

Señor:

JUEZ TREINTA Y TRES (33) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

E. _____ S. _____ D. _____

Asunto: CONTESTACIÓN DE LA REFORMA DE DEMANDA POR CPO S.A.

Proceso Verbal No. 2019-00604

Demandantes: NESTOR ALBILIO CANTOR CORTÉS, CARLOS ANDRÉS QUIROGA GÓMEZ Y RAÚL ALONSO QUIROGA GÓMEZ

Demandados: CPO S.A. y SALUD TOTAL EPS-S S.A.

NATHALIA VALLEJO SÁNCHEZ, mayor de edad, domiciliada en Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.010.216.541 de Bogotá, abogada en ejercicio con tarjeta profesional No. 295.040 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderada judicial de **CPO S.A.**, según mandato general conferido mediante Escritura Pública No. 2400 de la Notaria 33 de Bogotá por la representante legal principal de la sociedad **CPO S.A.** entidad privada constituida mediante Escritura Pública No. 4.694 de la Notaria 20 de Bogotá del 19 de noviembre de 1991 bajo en número 4263 del Libro XIII con NIT. 800.149.453-6, domiciliada en Bogotá, identificada con Nit. 800.149.453, conforme se acredita con el certificado de existencia y representación legal; encontrándome dentro del término legal me permito presentar **CONTESTACIÓN DE LA REFORMA DE LA DEMANDA** impetrada por los señores **NESTOR ALBILIO CANTOR CORTÉS, CARLOS ANDRÉS QUIROGA GÓMEZ y RAÚL ALONSO QUIROGA GÓMEZ**, en contra de **SALUD TOTAL EPS-S S.A. y CPO S.A.**, en el siguiente sentido:

1- PRONUNCIAMIENTO FRENTE AL ACÁPITE DE LOS HECHOS

Frente al 1º: es cierto, así se acredita en el registro civil de defunción de la señora Maria Rubiela Gómez, al enunciarse que falleció el 18 de octubre de 2014.

Frente al 2º: no le consta a CPO S.A. la causa del deceso de la señora María Rubiela Gómez Beltrán, siendo que fue remitida el 24 de septiembre de 2014, a la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Los Nogales S.A.S. Como tampoco le consta a mi

representado que la falla orgánica múltiple consecuencia de choque séptico de origen abdominal y urinario que aduce la parte actora presentó la señora Gómez, obedeció a lo descrito en éste inciso, y ello le corresponderá acreditarlo al extremo activo de la litis; no obstante desde ya me permito afirmar que de los registros médicos de CPO S.A. se colige que no hubo afectación de la vía biliar, dicha afectación a la vía biliar que aduce la parte actora, fue descartada con los procedimientos y exámenes posteriormente realizados a la paciente y sobre los cuales da cuenta la historia clínica aportada inicialmente con la contestación de la demanda.

Frente al 3o: No es cierto tal y como lo describe la parte actora, la señora MARIA RUBIELA, el día 19 de septiembre de 2014 fue programada para realizarse CPRE: Colangio pancreatografía retrógrada endoscópica, el procedimiento se suspendió ya que no se logró canalizar la vía biliar, describe la historia clínica que a pesar de que se intentó el ingreso a la vía biliar, no fue posible e incluso el profesional adelantó una papilotomía por precorte, dado que el endoscopio no avanzaba, pese a ello no se pudo visualizar los conductos procedentes del hígado y del páncreas; por lo que el procedimiento fue suspendido, se sugirió complementar con TAC abdominal y según el hallazgo, definir manejo quirúrgico.

Frente al 4º: Es parcialmente cierto, me permito resaltar que la atención de la apaciente para el mes de septiembre de 2014, correspondió a un ingreso por un cuadro de dolor abdominal post colecistectomía laparoscópica, que ante el cuadro clínico de ictericia, dolor abdominal y resultados paraclínicos por fuera de los límites de normalidad, ameritaba adelantar una Colangipancreatografía Retrograda Endoscópica -CPRE- y posteriormente se registró el inicio de un cuadro de pancreatitis -complicación esperada y prevista del procedimiento-, por lo que se realiza la remisión a una institución que cuente con radiología intervencionista.

Respecto de la manifestación que realiza el actor frente a “se debió advertir por parte del cuerpo médico que algo andaba mal e iniciar de manera URGENTE tratamiento-hospitalización en unidad de cuidados intensivos, tratamiento médico y/o quirúrgico”, es una manifestación subjetiva; sin embargo se aclara que la CPRE fue fallida, el resultado de la TAC abdominal y el resultados de los demás exámenes practicados a la paciente, se detalla en la historia clínica una pancreatitis post CPRE, por lo que paciente se mantiene monitorizada y con seguimiento constante y ante la imposibilidad de ubicación de la paciente en una UCI, se informa a la EPS para que adelante el proceso de remisión respectivo.

Frente al 5º: No es cierto, por parte de mi representada CPO S.A, no se dio un manejo inadecuado de la salud de la paciente MARIA RUBIELA, no se encuentra acreditado la existencia de una perforación de vía biliar o víscera hueca causada durante el procedimiento de CPRE, siendo que claro que el cirujano ni siquiera accedió a la vía biliar, porque durante el procedimiento el endoscopio utilizado se guiaba al conducto pancreático a Winsurg, siendo declarado fallida la CPRE. Tampoco es cierto que se haya desarrollando en la paciente una peritonitis biliar por lesión de vía biliar, que indica la parte actora un cuadro séptico importante que “nunca recibió tratamiento médico alguno configurando de esta forma el desenlace fatal”, dicha afirmación realizada por el colega debe ser acreditada dentro del proceso, más aun cuando no se destaca en el informe quirúrgico que la CPRE hubiese ocasionado la perforación de la vía biliar; se enuncia en el mismo textualmente lo siguiente:

“sobre guía se intenta canalizar la vía biliar pero la guía se va persistentemente al Winsurg, se realiza papilotomía por precorte intentando ingresar a la vía biliar pero la guía no avanza. Se suspende el procedimiento”.

En consecuencia, el médico tratante intenta acceder a la vía biliar, sin lograrlo; por lo que realiza una técnica endoscópica sobre la papila llamada papilotomía por precorte con el propósito de acceder a la vía biliar, sin embargo no lo logra, por lo tanto queda desvirtuado que el Dr. haya podido lesionar el interior de la vía biliar ya que no pudo ingresar a la misma.

Además, que la cronología de la historia natural de la evolución de la paciente indica que para la fecha de la CPRE ya tenía hallazgos físicos y de laboratorio que sugerían una evolución desfavorable; pero aún así descrita en la literatura para el procedimiento de colecistectomía; por lo que no hay lugar a manifestar que la sintomatología de la paciente no recibió manejo, dado el seguimiento y monitoreo constante registrado en historia clínica de la paciente.

Aunado a que no existe examen dentro de la historia clínica que demuestre certeramente que durante el procedimiento de CPRE se realizó lesión de vía biliar o de víscera hueca como lo afirma el demandante así como tampoco una peritonitis biliar como consecuencia de una lesión en vía biliar, y ello claramente se correlaciona con los hallazgos encontrados en una laparotomía exploratoria posterior practicada en la Clínica Los Nogales por la Dra. Johana Carolina Becerra el día 29 de septiembre de 2014, en la cual se identifica una fuga biliar por el lecho hepático y cerca a la confluencia de los hepáticos y “sospecha” (sin confirmarla) de una lesión de la víscera hueca, sospecha

que es luego es desvirtuada en el lavado adelantado el 30 de octubre de ese año, por el Dr. Orlando Velasquez de la Clínica Los Nogales en la que no se evidencia fistula intestinal y lavados peritoneales posteriores, donde los cirujanos dentro de sus hallazgos identifican fuga de bilis de la confluencia, sitio anatómico al que jamás accedió el médico que intentó realizar el procedimiento. En resumen, se afirma que los hallazgos en la laparotomía desvirtúan la imputación del colega de la litis, en la cual asevera que durante la CPRE se lesiono la vía biliar y además la víscera hueca el cual generó las complicaciones de salud y sintomatología posterior de la paciente MARIA RUBIELA así como la peritonitis biliar que indica el actor, fue causada por la lesión de vía biliar, la cual, nunca ocurrió.

Frente al 6º: No es cierto, No es dable exigirle al personal médico que adelantó la CPRE la detección de la perforación de la vía biliar, dado que NO se predica del informe quirúrgico la presentación de la misma; ahora bien se puede indicar que sí un profesional precisa la complicación durante el procedimiento y así se describe en la descripción, debe proceder a la corrección de la misma; siempre y cuando se encuentre dentro de su campo profesional. En particular este caso el Dr. Carlos Alberto Leal Buitrago indica que debido a que no fue posible la realización del estudio; es decir que no accedió a la vía biliar, solicita complementar con otro examen, lo cual no es dable cuestionar que no fue detectada una perforación que no existió.

