termina en el extremo del ciego. Frecuentemente se presenta en la uretra bulbar y la región cervicoprostático, localizándose habitualmente en la cara posterior uretral. (...)</p> <p><u>2.3. Hematuria ex vacuo:</u></p> <p>Es una hemorragia activa producida por rotura de los capilares por descompresión brusca de éstos en una cavidad uretral o vesical, que llena de líquido, se ha vaciado rápidamente.</p> <p><u>2.4. Uretritis:</u></p> <p>La uretritis es una inflamación o irritación de la uretra (el conducto por el que se elimina la orina del cuerpo), con hinchazón y presencia de células</p>
--	--

<p><i>inmunes adicionales que puede continuar durante semanas o meses.</i></p> <p><i>También se la conoce con el nombre alternativo de síndrome uretral. <u>La uretritis crónica es por lo general, causada por una infección bacteriana o por un problema estructural (estrechamiento de la uretra).</u> (...)</i></p> <p><i>Los principales síntomas de la uretritis, bastante comunes son micción dolorosa y aumento de la frecuencia urinaria. Entre las personas que experimentan tales síntomas, del 50% al 75% tienen una infección bacteriana, (...)</i></p> <p><i>Entre el grupo de posibles agentes causales se incluyen organismos que causan una variedad de enfermedades de transmisión sexual. Asimismo, las enfermedades de transmisión sexual como infección por <i>Clamidia spp.</i> y gonorrea pueden causar uretritis. (...).</i></p> <p><u>2.5. Retención urinaria por obstrucción de la sonda:</u></p> <p><i><u>Es habitual en el cateterismo vesical de largo tiempo cuya duración o permanencia es mayor de 30 días. Se da en pacientes crónicos, que hacen retenciones urinarias frecuentes. En estos casos no es posible prevenir la bacteriuria, por lo que se debe intentar evitar que aparezcan complicaciones (prostatitis, pielonefritis, epididimitis, bacteremia, obstrucción del catéter, litiasis, fístulas, insuficiencia renal, cáncer de vejiga).</u></i></p> <p><i><u>Lo más frecuente es la obstrucción de la sonda, en cuyo caso se cambia todo el sistema. Para prevenirla es útil el evitar acodamientos. Se dan antibióticos si hay sintomatología de infección, previa toma de urocultivo y cambio del sistema. Se proseguirá con antibioterapia según urocultivo. En algunos casos se puede pasar al cateterismo intermitente o bien a la utilización de pañal o colector externo.</u></i></p> <p><i>(...)</i></p> <p><i><u>Teniendo en cuenta que la realización de las dilataciones aún bajo procedimiento quirúrgico pueden generar uretritis (por la fricción ocasionada en la túnica mucosa) y de hecho el paciente está evidenciando una “estrechez uretral”, en este momento la colocación de sonda vesical pasa de ser un procedimiento o técnica rutinaria a convertirse en uno de alta complejidad, por tanto es competencia exclusiva de la colocación de la sonda por parte de un profesional médico con especialización en urología.</u> La competencia del médico especialista en urología está en capacidad de brindar atención, tratamiento, mantenimiento y rehabilitación de las personas con padecimientos del tracto genitouretral, es decir la competencia del médico urólogo valora solamente lo correspondiente a la uretra (conducto por el que sale la orina). La urología es una especialidad clínico-quirúrgica que se encarga de las enfermedades de las vías urinarias, y de los del aparato genital masculino.</i></p> <p><i><u>Existe otra especialización en la medicina el nefrólogo, quien se encargará de atender a varones y mujeres cuando las alteraciones clínicas tengan que ver con la formación de la orina, del medio interno, y de las enfermedades propias del riñón como regulador del metabolismo, la tensión arterial, entre otros, en este caso en particular que motiva el análisis del presente documento, es posible que ambos especialistas trabajen en forma complementaria y colaborativa. Realizo la explicación ya que el concepto “poder orinar” es más amplio e involucra desde el factor vascular sistémico hasta el estructural que implica la función excretora y de absorción del riñón.</u></i></p> <p><i>(...)</i></p> <p><i>El paciente descrito a través de los enunciados que preceden este punto tiene un gran riesgo de acodamiento de la sonda vesical tanto por factores intrínsecos (cómo anatómico) y extrínsecos (el calibre y la forma de la</i></p>
--

