

Valledupar, martes 18 de julio del 2023.

Honorable:

M.P: EDUARDO JOSE CABELLO ARZUAGA.
Tribunal Superior del distrito judicial de Valledupar.
Sala Primera de Decisión Civil – familia – laboral.
E. S. D.

1

REF. SUSTENTACIÓN RECURSO DE APELACIÓN.

Radicación N°: 20 001 31 03 004 2015 00214 01.

Demandante: JEAN CARLOS AMAYA M. Y OTROS

Demandado: Clínica Cesar S.A y Nueva Entidad Promotora de Salud (Nueva EPS)

Proceso: Responsabilidad Medica.

JULIO CESAR ZABALETA RANGEL, abogado de la parte demandante, de anotaciones conocidas en el proceso, en acatamiento a lo dispuesto en el **estado N° 096 del viernes 7 de julio del 2023**, donde usted Honorable M.P, mediante auto de fecha 6 de julio del 2023, me corre traslado **por 5 días** a efecto de que sustente mi recurso de apelación, el suscrito togado, procede a someter a su ilustrada consideración, los mismos en los siguientes términos:

SENTENCIA RECURRIDA.

El Honorable Juez 4 Civil del Circuito de Valledupar, desestima las pretensiones de la demanda en los siguientes términos:

“En el caso examinado, está probado el fallecimiento de la paciente Mendoza de Amaya, el día 18 de julio de 2012, luego de

complicaciones surgidos con posterioridad a la intervención quirúrgica. **Específicamente en el posoperatorio.**

Veamos si se acreditó la culpa en el acto médico o en la atención medica brindada para atender la complicación. Basta que este presupuesto no se acredite para que no tenga vocación de prosperidad las pretensiones.

Siendo un mandato legal que el que afirma debe probar, **la parte actora soportó fundamentalmente la falta al deber de cuidado del médico tratante y personal de enfermería alegado, en el testimonio rendido por el demandante Jean Carlos Amaya Mendoza, quien expresa que acompañaba a su señora madre en el momento del posoperatorio y se dio cuenta de la atención deficiente e inoportuna que se le prestó y concluye que eso fue la causa del deceso. Agrega que incluso le correspondió realizar labores propias de las enfermeras y que no le quisieron creer que se encontraba mal. Sin embargo, no aportó otra prueba que corrobora esa afirmación y no es suficiente el solo dicho del demandante para edificar sobre este una condena y segundo la historia clínica lo controvierte.**

En efecto, no está acreditado en el proceso que el demandante Amaya Mendoza, tenga alguna formación o capacitación en el área de la salud, que pudiera dar lugar a ponderar como válidas sus razones y no deja de ser apreciaciones subjetivas, sin ningún fundamento probatorio.

Además, echa de menos el Juzgado que la parte demandante no hubiera aportado un dictamen médico, suscrito por un profesional de la medicina, que apuntalará su versión de la deficiente e inoportuna atención medica prestada a la paciente fallecida. Tampoco que hubiera aportado testimonios calificados en el área médica que le entregaran una base sólida a su imputación de culpa del médico y enfermera tratantes. A lo anterior se agrega, la actitud procesal de todos los demandantes de desidia en su obligación de comparecer para que se le tomaran sus interrogatorios de parte y su demérito por las consecuencias que este comportamiento le ocasiona. Como si no fuera suficiente lo anterior, no existe otra prueba que controvierta la calidad de la atención medica prestada y

se constituya en prueba idónea de culpabilidad que genere responsabilidad y soporte el pago indemnizatorio.

Ahora, si analizamos la historia clínica de la paciente fallecida, lo que emerge fue que se le prestó una atención médica acorde con su estado clínico. Allí se indica que el día 18 de julio de 2012 ingresó para cirugía programada de mastectomía por carcinoma de mama a las 8:04 am; entró consciente, orientada, tranquila, con TA 110/60, FC:82X, S02:99%, FR 18X, pulsos presentes, entra a cirugía y sale hemodinamicamente bien y el mismo demandante lo acepta y por su evolución positiva, se lleva a piso y luego empieza a ponerse mal y tiene la atención médica adecuada. En efecto, se registra que siendo las 6:00 pm del mismo día empieza a presentar una serie de eventos como mareos, vómito, lipotimia e hipotensión y asistolia y se ordena un plan médico por el médico tratante Lilianis Calderón y existe la firma y sello que dan cuenta de esa atención médica. A las 6:30 pm se le miden los signos vitales (presión arterial) y se le coloca oxigenación y se registra la atención; a las 7:00 pm se le toma el pulso y se ordena un plan médico de choque, con la colocación de medicamentos para revertir el proceso patológico y se registra. Se presta atención continua a las 7:10 y 7:15 pm cuando entra en asistolia (insuficiencias de las contracciones del corazón), se inician maniobras de reanimación avanzada, se administra medicamentos (adrenalina), masaje cardiaco hasta las 8:00 cuando terminan por infructuosas y se encuentran las pupilas dilatadas y fallece.

Lo que aflora de la historia clínica fue que luego de la cirugía, en el posoperatorio, la paciente entró en estado de deterioro progresivo de su salud y finalmente falleció pese a los esfuerzos del personal médico adscrito a la Clínica del Cesar S.A. para revertir el estado crítico. Allí se registró que la médica tratante permanentemente estuvo atendiendo a la paciente, al menos en 4 ocasiones y en todas ella dejó su firma y sello para constancia.

No es posible con la atención medica prestada por el personal de la Clínica del Cesar S.A. pregonar que se actuó de manera negligente, imperita o con desconocimiento del protocolo médico o los criterios establecidos por el conocimiento científico afianzado u objetivo. No hay evidencia médica que existiera violación de los reglamentos

administrativos expedidos por las entidades que conforman el sistema de salud o colocado en riesgo innecesario a la paciente fallecida ante el evento adverso. *No se logró establecer un juicio de atribución jurídica por violación de los deberes objetivos de cuidado o prudencia en la intervención quirúrgica ni en el posoperatorio.* **El demandante no logró probar ese hecho y genera la absolución de la falta de cuidado atribuida por la parte demandante.** Estas razones son suficientes para desestimar las pretensiones respecto a la Clínica del Cesar S.A.

Otro tanto ocurre con la Nueva EPS para absolverla de los cargos formulados. Se alega por la parte demandante que la EPS no otorgó a la fallecida la atención médica oportuna ni las autorizaciones, prescripciones médicas, medicamentos, con ocasión a su cuadro patológico y al respecto se debe anotar que en el proceso obra toda la atención médica que prestó la IPS. La atención hospitalaria, asistencial y médica **con ocasión de la mastectomía radical con vaciamiento ganglionar por carcinoma de mama derecha.** Se hizo los exámenes de laboratorio y diagnósticos pertinentes pre - quirúrgicos. Es más, esto no se discute, ni siquiera el éxito de la intervención.

Por otro lado, el poco tiempo presentado entre la intervención quirúrgica y el fallecimiento, desdice de la inoportunidad del servicio de la EPS. Tan pronto sale la paciente fallecida evoluciona inicialmente positivamente y luego se presenta el evento adverso y ante este suceso imprevisto, se hace necesaria una urgente atención que se prestó por el personal médico y de enfermería de la Clínica del Cesar S.A. y se reitera, por el cuadro grave de deterioro cardiaco, lipotimia e hipotensión, se necesitó un plan médico urgente y extraordinario que no ameritó la intervención de la EPS y era deber prestarlo por la IPS. Fluye de lo anterior que respecto a la EPS demandada, tampoco prospera las pretensiones.

Por todo lo expuesto con antelación, el Despacho proveerá negando las pretensiones de la demanda al declararse probadas las excepciones de "ausencia de culpa".

De otro lado, esta Agencia de Justicia, se abstendrá de entrar a pronunciarse sobre el llamamiento en garantía propuesto dentro de

este proceso, dado que esto solo tendría lugar en caso de haberse impuesto alguna condena a la demandada CLÍNICA DEL CESAR.

Por último, en vista que a través de providencia de fecha 25 de agosto de 2015 el Despacho resolvió concederles el amparo de pobreza a los demandantes, se abstendrá de condenarlos en costas”.

5

**REPAROS CONCRETOS REALIZADOS POR EL SUSCRITO
ABOGADO DEMANDANTE AL INTERPONER EL RECURSO
DE APELACION CONTRA EL FALLO RECURRIDO – Art 322
numeral 3 inciso 2 CGP.**

El reparo concreto al fallo recurrido fue:

“Mi reparo radica; En la no apreciación de las pruebas documentales aportada en la demanda, las cuales determinan las 4 fases que vivió la víctima-occisa, dentro de la clínica Cesar, y donde en la fase 4 se observa la responsabilidad de la demandada, dichas fases son: 1- FASE QUIRURGICA – 2- FASE POSQUIRURGICA o POSOPERATORIO – 3- FASE DE RECUPERACION - PISO O HABITACION – 4- FASE DE REANIMACIÓN.