Es claro que el procedimiento cuestionado está plenamente indicado como procedimiento diagnóstico y terapéutico en una paciente en el posoperatorio de colecistectomía de cara a la sintomatología por la cual la señora MARIA RUBIELA consultó inicialmente.

No es cierto, que mi representada CPO S.A., no atendiera los síntomas de la paciente en debida forma; vista con detenimiento la historia clínica de la señora MARIA RUBIELA GOMEZ y con seguimiento posterior al 19 de septiembre de 2014, se evidencia que la paciente continuó seguimiento por la especialización de Cirugía General, se ordena el 20 de septiembre de 2021 la colocación de sonda vesical nasogástrica, rx de tórax y paraclínicos de control, se comenta paciente para monitorización y vigilancia médica. Así mismo el día 21 de septiembre de 2014 con interconsulta en medicina general, la paciente refirió sentirse bien, niega náuseas y vómitos, sin deterioro clínico por pancreatitis, en espera de resultado de TAC abdominal y disponibilidad de UCI, sin signos de irritación peritoneal, dicho seguimiento por cirugía general continuó el 22, 23 y 24 de septiembre de 2014, día hasta el cual se dejaba registro en historia clínica, de las condiciones de la paciente, en donde entre otras cosas, se indicaba que **no había signos**

de irritación peritoneal, por lo que se desvirtúa la tesis de actor respecto de que se omitió realizar un diagnóstico de peritonitis, dicho diagnóstico al menos, no ocurrió durante la estancia en las instalaciones de mi representada; el mismo 24 de septiembre de 2014, se remitió a la paciente a Clínica Nogales a Unidad de Cuidados Intensivos ya que esta institución, contaba con el servicio de radiología intervencionista, que requería la paciente, se realizó traslado en ambulancia medicalizada; por todo lo anterior, no hay lugar a afirmar que la paciente, no fue atendida de forma adecuada y oportuna, durante la atención en CPO S.A.

Frente al 7º: Frente a los puntos enunciados de manera particular en éste inciso y sobre los cuales solicito al Despacho, se precisen dentro de la fijación del litigio y problema jurídico del presente asunto, me permito contestar lo siguiente:

Frente al 7.1. y 7.2.: No es cierto, en este punto se debe realizar varias aclaraciones al apoderado del actor, desde la intervención realizada el 19 de septiembre de 2014:

-No destaca el informe quirúrgico del 19 de septiembre de 2014 que la CPRE hubiese ocasionado la perforación de la vía biliar; se enuncia en el mismo textualmente lo siguiente:

“sobre guía se intenta canalizar la vía biliar pero la guía se va persistentemente al wirsung, se realiza papilotomía por precorte intentando ingresar a la vía biliar pero la guía no avanza. Se suspende el procedimiento”.

En ésta numeración el apoderado de la parte demandante resalta varios juicios de reproche sobre la atención de la señora Maria Rubiela Gómez Beltrán, y además refiriendo que los mismos no se limitaran a los enunciados, sino acreditados al proceso; lo cual resulta cuestionable pues lo esperable, es que la fijación del litigio se limite a las conductas reprochadas por el demandante. En consecuencia, el médico tratante intentó acceder a la vía biliar, sin lograrlo, por lo que realiza una técnica endoscópica sobre la papila llamada papilotomía por precorte con el propósito de acceder a la vía biliar, sin embargo no lo logra, por lo tanto queda desvirtuado que el profesional tratante haya podido lesionar el interior de la vía biliar ya que no pudo ingresar a la misma.

Adicional a lo anterior, que la cronología de la historia natural de la evolución de la paciente indica que para la fecha de la CPRE ya tenía hallazgos físicos y de laboratorio que sugerían una evolución desfavorable; pero aún así descrita en la literatura para el

procedimiento de colecistectomía. Aunado a que no existe examen dentro de la historia clínica que demuestre certeramente que durante el procedimiento de CPRE se realizó lesión de vía biliar o de víscera hueca como lo afirma el demandante, y ello claramente se correlaciona con los hallazgos encontrados en una laparotomía exploratoria posterior practicada en la Clínica Los Nogales por la Dra. Johana Carolina Becerra el día 29 de septiembre de 2014, en la cual se identifica una fuga biliar por el lecho hepático y cerca a la confluencia de los hepáticos y “sospecha” (sin confirmarla) de una lesión de la víscera hueca, sospecha que es luego es desvirtuada en el lavado adelantado el 30 de octubre de ese año, por el Dr. Orlando Velasquez de la Clínica Los Nogales en la que no se evidencia fistula intestinal y lavados peritoneales posteriores, donde los cirujanos dentro de sus hallazgos identifican fuga de bilis de la confluencia, sitio anatómico al que jamás accedió el Dr. Leal.

En resumen, se afirma que los hallazgos en la laparotomía desvirtúan la imputación del colega de la litis, en la cual asevera que durante la CPRE se lesiono la vía biliar y además la víscera hueca.

No es cierto lo afirmado por el actor respecto a los síntomas presentados por la señora MARIA RUBIELA, frente a la sintomatología presentada por la paciente en días posteriores, se tiene que la paciente refirió dolor abdominal, emesis persistencia con ictericia leve en escleras, abdomen distendido, se resalta **no signos de irritación peritoneal**, no SIRS (no signos de respuesta inflamatoria), consignación dejada en registros de historia clínica de 20 de septiembre de 2014, lo cual sugiere que no hay peritonitis como en hechos anteriores pretende endilgar la parte actora. No es cierto que la paciente refiriera dolor intenso y continuo vómito, ello es así, conforme a los registros de historia del mismo día 21 de septiembre de 2014 con interconsulta en medicina general, la paciente refirió sentirse bien, **niega náuseas y vómitos**, sin deterioro clínico por pancreatitis severa por APACHE. Ahora bien, la sintomatología que presentó la paciente, eran complicaciones propias del CPRE, el resultado del TAC realizado el 20 de septiembre de 2014 arrojaba los hallazgos del líquido libre y aire retroperitoneal, los cuales son explicados en el contexto de un paciente con una pancreatitis severa, post realización de una CPRE son normales y necesariamente no inducen a pensar en perforación de víscera hueca como posteriormente se denota en las laparotomías exploratorias que se realizaron en la Clínica Los Nogales en las que se registran que no existió perforación o fistula. Ahora bien, como en el hecho siguiente se indicará, la paciente no era candidata para una cirugía o procedimiento quirúrgico como lo indica el actor, inclusive omite indicar cual era el procedimiento a realizar según él de cara a la literatura médica; frente a la remisión a unidad de cuidados intensivos, esta sí

fue realizada y de ello se da cuenta a lo largo de los hechos de la contestación de la demanda, y los profesionales médicos de CPO S.A. hicieron debido seguimiento a la situación médica de la paciente en el post CPRE, a fin de verificar su estado de salud, lo cual evidentemente se realizó, situación que se confirma en registros de historia del 20, 21, 22, 23 y 24 de septiembre de 2014.

Frente al 7.3. y 7.4.: Respecto de los hallazgos de la TAC del líquido libre y aire retroperitoneal son explicados en el contexto de un paciente con una pancreatitis severa, post realización de una CPRE y necesariamente no inducen a pensar en perforación de víscera hueca como posteriormente se denota en las laparotomías exploratorias que se realizaron en la Clínica Los Nogales en las que se registran que no existió perforación o fistula, tampoco eran indicativos de realización urgente de cirugía como lo indica la parte actora, y es su obligación, acreditar que ello así debía realizarse. El resultado del TAC, no evidenciaba neuroperitoneo de aspecto inflamatorio como erradamente lo aduce la parte actora.

Se anota que la condición de salud de la señora Maria Rubiela fue tratado en forma eficiente y oportuna por personal idóneo y experto en el manejo de ésta patología del Centro Policlínico del Olaya. Ahora bien, se insiste en que no hay certeza de la perforación de la vía biliar o víscera hueca ya que los hallazgos clínicos y de laboratorio son explicados por la presencia de una pancreatitis severa y así lo indican las valoraciones por parte del equipo de cirujanos tratantes quienes no consideraron que fuera necesario intervenir quirúrgicamente a la paciente. Es claro que el procedimiento cuestionado está plenamente indicado como procedimiento diagnóstico y terapéutico en una paciente en el post operatorio de colecistectomía, que se encuentre con líquido libre en cavidad e ictericia son síntomas normales después de la intervención realizada a la paciente inclusive, se contempla como un riesgo inherente, esperado y aceptado por la misma paciente por medio de consentimiento informado; del mismo modo, es importante aclarar que por parte del cuerpo médico no hubo inactividad, **No es cierto** que mí representada, no atendiera los síntomas de la paciente en debida forma; vista con detenimiento la historia clínica de la señora MARIA RUBIELA GOMEZ y con seguimiento posterior al 19 de septiembre de 2014, se evidencia que la paciente continuó seguimiento por la especialización de Cirugía General, se ordena el 20 de septiembre de 2021 la colocación de sonda vesical nasogástrica, rx de tórax y paraclínicos de control, se comenta paciente para monitorización y vigilancia médica. Así mismo el día 21 de septiembre de 2014 con interconsulta en medicina general, la paciente refirió sentirse bien, niega náuseas y vómitos, sin deterioro clínico por pancreatitis, en espera de resultado de TAC abdominal y disponibilidad de UCI, sin