	<p>sonda)⁴⁷.</p> <p><i>En los factores intrínsecos o anatómicos se encuentra la “estrechez uretral”, la pérdida de turgencia (firmeza ocasionada por la hidratación y la calidad y cantidad de colágeno, es lo que permite la presencia de pliegues y arrugas internas y externas) y elasticidad de la piel y mucosas, secundario al proceso de envejecimiento. (...)En el caso de la sonda vesical se trata de un catéter que se emplea para vaciar la vejiga, mediante su introducción a través de esta. Las más utilizadas son las Nélaton y la Foley de 2 y 3 ramas⁴⁸.</i></p> <p>(...)</p> <p><u>Sonda Foley. Es una Nélaton, aunque a su tecnología se le agregó un balón, un conducto fino y una válvula que permite inflar este balón y hacer autocontención en la vejiga. Es la más empleada en nuestra especialidad e imprescindible cuando se desea dejarla por un tiempo prolongado. Los materiales han variado y existe la de goma corriente para los usos poco prolongados, hasta las de siliconas que permiten que permanezca sin necesidad de cambio durante 8 semanas</u></p> <p>(...)</p> <p>5. <i>En un paciente que tiene colocada una sonda vesical, hace varios días y se encuentra con orina escasa en el cistofló y globo vesical, y al hacer remoción de la sonda se obtiene 700 a 800 cc de orina, lo anterior es indicativo de obstrucción de la sonda o de acodamiento de la misma? Explique su respuesta.</i></p> <p><i>Lo descrito en el enunciado corresponde a retención urinaria por obstrucción de la sonda. Esta obstrucción puede estar causada por acodamiento de la sonda, por presencia de coágulos, moco o por sedimentos de la orina, o por misma estrechez que requiere las dilataciones uretrales. Se da en pacientes crónicos, lo más frecuente es la obstrucción de la sonda, en pacientes con obstrucción uretral y, en el cateterismo vesical de largo tiempo cuya duración o permanencia es mayor de 30 días, a través de los cuales el paciente ha tenido retenciones urinarias frecuentes.</i></p> <p>(...)</p> <p>9. <i>Qué relación tiene la obstrucción de la orina asociada a la sonda vesical y la presencia de infección urinaria? Explique su respuesta.</i></p> <p><u>La situación clínica denominada “infección urinaria” tiene una etiología compleja, multivariada y multifactorial, sin embargo, en la situación clínica denominada “obstrucción de la sonda” no es posible prevenir la bacteriuria, por lo que se debe intentar evitar que aparezcan complicaciones mayores como prostatitis, pielonefritis, epididimitis, bacteremia, obstrucción del catéter, litiasis, fístulas, insuficiencia renal, cáncer de vejiga. El médico tratante debe dar antibióticos si hay sintomatología de infección, previa toma de urocultivo y cambio completo del sistema de sondaje. Se proseguirá con antibioterapia según urocultivo. En algunos casos se puede pasar al cateterismo intermitente o bien a la utilización de pañal o colector externo, y en otros casos a cistostomía (paso de la sonda vesical a través de la pared abdominal mediante procedimiento quirúrgico)</u></p>
--	--

⁴⁷Cuidado de enfermería de calidad en el paciente con sonda vesical.

Encontrado en la Revista Cielo,
<http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v30n6/v30n6a08.pdf>.

Alain Agramante del Sol, Nilda L. Bello Fernández, Cristobalina Valdés Marrerof y Reinel Farres Vázquez. Fundamentos de Enfermería, Unidad N° 3: Procedimiento de Enfermería.

	<p>(...)</p> <p><u>(...), el presente documento nos plantea desde el inicio un paciente “que no puede orinar naturalmente por sí mismo y requiere el manejo con sondaje vesical” condición clínica que no es clara ni específica para poder determinar el compromiso o relación directa con la eliminación horaria o diaria del adulto mayor con 69 años de edad que nos convoca para el presente análisis.</u></p> <p>(...)</p> <p>Quando a un paciente le ha sido cambiada la sonda vesical queda en observación directa por parte del equipo de enfermería, particularmente la auxiliar que se encuentra a su cargo, la cual debe observar y valorar durante los minutos que constituyen la primera hora del cambio de la sonda, la eliminación espontánea por parte del paciente en cuanto a cantidad y características de la micción, y cualquier novedad debe ser notificada al médico tratante o del servicio.</p> <p>La auxiliar de enfermería a la vez que registra y notifica la ausencia de eliminación en el paciente, debe realizar ejercicios activos y pasivos físicos en forma autónoma para estimular la micción en el paciente, como por ejemplo: abrir la llave del grifo para generar sensación auditiva que estimula “las ganas de orinar”, poner en la pelvis (siempre y cuando no haya contraindicación alguna) compresas de agua fría o al clima. Si no elimina con mayor razón debe notificar tanto a la enfermera (jefe) del servicio donde se encuentra el paciente para que ella a su vez notifique al médico tratante o de piso y sean tomadas las medidas del caso para prevenir la generación de globo vesical.</p> <p>(...).</p> <p>Si el paciente se encuentra hospitalizado no se debe esperar hasta el día siguiente para valorarlo, pues se debe contar con el médico tratante o de piso para que pueda valorar la situación clínica y tome las medidas del caso, como observo en la queja expuesta, el paciente se encuentra en un hospital de III nivel de atención como es el Hospital Simón Bolívar E.S.E. y se cuenta incluso con médico especialista para que el médico tratante o de piso realice una interconsulta y evitarle al paciente el dolor e incomodidad que genera el globo vesical (llenura progresiva de la vejiga que genera un dolor pélvico muy característico).</p> <p>(...)</p> <p>(...) El calibre de la sonda que va a ser insertada, está determinado por las características antropométricas de cada paciente, sin embargo, la numeración utilizada con mayor frecuencia es: 8 fr (Ch) para los niños, <u>entre 16 - 18 y 20 fr (Ch) para los hombres</u> y, entre 14 y 16 fr (Ch) para las mujeres. Longitud estándar: 41 cm (aunque en las mujeres y los niños la sonda puede ser más corta”</p> <p>(...)La toma de decisiones sobre el calibre de la sonda depende de las condiciones clínicas y antropométricas de cada paciente, <u>sin embargo si el solo hecho de cambiar la sonda por una de mayor calibre favorece la presencia inmediata de la orina, implica que el calibre anterior era inadecuado</u>, pues como se enuncia en la Guía para la prevención y vigilancia epidemiológica de infecciones de vías urinarias asociadas a catéteres urinarios, la calidad y eficiencia del paso de la sonda vesical inicia con el alistamiento del equipo, la selección del calibre de la sonda y tiene en cuenta además la técnica que debe tener la persona que inserta la sonda.”</p>
	<p><u>Formulario de dictamen para calificación de la pérdida de la capacidad laboral y determinación de la invalidez.</u></p>

