

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA
SECCIÓN TERCERA
SUBSECCIÓN B

Bogotá D.C., diez (10) de noviembre de dos mil veintitrés (2023)

MAGISTRADO PONENTE: FRANKLIN PÉREZ CAMARGO

EXPEDIENTE: 1101333603120190037201
DEMANDANTE: DANIEL DE JESUS LARA CORREA Y OTROS
DEMANDADO: HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Asunto: Sentencia de segunda instancia

MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA

Procede la Sala a decidir el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante en contra de la sentencia del 19 de diciembre de 2022 proferida por el Juzgado Treinta y Uno (31) Administrativo Oral de Bogotá por medio del cual resolvió negar las pretensiones de la demanda.

I. ANTECEDENTES

1. Lo que se demanda

Los señores Daniel de Jesús Lara Correa, Martha Cecilia Chávez Cháves, Sonia Isabel Lara Chávez, Adriana Milena Lara Chávez, a través de apoderado, formularon demanda en ejercicio del medio de control de reparación directa en contra de la Nación- Hospital Militar –Sociedad de Cirugía Ocular, con la finalidad de que se declare la responsabilidad administrativa y patrimonialmente por las lesiones causadas al señor Daniel de Jesús Lara dentro del procedimiento quirúrgico de cataratas ojo izquierdo, el cual atribuye fue como consecuencia de una mala praxis, sobre la cual se formularon las siguientes pretensiones:

“PRIMERA. Declarar a la NACIÓN, HOSPITAL MILITAR CENTRAL, Administrativamente y patrimonialmente responsables por FALLA DEL SERVICIO: Por los daños patrimoniales y extra patrimoniales generados con el sufrimiento, dolor, el deterioro, del señor DANIEL DE JESUS LARA y a su familia creados por la Falla del servicio asistencial en atención de oftalmología, con la generación de daño antijurídico, por mal praxis médica, por la evolución de lesiones corporales severas y definitivas sufridas en procedimiento quirúrgico, y violación de la obligación de seguridad del contrato asistencial.

SEGUNDA: Que en consecuencia se condene a la NACIÓN, HOSPITAL MILITAR CENTRAL, a pagar solidariamente a DANIEL DE JESUS LARA, MARTHA CECILIA CHAVEZ CHAVEZ, SONIA ISABEL LARA CHÁVEZ, ADRIANA MILENA LARA CHAVEZ, todos aquí en calidad de parte Actora-por Acción de iure proprio para la víctima, y por contragolpe a sus familiares, los perjuicios inmateriales, los cuales se estiman en principio en la suma de Total de: los DAÑOS INMATERIALES: Un monto total de 460 SMMLY. (Calculados a SMMLV 2019, que debe ser actualizado a SMMLV a la fecha de fallo Discriminados de la

siguiente forma:

1. Se condene al pago solidario de DAÑOS MORALES por el sufrimiento y dolor de la víctima DANIEL DE JESUS LARA, la suma equivalente a CIEN (100) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.

2. Se condene al pago solidario de DANOS MORALES por el sufrimiento, dolor que le ha causado a su esposa: la suma equivalente a OCHENTA (80) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.

3. Se condene al pago solidario de DANOS MORALES por el sufrimiento, dolor que le ha causado a su hija: SONIA ISABEL LARA CHÁVEZ la suma equivalente a CUARENTA (40) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.

4. Se condene al pago solidario de DANOS MORALES por el sufrimiento, dolor que le ha causado a su hija: ADRIANA MILENA LARA CHAVEZ a suma equivalente a CUARENTA (40) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.

5. Se condene al pago solidario de Daño a la salud por el sufrimiento, dolor de la VICTIMA DANIEL DE JESUS LARA, la suma equivalente a CIEN (100) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes

6. Se condene al pago solidario de DAÑO EN LA VIDA DE RELACIÓN por sufrimiento, dolor, el deterioro de la VICTIMA DANIEL DE JESUS LARA, la suma equivalente CIEN (100) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes*

7. Se condene al pago solidario de los intereses moratorios liquidados desde la sentencia hasta el momento real y efectivo del pago de la obligación.