signos de irritación peritoneal, dicho seguimiento por cirugía general continuó el 22, 23 y 24 de septiembre de 2014, día hasta el cual se dejaba registro en historia clínica, de las condiciones de la paciente, en donde entre otras cosas, se indicaba que **no había signos de irritación peritoneal**, por lo que se desvirtúa la tesis de actor respecto de que se omitió realizar un diagnóstico de peritonitis, dicho diagnóstico al menos, no ocurrió durante la estancia en las instalaciones de mi representada; se consideró un diagnóstico de pancreatitis aguda post CPRE por lo que se solicitó la valoración por UCI, ello el 20 de septiembre de 2014, al día 22 de septiembre de 2014 en valoración con cirugía general, la paciente presentaba una mejoría clínica, con adecuada evolución clínica el 23 de septiembre de 2014, se decidió inicio de reposición de potasio y con el Dr. Villadiego se acordó drenaje de colección guiado por ecografías, se interconsulta a medicina interna quien sugirió escalar antibiótico a meropenem, por lo que no hay lugar a manifestar que la paciente no tuvo seguimiento y tratamiento antes de ser remitida, el mismo 24 de septiembre de 2014, se remitió a la paciente a Clínica Nogales a Unidad de Cuidados Intensivos ya que esta institución, contaba con el servicio de radiología intervencionista, que requería la paciente, se realizó traslado en ambulancia medicalizada; por todo lo anterior, no hay lugar a afirmar que la paciente, no fue atendida de forma adecuada y oportuna, durante la atención en CPO S.A.

Frente al 7.5 y 7.6.: No es cierto que la pancreatitis de la señora MARIA RUBIELA Además obra en la historia clínica nota del día 20 de septiembre a las 9:43 a.m. por el Dr. Raúl Pérez (cirujano) quien enuncia que es comentado el caso de la paciente en Junta con cirugía general y deciden manejo expectante, e incluso posteriormente es valorada por el mismo Dr. Pérez quien define el curso de una pancreatitis, clasificada en Apache 2 en 6.

La pancreatitis se constituye en una inflamación del páncreas, la cual se puede presente con posterioridad a una CPRE, que durante las múltiples valoraciones por el servicio de cirugía se consideró de manejo médico.

Se destaca en éste punto que la paciente conociendo la posibilidad de materializarse dicho riesgo, aceptó la práctica de tanto de la colecistectomía, como de la CPRE, siendo que ambos procedimientos tiene el riesgo de desarrollarla, sin que ello implique una mala práctica médica.

No es cierto lo enunciado en estos hechos, respecto de que hubo una actitud omisiva y despreocupada de la salud de la paciente, ya que la señora Gómez Beltrán presenta una pancreatitis severa y que los hallazgos de la TAC del líquido libre y aire retroperitoneal

son explicados en el contexto de un paciente con una pancreatitis severa, post realización de una CPRE y necesariamente no inducen a pensar en perforación de víscera hueca como posteriormente se denota en las laparotomías exploratorias que se realizaron en la Clínica Los Nogales en las que se registran que no existió perforación o fistula; por lo que se descartó una perforación de víscera hueca como pretende aducirlo la parte actora. Así mismo, no se actuó como dice la parte actora “esperando a ver qué pasaba”; según lo indicado en notas posteriores la señora Gómez recibió manejo en ACE destacándose múltiples notas médicas su seguimiento al estado de salud de la paciente, que para ese entonces no era candidata a ser llevada cirugía, conforme la nota médica de las 9:40 a.m. del 22 de septiembre suscrita por el Dr. Pedro León Villadiego, lo cual confirma que el cuadro corresponde a una pancreatitis, complicación esperada y aceptada por la paciente en consentimiento informado dejando claro, que la paciente continuó siendo evaluada y en seguimiento por la especialidad de cirugía general, quien determino una evaluación del estado de salud de la paciente de forma continua, en la cual se determinó un cambio en los antibióticos y la ubicación de la paciente en UCI con servicio de radiología intervencionista. Recuérdese que no hubo perforación de víscera hueca y que dicho diagnóstico fue descartado en los lavados peritoneales realizados posteriormente por Clínica los Nogales en el momento en que fue atendida allí y remitida desde CPO S.A.

Se anota que la condición de salud de la señora Maria Rubiela fue tratado en forma eficiente y oportuna por personal idóneo y experto en el manejo de ésta patología del Centro Policlínico del Olaya.

Frente al 7.7: Según lo indicado en notas posteriores la señora Gómez recibió manejo en ACE destacándose múltiples notas médicas se seguimiento al estado de salud de la paciente, que para ese entonces no era candidata a ser llevada cirugía, conforme la nota médica de las 9:40 a.m. del 22 de septiembre suscrita por el Dr. Pedro León Villadiego, lo cual confirma que el cuadro corresponde a una pancreatitis.

En la valoración del 23 de septiembre, a las 5:43 p.m. se indica iniciar el trámite de remisión para ser interconsulta con radiología intervencionista; con el propósito de adelantar un drenaje abdominal y el 24 de septiembre de 2014 a las 02:22 egresa la paciente, en remisión a Clínica Los Nogales para manejo en UCI-A, por lo anterior no es dable concluir la existencia de una remisión tardía de la paciente, siendo que durante su permanencia en CPO S.A. recibió manejo multidisciplinario por cirugía general, con seguimiento continuo y constante, del cual la paciente entre los días 20 y 22 de septiembre de 2014, refirió no sentir vómito ni náuseas ni dolor abdominal,

sintomatología en la cual en todo caso se esperó a poder dar trámite a la remisión a una institución que contara con el servicio de radiología intervencionista. Frente al Sistema de Referencia y Contrarreferencia de la EPS demandada, no le consta a mi representada será un hecho que deberá contestar la misma.

Frente al 8º: no le consta a mi representado la conformación del grupo familiar de la señora Maria Rubiela Gómez Beltrán.

Frente al 9º: corresponde a una repetición sucinta de lo enunciado hechos anteriores incluyendo el 7 con sus respectivos numerales, a lo cual se le dio respuesta en el citado enunciado fáctico, resaltado una vez mas que a la señora Maria Rubiela Gómez no le fue perforado el intestino o víscera hueca durante la práctica de la CPRE, y menos aún la vía biliar; a la cual ni siquiera pudo acceder el renombrado galeno; situación que fue conformada con la realización de exámenes diagnósticos e inclusive, por Clínica los Nogales durante su estancia allí. Del mismo modo, la remisión de conformidad con lo contestado en hechos anteriores, se dio de forma oportuna a una institución que contaba con los servicios demandados por la paciente.

Frente al 10º: No me consta, en historia clínica se registra que Salud Total EPS-S S.A. era la administradora de salud a la cual se encontraba afiliada la paciente, y con cargo a la misma fueron prestados los servicios. Los demás apartes enunciados en éste inciso no le consta a mi representado, al tratarse de asuntos propios del aseguramiento, objeto de contestación por parte de esta entidad quien también funge como codemandada en este proceso.

Frente al 11º: es cierto, describe el informe quirúrgico del Dr. Raúl Andrés Pérez Taborda que la colecistectomía de cirugía por laparoscopia no presentó complicaciones y como hallazgos -lecho vesicular cruento dado el gran proceso inflamatorio de decide dejar hospitalizada para tto AB IV.

Frente al 12º: me pronunciaré separadamente, respecto de los hechos enunciados en éste inciso preciso lo siguiente:

-Es cierto, que el 30 de agosto a las 6:45 p.m. se enuncia que dentro de la evolución médica: "ANALISIS: PACIENTE EN POP DE COLELAP CON EVOLUCION SATISFACTORIA, SE PASA REVISTA CON EL Dr. CABALLERO QUIEN SUGIERE DAR SALIDA"; en cuanto a la inexistencia de registro de la valoración por parte del Dr. Caballero **no es cierto**, detalla la historia clínica la siguiente evolución médica del 30 de agosto a las 5:19 p.m.

correspondiente “Comentarios: SE ORDENA SALIDA, SE DAN RECOMENDACIONES, SIGNOS DE ALARMA. CITA CONTROL, Destino del Paciente: EGRESO; suscrita por el Dr. Pablo Emilio Caballero de la Hoz; con lo que queda evidenciado que el paciente sí fue comentado por el médico general con el cirujano antes de disponer su egreso; es más el Dr. Soto Bastidas como médico general, siguió las órdenes del cirujano.

Frente al 13º: No es cierto, si bien la paciente ingresa a las instalaciones de CPO S.A. para el 16 de septiembre de 2014; se señaló que destaca la historia clínica que el Dr. Francisco José Palacio Nieto como cirujano general valoró a la paciente enunciando la historia clínica que presentaba picos febriles y mucho dolor a la palpación en el marco cólico, no se describe en esa valoración que la paciente presentara distensión. Aunque la paciente si fue hospitalizada, se detalla en la historia clínica que fue solicitada radiografía abdominal, analgesia, hemograma, amilasa y función hepática.