<p>JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE BOGOTÁ CUNDINAMARCA. Número de dictamen 12090812, de fecha 30/05/2013. Surtida en relación al señor ARCESIO TRUJILLO LOSADA. Folios 459-465 C.P. tomo I</p>	<p>(...) 5.2 DIAGNOSTICO MOTIVO DE CALIFICACIÓN</p> <p><i>ESTRECHEZ URETRAL – NO ESPECIFICADA</i> <i>INSUFICIENCIA RENAL – NO ESPECIFICADA</i></p> <p>(...) Estado PCL: Invalidez Fecha Estructuración PCL: 30/12/2008 Requiere ayuda de terceros: No % Total: 63,00 Calificación del origen enfermedad común</p> <p>(...)</p> <p>ANTECEDENTES <i>Paciente de 74 años de edad, ocupación comerciante hasta el 2008.</i></p> <p>(...)</p> <p>ESTADO ACTUAL</p> <ul style="list-style-type: none"><i>Paciente evaluada(o) en la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá el día 23 de Mayo de 2013, refiere la esposa que en el año 2008, en el mes de septiembre le realizaron diagnóstico de estrechez uretral, le realizaron dilataciones y dejaron con sonda vesical, por 20 días, le retiraron la sonda a los 5 días comenzó con ardor uretral, el 24 de diciembre nuevamente le colocaron sonda vesical con cistoflo sin embargo continuo sintomático. El 29 de diciembre comenzó a presentar disnea, desorientación por lo cual fue hospitalizado, fue valorado por urología le acomodaron la sonda, le realizaron diagnóstico de falla renal por lo cual iniciaron hemodiálisis el 30 de diciembre de 2008 estuvo en UCI una semana. Fue dado de alta en enero de 2009. Lo programaron para cirugía por la estrechez además presentó hipertrofia prostática.</i> <p><i>Presentaba obstrucción de sonda vesical frecuentemente, con hospitalizaciones frecuentes.</i></p> <p><i>Al año de haber iniciado la diálisis encontraron pérdida auditiva, luego disminución agudeza visual al parecer por cataratas.</i></p> <p><i>Actualmente presenta calambres severos en piernas y manos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"><i>Al examen físico se encuentra paciente en regulares condiciones generales, alerta, pérdida auditiva.</i> <p>DOCUMENTACIÓN APORTADA</p> <ul style="list-style-type: none"><i>Urgencias UCI (Ingreso: 30/12/2008 - Egreso: 2/1/2009): "Dificultad respiratoria ... Paciente con disuria y retención urinaria desde hace +- dos semanas, urología sonda vesical por estrechez uretral. Consulta por malestar general y orina fétida".</i><i>Eco-riñones, bazo, aorta o adrenales (16/1/2009): "Cambios atribútales a proceso inflamatorio renal crónico bilateral con hidronefrosis grado III-IV en ambos lados asociado a dilatación pieloureteral bilateral de predominio derecho".</i><i>Urología (Ingreso: 14/4/2009 - Egreso: 17/4/2009): "Paciente con síntomas urinarios obstructivos con presencia de hiperplasia protática benigna con antecedente de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis con micción a través de cistotomía permeable sin presencia de problemas miccionales".</i><i>Unidad Renal Hospital el Tunal - Resumen mensual de atención en hemodiálisis (16/3/2010): "Fecha de Ingreso: Marzo del 2009 ... Diagnósticos: Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis. Nefropatía obstructiva - estrechez uretral. Anemia por enfermedad renal</i>
--	---

	<p><i>crónica. Hipertrigliceridemia. Pielonefritis crónica".</i></p> <p><i>ANÁLISIS Y CONSIDERACIONES</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Revisados los antecedentes obrantes al expediente, se encuentra que el presente caso <u>se trata de paciente de 74 años con insuficiencia renal.</u></i>• <i>En relación con las deficiencias, de acuerdo con la historia clínica obrante al expediente, se califica de acuerdo al Decreto 917 de 1999, otorgando puntaje por Enfermedad Renal Clase IV.</i>• <i>En relación con las discapacidades y minusvalías, se califican con base en la(s) deficiencia (s) dada(s) por la médica ponente."</i>
--	---

6.5.1.3. Conjunto probatorio del que se tienen, contrastado el debate que se suscita en esta instancia y con apoyo en la literatura médica, como relevantes los siguientes **hechos probados:**

El 2 de septiembre de 2008, el señor ARCESIO TRUJILLO LOSADA, tenía 69 años de edad y falla renal grado IV, derivada de obstrucción urinaria por estrechamiento uretral, sin diagnosticar; y habiendo consultado ante el HOSPITAL DE TUNJUELITO II NIVEL ESE, por micción frecuente de varios días de evolución y dificultad para evacuar completamente la vejiga, fue remitido mediante referencia a la especialidad de urología del HOSPITAL EL TUNAL ESE.