**SUSTENTACION RECURSO DE APELACION Y/O REPLICAS
A LA SENTENCIA.**

No le asiste razón al A-quo, al argumentar que:

- 1- La parte actora no probó la falta de deber de cuidado del médico tratante y personal de enfermería.

- 2- La parte demandante no apporto un dictamen médico suscrito por un profesional de la medicina que apuntalara su versión de la deficiente e inoportuna atención médico prestada a la paciente fallecida.
- 3- Analizada la historia clínica de la paciente fallecida, lo que emerge fue que se le presto una atención medica acorde con su estado clínico.
- 4- Lo que aflora de la historia clínica fue que luego de la cirugía, en el pos-operatorio la paciente entro en estado de deterioro progresivo de su salud y finalmente falleció pese a los esfuerzos médicos adscritos a la clínica cesar S.A para revertir el estado crítico.
- 5- No es posible con la atención medico prestada por el personal de la clínica del Cesar pregonar que se actuó de manera: NEGLIGENTE, IMPERITA O CON DESCONOCIMIENTO DEL PROTOCOLO MEDICO O LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS POR EL CONOCIMIENTO CIENTIFICO AFIANZADO U OBJETIVO.
- 6- El demandante no logro probar ese hecho y genero absolución de la falta de cuidado atribuido por la parte demandante.
- 7- La atención hospitalaria asistencial y medico con ocasión de LA MASECTOMIA RADICAL CON VACIAMIENTO GANGLIONAR POR CARCINOMA DE MAMA DERECHA. Se hizo los exámenes de laboratorios y diagnósticos pertinentes pre quirúrgicos. Es más, esto no se discute, ni siquiera el éxito de la intervención.

DESARROLLO DE LA SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN.

7

Honorable **A-QUEM**, el suscrito demandante aporto **LA HISTORIA CLÍNICA** de la señora SONIA LUCILA AMAYA MENDOZA DE AMAYA, la cual, si se le hubiese hecho un estudio o análisis de rigor por parte del A-QUO como este lo manifiesto en la sentencia, se hubiese percatado de lo siguiente:

- a- Que hubo **NEGLIGENCIA, IMPERICIA, DESCONOCIMIENTO DEL PROTOCOLO MEDICO Y DE LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS POR EL CONOCIMIENTO CIENTIFICO AFIANZADO U OBJETIVO.**

- b- Que, pese a que el procedimiento **QUIRURGICO** realizado a la occisa fue **EN LA MAMA DERECHA**, el personal médico y demás, procedieron a realizarle procedimientos invasivos **EN LA MAMA IZQUIERDA**. Lo cual es sumamente grave ya que hubo **una equivocación aberrante de intervenir e invadir la mama izquierda**, cuando el procedimiento quirúrgico se programó y realizó en la mama derecha, como lo reconoce al A-QUO en la sentencia y como se desprende de los exámenes pre-quirúrgicos y ello se probará más adelante.

- c- Lo susodicho dejaría sin piso jurídico los argumentos del A-QUO al desestimar las pretensiones de la demanda **sin hacerle a la Historia clínica un análisis serio y responsable.**

En el caso sub-lite es menester conocer lo que es la HISTORIA CLINICA, así:

HISTORIA CLINICA.

Para ello, me permito citar al DR: RICARDO BARONA BETANCOURT en su obra: LA RESPONSABILIDAD MEDICA Y HOSPITALARIA, editorial leyer, en su página 303 y ss, la cual enseña:

8

Página 303: HISTORIA CLINICA:

La historia clínica puede considerarse como la relación ordenada y detallada de todos los datos y conocimientos, tanto anteriores, personales y familiares como actuales relativos al paciente que sirven de base para el juicio acabado de la enfermedad mental, por ello, ESTA DEBE REALIZARSE CON CLARIDAD Y SI HAY CAMBIOS DE MEDICO, EL REMPLAZO ESTA OBLIGADO A ENTREGARLA, CON SUS ANEXOS, a su remplazante.

Adicionalmente, en materia de historia clínica deben tenerse en cuenta las siguientes definiciones:

1- La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual SE REGISTRAN CRONOLOGICAMENTE LAS CONDICIONES DE SALUD DEL PACIENTE, LOS ACTOS MEDICOS Y LOS DEMAS PROCEDIMIENTOS EJECUTADOS POR EL EQUIPO DE SALUD QUE INTREVIENE EN SU ATENCION. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

En la página 309 y 310 de la susodicha obra encontramos:

PROTECCIÓN JURISPRUDENCIAL.

- a- En primer lugar, LA SENTENCIA DEL 17 DE NOVIEMBRE DE 2011 de la Corte Suprema de justicia- Sala de Casación civil con M.P WILLAM NAMEN VARGAS, en materia de HISTORIA CLINICA señaló los siguientes aspectos:

9

“La historia clínica del paciente reconocido por el médico tratante, registra la cirugía practicada el 23 de diciembre de 1.997, la atención medica el 26 siguiente, sin indicación del estado de salud y la información posoperatoria es DEFICIENTE.

*Debe puntualizarse la **RELEVANCIA DE LA HISTORIA CLINICA**. Por mandato normativo, la historia clínica **consigna de manera cronológica, clara, precisa, fidedigna, completa, expresa y legible** todo el cuadro clínico en las distintas fases del acto médico desde su iniciación hasta su culminación, a partir del ingreso del paciente a una institución de salud a su salida, incluso en la rehabilitación, seguimiento y control; **Contiene el registro de los antecedentes, y el estado de salud del paciente, LA ANAMNESIS, EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, MEDICAMENTOS APLICADOS, LA EVOLUCION, EL SEGUIMIENTO, CONTROL, PROTOCOLO QUIRURGICO, INDICACION DEL EQUIPO MEDICO, REGISTRO DE LA ANESTESIA, LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, LA UBICACIÓN EN EL CENTRO HOSPITALARIO, EL PERSONAL LAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS,** etc. Tratase de un documento probatorio sujeto a reserva o confidencialidad legal cuyo titular es el paciente y cuya custodia corresponde al profesional o prestador de salud, al cual puede acceder aquel , el usuario, las personas autorizadas por estos, el equipo de salud y las autoridades competentes en los casos legales, **ostenta una particular relevancia probatoria para valorar los deberes de conducta del médico, la atención medica al paciente, su elaboración en forma es una obligación imperativa del***

profesional e instituciones prestadoras del servicio, y su omisión u observancia defectuosa, irregular e incompleta, entraña importantes consecuencias, no solo en el ámbito disciplinario sino en los procesos judiciales, en especial, de responsabilidad, por constituir incumplimiento de una obligación legal integrante de la respectiva relación jurídica.”

10

- b- Adicionalmente, **LA SENTENCIA DEL 14 DE NOVIEMBRE DE 2014 de la Corte suprema de justicia- Sala de Casación civil con M.P FERNANDO GIRALDO GUTIERREZ,** en materia de HISTORIA CLINICA señalo:

*“La historia clínica tiene una relevancia en estos asuntos, pues en la medida en que recoge todos los datos referidos al estado de salud y la asistencia prestada al paciente, informan al Juez, como a los peritos que se sirven de ella para rendir concepto, sobre las condiciones del paciente y la atención desplegada por la institución sanitaria, a lo que permite valorar su conducta y el cumplimiento de los deberes por parte del personal sanitario, convirtiéndose en el objeto de estudio de todo informe pericial en materia de responsabilidad sanitaria, pues el perito médico requiere como elemento base para la elaboración de su concepto toda la información allí contenida. Es un instrumento a disposición de la justicia, para valorar la conducta del personal sanitario de cara a establecer su responsabilidad por **MALA PRAXIS**, que debe ser tenida en cuenta así se aporten en copias inauténticas y así se deduce del artículo 244 del CGP.*

*Los registros que en ella se consignan deben ser **CLAROS Y COMPLETOS, SIN ENMENDADURAS, SIN TACHONES QUE NO PONGAN ENTRE DICHOS EL CONTENIDO DE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN ELLAS,** además que su aportación al proceso no puede ser dificultada, puesto que si se obstaculiza la práctica de la prueba o no se facilita su producción esta conducta ha de tomarse como indicio en contra de la entidad demandada y si no existe o se ha extraviado es*

demostrativo de NEGLIGENCIA, lo que compromete la responsabilidad de la entidad encargada de conservarla.

11

Lo Susodicho es compartido al unísono por los siguientes doctrinantes:

- a- CARLOS ROBERTO SOLORZANO GARAVITO en su obra: DERECHO PENAL Y RESPONSABILIDAD MEDICA. Edición nueva jurídica, Universidad católica de Colombia 2011.