No es cierto, que a la señora Maria Rubiela Gómez no se le haya practicado ningún examen diagnóstico, se destaca de la historia clínica que la primera ayuda diagnóstica, que se le adelantó fue ecografía abdominopélvica o abdomen total, la cual es practicada el 17 de septiembre de 2014, soporte de examen diagnóstico aportado con las pruebas de la contestación de la demanda.

Frente al 14º: Es cierto. Antes de pronunciarme sobre lo descrito en éste hecho, se anota que conforme nota de evolución médica; que los resultados de los paraclínicos muestran elevación del perfil hepático, con amilasa normal, hemograma y PCR negativas; por otra que la ecografía abdominal enuncia que hay abundante líquido en cavidad, sin evidencia de dilatación de la vía biliar e indicándose en ese momento que se va iba adelantar una CPRE y paracentesis; ello registrado en nota del 18 de septiembre de 2014 y enunciado por la Dra. Diana Maritza Gómez Díaz.

Con base en lo anterior, **no es cierto**, que se enuncie en esa nota que la presencia de tinte icterico; al contrario refiere que presentaba mejoría a los síntomas de dolor, leves nauseas sin emesis y mejoría del tinto icterico.

Frente al hecho 15º: No es cierto, como se mencionó en respuestas anteriores, el 16 de septiembre de 2014 se da orden para la práctica de un examen diagnóstico y el mismo es realizado el 17 de septiembre; no obstante, **es cierto**, que el resultado de la ecografía, no determina la presencia de cálculos en la vía biliar; sino que enuncia el radiólogo como opinión: *“antecedente de colecistectomía, abundante líquido libre en cavidad peritoneal”*.

Frente al hecho 16º: Es cierto, así lo detalla la descripción quirúrgica de la colangiografía endoscópica retrograda, realizada por el Dr. Carlos Alberto Leal Buitrago practicada el 19 de septiembre de 2014.

Frente al 17º: No es cierto, que el Dr. Carlos Alberto Leal Buitrago haya dado lugar a “la lesión que le produjo la muerte” y ello será acreditado dentro del proceso, enunciándose desde ya que la historia clínica no refleja la existencia de la misma, sino de una necesidad de adelantar un procedimiento programado y realizado por un experto, que por razones ajenas a éste fue fallido.; tampoco es cierto que el profesional asignado para la realización de la CPRE haya inadvertido la lesión en vía biliar, ya que esta no ocurrió. Como tal **no es cierto**, que se hayan presentado complicaciones durante la realización de la CPRE; describe la historia clínica que a pesar de que se intentó por el Dr. Leal Buitrago el ingreso a la vía biliar, no fue posible e incluso el profesional adelantó una papilotomía por precorte, dado que el endoscopio no avanzaba, pese a ello no se pudo visualizar los conductos procedentes del hígado y del páncreas; por lo que el procedimiento fue suspendido. Con base en lo anterior, no es posible catalogar lo enunciado como una complicación sino como un procedimiento fallido, no imputable al profesional de la salud, sino a la condición anatómica o fisiológica de la paciente; al punto que se describió por el cirujano que se requería adelantar un procedimiento menos invasivo como una TAC abdominal y conforme a ese resultado definir la conducta a tomar.

Frente al 18º: No le consta a mi representado, la existencia de una condena judicial en contra del Dr. Carlos Alberto Leal Buitrago, siendo que CPO S.A. no fue vinculado dentro de dicha investigación, ni tampoco hizo parte de la misma, aunado a que desconoce mi representado si la condena quedo en firme, o si se llegaron a practicar para la pena principal y accesorias algún subrogado penal.

Con base en lo anterior, no es posible catalogar lo enunciado como una complicación sino como un procedimiento fallido, no imputable al profesional de la salud, sino a la condición anatómica o fisiológica de la paciente; al punto que se describió por el cirujano que se requería adelantar un procedimiento menos invasivo como una TAC abdominal y conforme a ese resultado definir la conducta a tomar, por lo que tampoco se puede catalogar como una conducta imperita adjudicable al profesional de la salud que realizó el procedimiento.

Frente al 19º: No es cierto, con base en lo anterior, no es posible catalogar lo enunciado

como una complicación sino como un procedimiento fallido, advertido en consentimiento informado e inherente a la CPRE, no imputable al profesional de la salud, sino a la condición anatómica o fisiológica de la paciente; al punto que se describió por el cirujano que se requería adelantar un procedimiento menos invasivo como una TAC abdominal y conforme a ese resultado definir la conducta a tomar, por lo que no es cierta la manifestación que realiza la parte actora frente al manejo expectante, ya que el manejo médico suministrado por el personal, obedecía a la necesidad de realizar exámenes diagnósticos a la paciente a fin de confirmar o descartar, impresiones diagnósticas.

Frente al 20º: Es cierto que el 19 de septiembre, a las 6:05 p.m. se indica la realización de la TAC, como también que para el 20 de septiembre se solicitó la valoración por UCI, que el 20 de septiembre se le adelantó a la paciente Maria Rubiela Gómez una TAC abdominopélvica con contraste; respecto al resultado del examen se atiende mi representado a lo enunciado en el reporte del examen dado por la empresa Idime, el cual deberá ser correlacionado no de manera aislada como lo propone el colega de la litis, sino en conjunto con el cuadro clínico que para ese momento presentada la señora Gómez.

Frente al 21º: Como tal **lo enunciado en éste inciso no es un hecho**, sino que corresponde a enunciados que sin fundamento médico son adelantados por el apoderado de los demandante; no obstante, se requiere correlacionar el estudio tomográfico con el estado clínico de la paciente, tal como lo sugirió en su momento el médico radiólogo, por lo cual no se puede, adelantar una valoración aislada como pretende mostrarla la parte actora. **No es cierto**, que el resultado de la TAC indicara la presentación de una perforación intestinal pues nótese que al final de la descripción, aduce que el líquido encontrado y el aire pueden ser de *“naturaleza inflamatoria probable”* y en el mismo sentido interroga la expresión *“aspecto inflamatorio?”*, para referirse a la cantidad de aire observado.

Frente al 22º: Previo a adelantar un pronunciamiento sobre éste enunciado, se resalta que la CPRE fue fallida, por lo que **No es cierto**, lo descrito por el apoderado del actor, el resultado de la TAC abdominal y el resultados de los demás exámenes practicados a la paciente, se detalla en la historia clínica una pancreatitis post CPRE, por lo que paciente se mantiene monitorizada y con seguimiento constante y ante la imposibilidad de ubicación de la paciente en una UCI, se informa a la EPS para que adelante el proceso de remisión respectivo.

Frente al 23º: No es cierto, la señora MARIA RUBIELA GOMEZ, no tuvo un deterioro progresivo como mal pretende aducirlo la parte actora, en los registros de monitorización y evolución de la paciente del 20 al 24 de septiembre de 2014, se observa que la señora Gómez tiene mejoría clínica, se detalla en la historia clínica una pancreatitis post CPRE, por lo que paciente se mantiene monitorizada y con seguimiento constante y ante la imposibilidad de ubicación de la paciente en una UCI, se informa a la EPS para que adelante el proceso de remisión respectivo, paciente que fue ubicada en Clínica los Nogales el 24 de septiembre de 2014 ya que contaba con el servicio de radiología intervencionista.

Frente al 24º: No le consta a CPO S.A., al corresponder a una atención brindada a la señora Maria Rubiela Gómez Beltrán en la Clínica Los Nogales, entidad ajena e independiente a mi mandante, por lo que mi representado se suscribe a lo señalado en la historia clínica obrante en el expediente, destacando que en ninguno de sus apartes se señala la presentación de una lesión de víscera hueca, como lo pregona insistentemente el colega de la litis.