El 4 de septiembre de 2008, en consulta por urología, refiere nicturia, disminución del calibre del chorro e intermitencia; con impresión diagnóstica de prostatismo moderado, se ordenan como exámenes diagnósticos: urodinamia, PSA, Creatinina, Uroanálisis; en práctica de los mismos, **el 05 siguiente, el resultado de creatinina con 4,79, evidenció la existente falla renal grado IV.**

El 13 del mismo mes y año, por solicitud del paciente se reprograma el procedimiento de urodinamia, para el 22 de septiembre de 2008, procedimiento que se cumple sin resultados, **porque no se logra pasar la sonda a la vejiga por acodamiento a nivel de la uretra posterior, y sugiere suplir la urodinamia por cistoscopia,** y en secuencia de ello, **el 25 de septiembre de 2008, en consulta de control por urología con los resultados de los exámenes ordenados, se ordena cistoscopia a efectos de determinar la causa de la obstrucción, procedimiento que se cumple el 02 de octubre siguiente, con calibración uretral, que aparejo su ensanchamiento,** por cuanto dirige a medir la anchura de la uretra, pasando un dilatador (bujía) hasta saber si su ancho es el normal, y se ensancha la uretra

pasando bujías de más fina a más gruesa, hasta que llegar a pasar una bujía de tamaño normal⁴⁹, y encontrándose en el practicado al señor ARCESIO TURJILLO LOSADA como hallazgos: **estrechez uretral pre esfinteriana 60% franqueable, que tiene como signos y los síntomas de la estenosis uretral incluyen los siguientes: disminución del flujo de orina, vaciamiento incompleto de la vejiga, pulverización del chorro de orina, dificultad, esfuerzo o dolor al orinar, aumento de la necesidad de orinar o micción más frecuente, infección de las vías urinarias⁵⁰**; asimismo se tuvieron como hallazgos: próstata bilobulada no obstructiva; taberculación vesical, trigono y meatos normales.

El 15 de octubre de 2008, se reporta por el paciente mejoría del 80% de la dificultad miccional, con ocasión a los precitados procedimientos de cistoscopia y calibración uretral, en consulta por urología con los resultados de aquella, valoración médica que concluye, **encontrando pendiente la realización de urodinamia, disponer su práctica para valorar con sus resultados;** calificado como examen diagnostico en patologías como la incontinencia urinaria, neurológicas que afectan al tracto urinario, infecciones urinarias, etc; y **el 25 siguiente se cumple el procedimiento, sin resultados, porque no se logra el paso de las sondas,** requeridas para su realización, por cuanto la urodinamia consiste en poner una sonda a través de la uretra del paciente, que llevará el líquido con el que se llenará su vejiga y medirá la presión de la misma, y se introduce otra sonda por el recto para medir la presión abdominal durante todo el proceso, **y dispuso entonces, dar orden de cita por el urólogo tratante.**

La misma especialidad de nefrología, **el 30 de octubre de 2008, le diagnostica nefropatía obstructiva:** obstrucción de la vía de excreción urinaria, que es una de las causas de enfermedad renal crónica; **siendo no es igual para todos los pacientes, la conducta médica y/o quirúrgica a seguir,** sino que depende en cada caso, de la evaluación urológica y nefrológica; **en el presente asunto, se ordena manejo por urología para derivación urgente de la vía urinaria, y cita en dos meses por nefrología.**

49

https://www.google.com/search?q=que+es+calibracion+uretral&rlz=1C1GCEA_enCO907CO907&oq=que+&aqs=chrome..69i59l2j69i57j69i59j0i67l2j69i60l2.3726j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8

50

https://www.google.com/search?q=que+efectos+tiene+una+estrechez+uretral+dle+60%25&rlz=1C1GCEA_enCO907CO907&oq=que+efectos+tiene+una+estrechez+uretral+dle+60%25&aqs=chrome..69i57j33i10i16l3.18733j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8

El 26 de noviembre de 2008, se surte consulta con urología, registrando, prostatismo severo, con impresión diagnóstica de estrechez uretral, y se dispone **dilatación uretral más colocación de sonda, que comporta derivación urinaria; que se cumplió a los tres (3) días, el 29 de los citados mes y año,** reportando como hallazgos: “Asepsia y antisepsia, se pasan dilatadores de Van Buren desde el número 12 FR se encuentra resistencia importante a nivel bulbar, pero se logra dilatar, se pasan los dilatadores hasta el número 22, hay sangrado moderado de la uretra, **y se pasa sonda uretral de Foley número 18 FR a tapón orina clara, se ordena cefalexina, y concluye ordenando control por consulta externa de urología.**

Control que se realiza a los cinco (5) días, el 4 de diciembre de 2008, constatándose por la especialidad de urología que, **el paciente se encuentra con sonda uretral funcionando desde su colocación, con orina clara sin evidencia de infección urinaria, y se mantiene su permanencia, por quince (15) días para intentar su retiro;** procedimiento que se cumple el 18 de los mismos mes y año, habiéndose verificado por el médico urólogo, **la permeabilidad de la sonda, la claridad de la orina, con revisión sistémica normal y al retiro de la sonda micción espontánea,** y dan recomendaciones al paciente de consulta por urgencias en caso de disminución de chorro miccional.