- b- MANUEL DE JESUS ROJAS SALGADO en su obra: RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA – LA VALORACION DE LA PRUEBA – LA CAUSALIDAD EN EL ACTO MEDICO, librería jurídica SANCHEZ R. LTDA 2014.

- c- DOMINGO BELLO JANEIRO en su obra LA RESPONSABILIDAD MEDICA, Editorial Temis 2015.

- d- BRAJHAN SANTIAGO OBANDO OBANDO, En su obra RESPONSABILIDAD MEDICA POR PERDIDA DE OPORTUNIDAD: ANALISIS DESDE EL BIODERECHO Y LA GERENCIA DE SALUD 2016.

- e- DANIELA NAVARRO REYES En su obra: LA RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA – FRENTE AL INCUMPLIMIENTO INFORMADO Editorial universidad del Rosario 2021.

Para continuar con el desarrollo de esta sustentación es menester conocer el siguiente concepto:

¿QUE ES LA LEX ARTIS?

Ello lo encontramos en la obra RESPONSABILIDAD MEDICA Y HOSPITALARIA DE RICARDO BARAHONA BETANCOURT páginas 195 y ss.

12

- a- Para **TOMAS GARCIA HERNANDEZ**, La *lex artis* es la aplicación de las reglas generas medicas a casos iguales o parecidos o la actuación conforme a cuidado objetivamente debidos. No cabe la aplicación de la *lex artis* a situaciones no estudiadas no conocidas o imprevistas en la ciencia médica, sino todo lo contrario, pues una condición de la *lex artis* es que cualquier medico actuaria de igual forma cuando se dieran las mismas condiciones. Siempre con la salvedad de la libertad profesional.
- b- Para **ROBERTO SERPA FLOREZ**, la *lex artis* son las reglas de consonancia con el estado de saber de esa ciencia que marcan las pautas en que deben desenvolverse los profesionales, recalcando que el deber objetivo o de cuidado es un concepto juridico que se relaciona con la obligación del médico de atender a su paciente de acuerdo con las reglas de la *lex artis* y con la correcta indicación médica.
- c- **LUIS GUILLERMO SERRANO ESCOBAR** señala que la *lex artis* en el ejercicio de la medicina es el estricto acatamiento de las disposiciones técnicas y científicas de la ciencia médica, será esta la que nos permita averiguar si en determinada actuación un médico incurrió en una mala práctica, es decir en una falta que lo haga incurrir en responsabilidad. Si existe correspondencia entre la conducta del médico y el uso adecuado, el médico habrá obrado diligentemente, como un buen profesional, en caso contrario incurriría en una falta.

d- **La Corte Constitucional** indica que la *lex Artis* son las reglas que cada profesión tiene para su buen hacer y deben ser utilizadas, por que son en su esencia cambiantes, dada “la propia naturaleza renovadora de ciertas profesiones, que surge de experiencias y costumbres”, del nuevo conocimiento u prácticas adquiridas, todas las cuales “marcan un especial modo de actuar y entender las reglas respectivas y propias de cada ejercicio profesional”¹.

e- **La Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil** estableció que, a las pautas generales de responsabilidad civil, y a las singulares de la profesional, únanse las reglas, normas o directrices específicas reguladoras del arte, ciencia o profesión con los cánones o principios científicos o técnicos de su ejercicio (Lex Artis), según criterios o procederes usuales en cierto tiempo y lugar, el conocimiento, avance, progreso, desarrollo y estado actual (Lex Artis ad hoc). La actividad médica, en la época contemporánea más dinámica, eficiente y precisa merced a los adelantos científicos y tecnológicos, cumple una función de alto contenido social. Al profesional de la salud, es exigible una especial diligencia en el cuidado de su actividad acorde al estado de la ciencia y el arte, sobre él gravitan prestaciones concretas, sin llegar a extremo rigor, considerada notable incidencia de la medicina en la vida la salud e integridad de las personas. En este contexto, por regla general, la responsabilidad del médico no puede configurarse sino en el ámbito de la culpa, entendida no como error en que no hubiese incurrido una persona prudente o diligente en idénticas circunstancias a las del autor del daño, sino más exactamente en razón de su profesión que le impone deberes de conducta específicos más exigentes a la luz de la *Lex Artis*, mandatos, parámetros o estándares imperantes conforme al estado actual de la ciencia, el conocimiento científico, el desarrollo, las reglas de experiencia y su particular proyección en la salud de las personas (art 121, ley 23 de 1981 y 8º Decreto 2280 de 1981) naturalmente “el médico, en el ejercicio de su profesión, está sometido al cumplimiento de una serie de deberes de diversa naturaleza”, incluso éticos componentes de su *Lex*

¹ Sentencia C-762 del 29 de octubre de 1999 de la Corte Constitucional M.P. CARLOS HENAO PEREZ.

Artis, respecto de los cuales asume la posición de garante frente a la sociedad y a los usuarios.

14

ANALISIS DE LA HISTORIA CLINICA DE LA OCCISA:
SONIA LUCILA MENDOZA AMAYA

QUE DETERMINA LA NEGLIGENCIA MEDICA SEGÚN EL ANALISIS DE
LA HISTORIA CLINICA

Una negligencia médica es la lesión que se le causa a un paciente debido a la ignorancia de la lex artis (el modo de hacer del oficio)

El personal sanitario **tiene el deber de preservar y restablecer** la salud del paciente. Y, aunque tal resultado no siempre está en sus manos, existen unos estándares en la práctica médica, orientados a la curación. Así, **un médico no puede apartarse injustificadamente de tales estándares.**

Las negligencias médicas dan al paciente lesionado derecho a una indemnización.

La negligencia médica es una mala praxis médica que ocasiona una lesión al paciente. De modo que conjuga tres elementos: LESION, MALA PRAXIS Y NEXO CAUSAL

LESION

DETERIORO SISTEMATICO DEL ESTADO DE SALUD DE LA
PACIENTE, DURANTE EL POS OPERATORIO QUE CONLLEVO
A LA MUERTE DE SONIA LUCILA MENDOZA AMAYA

Este deterioro consiste en **el sufrimiento y agonía** que vivió la señora SONIA LUCILA MENDOZA DE AMAYA, en las dos horas que aparentemente, permaneció con vida, en piso 2 habitación 225 de la CLINICA CESAR (unidad de hospitalización), y **la angustia de su hijo JEAN CARLOS AMAYA MENDOZA**, quien **presenció** cómo su madre le manifestaba la sintomatología y necesidad de asistencia médica, de **su clamor insistente por atención**, la cual no les fue prestada de manera oportuna.

MALA PRAXIS

CONSISTE EN LA OMISION DE APLICACIÓN DE CON CONDUCTOS PROCEDIMENTALES, TECNICOS IDONEOS PARA ATENSION A PACIENTE ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL POS OPERATORIO –HOSPITALIZACION:

ANALISIS HISTORIA CLINICA (MANUSCRITA)

**I. PRIMERA ANOTACION EN HISTORIA CLINICA
MANUSCRITA (6:00PM 18-07-2012)**

**1.1. INGRESO A HOSPITALIZACIÓN (AL PISO 2,
HABITACIÓN 225 CLINICA DEL CESAR).**

Conforme al seguimiento que debió registrarse en la historia clínica de pacientes, al ingresar la señora SONIA LUCILA MENDOZA DE AMAYA, a hospitalización, debía constar en la historia clínica además de la hora y fecha lo siguiente:

- 1.1.2 Quien recibe en piso a la paciente y hace la descripción del estado o condiciones en que llega la señora SONIA LUCILA MENDOZA AMAYA.

En este caso no se evidencia que profesional la recibe, si la paciente llego estable o venia presentando sintomatología respecto de la fase quirúrgica y fase de recuperación (observación posquirúrgica) lo que demuestra EL ACTUAR DEFECTUOSO, INOPORTUNO E INADECUADO DEL PERSONAL MEDICO DE LA CLINICA CESAR Que equivale a una MALA PRAXIS.

- 1.1.3. Las condiciones en que llega la paciente a la 6:00 pm del día 18 de julio de 2012 de conformidad a lo registrado en la historia clínica:

Es decir, no existe registro de que la señora SONIA LUCILA MENDOZA AMAYA, venía con un pronóstico adecuado: esto significa que debe ingresar al servicio de hospitalización en condiciones estables, signos vitales dentro de los límites normales, pues se prevé que ya salió de su debida recuperación de la fase quirúrgica.

En este caso, según se registró en la historia clínica, que la occisa manifestó presentar mareos, vómitos (2) y epigastralgia (ardor estomacal).