Frente al 25º: No es cierto, si bien por parte de la Dra. Johana Carolina Becerra - cirujana general- se describe en notas médicas la “sospecha de una perforación duodenal”, ello previo a la laparotomía, en el informe quirúrgico se enuncia textualmente la sospecha, mas no confirmación de la misma:

“Descripción Quirúrgica:

PROCEDIMIENTO: PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA. BAJO ANESTESIA GENERAL PREVIA ESTABILIZACION DEL PACIENTE COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICO* SE REALIZA LAPAROTOMIA MEDIANA SALIDA A PRESION DE PERITONITIS BILIAR SE TOM MUESTRA PARA CULTIVO* SE DRENAN 7 000 CC DE BILIPUS DE LOS 4 CUADRANTES* SE REALIZA LIBERACION DE ADHRENCIAS INTERASAS U PERITONEALES* LAVADO DE CAVIDAD CON 5000 CC DE SSN HASTA RETORNO CLARO* SE REALIZA MANIOBRA DE KOHER* SE OBSERVA ENFISEMA RETROPERITONEAL* SE RETIRAN CLIPS Y SE CANULA CONDUCTO CISTICO CON Sonda de NELATON* SE REALIZA LAVADO CON SSN Y SE OBSERVA SALIDA DE ESTE EN LECHO HEPATICO* SE VERIFICA SE OBSERVA LESION A NIVEL DE LA CONFLUENCIA DE LOS HEPATICOS* TEJIDO FRIABLE* SE MOVILIZA DUODENO SE OBSERVA DRENAJE DE COLECCIÓN RETRODUODENAL MUCOIDE Y PURULENTO* SOSPECHA DE PERFORACION DE DUODENAL* SIN EMBARGO DADA LA INESTABILIDAD DEL PACIENTE SE HACE CONTROL DE DAÑOS* SE LIGA CONDUCTO CISTICO CON VICRYL 3/0* POR CONTRABERTURA SE PASA DOS DREN DE SUM* UNO SE DEJA SUBHEPATICO**

Y OTRO RETRODUODENAL HEMOSTASIA* SE DEJA BOLSA DE INTERFASE Y BOLSA DE LAPAROSTOMIA LA CUAL SE FIJA CON PROLENE 0. RECUENTO DE COMPREASAS COMPLETO* SE TRASLADA PACIENTE A LA UNIDAD CON SOPORTE VASOPRESOR A DOSIS ALTAS. SANGRADO APROX 200 CC.”*

Ahora bien, en lavados peritoneales posteriores como el realizado el 30 de octubre de ese año, por el Dr. Orlando Velasquez de la Clínica Los Nogales, enuncia como hallazgos: *“ABDOMEN EN LAPAROSTOMIA CON BOLSA DE VIAFLEX FIJA AL PIEL Y BOLSA INTERNA SEPARANDO BLOQUE DE ASAS Y EPIPLON DE LA PARED LIQUIDO DE REACCION PERITONEAL CETRINO BILIOSO INTER ASAS Y EN FONDO DE SACO CON EDEMA DE ASAS DRENES SUBHEPATICOS Y PERIDUODENAL PERMEABLES NO SE EVIDENCIA DRENAJE ACTIVO BILIAR NI FISTULA INTESTINAL”*

Frente al 26º: No le consta a CPO S.A., al corresponder a una atención brindada a la señora Maria Rubiela Gómez Beltrán en la Clínica Los Nogales, entidad ajena e independiente a mi mandante.

Frente al 27º: No le consta a CPO S.A., al corresponder a una atención brindada a la señora Maria Rubiela Gómez Beltrán en la Clínica Los Nogales, entidad ajena e independiente a mi mandante. En relación a lo que se alude por parte de CPO S.A. se reitera que **no es cierto**, que la paciente tuvo un manejo inadecuado en el Centro Policlínico del Olaya.

Frente al 28º: No le consta a mi mandante, al corresponder a aspectos propios de la esfera personal e íntima de los demandantes; sin embargo vale la pena aclarar, que mi representada, no tuvo injerencia en la causa del fallecimiento de la señora MARIA RUBIELA GÓMEZ BELTRAN, la paciente no tuvo una lesión y/o perforación en la vía biliar como pretende aducirlo la parte actora, dicha lesión no se encuentra documentada en historia clínica y además, la inexistencia de la lesión que adjudica la parte actora, es descartada de conformidad con los registros de historia clínica de Clínica los Nogales.

Frente a los hechos Nos. 29, 30 y 31: no son ciertas ninguna de las afirmaciones contenidas en éstos incisos, por las razones enunciadas en respuesta a la totalidad de hechos de la demanda y de la contestación de esta reforma de la demanda en los cuales se indican las fechas de la toma de imágenes diagnósticas, resultados pronto sobre los cuales los profesionales de la salud centraron el manejo médico de la paciente, no hubo retraso en el diagnóstico y tratamiento de la paciente ya que una vez se obtuvieron los

resultados de los exámenes diagnósticos, se determinó la necesidad de remitir a UCI pese a la mejoría presentada entre el 20 y 24 de septiembre de 2014 de conformidad con el manejo médico instaurado, no obstante, la reintervención del cual fue objeto la paciente en Clínica los Nogales, no fue como consecuencia de una lesión en víscera hueca, es más, en dicha institución se descartó la referida lesión, de conformidad con las notas de historia que reposan en el expediente.

2- OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO A LA DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL POR PARTE DE MI REPRESENTADO, siendo que no incumplieron por parte de mi representado las obligaciones a cargo de CPO S.A. en la prestación de los servicios de salud; como tampoco se denota demora en la realización de exámenes diagnósticos de la señora Maria Rubiela Gómez, ni en la remisión adelantada por Salud Total EPS-S S.A.

Como consecuencia de ello, **ME OPONGO A QUE SEA CONDENADO MI REPRESENTADO** a pagar perjuicios en la modalidad de lucro cesante consolidado a favor del señor Nestor Albilio Cantor Cortés en la suma de \$51.398.644 por concepto de lucro cesante futuro; por daño moral en la suma de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada uno de los demandantes y por concepto de daño a la vida de relación en la suma de 100 salarios para el primero y 50 salarios mínimos para cada uno de los hijos de la señora Maria Rubiela Gómez.

Como consecuencia de lo enunciado me permito solicitar:

1. Se absuelva al **CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA S.A.**, de cada una de las pretensiones de la demanda.
2. Se declare a **CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA S.A.**, exento de cualquier responsabilidad sobre los hechos objeto de la demanda, dado que no existió ninguna conducta de mi representada de la cual se desprenda la causa de los supuestos perjuicios generados en las atenciones medicas suministradas a Maria Rubiela Gomez.
3. Se condene en costas y agencias en derecho a los demandantes.
4. En el hipotético caso que no se acceda a las solicitudes antes expuestas, solicito

se realice una graduación de culpas partiendo de la incidencia de cada uno de los actores en el hecho generador del daño, de tal forma que en la condena que se llegue a imponer se determine para mi representado la proporción del monto a pagar de acuerdo a su incidencia en el hecho generador del daño y el daño en sí mismo.

3- EXCEPCIONES PROPUESTAS POR CPO S.A.

INEXISTENCIA DE PERFORACIÓN DE VIA BILIAR EN EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ADELANTADO POR EL DR. CARLOS LEAL BUITRAGO

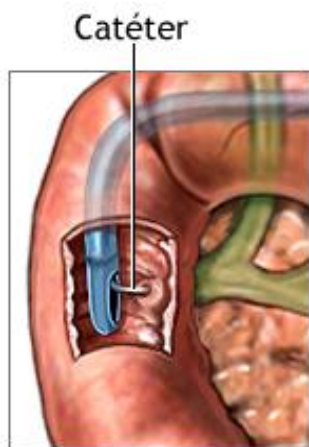
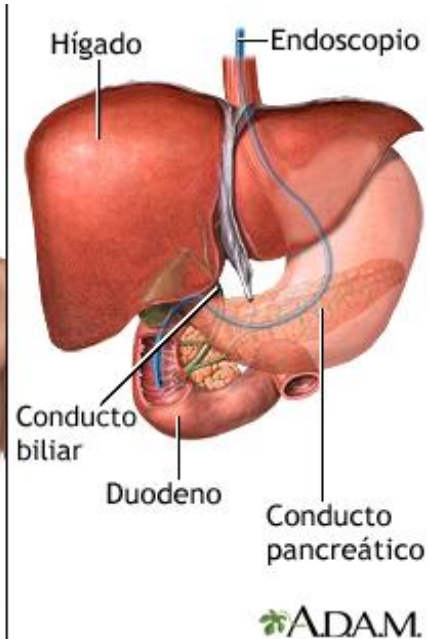
Alude el informe quirúrgico que el Dr. Carlos Alberto Leal Buitrago adelantó para el 19 de septiembre de 2014 el procedimiento denominado: colangiografía endoscópica retrograda, describiendo el mismo lo siguiente:

“COLANGIOGRAFÍA: SOBRE GUÍA SE INTENTA CANALIZAR LA VÍA BILIAR PERO LA GUIA SE VA PERSISTENTEMENTE AL WIRSUNG, SE REALIZA PAPILOTOMÍA POR PRECORTE INTENTANDO INGRESAR A LA VIA BILIAR PERO LA GUIA NO AVANZA, SE SUSPENDE EL PROCEDIMIENTO”

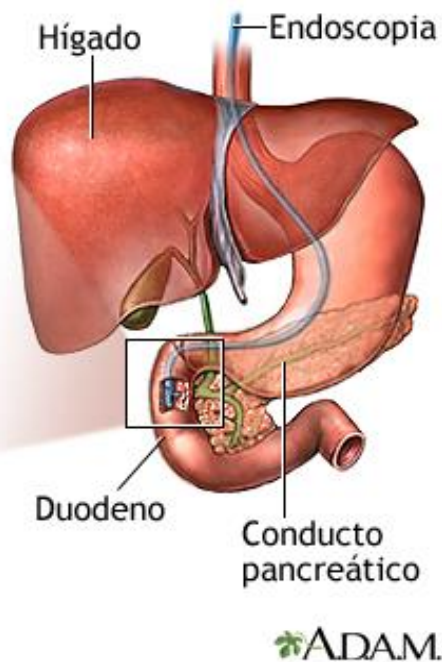
Para mayor ilustración se tiene que la CPRE, implica que el paciente se acueste boca arriba o de costado, correspondiéndole al médico introducir un endoscopio por el esófago, a través del estómago, hasta el duodeno. El endoscopio cuenta con una cámara con el propósito de transmitir la imagen a un monitor, por lo que al localizarse la papila duodenal, se introduce un tubo penetrante llamado catéter a través del endoscopio y se guía a través del orificio papilar, para que al estar en la papila el profesional de la salud inyecte el medio de contraste en los conductos y se visualicen en las radiografías (https://nacciconsultants.com/documents/ERCP-SP_508.pdf).