Cuadro de retención urinaria que se presente aproximadamente a los tres (3) días, y en secuencia de ello, el 24 de diciembre de 2008, el paciente acude a urgencias del HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR ESE III NIVEL, refiriendo retención urinaria posterior a dolor abdominal, **y se ordenó paso de sonda vesical, uroanálisis por bacteriología, que reporta examen físico, examen químico y microscópico, con reporte de bacterias y diagnóstica también prostatitis,** inflamación de la próstata, y al presentar mejoría del cuadro, **por disminución del globo vesical, por drenaje de 200 cc de orina, se decide dar salida** y se ordena tratamiento antibiótico por la infección de las vías urinarias y recomendaciones de alarma.

Por lapso de cinco (5) días persiste el cuadro de retención urinaria, ardor para orinar, orina turbia, y agrega diarrea y disnea, acudiendo a urgencias del HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR ESE III NIVEL, **el 29 de diciembre de 2008,** ingresando a UCI de cuidados intermedios, con diagnósticos de (i) falla renal aguda, (ii) uropatía obstructiva, (iii) estrechez uretral e (iv) hidronefrosis bilateral, con apoyo en exámenes practicados en la misma fecha de ecografía renal

comenzar entre otros, en la uretra, el conducto que transporta la orina de la vejiga al exterior a través del pene., y la prostatitis aguda puede ser causada por problemas con la uretra o la próstata, tales como: un bloqueo que reduce o evita el flujo de orina hacia afuera de la vejiga⁵⁴

El 03 de mayo de 2013, la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE BOGOTÁ CUNDINAMARCA, determina del señor ARCESIO TRUJILLO LOSADA, para entonces con 74 años de edad, pérdida de capacidad laboral, y califica de acuerdo al Decreto 917 de 1999, **otorgando puntaje por Enfermedad Renal Clase IV.**

6.5.2. Análisis de la situación fáctica y decisión

6.5.2.1. Procede revocar la sentencia de primera instancia, como quiera que no encuentra probada la falla en el servicio enrostrada al HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL E.S.E. y el HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR III NIVEL E.S.E., con ocasión de los servicios de salud suministrados entre el 4 de septiembre de 2008 y el 13 de abril de 2009, al señor ARCESIO TRUJILLO LOZADA, y tampoco se advierte pérdida de oportunidad.

Así emerge contrastado que, para el 2 de septiembre de 2008, ARCESIO LOSADA TRUJILLO, con sesenta y nueve (69) años de edad, presentaba micción frecuente de varios días de evolución, con dificultad para evacuar completamente la vejiga y falla renal grado IV, derivada de obstrucción urinaria por estrechamiento uretral. Advertido que si bien no se le habían diagnosticado, es igualmente cierto, que esta última patología quedó evidenciada en la química de creatinina que le fue practicada el 05 de septiembre de 2008, en cumplimiento de orden impartida por la especialidad de urología del HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL E.S.E., el 04 anterior.

En la descrita cronología, asume como infundada, la tesis de la activa, conforme a la cual, la falla en el servicio y el daño antijurídico, evidencia en la pérdida de la funcionalidad renal del señor ARCESIO TRUJILLO LOZADA, y esta premisa de oportunidad y corrección en la prestación del servicio médico, fortalece contrastado que en valoración de la Junta Regional de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca, realizada el 03 de mayo de 2013, la pérdida de capacidad laboral, se califica

⁵⁴ <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000519.htm>

otorgando puntaje por Enfermedad Renal Clase IV. Es decir, la condición de insuficiencia renal que sufría el señor ARCESIO LOSADA TRUJILLO, para el momento en que inició la prestación de los servicios médicos y quirúrgicos de las ESE accionadas, fue la misma por la que se determinó por la Junta Regional de Invalidez, pérdida de capacidad laboral, y en consecuencia, ésta no es imputable a falla en el servicio de aquellas, ni configura una pérdida de oportunidad en sede de las mismas.

Agrega en fundamentación de la no existencia de falla en el servicio, que los actos médicos y quirúrgicos, prestados al señor ARCESIO LOSADA TRUJILLO, fueron hasta el evento suscitado a partir del 29 de diciembre de 2008, ambulatorios. Es decir, los servicios de emergencia, consultas por las especialidades de urología y nefrología, pruebas de laboratorio y procedimientos de cistoscopia, calibración uretral y urodinamia, se surtieron como paciente no hospitalizado.

Por consiguiente, el juicio sobre la oportunidad y continuidad o retardo injustificado en la prestación de los tratamientos requeridos y de los servicios prestados, debe para resultar razonable y proporcional, tamizar en la contabilización de los tiempos, que mediaron entre uno y otro, que no se dieron en un marco intrahospitalario, sino ambulatorio, y además, que para el momento en que inició el manejo de la patología motivo de consulta, no se disponía de ningún antecedente clínico respecto de la misma, y el señor ARCESIO LOSADA TRUJILLO, también desconocía su situación clínica.