Según la historia clínica se procedió a examinar a la paciente describiendo:

a) SIGNOS VITALES:

- Tensión Arterial TA 90/60 (leve hipotensión)
- Frecuencia Cardíaca FC. 89X' (dentro de límites normales)
- Frecuencia Respiratoria FR. 18 X' (dentro de límites normales)
- Saturación de Oxígeno SO₂: 99% (dentro de los límites normales)
- **Temperatura Corporal: NO EXISTE REGISTRO**

b) EXAMEN FÍSICO DE INGRESO A HOSPITALIZACIÓN:

- CONSCIENTE.
- ORIENTADA
- **LEVE FRIALDAD CORPORAL (injustificada clínicamente-sin registro)**
- TORAX: SIMETRICO, NO TIRAJE, HERIDA QUIRURGICA (QX) SIN SIGNOS DE SANGRADO.
- DREN A HEMOVAC
- Item ilegible
- ABDOMEN: BLANDO, NO MASAS
- EXTREMIDADES (EXT): ILEGIBLE

c) DIAGNOSTICO (DX)

- LIPOTIMIA
- HIPERTENSION POS OPERATORIA

Es de resaltar que, en este caso, No se registra la temperatura corporal TC de la víctima, lo cual no coincide con el registro del examen físico inicial al ingresar al servicio de hospitalización, en donde conste la verificación de la causa de la “leve frialdad corporal” registrada. **lo que constituye una deficiente atención médica – MALA PRAXIS.**

Se observa que existe una seria contradicción en cuanto al examen físico practicado a la occisa al momento de ingreso a hospitalización y su diagnóstico correspondiente.

Explico: en el registro de ingreso a hospitalización no se evidencia que la víctima haya perdido el conocimiento, o se haya desmayado o que presentara una debilidad que conllevara al médico a diagnosticar una lipotimia, tal como figura registrado en el diagnostico luego de practicar el examen físico inicial.

¿Qué es La lipotimia?

Es una pérdida breve del conocimiento debido a una disminución del flujo sanguíneo del cerebro, lo que provoca que podamos perder el conocimiento de manera completa o parcial.

Adviértase que en el mismo examen inicial se determinó que la occisa ingresa **consciente y orientada**, esto según registro en Historia clínica.

Lo cual evidencia la MALA PRAXIS (porque no se verificó todas las condiciones en las que ingresó al servicio de hospitalización, o se hizo de manera inadecuada, o simplemente la occisa no presentaba alteraciones diagnosticadas (lipotimia) registradas en la historia clínica.

d) PLAN DE MANEJO

- HIDRATAR
- P.... (ES ILEGIBLE)
- PROTECTOR GASTRICO

Los registros por parte del personal de salud **deben ser LEGIBLES, PRECISOS, EXPRESOS, COMPLETOS, CLAROS Y CRONOLOGICOS**

Se advierte, que, en la historia clínica manuscrita, firmado por quien ostenta el registro 5392, el plan determinado por el personal médico no es específico, pues debía indicarse:

- **Plan de “HIDRATAR”:**
 - qué tipo de solución debía aplicarse a la occisa, para hidratarla.**
 - su dosificación**
 - el volumen de la solución a aplicarse**
 - vía de aplicación (intravenosa u oral)**
 - Tiempo de hidratación**
- **Plan PRO... ilegible:**

NO SE PUEDE IDENTIFICAR QUE TIPO DE ORDEN DIO EL

MEDICO TRATANTE O FIRMANTE CON REGISTRO 5392

...nunca se aplicó a la occisa.

- **Plan PROTECTOR GASTRICO**
 - i. **Qué protector gástrico (NOMBRE) debía aplicarse a la occisa**
 - ii. **Dosificación**
 - iii. **Tiempo de aplicación**
 - iv. **Vía de aplicación**

En este caso NO se registra.

Lo que no está escrito NO EXISTE.

SE EVIDENCIA LA MALA PRAXIS, por la inaplicación de la lex artis del personal médico tratante, al suscribir ordenes no específicas, ilegibles, sin claridad, de forma incompleta. Lo que genera confusión, retardo en su ejecución, e implica que la occisa no recibió adecuada, oportuna y eficaz atención por parte del personal médico tratante.

LIMITACIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS ORDENES IMPARTIDAS POR MEDICO TRATANTE. (registro 5392)

En el remoto caso de que las ordenes se impartieran de forma verbal, (situación que solo se permite bajo código azules (urgencia) debían ser registrada en la historia clínica por quien las ejecutó, **EN EL PRESENTE CASO SON AUSENTES- FUERON OMITIDAS.** No existe, violentando los protocolos médicos que rigen y son de estricto cumplimiento por parte de los profesionales de la salud.

Según los **“10 CORRECTOS DE LA ENFERMERIA” (protocolos o lineamientos para la administración de tratamiento médicos por parte del personal de enfermería),**

respecto a la ejecución de las órdenes impartidas por el médico tratante, **debe constar en el historial clínico el registro de su ejecución teniendo en cuenta**

1. Hora
2. Que sea el paciente a tratar,
3. Tipo y nombre de medicamento
4. Su dosificación
5. Su reconstitución y dilución
6. Velocidad de administración
7. Vía de administración
8. Informar al paciente o su acompañante sobre el medicamento a administrar
9. Registro y
10. Seguimiento o respuesta.

En este caso no existe registro de la ejecución y cumplimiento por parte de personal enfermería de la Clínica Cesar, de las órdenes impartidas en la historia clínica **las cuales adolecen de precisión, claridad, son ilegibles, inespecíficas, e incompletas.**

En consecuencia, **se observa MALA PRAXIS**, con la inadecuada atención médica, aunado al incumplimiento de los protocolos y/o lineamientos de atención establecidos para el personal médico, que en su momento debieron seguirse frente a la hoy occisa.

1.1.4. si la paciente llega de acompañada o no.

En este caso no se registró en la historia clínica.

Denota MALA PRAXIS, con la inadecuada atención médica, aunado al incumplimiento de los protocolos y/o lineamientos de atención establecidos para el personal médico, frente a la hoy occisa

1.1.5. si presenta algún tipo de dolor y otro síntoma o malestar que indique **protocolos de alerta** al personal médico.

En este caso NO REGISTRA.

Denota MALA PRAXIS, con la inadecuada atención médica, aunado al incumplimiento de los protocolos y/o lineamientos de atención establecidos para el personal médico, frente a la hoy occisa.

II SEGUNDA ANOTACION EN LA HISTORIA CLINICA
MANUSCRITA HORA 6:30 PM 18-07-2012

Según cronología de historia clínica, a las 6:30 pm, del 18 de julio de 2012, se registra:

a) SIGNOS VITALES

- TA: 110/60 (Dentro de los límites normales)
- FC: 89X' (Frecuencia Cardiaca dentro de los límites normales)

Figura una anotación sin ítem específico que ordena:

- Oxígeno Naso-cánula a 3 litros

Llama la atención y resalta de esta anotación lo siguiente:

Pese a la existencia de una orden específica y clara, descrita para aplicación de oxígeno a la occisa, en la segunda anotación a las 6:30 pm se presenta las siguientes inconsistencias:

- NO SE evidencia registro de control **de frecuencia respiratoria**,
- No hay registro en la historia clínica manuscrita, de la **Saturación de oxígeno**, o cualquier otro signo.
- Como tampoco existe un registro de que la fallecida manifestara algún síntoma, indicándole al médico tratante la necesidad de administrarle oxígeno.
- **No existe Justificación para administrar oxígeno.**

Lo susodicho evidencia una clara omisión del registro en historia clínica, por lo tanto, No existió.

Lo anterior denota MALA PRAXIS, con la inadecuada atención médica, aunado al incumplimiento de los protocolos y/o lineamientos de atención establecidos para el personal o equipo médico de la Clínica Cesar, frente a la hoy occisa.

- i. Se Omitió en registro que profesional fue encargado el administrar el oxígeno (fisioterapeuta) el cual fue ordenado violentando el protocolo medico pues no se justificó la razón ser de ello.
- ii. No hay registro en historia clínica manuscrita, si efectivamente la

orden de aplicación de oxígeno se cumplió.

Situación que NO SE REGISTRA, por lo tanto, No existió.

Lo anterior denota MALA PRAXIS, con la inadecuada atención médica, aunado al incumplimiento de los protocolos y/o lineamientos de atención establecidos para el personal médico, frente a la hoy occisa.

- iii. Teniendo en cuenta la hipotensión registrada, al ingreso al servicio de hospitalización, la occisa debía haber sido monitoreada de manera constante y permanente, sin embargo, en la historia clínica manuscrita y transcrita, **NO SE REGISTRA SEGUIMIENTO COMPLETO**, adolece de la información de la Frecuencia Respiratoria, de la Saturación de Oxígeno y Temperatura corporal, de su Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca, desde las 6:00 hasta 6:30 pm, que de haber permanecido conectada a un monitor de signos vitales (como debió ser), existiese un registro no menor a tres mediciones en esta media hora, situación que **NO SE REGISTRA** en la historia clínica, por lo tanto No existió.