Para mayor ilustración, es preciso relacionar el siguiente gráfico, tomado de: <http://eclinicalworks.adam.com/content.aspx?productid=39&pid=5&gid=007479&print=1>

El endoscopio se inserta dentro de la boca y se pasa luego a través del esófago y el estómago hasta el duodeno



Se inyecta el medio de contraste a través de un catéter dentro de los conductos pancreáticos o biliares



De conformidad con lo enunciado en la descripción aludida se tiene que el cirujano buscaba ingresar a la vía biliar pero el instrumento utilizado se dirige al conducto pancreático o conducto de Wirsung, por lo que procede a agrandar la abertura

seccionando, para ingresar a la vía biliar (papilotomía), lo cual también resulta fallido, por lo que el Dr. Leal decide suspender el procedimiento, dando como instrucciones complementar con una TAC abdominal. La imposibilidad de acceder a la vía biliar de la paciente no obedeció a una mala técnica procedimental o falta a la diligencia, cuidado o pericia del profesional, sino a la anatomía de la enferma que impidió que el endoscopio siguiera su camino a la vía biliar.

Es así como no se predica una lesión causada en la realización del procedimiento enunciado de la cual sea consecuente la muerte de la paciente, que se precisa no ocurrió en las instalaciones de mi poderdante, como tampoco se puede colegir que el tratante no advirtió la existencia de una perforación durante el procedimiento, dado que ante la ausencia de la lesión deprecada, no le es exigible detectar lo inexistente.

Es preciso concluir que ninguno de los registros de evoluciones médicas por parte del servicio de cirugía de CPO S.A. dispuestos con posterioridad a la CPRE fallida, relacionan que la misma allá conllevado a la lesión de la vía biliar o de víscera hueca (duodeno), al contrario, los profesionales de la salud a cargo de la paciente estableciendo que por la evolución del cuadro la señora Gomez cursaba con una inflamación en el páncreas o pancreatitis. Sí la historia clínica de CPO S.A. relaciona notas de médicos generales que describen la posibilidad de una perforación en el colón, la misma es calificada como “probable” o “posible”, pero nunca como una afectación confirmada. Y en efecto nunca se llegó a conclusión, ni siquiera cuando la paciente fue sometida a una laparotomía en la Clínica Los Nogales.

INEXISTENCIA DE CULPA MÉDICA EN LA PRÁCTICA DE LA CPRE, AL SUSPENDERSE EL PROCEDIMIENTO POR CAUSAS NO IMPUTABLES AL GALENO.

Se queja la parte demandante que la CPRE “*no le aportó al tratamiento que requería la paciente*”, desconociendo que ella tenía como antecedente quirúrgico una colecistectomía laparoscópica practicada el 29 de agosto de 2014 y que precisamente acude a las instalaciones de CPO S.A. aproximadamente 15 días después con un cuadro de dolor abdominal e ictericia, que requirió de varios exámenes diagnósticos para definir lo que estaba ocurriendo su organismo.

En primer lugar, se adelantaron los paraclínicos de rigor que definieron elevación de las bilirrubinas, se dispuso la realización de una ecografía abdominal total que indica “se observa escaso líquido en el lecho quirúrgico, así como abundante líquido en la cavidad peritoneal”; no obstante, se resalta que se sospecha de coledocolitiasis residual

(presencia de cálculos en los conductos biliares, procedente de la vesícula o de los mismos conductos), por lo que se decide programar a la paciente para la CPRE.

Como se enuncia en la historia clínica ante la imposibilidad de culminar la realización de la CPRE por no avanzar la guía se decide la suspensión del procedimiento, señalando expresamente, en el informe papila mayor normal y wirsung normal, es claro que el mismo consentimiento informado en el numeral sexto enuncia: *“Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación prevista, el equipo médico podrá realizar el tratamiento o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida”,* fue así como el cirujano realiza la papilotomía por precorte con el propósito de ingresar a la vía biliar, resultando finalmente imposible a través de ésta ayuda diagnóstico confirmar o descartar la sospecha diagnóstica.

Es así como no es imputable al Dr. Carlos Alberto Leal el resultado fallido de la CPRE, que si bien estaba indicada ante el cuadro clínico enunciado, la imposibilidad de acceder a la vía biliar, surgió al momento del procedimiento, por circunstancias no culposas del galeno.

respecto a la realización de la TAC abdominal que a juicio de la demandante debe realizarse dentro de las primeras veinticuatro horas de la CPRE, se destaca que con posterioridad a la misma se realiza el estudio Amilasa para identificar si presenta o no pancreatitis (posible inflamación del páncreas) y así se encuentra estipulado en la *lex artis*, ya que al presentar una falla en la función renal, manifestada por el aumento de la creatinina; no era posible adelantar la tomografía.

Ahora bien, se insiste en que no hay certeza de la perforación de la vía biliar o víscera hueca ya que los hallazgos clínicos y de laboratorio son explicados por la presencia de una pancreatitis severa y así lo indican las valoraciones por parte del equipo de cirujanos tratantes quienes no consideraron que fuera necesario intervenir quirúrgicamente a la paciente.

De conformidad con lo evidenciado en la historia clínica; se indica que el estudio imagenológico iba a ser tomado el 19 de septiembre en horas de la noche; sin embargo, no se adelanta el mismo porque presenta elevación de azoados (creatinia y nitrógeno ureico) por lo que indica nefroprotección; siendo tomado el día 20 de septiembre en Idime y dándose lectura del mismo el 21 de septiembre por el Dr. José Armando Ariza, por lo resulta ser falso lo afirmado en la demandante

Además obra en la historia clínica nota del día 20 de septiembre a las 9:43 a.m. por el Dr. Raúl Pérez (cirujano) quien enuncia que es comentado el caso de la paciente en Junta con cirugía general y deciden manejo expectante, e incluso posteriormente es valorada por el mismo Dr. Pérez quien define el curso de una pancreatitis, clasificada en Apache 2 en 6.

La pancreatitis se constituye en una inflamación del páncreas, la cual se puede presente con posterioridad a una CPRE, que durante las múltiples valoraciones por el servicio de cirugía se consideró de manejo médico.

Se destaca en éste punto que la paciente conociendo la posibilidad de materializarse dicho riesgo, aceptó la práctica de tanto de la colecistectomía, como de la CPRE, siendo que ambos procedimientos tiene el riesgo de desarrollarla, sin que ello implique una mala práctica médica.

INEXISTENCIA DE NEXO O VÍNCULO CAUSAL ENTRE LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO CUSTIONADO Y EL DECESO DE LA PACIENTE.

La señora Gómez Beltrán, encontrándose en las instalaciones de CPOS S.A. presentó un cuadro de pancreatitis severa con posterioridad a la CPRE, que se destaca porque el paciente presenta un aumento de la amilasa por el límite superior de la normal, además de la presentación de dolor abdominal.

Esas complicaciones se puede presentar porque puede existir una obstrucción del flujo pancreático, secundario al edema inducido por el trauma, además de factores de riesgo inherentes al paciente, siendo una de las complicaciones más comunes de la CPRE, se reitera documentada en el consentimiento informado suscrito por la señora Maria Rubiela Gómez.

Siguiendo el camino del proceso de atención de la paciente, se decidió adelantar un procedimiento menor que como una tomografía axial computarizada, que no arroja como resultado la presencia de una lesión en el conducto, como tampoco en el duodeno, pero sí interroga el curso de un proceso inflamatorio y además de una pancreatitis severa. Tal como se enuncia en la historia clínica de la Clínica Los Nogales la paciente fue sometida a una laparotomía exploratoria, es decir, la apertura de la cavidad abdominal, encontrando como hallazgos afectaciones no relacionadas con la atención médica cuestionada por el demandante, más si tiene en cuenta que no se accedió en la CPRE al duodeno.

Con lo anterior la historia clínica y los profesionales que atendieron a la paciente dan cuenta que la condición de salud de la señora Maria Rubiela fue tratado en forma eficiente y oportuna, por personal idóneo y experto en el manejo de tanto de la coleditiasis como de la pancreatitis. Así las cosas, ante la inexistencia de culpa médica en el proceso de atención, no se puede predicar una relación o vínculo causal con el daño alegado por la paciente y los diagnósticos finales antes de su deceso, más cuando no está acreditado el elemento culpa.