De forma que los lapsos que objetivamente reseña la activa, indicando que para el 20 de octubre de 2008, habían transcurrido cincuenta y seis (56) días calendario, desde que el señor ARCESIO LOSADA TRUJILLO, consultó el 02 de septiembre anterior, por su sintomatología urinaria; cincuenta y cinco (55) desde el resultado de laboratorio con creatinina patológicamente anormal; treinta y ocho (38) días desde el momento en que no se había podido realizar el examen de urodinamia; veintisiete (27) días desde que se le había realizado la cistoscopia, y quince (15) días desde la última consulta con el Urólogo Carlos Alfonso Fernández; contrastados los enunciados hechos de manejo ambulatorio, no existencia de antecedente clínico y desconocimiento que tenía el paciente de su condición; no comportan mora en la prestación del servicio requerido.

Es así que si bien el examen de creatinina fue ordenada el 04 de septiembre de 2008, ello es en la primera consulta con urólogo del HOSPITAL EL TUNAL ESE, y

sus resultados patológicamente anormales se obtuvieron el 05 siguiente, fue el 25 de septiembre de 2008, que se valoraron por el médico tratante, mediando veinte (20) calendarios, que se explican en los precitados hechos de manejo ambulatorio, no existencia de antecedente clínico y desconocimiento que tenía el paciente de su condición; y bajo este hilo conductor, el procedimiento de cistoscopia y calibración urinaria que comportó, apertura uretral, y realizado el 03 de octubre siguiente, mediando siete (7) días calendario, de la valoración por el médico tratante de los resultados de la creatinina, no torna inoportuno o incorrecto, y fortalece conjugado que aunque la causa de la consulta evidenciaba la existencia de probable obstrucción urinaria desde el 02 de septiembre de 2008, trataba de obstrucción parcial, y se desconocía su causa.

En el descrito panorama, los tiempos que mediaron respecto de la desviación urinaria, realizada el 29 de noviembre de 2008, y respecto de los que destaca especialmente la activa, en modo alguno asumen como causa determinante en esquema de falla en el servicio, o razonablemente probable, en paradigma de pérdida de oportunidad, del alegado deterioro de la función renal del señor ARCESIO LOSADA TRUJILLO. Como quiera y aún a las valoraciones que anteceden, que ninguno de los medios de convicción que, aducidos al plenario, revisten eficacia, establecen una medida de tiempo concreta, para realizar la desviación urinaria, una vez se establece una creatina patológicamente anormal, y por el contrario, los testimonios técnicos, informan al unisonó, que depende de concretas valoraciones de una pluralidad de aspectos del paciente y de su idiosincrasia, y en particular cuando trata de obstrucción parcial.

Secuencia en la que impone contrastar además y que refuerza la enunciada testimonial técnica, que en la valoración realizada el 15 de octubre de 2008, al señor ARCESIO LOSADA TRUJILLO, mediando trece (13) días calendario de la realización de ensanchamiento uretral, cumplida 02 de octubre anterior, se reportó por el paciente, un 80% de mejoría en su función urinaria, y en la descrita cronología, deviene que la derivación urinaria sugerida por la especialidad de nefrología el 30 de octubre de 2008, se cumplió el 29 de noviembre siguiente, por apertura uretral y colocación de sonda por quince (15) días, y estuvo precedido de otro procedimiento, ordenado por la especialidad de urología, que tuvo resultados favorables, aunque no hayan sido permanentes.

Recurrencia en el proceso de estrechamiento uretral, que coloca de relieve la complejidad del cuadro clínico que presentaba el señor ARCESIO LOSADA

TRUJILLO, por su carácter agudo y crónico, y se refuerza contrastado que la desviación urinaria instalada el 29 de noviembre de 2008, se retiró el 18 de diciembre de 2008, y habiéndose verificado por el médico urólogo, la permeabilidad de la sonda, la claridad de la orina, con revisión sistémica normal y al retiro de la sonda micción espontánea, a los tres (3) días, reincidió en su cuadro de obstrucción y retención urinaria, y para el 24 siguiente, en servicios de urgencias fue necesario para la disminución del globo vesical, practicarle drenaje de 200 centímetros cúbicos de orina, y se reitera diagnóstico de prostatitis, que en valoración realizada el 27 de noviembre de 2008, por la especialidad de urología, dimensionó los de estrechez uretral y nefropatía obstructiva, como origen de la disfunción urinaria que presentaba el señor ARCESIO LOSADA TRUJILLO.

Recuento que evidencia, carece de soporte probatorio, la afirmación de la activa, que argumenta en fundamentación de su tesis de falla en el servicio, que el precitado 27 de noviembre de 2008, el urólogo Carlos Alfonso Fernández, omitió contrastar la sugerencia de la especialidad de nefrología, en consulta del 30 de octubre anterior, sobre la necesidad de realizar derivación de la vía urinaria; por cuanto y conforme acredita la realidad procesal, ordenó dilatación ureteral y colocación de sonda uretral, y tales procedimientos se realizaron el 29 siguiente, mediando dos (2) días, de su ordenación, y la sonda uretral permaneció por quince (15) días.