Lo anterior denota MALA PRAXIS, con la inadecuada atención médica, aunado al incumplimiento de los protocolos y/o lineamientos de atención establecidos para el personal médico, frente a la hoy occisa.

III. TERCERA ANOTACIÓN EN HISTORIA CLINICA MANUSCRITA (7:00 pm 18-07-2012)

a) SIGNOS VITALES

- **TA (tensión arterial): NO REGISTRA**
- FC (frecuencia cardíaca): 100 X' (100 por minuto)
- FR (frecuencia respiratoria): **se OMITIO**
- SO₂ (Saturación de oxígeno): **SE OMITIO**
- TC (Temperatura corporal): **SE OMITIO**

b) EXAMEN FISICO

- **CONSCIENTE**
- **HIPOACTIVA**
- **MANIFESTA SENSACION DE AHOGO**

- RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS ... SEGUIDO POR DATO ILEGIBLE.
- EXT PULSO CARDIACO FEMORAL (+)

c) PLAN

- 1. HARTMAN 4000CC EN BOLO
- 2. CANALIZAR OTRA VIA
- ... POCO LEGIBLE (APARENTA DECIR DESFRIBILACION)
- 3. VENTURY F: O₂ 98%
- 4. NORADRENALINA AMPOLLA #5 MAS 80CC SOLUCION SALINA, PASAR A 0,03-3,3mcg/...ilegible.,. /, SUBIR TENSIÓN
- 5. S.S (se solicita) GLUCOMETRIA (23mg/dl)
- 6. S.S. CH (se solicita cuadro hemático), NA (sodio-verificación de electrolitos), CL (cloro), K (Potasio), BUN – CREATININA (para verificar daño renal), TP-TPT (Tiempos de coagulación), AC LACTICO (ácido láctico), GASES ARTERIALES, RAYOS X DE TORAX PORTATIL

De los signos vitales, obtenidos de la historia clínica en la tercera anotación a las 7:00 pm, la occisa presento: TA: NO REGISTRA FC: 100 X', **lo que indica una ACTIVIDAD ELECTRICA SIN PULSO**

La actividad eléctrica sin pulso (AESP) se define como:

- La presencia de actividad eléctrica cardíaca organizada, sin traducirse en actividad mecánica o TAS < 60 mmHg. Es el **principal ritmo de paro cardiorrespiratorio en pacientes hospitalizados.**²

² [https://www.medigraphic.com/cgi-](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=16006#:~:text=La%20actividad%20el%C3%A9ctrica%20sin%20pulso,paro%20cardiorrespiratorio%20en%20pacientes%20hospitalizados.)

[bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=16006#:~:text=La%20actividad%20el%C3%A9ctrica%20sin%20pulso,paro%20cardiorrespiratorio%20en%20pacientes%20hospitalizados.](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=16006#:~:text=La%20actividad%20el%C3%A9ctrica%20sin%20pulso,paro%20cardiorrespiratorio%20en%20pacientes%20hospitalizados.)

- a) American Heart Association. 2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiovascular Care (ECC) Science With Treatment Recommendations Circulation. Volume 112, Issue 22 Supplement; November 29, 2005.
- b) Abu RB. Tissue plasminogen activator in cardiac arrest with pulseless electrical activity. N Engl J Med 2002; 346(20): 1522-1528.
- c) Anderson J. Risk of thromboembolism in heart failure: an analysis from the Sudden Cardiac Death in Heart Failure Trial (SCD-HeFT). Circulation 2007; 115(20): 2637-2641.

- La actividad eléctrica sin pulso (AEP) es la falta de pulso palpable o de contracción cardíaca incluso con una actividad eléctrica cardíaca organizada. Aunque el corazón está produciendo una actividad eléctrica organizada, no se produce ninguna actividad mecánica. No habrá contracciones de los músculos cardíacos³

Consta en registro de examen físico de historia clínica III anotación, que la hoy occisa se encontró CONSCIENTE, HIPOACTIVA, MANIFESTANDO SENSACIÓN DE AHOGO.

RESULTA CONTRADICTORIO QUE:

Si la occisa presenta una actividad eléctrica sin pulso - La cual es el principal **ritmo de paro cardiorrespiratorio**, y entiéndase que con un ritmo de paro **el paciente esta inconsciente-**, el examen físico registrado por el médico tratante en la historia clínica manuscrita, es falaz, incongruente, NO SE AJUSTA A LA REALIDAD puesto que la hoy occisa, NO PODIA ESTAR de forma:

“CONSCIENTE
HIPOACTIVA
MANIFESTANDO SENSACION DE AHOGO
RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS ... SEGUIDO POR
DATO ILEGIBLE.
EXT PULSO CARDIACO FEMORAL (+)”

Aunada a que no se registra la participación del profesional de fisioterapia en la asistencia del evento presentado por la occisa, necesariamente obligatoria puesto que es el único capacitado para brindar la administración

- d) Gossage JR. Early intervention in massive pulmonary embolism. A guide to diagnosis and triage for the critical first hour. Postgrad Med 2002; 111(3): 27-8, 33-4, 39-40.
- e) Goyal D. Pulmonary embolism: an unsuspected killer. Emerg Med Clin North Am 2004; 22(4): 961-983.
- f) Schreiber W, Gabriel D, Sterz F, Muellner M, Kuerkciyan I, Holzer M et al. Thrombolytic therapy after cardiac arrest and its effect on neurological outcome. Resuscitation 2002; 52: 63-69.
- g) Spohr F, Bottiger BW. Safety of thrombolysis during cardiopulmonary resuscitation. Drug Saf 2003; 26: 367-379.

³ <https://cprcare.com/es/course/acls/11/>

de oxígeno por VENTURY.

Lo anterior denota **MALA PRAXIS**, con la **inadecuada atención médica, aunado al incumplimiento de los protocolos y/o lineamientos de atención establecidos para el personal médico, frente a la hoy occisa.**

No existe registro de cumplimiento de órdenes medicas dispuestas en el plan de la anotación tercera, hora 7:00 pm como: notas de enfermería, notas de fisioterapia, reporte de laboratorios y rayos X, los cuales no fueron anexados a la historia clínica, o nunca se le practicaron, lo que constituye omisión de los lineamientos y protocolos a los que se encuentra obligado el equipo médico, de lo que deviene la MALA PRAXIS

IV CUARTA ANOTACION HORA 7:10PM DEL 18-7-2012

a) SIGNOS VITALES

TA: 60/40 (fuera de los límites normales)

FC: 101X' (101 por minuto)

Lo anterior sin registros de examen físico, sin registro de la totalidad de signos vitales esenciales de acuerdo a la emergencia presentada.

Es decir que del deterioro del estado de salud de la señora **SONIA LUCILA MENDOZA DE AMAYA** no existe un registro completo en la historia clínica que permita demostrar que recibió atención médica oportuna y adecuada, por parte del equipo médico, aun cuando en esta eventualidad, se exige una especial diligencia en el cuidado de su actividad, en razón a que su profesión les impone deberes de conducta específicos más exigentes a la luz de la Lex Artis, mandatos, parámetros o estándares imperantes conforme al estado actual de la ciencia, el conocimiento científico, el desarrollo, las reglas de experiencia y su particular proyección en la salud de las personas (art 121, ley 23 de 1981 y 8o Decreto 2280 de 1981)

Lo anterior denota **MALA PRAXIS**, con la **inadecuada atención médica, aunado al incumplimiento de los protocolos y/o lineamientos de atención establecidos para el personal médico, frente a la hoy occisa.**

V. QUINTA ANOTACION HORA 7:15 PM del 18-7-2012

a) SIGNOS VITALES

TA: NO REGISTRA (IGUAL A LO CONSIGNADO A LAS 7:00PM,

ANOTACIÓN TERCERA)
FC: NO SE AOBSCULTA
PULSO: 0

b) EXAMEN FISICO

Paciente en asistolia,
se inicia maniobras de reanimación avanzada,

Rigidez corporal

- FENITOINA 250G IV (intravenosa) LENTO
- VENCURONIO 8Mg IV AHORA
- INTUBACIÓN OROTRAQUEAL TUBO #7,5
- HARTMAN 4000CC EN BOLO
- ADRENALINA 1mg IV BOLO CADA 1Mg POR TOTAL 6 AMPOLLA
- ATROPINA AMPOLLA ... ILEGIBLE...IV BOLO CADA 1ml POR AMPOLLA 6 AMPOLLAS.
- BICARBONATO AMPOLLA #16 BOLO TOTAL
- GLUCONATO DE CALCIO AMPOLLA # 5
- NORADRENALINA 0,03-3,3mcg/mg
- MASAJE CARDIACO
- PACIENTE QUE DA PULSO CARDIACO FIBRILACIÓN VENTRICULAR, PUPILAS DILATADA HIPOREACTIVA
- **EKG (electrocardiograma)**
- XILOCAINA 60mg IV LENTO (DOS DOSIS)
- CARDIOPRESIÓN CON 200 JULS EN TRES 3 OCASIONES
- ADRENALINA EN INFUSION 5 AMPOLLAS DE 1mg + 80 cc; PASAR 50 CC /HORA
- VASOPRESION AMPOLLA IV LENTO #3 AMPOLLA TOTAL
- COLOCAR SONDA VESICAL A SISTOFLO
- SULFATO DE MG AMPOLLA IV LENTO (No se registra ni dosis ni cantidad de ampolla)
- PUNCION A TORAX CON YELCO #14 SE EXTRAJO ESCASA CANTIDAD DE MATERIAL HEMATICO (TRAUMATICO)