ADECUADA Y PERTINENTE ATENCIÓN DE LA SEÑORA MARIA RUBIELA GOMEZ PREVIO A SER REMITIDA A LA CLÍNICA LOS NOGALES.

Según lo indicado en notas posteriores la señora Gómez recibió manejo en ACE destacándose múltiples notas médicas de seguimiento al estado de salud de la paciente, que para ese entonces no era candidata a ser llevada a cirugía, conforme la nota médica de las 9:40 a.m. del 22 de septiembre suscrita por el Dr. Pedro León Villadiego, lo cual confirma que el cuadro corresponde a una pancreatitis, la cual estaba contemplada como un riesgo inherente y aceptado por la paciente de conformidad con el consentimiento informado que reposa en el expediente.

En la valoración del 23 de septiembre, a las 5:43 p.m. se indica iniciar el trámite de remisión para ser interconsulta con radiología intervencionista; con el propósito de adelantar un drenaje abdominal y el 24 de septiembre de 2014 a las 02:22 egresa la paciente, en remisión a Clínica Los Nogales para manejo en UCI-A, por lo anterior no es dable concluir la existencia de una remisión tardía de la paciente, siendo que durante su permanencia en CPO S.A. recibió manejo multidisciplinario por cirugía general y mantuvo una condición de estabilidad hemodinámica; por lo que no era necesaria la realización de un procedimiento quirúrgico durante la estancia en CPO S.A. previo al 24 de septiembre de 2014, más aun cuando se había solicitado remisión con radiología intervencionista en institución que tuviera la infraestructura a efectos de adelantar el drenaje abdominal requerido por la paciente.

LA PRESENTACIÓN DE UN RIESGO PREVISTO EN LA CIRUGÍA DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA Y POSTERIOR CPRE, FUE CONOCIDO Y ACEPTADO POR LA PACIENTE ANTES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, NO GENERANDO SU MATERIALIZACIÓN RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA

El consentimiento informado nace del principio de la autonomía de la voluntad del paciente, en decidir la realización de un procedimiento quirúrgico, previo conocimiento

del acto médico, de los riesgos, complicaciones y de la existencia de otros procedimientos o tratamientos para el manejo de su patología.

Es un acto médico obligatorio, realizado por el galeno tratante durante la consulta anterior al procedimiento, teniendo en cuenta que se debe disponer de un tiempo para la información de riesgos, aclaración de dudas y finalmente decisión del usuario; excepcionalmente, en situaciones de urgencias; no se requiere del consentimiento informado, pues sí la vida o salud del usuario se encuentran en riesgo, primarán éstas sobre la decisión del usuario o sus familiares.

A efecto de probar el consentimiento del usuario se han establecidos documentos escritos que describen que dentro de la relación médico-paciente se dieron a conocer las explicaciones de la intervención, las eventuales complicaciones, consecuencias y riesgos; sin embargo, la suscripción de tales documentos que hacen parte del registro clínica, no son la única forma de plasmar la voluntad en la realización de la intervención, examen o procedimiento quirúrgico, atendiendo a que prima la voluntad del paciente, siendo que incluso ésta pueda darse de manera verbal o con una nota obrante en el registro médico de la cual se infiera que el titular de los derechos en ejercicio de la autonomía de la voluntad consintió de manera libre y espontánea someterse a lo explicado por el galeno.

Para ello se han establecido requisitos básicos que debe contener el consentimiento informado, relacionados por la doctrina, así:

“1-. La advertencia de los riesgos y la solicitud de consentimiento debe ser considerado como un acto médico obligatorio, y por lo tanto lo debe realizar el médico tratante durante la consulta previa al procedimiento, dada la necesidad de disponer de un tiempo mínimo para la adecuada información de riesgos, aclaración de dudas y decisión del paciente.

2-. Como cualquier acto médico es importante registrar en la historia clínica el momento en que se cumple con la información al paciente y su aceptación, su rechazo o la imposibilidad de hacerlo, puesto que es la prueba de mayor validez del hecho” - el médico dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o la imposibilidad de hacerlo (Artículo 12 Ley de Ética Médica).

3-.Recordar que en la atención de urgencias, el médico también debe informar al

paciente o sus familiares sobre el pronóstico de la patología presentada, los riesgos y los efectos colaterales de las intervenciones necesarias para su tratamiento. De ello debe dejarse constancia en la historia clínica. Si no hay un rechazo explícito del paciente al tratamiento, se establece un consentimiento implícito de éste. Si el estado mental del enfermo y la ausencia de responsables de éste impiden dar la información, el médico podrá adelantar el tratamiento de urgencia necesario. En los casos de emergencia en donde se establece una inminente amenaza de daños graves o muerte del paciente, el médico no está obligado a la advertencia del riesgo previsto en los siguientes casos: A) Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes o allegados se lo impidan; B) Cuando exista urgencia o emergencia para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento médico... (Artículo 11 Ley de Ética Médica).

4-. Adicionalmente si se desea se puede hacer diligenciar un formato de consentimiento, que lo que hace es constatar la realización del acto médico de información obligatoria al paciente (advertencia de los riesgos) y el consentimiento para que el profesional realice la intervención”.

Continúa la doctrina citada indicando que: “6-. Los efectos colaterales son aquellas reacciones molestas esperadas, pasajeras, no graves, pero inevitables, que se conocen para el procedimiento, pero que no se consideran complicaciones y son muy importantes de informar al paciente....”. En cuanto a los riesgos previstos señala: “son aquellas complicaciones que están descritas como frecuentes en la literatura científica para el procedimiento” y finalmente “los riesgos pocos previstos “son aquellos que están descritos en la literatura científica para el procedimiento, pero su ocurrencia es poco probable si el paciente no tiene factores de riesgo especiales. En estos casos no es obligatorio probar el tipo de complicación, sino que se puede hacer una advertencia general de que en el procedimiento pueden presentarse otras situaciones molestas o graves de escasa ocurrencia que podrían generar molestias, lesiones o inclusive causar la muerte (tener en cuenta el criterio médico para no causar ansiedad innecesaria al paciente)”

El consentimiento suscrito por la señora Maria Rubiela Gómez Beltrán, documento integrante de la historia clínica y que se aporta como prueba documental, con pleno valor probatorio al contener lo siguiente:

1-. indica como datos de identificación el nombre de la usuaria, su cédula de ciudadanía, el nombre del procedimiento a realizarse “*colecistectomía laparoscópica*”, consistente en retirar quirúrgicamente la vesícula biliar,

incluyendo los cálculos.

2-. La declaración de la paciente luego de haber recibido la información, necesaria y suficiente para tomar la decisión de ser intervenida.

3-. La descripción del procedimiento de colecistectomía, en un lenguaje sencillo.

4-. y los posibles riesgos frecuentes y poco graves y las complicaciones severas como fístula biliar o intestinal, colangitis, estrechez de vía biliar, infección intrabdominal, coledocolitiasis residual, ictericia, pancreatitis, hemorragia severa o muerte.

5-. El señalamiento de las condiciones de la paciente frente a la cirugía.

6-. La firma del paciente María Rubiela Gómez y la identificación, lo cual evidencia la aceptación de cirugía, así como la firma del testigo señor Néstor Albilio Cantor.

De otro lado, también se precisa que la existe dentro de la historia clínica, consentimiento informado para el procedimiento quirúrgico denominado CPRE (*COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA*) y de manera detallada el mismo enuncia que se trata de una exploración endoscópica de las vías biliares, que la indicación de ésta ayuda diagnóstica corresponde a una coledocolitiasis residual, como sospecha diagnóstica ante el cuadro clínico de la paciente. La paciente conoció de la existencia de posibles riesgos y complicaciones, y en particular específicas como pancreatitis, perforación, hemorragia, colangitis y muerte. Por lo que dicho consentimiento fue suscrito por la paciente, testigo y su médico tratante.

Así las cosas, es claro que se le dio a conocer a la señora Maria Rubiela Gómez Beltrán los riesgos que tenía tanto la colecistectomía como la CPRE; que posteriormente ante su cuadro clínico requirió ser practicada, citando la presentación eventual de lesiones, perforaciones, pancreatitis e incluso la muerte, ante lo cual la paciente en un ejercicio autónomo y libre aceptó el procedimiento como tratamiento la enfermedad padecida.

En el eventual caso de que se relacione la presentación una lesión o perforación y la misma se encuentre plenamente acreditada como consecuencia de la realización de los procedimientos, ello se constituye en un riesgo previsto y reconocido por la literatura más influyente en el tema, como un riesgo inherente al procedimiento, ocasionado por

factores intrínsecos de cada paciente.