Siendo preciso destacar contrastados los conceptos de derivación urinaria referenciado por la especialidad de nefrología y de sonda uretral, ordenada por la especialidad de urología; que existe una derivación urinaria mediante la creación de bolsa interna con conducto ileal o válvulas; y la cistostomía suprapúbica como el sondaje vesical, son también modalidades de derivaciones de la vía urinaria inferior, y en ámbito de esta última, la sonda de Foley, colocada al señor ARCESIO LOSADA TRUJILLO, es un tipo de sonda común, suave de plástico o caucho que se introduce en la vejiga para vaciarla de orina, y puede mantenerse por varios días. Advertido además que, en el caso en concreto, el nefrólogo tratante, no determinó una específica modalidad de derivación urinaria y por consiguiente, no es reprochable de la aplicada, incorrección.

Continuando en el análisis de la reseñada condición recurrente y consecuente reincidencia del cuadro clínico que presentaba el señor ARCESIO LOSADA TRUJILLO, sin que ello asuma como prueba de falla en el servicio o pérdida de oportunidad imputables a las accionadas, por cuanto avizora, en marco de la

realidad procesal, con causa en las condiciones particulares del paciente; destaca que el 29 de diciembre de 2008, el señor ARCESIO LOSADA TRUJILLO, fue afectado por recaída e ingreso a la UCI de cuidados intermedios del HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR ESE III NIVEL con diagnósticos de (i) falla renal aguda, (ii) uropatía obstructiva, (iii) estrechez uretral e (iv) hidronefrosis bilateral, y con apoyo en exámenes practicados en la misma fecha de ecografía renal y vías urinarias, se reporta hidroureteronefrosis⁵⁵ grado II bilateral asociada con ectasia pielica⁵⁶; y para el día siguiente, presenta emergencia dialítica, definida por la imposibilidad de sus riñones para mantener la homeostasis del organismo, por enfermedad que impedía su funcionamiento, e ingresa a la unidad renal de nefrología, por falla renal aguda, infección vías urinarias complicada y acidosis metabólica, ordenándose paso de catéter transitorio para hemodiálisis y diálisis con bicarbonato, y para el día siguiente, evoluciona hacia la mejoría, y a partir de entonces, es sometido a hemodiálisis Inter diaria; aunque para el 31 de diciembre de 2008, evidenciaba mejoría y resolución del descrito cuadro patológico renal.

Si bien la extirpación quirúrgica de la próstata, se cumplió el 13 de abril de 2009, es igualmente cierto, que aunque se hubiera tenido certidumbre del cuadro de hiperplasia prostática benigna, desde septiembre de 2008, que no fue así, asume categórico, contrastada la pluralidad de tratamientos eficaces para el agrandamiento de la glándula prostática, que no se configura, contrario a la tesis de la activa, retardo en el acto o procedimiento médico requerido, y esta premisa fortalece, contrastado que la obstrucción urinaria, siempre se vinculó al cuadro de estrechez uretral que presentaba el señor ARCESIO LOSADA TRUJILLO, y éste no evidenciaba relación con el agrandamiento de la glándula prostática, bajo criterio que asume razonable, conjugado que conforme se establece con apoyo en la literatura médica, la reducción de la uretra, puede tener causa en una próstata agrandada, pero también en una cirugía anterior para extirpar o reducir una glándula prostática agrandada, así como en traumatismo o una lesión en la uretra o la pelvis, o en uso intermitente o a largo plazo de catéter, o la introducción de endoscopio, en la uretra, entre otras⁵⁷.

6.5.2.1.1 En comprensión de la reseñada realidad, la testimonial técnica reviste especial peso probatorio, como quiera trata de los médicos tratantes, y por

⁵⁵ "La hidronefrosis es la hinchazón de uno o ambos riñones. La hinchazón del riñón ocurre cuando la orina no puede drenar de un riñón y se acumula en el riñón como resultado. Esto puede ocurrir por una obstrucción en los tubos que drenan la orina de los riñones (uréteres) o por un defecto anatómico que no permite que la orina drene adecuadamente." Consultado en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hydronephrosis/cdc-20397563>

⁵⁶ "La **ectasia piélica** es la dilatación de una zona del riñón llamada pelvis renal. La pelvis renal es una estructura en forma de embudo que recoge la orina formada en los riñones y la envía al uréter, el conducto que lleva la orina hasta la vejiga." Consultado en: <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/conoce-ectasia-pielica-enfermedad-renal#:~:text=La%20ectasia%20pi%C3%A9lica%20es%20la,la%20orina%20hasta%20la%20vejiga>

⁵⁷ <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/urethral-stricture/symptoms-causes/syc-20362330>

consiguiente, aúnan a su conocimiento preprocesal de los hechos, su cualificación profesional, y destaca entonces, que conforme al dicho de aquellos, la falla renal en casos como el que nos ocupa, se presenta luego de varios meses, por cuanto trataba de obstrucción urinaria no total; precisando en ámbito de esta última el doctor Carlos Alfonso Fernández De Castro, médico urólogo tratante en el HOSPITAL EL TUNAL ESE, que la nefropatía obstructiva corresponde a la alteración de la función renal secundaria a proceso urinario obstructivo bajo, y así refuerza el hallazgo de la cistoscopia que reportó una obstrucción del 60%, y ésta permitía al señor ARCESIO LOSADA TRUJILLO, orinar sin generar urgencia vital; advertido también, que el prostatismo en ningún momento produjo retención urinaria completa. Panorama que en comprensión del mencionado profesional especializado, impone manejar la patología de base, para este caso, la estrechez uretral, y se atendió con dilatación uretral, cistoscopia, y derivación con sonda uretral.