Se advierte en el registro medico lo siguiente:

Ausencia de registros de:

- Administración de la medicación ordenada por médico tratante,
- Ausencia de registro del personal o equipo médico, fuera de quien

suscribe la historia clínica manuscrita, que participara en la reanimación de la occisa, pues resulta imposible que una sola persona examine, realice maniobras RCP (reanimación cardiopulmonar), ordene medicación, prepare y administre tratamiento todo esto al mismo tiempo.

- Ausencia de notas de enfermería que permita validar que efectivamente se dio el debido cumplimiento a las ordenes medicas de administrar el tratamiento dispuesto por el galeno tratante, resaltando **que existe dos órdenes de aplicación de noradrenalina en anotaciones tercera y quinta de la historia clínica, pero no hay de registro de si fueron cumplidas estas órdenes o en qué tiempo, o simplemente que nunca le fue aplicado esta medicación...**
- Ausencia de registro de dispensario de farmacia del despacho y entrega de la medicación ordenada por médico tratante.
- Se advierte que el aporte de EKG a la historia clínica, no cumple con los requisitos clínicos exigibles, como lo es tener consignado el nombre e identificación del paciente y hora de realización del estudio, con lo cual no se puede aseverar que este corresponde al estudio ordenado a la occisa SONIA LUCILA MENDOZA AMAYA.
- Se observa la orden de administrar FENITOÍNA a la occisa, sin justificación alguna, puesto que no existe registrado en la historia clínica que la señora SONIA MENDOZA, presentara episodios convulsivos antes, durante, ni después, de dicha orden. Lo que, si se establece claramente, **es que la occisa para esa hora, ya presentaba rigidez corporal** (sin justificación)

Según el vademécum⁴ la Fenitoína Inhibe la propagación de la actividad convulsivante en la corteza motora cerebral: estabiliza el umbral promoviendo la difusión de sodio desde las neuronas.

Lo anterior denota MALA PRAXIS, con la inadecuada atención médica, aunado al incumplimiento de los protocolos y/o lineamientos de atención y omisiones sistemáticas en los registros que debiesen constar en historia clínica, establecidos para el personal médico, frente a la hoy

⁴ Vademecum.es está reconocido oficialmente por las autoridades sanitarias correspondientes como Soporte Válido para incluir publicidad de medicamentos o especialidades farmacéuticas de prescripción dirigida a los profesionales sanitarios.

occisa.

VI. SEXTA ANOTACIÓN HORA 8:00PM 18-07-2012

a) SIGNOS VITALES

TA: 0/0

FC: 0

PULSO CARDIACO: 0

PUPILAS: DILATADAS ARREACTIVAS

FALLECE

Este es el resultado del abandono, inapropiada atención del equipo médico, de la clínica, de la persistente omisión de lineamientos y protocolos clínicos, de la ausencia de personal idóneo, de la falta de seguimiento y registro clínico, del estado de salud de la señora SONIA LUCILA MENDOZA DE AMAYA en la habitación 225, de la deshumanización del personal a quienes se clamó auxilio, en reiteradas ocasiones, por parte de familiar de la occisa⁵, ante el evidente deterioro que precedió a su muerte, de lo que deviene la MALA PRAXIS.

ANALISIS DE LA HISTORIA CLINICA (TRANSCRITA EN COMPUTADOR)

Es menester precisar que la transcripción de la historia clínica que se consigna de forma manual, para esa fecha 2012, era un acto inmediato durante el desarrollo de los eventos correspondiente a la atención médica y de enfermería, que registraba de forma cronológica, precisa, detallada, completa, justificada toda atención, orden, administración de tratamiento, procedimientos, ejecución y cumplimiento de manejo clínico, dado a los pacientes.

Con posterioridad, se elaboraba una transcripción de la historia manuscrita, en la cual debía reposar anexos como: laboratorios, notas de enfermería, notas de farmacia, estudios médicos previos y posteriores a la atención médica, hojas de registro de signos vitales, historia clínica escrita por el médico tratante, terapistas, especialistas, que intervienen en la atención al paciente, etc.

De la lectura de la historia transcrita vista a folio 64 y ss, anexo a la demanda, fácil es advertir que existen serias contradicciones e

⁵ Conforme a lo manifestado en denuncia penal presentada el 25 de julio de 2012 vista a folio 82-89

inconsistencias que soportan la negligencia del equipo médico de la clínica Cesar, las persistentes omisiones a los protocolos y lineamientos clínicos de obligatorio acatamiento, dada la naturaleza de su profesión, esto tratando de acomodar la precaria atención recibida, las fallas en los procedimientos aplicados, la ausencia de registro y monitorizaciones detalladas a la occisa, entre otras anomalías.

Así las cosas, se encuentra:

- a) Motivo de ingreso al servicio de hospitalización INCOMPLETO, se omite especificar el o las áreas intervenidas.
- b) No coincide el registro de enfermedad actual visto a folio 67 de la epicrisis (Paciente femenina que ingresa por cirugía programada de mastectomía por carcinoma de mama **IZQUIERDA**), con el registro visto a folio 66 manuscrito, en el cual lee **Carcinoma canalicular infiltrante DERECHO**.

EXISTEN DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIFERENTES.

Uno en la mama izquierda y otro en la mama derecha de registro clínico de la occisa.

Lo anterior constituye alteraciones en los registros médicos, impresiones en los procedimientos de los que deviene la negligencia, por abandono de protocolos y lineamientos propios de la lex Artis medica. Es decir, mala praxis.

- c) No coincide el registro de enfermedad actual visto a folio 67 y 64 descrito en anterior ítem anterior, con el diagnóstico preoperatorio descrito a folio 70 el cual reza: **CARCINOMA CANALICULAR INFILTRANTE DE MAMA DERECHA.**

Se tiene entonces que el personal o equipo médico que registró procedimientos aparentemente administrados a la occisa, no tenía claro cuál era su padecimiento, por lo cual SE PRACTICÓ UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO INADECUADO E INJUSTIFICADO EN MAMA IZQUIERDA. Pese a que todos estudios previos indicaban que su padecimiento se encontraba en su mama DERECHA.

- d) Descripción de Antecedentes visto a folio 64 especifica en Patológicos: Carcinoma canaliculado infiltrante **ductal de mama izq.**

Se tiene entonces que no existe correspondencia de la patología descrita en enfermedad actual (por carcinoma de mama IZQUIERDA) con la descrita en antecedente patológicos Carcinoma canaliculado infiltrante ductal de mama izq.) se trata de otra especie de afección. **Resaltando así la mala praxis del equipo médico responsable, en su momento, del cuidado de la hoy occisa.**

- e) Del examen físico, visto a folio 66 de la Historia Clínica manuscrita de ingreso o atención inicial, se observa que la hoy occisa, llego con signos vitales registrado de: **TA 130/80mhg FC 70X' FR 18X'** pero contrario a ello en la epicrisis y la Historia de ingreso a hospitalización vistas a folio 64 y 67, fue alterada pues se registra que llego con una medición diferente: **TA 110/60 FC 82X'** y de la nada aparece una medición de saturación de oxígeno de 99% que no consta en ningún registro previo.

Al tratarse de una transcripción se deben conservar de forma exacta los datos consignados en los documentos manuscritos, cualquier alteración o modificación en los mismos, busca el ocultamiento del abandono, de la negligencia del personal responsable de la atención a la occisa, en hospitalización (fase de recuperación), de la Clínica Cesar.

Es concluyente al revisar la historia de Ingreso a Hospitalización (folio 67), la descripción de examen físico que registra en zona toraxica: DREN A EMOVAC EN AREA QX (QUIRURGICA) EN ZONA MAMARIA IZQ. Además, en el diagnóstico de ingreso se manifiesta que un POP MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA DERECHA, MAS VACIAMIENTO LINFATICO RADICAL DERECHO.