En éste caso el Dr. Carlos Alberto Leal Buitrago cumplió con sus deberes como profesional al explicar la naturaleza y propósitos del procedimiento, se le aclararon a la usuaria las dudas y se le indicaron los posibles riesgos y complicaciones, siendo claro que no existen garantías absolutas del resultado de cualquier procedimiento quirúrgico y la práctica de la CPRE, como procedimiento con fines diagnósticos, no es la excepción.

En conclusión, la usuaria de los servicios quirúrgicos consintió la práctica de tanto de la colecistectomía como la CPRE posteriormente llevada a cabo, conociendo cuáles eran los riesgos previsibles del procedimiento; que sí en efecto lastimosamente se presentaron como la pancreatitis, por ende al ser riesgos previsibles, consentidos y asumidos por la paciente a fin de mejorar su condición de salud y obtener bienestar y un tratamiento positivo de su cuadro; no es posible endilgar responsabilidad civil a los profesionales de la salud y mucho menos al asegurador, que como se viene argumentando no escatimó en los recursos físicos, tecnológicos y humanos para garantizar la salud de la paciente.

Los riesgos descritos fueron aceptados por la paciente con el fin de evitar una mayor afectación, como los riesgos fueron asentidos y aceptados por la señora Maria Rubiela Gómez Beltrán no hay culpa del profesional, dado que con la cirugía; actuó diligente y prudentemente en beneficio de su paciente.

EXCEPCIÓN GENÉRICA: Solicito al señor juez, declarar probadas las excepciones que no se hayan presentado pero que de acuerdo al curso del proceso resulten evidenciadas.

5-. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS PETICIONADAS POR LA PARTE DEMANDANTE

En relación a las pruebas documentales solicito al Despacho, se abstenga de decretar como prueba la enunciada en el numeral séptimo de acápite de pruebas solicitada por el demandante atendiendo a que corresponde a la copia simple de una decisión de la Corte Suprema de Justicia -Sala de Casación Penal-, en la cual se rechaza el recurso extraordinario de casación interpuesto por el Dr. Carlos Alberto Leal Buitrago, al no ser oponible a mi representado, por no haber sido parte y ni interviniente en el proceso penal que enuncia el documento, como tampoco tenerse certeza de la ejecución o no de las penas impuestas.

Respecto a las pruebas, que el colega de la litis solicita sean presentadas con la contestación de la demanda por mi representado, se allegó con la contestación de demanda inicial, la historia clínica de la señora Maria Rubiela Gómez Beltrán, así como todos los documentos que componen la misma como consentimientos informados, descripciones quirúrgicas, evoluciones médicas, notas de enfermedad, resultados de exámenes diagnósticos etc. En relación con los documentos enunciados en los numerales 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, y 6.7., se constituye en un deber del apoderado de los demandantes la consecución de dichos pruebas en ejercicio del derecho constitucional de petición, y así se encuentra dispuesto en el ordenamiento procesal vigente, por ende se echa de menos que el colega de la litis, haya solicitado dichos documentos e información a mi representado, por lo que su pedimento resulta ser improcedente.

En referencia a la prueba testimonial, se anota que no cumple con las exigencias que dispone la ley procesal para su decreto y posterior práctica, por lo que solicito señor juez sean denegadas.

6-. PRUEBAS

Documentales: me permito solicitar al despacho que se tengan como pruebas documentales las siguientes:

- Historia clínica de la señora Maria Rubiela Gómez Beltrán, expedida por CPO S.A., que incluye registros manuales, notas médicas, de enfermería, descripciones quirúrgicas y consentimiento informados, mismos que fueron aportados con la contestación de la demanda inicial.

- Solicito al Despacho tener como prueba documental conjunta la historia clínica de la Clínica Los Nogales, y en particular la descripción quirúrgica de la laparotomía adelantada por la Dra. Johanna Carolina Becerra Benítez y lavados quirúrgicos posteriores a los que fue sometido la señora Maria Rubiela Gómez, durante su hospitalización en dicha institución quirúrgica, mismos que fueron aportados con la contestación de la demanda inicial.

Interrogatorio de parte: solicito el interrogatorio de los demandantes Néstor Albilio Cantor Cortés, Carlos Andrés Quiroga Gómez y Raúl Alonso Quiroga Gómez, a efecto de que respondan el cuestionario de preguntas que formularé personalmente en audiencia y los hechos que atañen al proceso y respecto a la señora Maria Rubiela Gómez Beltrán y el reconocimiento de firma y contenido dispuesta en el formato de “consentimiento

informado para procedimientos quirúrgicos”

Declaraciones de terceros: de conformidad con el contenido del artículo 212 del C.G.P., solicito al señor juez se decreten los testimonios de los siguientes profesionales de la salud, mayores de edad, quienes podrán ser citados en la carrera 21 No. 22 – 68 Sur en la ciudad de Bogotá y/o a través de la suscrita para que depongan sobre las atenciones brindadas a la señora Maria Rubiela Gómez.

De manera atenta solicito al despacho que ante las numerosas declaraciones de los médicos en la providencia que decrete las pruebas y señale la fecha para la asistencia a la audiencia de instrucción y juzgamiento, se enuncie expresamente la hora en la que deberá comparecer cada profesional a rendir su declaración, con el propósito de que no se vea afectada la prestación de servicios en las instituciones en las que trabajan.

Atendiendo la anterior consideración solicito se decreten los siguientes testimonios

- **Dr. RAÚL ANDRÉS PÉREZ BOADA** -Cirujano general- con domicilio en Bogotá, a efecto de que deponga sobre la colecistectomía laparoscópica adelantada a la paciente, sus eventuales riesgos, complicaciones y evolución posterior de la paciente.
- **Dr. MARIO ARTURO ABADÍA DIAZ** – Cirujano y Gastroenterólogo- con domicilio en Bogotá, a efecto de que deponga sobre la colecistectomía laparoscópica adelantada a la paciente, sus eventuales riesgos, complicaciones y evolución posterior de la paciente de cara a su especialidad y la vinculación del Dr. Carlos Alberto Leal Buitrago por intermedio de la sociedad a la cual él representa.
- **Dr. CARLOS ALBERTO LEAL BUITRAGO** -Cirujano general -con domicilio en Cali, con el propósito de que depongan todo lo que le conste respecto de la atención de la paciente y en particular las condiciones de salud de la paciente en la atención suministrada el 19 de septiembre de 2014 y las adelantadas posteriormente.
- **Dr. PEDRO LEÓN VILLADIGO ROZO** -Cirujano-, con domicilio en Bogotá, con el propósito de que deponga sobre las valoraciones que adelanto a la paciente con posterioridad al 19 de septiembre de 2014.
- **Dra. JOHANNA CAROLINA BECERRA BENITEZ**, profesional de la salud adscrita a la Clínica Los Nogales, con el objeto de que deponga sobre las atenciones que adelantó a la paciente y la realización de la laparotomía exploratoria el 29 de septiembre de 2014, para tal efecto solicito sea citada en la transversal 23 No. 94 A-39 la ciudad de Bogotá D.C

- **Dr. ORLANDO ALBERTO VELASQUEZ JIMENEZ**, profesional de salud adscrito a la Clínica Los Nogales, con el propósito de que deponga sobre las atenciones que adelantó a la paciente en dicha institución de salud, para tal efecto solicito sea citado en la transversal 23 No. 94 A-39 la ciudad de Bogotá D.C
- **Dra. DIANA GONZALEZ**, domiciliada en Bogotá, en su calidad de Auditor médico de CPO S.A. a efecto de que deponga sobre el análisis y revisión de la historia clínica de la señora Maria Rubiela Gómez, quien podrá ser citada a través de la suscrita, en la carrera 21 No. 22 – 68 Sur en la ciudad de Bogotá

Contradicción al dictamen pericial presentado por la actora: A efecto de ejercer el derecho de contradicción de Salud Total EPS-S S.A. del dictamen que aportó con la reforma de la demanda, dictamen que rindió LESLY DEL PILAR RODRIGUEZ médico especialista en Gerencia Salud Ocupacional y Terapias Alternativas , me permito solicitar al despacho se decrete la comparecencia de la perito, a la audiencia de instrucción y juzgamiento; con el propósito de ser interrogada sobre el contenido del citado dictamen pericial, de conformidad con lo señalado en el artículo 228 del Código General del Proceso.

7-. ANEXOS

- Documentos señalado en el acápite de pruebas que fueron aportados con la contestación de la demanda inicial.
- Llamamiento en garantía a Soluciones en Gastroenterología y Cirugía S.A.S. SOGACI S.A.S.

8-. NOTIFICACIONES

El representante legal de CPO S.A y a la suscrita recibiremos notificaciones en la Carrera 21 No. 22 – 68 Sur y a través del correo electrónico notificacionesjudicialescpo@cpo.com.co, registrando en la Cámara de Comercio de Bogotá al momento de contestar la presente demanda, de conformidad con el Certificado de Existencia y Representación legal.

Con todo respeto,



NATHALIA VALLEJO SÁNCHEZ

C.C. No. 1.010.216.541 De Bogotá

T.P. No. 295.040 del Consejo Superior de la Judicatura

Apoderada CPO S.A