El doctor Mauricio Nieto Martínez, médico nefrólogo tratante en el HOSPITAL EL TUNAL ESE, refirió que el señor ARCESIO LOSADA TRUJILLO, presentaba una obstrucción bilateral de los riñones de curso bastante prolongado, en un tiempo difícil de precisar, pero lo suficiente para haberle causado una alteración bastante severa de la función renal, advertido que no tenía otros antecedentes de enfermedades con incidencia en ese cuadro clínico.

El doctor Hugo Tautiva Ortiz, médico urólogo tratante en el HOSPITAL EL TUNAL ESE, señala que el prostatismo por estreches uretral se manejó en el señor ARCESIO LOSADA TRUJILLO, atendiendo a su longitud, mediante dilatación de la uretra, previo al procedimiento quirúrgico de mayor complejidad, y precisa que es característica de la estrechez uretral su recurrencia, y en esta secuencia, riesgo probable, que a pesar de efectuarse varias dilataciones la estrechez recurra y esto no depende del tratamiento mismo si no de la idiosincrasia del paciente, por cuanto hay personas en quienes con una sola dilatación se supera la patología, y en otras se requieren dilatación por varios años, manejándose casos de 10 o 15 años, y siguen necesitando de nuevas dilataciones uretrales.

El doctor Mauricio Nieto Martínez, médico nefrólogo quien atendió al señor ARCESIO TRUJILLO LOZADA, el 30 de octubre de 2008, en el HOSPITAL EL TUNAL, si bien informa del tiempo que puede transcurrir entre el diagnóstico de la nefropatía y la derivación de la vía urinaria, para evitar un deterioro de la función renal, que el lapso varía entre veinte (20) días, un (1) mes o máximo dos (2) meses,

y advierte que en las obstrucciones parciales, caso del señor ARCESIO TRUJILLO LOZADA, el deterioro no se presenta en ese tiempo, y puntualiza del hallazgo de una creatinina en 4,79, que corresponde a un deterioro de la función renal severa, aunque era de esperar que la función renal se estabilizara o tuviera una mejoría parcial después de ser llevado a derivación.

En contraste, el doctor JORGE DE JESÚS CANTILLO TURBAY, médico especialista en medicina interna y nefrología, quien atendió al señor ARCESIO TRUJILLO LOZADA, en EL HOSPITAL EL TUNAL, indica que con frecuencia se presentan cuadros de hidronefrosis: acumulación de orina en los riñones, que se hinchan por su exceso, sin que puede vaciarse en la vejiga, que no requieren derivación urgente, e indica del tiempo máximo que debe transcurrir entre el diagnóstico de la nefropatía y la derivación de la vía urinaria, que no existe un tiempo y la literatura médica no referencia tiempos.

6.5.2.1.2 En conclusión y como quiera que, tratándose de servicio médico la falla en el servicio o pérdida de oportunidad edifican a partir de los recursos de los que dispone la respectiva institución prestadora del servicio y si se colocaron o no en oportunidad a disposición del paciente, se tiene que no se probó que ARCESIO TRUJILLO LOZADA, haya sido víctima en las ESE accionadas, de negligencia, impericia, imprudencia y descuido médico, y asume insuficiente en contexto de la realidad procesal para probar en contrario, las afirmaciones de la activa respecto a la existencia de historias clínicas incompletas; de solicitud de exámenes de laboratorio que no se atendieron; de recomendaciones médicas de carácter urgente que no se llevaron a cabo; o su imputación de realización de procedimientos no consentidos y en manos inexpertas; o su afirmación de demora en las intervenciones médicas y quirúrgicas, y de toma de decisiones médicas apresuradas y superficiales, donde se omitió la integridad del paciente y primó el retardo e inexistencia de los diagnósticos adecuados y de planes de manejo coherentes.

6.5.2.2. No encuentra satisfecho el requisito normativo que condiciona la condena en costas en esta jurisdicción, por cuanto de la realidad procesal no emerge probada, que la activa haya incurrido en temeridad.

Como quiera que regido el presente asunto por el Código Contencioso Administrativo – CCA, es asunto reglado por su artículo 171 modificado por el artículo 55 de la Ley 446 de 1998, y en marco de la citada preceptiva, la condena

en costas exige que se establezca temeridad del extremo procesal que se grava con su pago, y en contraste con la conducta procesal de los aquí accionantes, y en particular de la 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: REVOCAR la sentencia veintiocho (28) de septiembre de dos mil dieciocho (2018), proferida por el Juzgado Sesenta (60) Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá, para en su lugar negar las pretensiones de la demanda, conforme a lo expuesto en esta providencia.

SEGUNDO: Abstenerse de condenar en costas.

TERCERO: Ejecutoriada esta decisión, devuélvase el expediente al Juzgado de origen para lo de su competencia.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

MARÍA CRISTINA QUINTERO FACUNDO
Magistrada

FERNANDO IREGUI CAMELO
Magistrado

JOSÉ ÉLVER MUÑOZ BARRERA
Magistrado

MAMB