Es ilógico que al examinar a la paciente hoy occisa el médico tratante observe y así lo registre, que se practicó la cirugía en mama derecha, pero que el DREN (dispositivo para evacuación del sangrado **el cual se coloca en herida quirúrgica) se encuentre localizado en mama IZQUIERDA.**

De lo que se tiene a la señora SONIA MENDOZA, recibió procedimiento inadecuados, injustificados, no específicos, erróneo, lo que afirma la mala praxis desplegada, la desatención, la negligencia del equipo médico causando graves lesiones y por consiguiente DAÑOS que terminaron por causar su muerte.

- f) NO EXISTE en la Historia transcrita ni en la historia manuscrita, registro de la evolución de la señora MENDOZA DE AMAYA, en el

lapso de tiempo entre las 12 :15 pm que termino el procedimiento quirúrgico hasta el momento de ingreso al servicio de hospitalización a la 6:00 pm

Lo que evidencia la falta de atención a la hoy occisa, por espacio de 5 horas y 45 minutos sin registro ni conocimiento de su evolución pos quirúrgica, **lo cual constituye una mala praxis.**

- g) A folio 64 se observa en evolución medica orden de aplicación de protectores gástricos e hidratación y **antiemético. Así como descripción detalla del tratamiento aplicados**

Esto modifica lo REGISTRADO en forma manual visto folio 68, donde se evidencia que la orden medica fue incompleta, algunas ilegibles, imprecisas lo que indica a todas luces, el ánimo de ocultar las sistemáticas fallas del equipo médico responsable del cuidado de la señora MENDOZA DE AMAYA SONIA LUCILA, hoy occisa.

- h) Así se observa en folio 67 que a la señora SONIA MENDOZA, se le hizo manejo de Dolor y antibioterapia.

Lo anterior NO SE ENCUENTRA registro manual de que esto fuese ORDENADO o APLICADO, además de que es un procedimiento injustificado **ya que no existe registro de que la paciente manifestara o evidenciara dolor alguno.**

- i) NO HAY CORRESPONDENCIA NI CONCORDANCIA del listado de medicamentos y tratamiento utilizados para procedimiento de reanimación RCP y registrados en historia manual, con los descritos en su transcripción como tampoco registro de su cumplimiento.

Lo cual violenta el protocolo medico

NEXO CAUSAL

Todo lo susodicho, nos lleva al nexo causal, dado que la violación de los protocolos de cuidados médicos – clínicos no fueron aplicados correctamente ni oportunamente, conllevando a una MALA PRAXIS MEDICA, teniendo ellos, los demandados, la custodia y responsabilidad del cuidado de la SALUD de la señora SONIA LUCILA MENDOZA DE AMAYA, que género como resultado su muerte.

JURISPRUDENCIA QUE APOYAN MI SUSTENTACION.

La Sentencia T-158/18 enseña:

La responsabilidad civil

15. El régimen de responsabilidad surge a partir de uno de los principios más importantes del derecho que es el deber de no causar un daño a otro^[65]. En este sentido, un sujeto es responsable cuando incumple la obligación de no dañar, siempre y cuando la causa del daño le sea imputable^[66].

16. Inicialmente, en enfoque de la sanción era penal sustentado en la culpa y la responsabilidad personal. Sin embargo, a partir del siglo XIX después de la revolución industrial donde los temas relacionados con la responsabilidad trascendieron a la materia civil, con el fin de convertirlo a un ámbito más objetivo que fuera más allá del sistema general de la culpa^[67]. Dicho sistema se enfocó en tres asuntos particulares: (i) el predominio de la función de reparar y compensar; (ii) la implementación de criterios objetivos de imputación con el fin de establecer los causantes del daño; (iii) el surgimiento de los seguros de responsabilidad civil^[68].

17. En la actualidad, el régimen de responsabilidad civil se compone de dos presupuestos que son: (i) la existencia de un daño y (ii) su atribución a un sujeto determinado en virtud de un título de imputación proveniente de una norma particular^[69] y su objetivo y fundamento principal es indemnizar el daño que se ha causado a partir de un riesgo que la víctima no tiene que soportar o porque quien lo ha causado ha sido negligente en su actuación^[70].

18. Ahora bien, de la responsabilidad civil se derivan dos especies distintas: (i) la contractual y (ii) la extracontractual. En consideración a que el asunto objeto de estudio tiene relación con la segunda categoría, a continuación, se realizará un breve resumen sobre la misma.

La Responsabilidad Médica en Materia Civil

Las obligaciones de los prestadores de salud consisten en brindar al paciente todas las herramientas de las que dispongan de conformidad con la *lex artis* de la materia, con el objetivo de curarlo, así en todos los casos no se pueda cumplir. En razón a lo anterior, en principio, la responsabilidad civil de la prestación de tales servicios se exige solidariamente a las entidades prestadoras de salud, a las instituciones prestadoras de dichos servicios y al personal médico y la responsabilidad será de carácter contractual o extracontractual si el daño surgió del incumplimiento de una obligación establecida en un contrato o por la violación del deber genérico de no dañar, por un hecho u omisión del responsable.

32

21. Ahora bien, tal y como lo ha evidenciado esta Corporación en diferentes oportunidades^[77], los asuntos relacionados con la declaratoria de responsabilidad médica civil corresponden a la jurisdicción ordinaria. En consecuencia, se procederá a analizar la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia sobre la materia.

La jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia sobre la responsabilidad médica en materia civil

22. La Corte Suprema de Justicia ha emitido diferentes pronunciamientos sobre la valoración de las pruebas en asuntos de responsabilidad médica y la determinación de la culpa probada como fundamento de la configuración de la responsabilidad. En efecto, desde la **sentencia del 30 de enero de 2001**^[78], al revisar un caso en el que el demandante solicitó la indemnización de perjuicios por la ruptura del tímpano del oído izquierdo prestamente causada por el tiramiento que le dieron los médicos, dicha Corporación reseñó la jurisprudencia relativa a la carga de la prueba y a la determinación de la responsabilidad extracontractual de los médicos en el ejercicio de sus funciones. Ahora bien, por resultar pertinente para el asunto que analiza la Sala, se citarán *in extenso* los argumentos esgrimidos en la providencia referida, en consideración a que desde ese momento la Corte Suprema de Justicia consolidó su jurisprudencia sobre la valoración de las pruebas y la determinación de la responsabilidad en este tipo de asuntos a partir de la culpa probada:

“Es en la sentencia de 5 de marzo de 1940 (G.J. t. XLIX, págs. 116 y s.s.), donde la Corte, empieza a esculpir la doctrina de la culpa probada, pues en ella, además de indicar que en este tipo de casos no sólo debe exigirse la demostración de “la culpa del médico sino también la gravedad”, expresamente descalificó el señalamiento de la actividad médica como “una empresa de riesgo”, porque una tesis así sería “inadmisibles desde el punto de vista legal y científico” y haría “imposible el ejercicio de la profesión”. Este, que pudiera calificarse como el criterio que por vía de principio general actualmente sostiene la Corte, se reitera en sentencia de 12 de septiembre de 1985 (G.J. No. 2419, págs. 407 y s.s.), afirmándose que “...el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que, en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación”. Luego en sentencia de 26 de noviembre de 1986 (G.J. No. 2423, págs. 359 y s.s.), se ratificó la doctrina, inclusive invocando la sentencia de 5 de marzo de 1940, pero dejando a salvo, como antes se anotó, en el campo de la responsabilidad contractual, el caso en que en el “contrato se hubiere asegurado un determinado resultado” pues “si no lo obtiene”, según dice la Corte, “el médico será culpable y tendrá que indemnizar a la víctima”, a no ser que logre demostrar alguna causa de “exoneración”, agrega la providencia, como la “fuerza mayor, caso fortuito o culpa de la perjudicada”. La tesis de la culpa probada la consolidan las sentencias de 8 de mayo de 1990, 12 de julio de 1994 y 8 de septiembre de 1998. Con relación a la responsabilidad extracontractual del médico, siguiendo los lineamientos del artículo 2341 del C. Civil, la Corte reitera la doctrina sentada el 5 de marzo de 1940, sobre la carga de la prueba de la culpa del médico cuando se trata de deducírsele responsabilidad civil extracontractual por el acto médico defectuoso o inapropiado (medical malpractice, como se dice en USA), descartándose así la aplicabilidad de presunciones de culpa, como las colegidas del artículo 2356 del C. Civil, para cuando el daño se origina como consecuencia del ejercicio de una actividad peligrosa, tal como lo pregonó la Corte en las referidas sentencias de 1942 y 1959, porque la labor médica está muy lejos de poderse asimilar a ellas”. (Negrilla fuera del texto original).

Adicionalmente, dicho Tribunal señaló que:

*“En conclusión y para ser coherentes en el estudio del tema, se pudiera afirmar que en este tipo de responsabilidad como en cualquiera otra, deben concurrir todos los elementos o presupuestos materiales para el éxito de la pretensión, empezando por supuesto con la prueba del contrato, que es carga del paciente, puesto que es esta relación jurídica la que lo hace acreedor de la prestación del servicio médico, de la atención y el cuidado. Igualmente, corresponde al paciente, probar el daño padecido (lesión física o psíquica) y consecuentemente el perjuicio patrimonial o moral cuyo resarcimiento pretende. Ahora, probado este último elemento, sin duda alguna, como antes se explicó, que **lo nuclear del problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y el daño padecido por el acreedor, pues es aquí donde entran en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa.**”* (Negrilla fuera texto original).

23. Más adelante, la Corte Suprema de Justicia se pronunció sobre las reglas de la valoración de las pruebas en la **sentencia del 22 de julio de 2010**^[79], e indicó que la prestación de los servicios médicos necesariamente genera diversas obligaciones a los médicos, sin embargo, su responsabilidad civil se configura cuando de su actuación surge un daño mediado por la culpa probada, la cual corresponde demostrar al demandante, sin que sea admisible presunción alguna.

Asimismo, manifestó que no pueden existir reglas determinadas para evaluar las pruebas en un caso de responsabilidad médica, pues los jueces deben valorar los elementos probatorios que tienen a su disposición a partir de las reglas de la sana crítica, las reglas de la experiencia, el sentido común, la ciencia y la lógica, y mediante procesos racionales que flexibilicen el rigor de la carga de la prueba.

Posteriormente, en la **sentencia del 15 de febrero de 2014**^[80] dicha Corporación reiteró las reglas anteriormente señaladas y concluyó que: (i) la responsabilidad médica se deriva de la culpa probada; (ii) todas las partes del proceso deben asumir el compromiso de brindar todas las pruebas atendiendo a la posibilidad real de hacerlo.

En este sentido los actos médicos no pueden evaluarse respecto de un solo instante, limitarse a un lapso específico o reducirse a una

conducta simple y exclusiva, pues la atención médica se desarrolla en diferentes momentos propios de la dinámica de la enfermedad y en búsqueda de la atención adecuada de quien la padece. Por consiguiente, es necesario evaluar diferentes elementos en conjunto, por ejemplo, la elaboración de la historia clínica, la formulación del diagnóstico y del tratamiento a seguir, entre otras. 35

Adicionalmente, en esa oportunidad la Corte Suprema resaltó que el ejercicio de la medicina en sí mismo comprende un riesgo por su propia naturaleza, por lo que en cualquiera de las fases en las que participe el médico correspondiente puede terminar con un resultado adverso a la finalidad que se buscaba con la atención. Al respecto, reiteró la **sentencia del 26 de noviembre de 2010**^[81] que se pronunció expresamente sobre el riesgo anestésico e indicó que:

“Otro tanto ha de decirse respecto del riesgo anestésico, entendido como la probabilidad de pérdida o daño derivada del obrar del anesthesiólogo y que comprende los accidentes, complicaciones o secuelas asociadas con el del (sic) acto anestésico que sean imprevisibles e inevitables. Y en el ámbito quirúrgico, el riesgo corresponde a un concepto clínico —pronóstico—, fundado en la apreciación de la morbilidad, resistencia individual y operación, evaluación a la que es sometido el paciente antes de la intervención, a efecto de establecer su predisposición a sufrir afecciones en la intervención quirúrgica o en el posoperatorio, para evitar o minimizar tales consecuencias.

En fin, el riesgo puede estimarse “como la posibilidad de ocurrencia de determinados accidentes médico-quirúrgicos que, por su etiología, frecuencia y características, resultan imprevisibles e inevitables”. Desde esa perspectiva, en línea de principio, tanto el riesgo quirúrgico como el anestésico no son reprochables al galeno, por su imprevisibilidad e inevitabilidad y, por ende, no suelen generar obligación reparatoria a cargo de este”.

Recientemente, en la **sentencia del 27 de julio de 2015**^[82], la Corte Suprema de Justicia, reiteró todo lo anterior y señaló que se configura la responsabilidad civil por una mala praxis cuando se demuestra que el médico actuó en contravía del conocimiento científico sobre la materia o las reglas de la experiencia, siempre y cuando se estructuren los

diferentes elementos de la responsabilidad, es decir el daño, **la culpa**, y el nexo causal.

24. En conclusión, es claro que de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia y la interpretación que de esa norma ha hecho la Corte Constitucional: (i) no se pueden imponer reglas sacramentales para la valoración de la prueba cuando se trata de responsabilidad médica; (ii) el juez debe evaluar las reglas de la sana crítica y la experiencia y con fundamento en ello determinar el sentido del fallo según lo demostrado en cada proceso determinado; (iii) la responsabilidad médica se configura a partir de la culpa probada del profesional y (iv) la carga probatoria está en quien alega el daño.

36

PRINCIPIOS PARA APLICAR AL CASO SUB-LITE.

Con sumo respeto le solicito, a su excelencia les dé aplicabilidad a los siguientes principios procesales:

- a- **PRINCIPIO DE LA IURA NOVIT CURIA:** Es decir, cualquier deficiencia que existe en el caso sub- examine, será saneado por el Juez.

- b- **PRINCIPIO DE LA REALIDAD SOBRE LAS FORMAS:** Se encuentra consagrado en el art 53 de la C.N, el cual pregona que la realidad en los procesos, se aplica de preferencia al formalismo exagerado. Inicialmente lo susodicho se aplicó al derecho laboral, pero, por mutación del derecho la Corte Constitucional lo ha hecho extensivo a las demás áreas del derecho (penal, civil administrativo, etc).

- c- **PRINCIPIO PRO-HOMINE:** Conocido igualmente como cláusula de favorabilidad o favor REI en la interpretación de las normas a las que aluden los tratados internacionales o acudir a la hermenéutica menos restrictiva de los derechos establecidos en los instrumentos internacionales. La duda y vacío de la ley deben

ser resueltas a favor del imputado. El principio pro-homine tiene varias formas de aplicación entre las que se destacan:

- 1- En los casos en los cuales está en juego la aplicación de varias normas relativas a derechos humanos, debe aplicarse aquella que contenga protecciones mejores o más favorables para el individuo.
- 2- En casos en los cuales se está en presencia de una sucesión de normas, debe entenderse que la norma posterior no deroga la anterior si esta consagra protecciones mejores o mayores que deben conservarse para las personas.
- 3- Cuando se trate de la aplicación de una norma, debe siempre interpretarse en la forma que mejor tutele al individuo.

37

CONCLUSION.

Lo susodicho nos lleva a lo siguiente:

- 1- **CULPA** en cabeza de los demandados al observarse una abierta negligencia o imprudencia cometida por ellos reflejadas en las **FALENCIAS DE LAS HISTORIAS CLINICAS** (Manuscrita y transcrita) de quien se esperaba una actuación diligente.
- 2- **DAÑO**: generado por los demandados a la señora **SONIA LUCILA MENDOZA DE AMAYA** hoy occisa y a su familia.
- 3- **NEXO CAUSAL**: Una mala praxis por parte de los demandados en el cuidado de la salud de la señora **SONIA LUCILA MENDOZA DE AMAYA**, que genero su deceso.

PETICION.

En aras al derecho que me asiste le solicito:

38

- a- **REVOCAR,** El FALLO del Honorable A-QUO, dadas las razones expuestas anteriormente.

- b- Como consecuencia de lo anterior, solicito se acojan las pretensiones de la demanda, es decir se condene a las demandadas por el daño generado a las víctimas como consecuencia de la muerte de su madre y esposa.

- c- Otras que usted considere de utilidad debido al principio de la IURA NOVIT curia y al art 53 y 228 de la C.N.

TRASLADO DE ESTE MEMORIAL CONFORME A LA
LEY 2213 DEL 2022, ART 78 Numeral 14 CGP.

Atendiendo y acatando lo susodicho me permito remitir copia de esta sustentación vía correo electrónico a las siguientes direcciones:

- a- DR: ALBERTO GARCIA FUENTES apoderado de la NUEVA EPS, Tel 300-4974755, dirección electrónica: www.gygabogados.co

- b- DR: ALDEMAR FARIT MONTERO Apoderado de la Clínica del Cesar S.A Celular: 300-6581998 correo electrónico: sentenciajusta@hotmail.com

JULIO CESAR ZABALETA RANGEL
ABOGADO

2023.

De usted con respeto.



JULIO CESAR ZABALETA RANGEL.
C.C N° 77.026.710 Valledupar.

T.P N° 80.863 C. S de la J.
Abogado parte demandante.

39