TERCERA. Que como consecuencia de las anteriores declaraciones: NACIÓN HOSPITAL MILITAR, se les condene al pago solidario de los gastos, costas y agencias en derecho que se llegaren a causar en el presente proceso.”

2. Hechos

De acuerdo con el escrito de la demanda, se destaca la siguiente narración hecha por el demandante:

Mencionó que, el señor Daniel de Jesús Lara Correa, asistió a cita de oftalmología en marzo de 2017, por presentar cataratas bilateral, por lo que el 25 de agosto de 2017, le realizaron el procedimiento quirúrgico de “extracción de cataratas por facoemulsificación + implante de lente intraocular” y ante la evolución favorable se inició trámite para realizar la misma intervención en el ojo derecho

Sostuvo que, el 27 de septiembre de 2016, el paciente se le practica cirugía ocular en la Sociedad de Cirugía Ocular, durante la intervención se presenta una complicación por ruptura de capsula posterior ojo derecho afaquía-ausencia de cristalino en el ojo, la cual describe así: “*se evidencia ruptura con luxación del núcleo a cámara vítrea, por lo cual se realiza vitrectomía anterior*”.

Explicó que, el 28 de septiembre de 2018, el paciente ingresa al servicio de urgencias al Hospital Militar por presentar fuerte dolor en el ojo derecho, presentando ruptura capsula y luxación posterior de cristalino, por lo que se habría decidido no implantar lente intraocular, es diagnosticado con glaucoma secundario a otros trastornos del ojo, ordenando practicar una “virectomia posterior + gas+ endolaser ojo derecho”.

Mencionó que, en la descripción quirúrgica realizada el 28 de septiembre de 2017, consta *“hallazgos quirúrgicos luxación posteriores paracel del cristalino, agujero retiniano a las 6 horario, se realiza endolaser, se retira punto de incisión principal, se procede a realizar implante intraocular sensor 20.0 con amputación haptica posterior”*.

Señaló que, el paciente tras la intervención manifestó que sentía dolor, por lo que se establece un posible cuadro de Endofalmitis Aseptica, se consulta con el médico que realizó la cirugía quien ordena aplicarle una inyección de vancomicina 1 mg, trimacinilina subtenoniana y mantener hospitalizado al paciente, el cual permaneció en el hospital hasta el 5 de octubre de 2017, tiempo durante el cual se mantuvo en tratamiento ante la infección ocular del ojo derecho y se programa nueva cirugía para inclusión secundaria de lente intraocular.

Informó que, el paciente ingresó el 2 de noviembre de 2017, para el procedimiento quirúrgico consistente en *“Vitrectomia con o sin inserción de silicon o gases y endolaser”*, ante el diagnostico de desprendimiento de retina con ruptura.

Precisó que, para el 30 de noviembre de 2017, el paciente presenta hipertensión ocular, por lo que en cita de control, el médico recomienda el retiro temprano del silicón, por lo que se programa fecha para realizar el procedimiento de extracción de aceite de silicón + vitrectomia posterior + silicón +endolaser +retinopexia con banda de ojo derecho.

Relató que, para el 20 de diciembre de 2017, se le practica la cirugía dentro del cual consta los siguientes hallazgos *“Aceite de silicion, DESPRENDIMIENTO NASAL INFERIOR CUANDO SE RETIRA EL ACEITE, AREAS DE VASCULITIS EN MEDIA PERIFERIA CON ENVAINAMIENTO, AFAQUIA, HUELLAS DE LASER”*.

Aseguró que, el 5 de abril de 2017, la paciente al presentar antecedentes de facoemulsificación complicada con luxación de catarata a vítreo, con posterior desprendimiento de retina, el médico tratante dio nueva orden de cirugía para virectomia posterior + implante de lente artisan retroiridiano + gas + endolaser en ojo derecho, el cual se le practicó el 17 de mayo de 2018.

Explicó que, el 23 de agosto de 2018, el paciente ingresa por dolor, limitación visual, eritema, por lo que el médico de turno le indica que debe acudir por urgencias para que sea valorado por médico especialista, en atención a su

antecedente tras la resección de cataratas. El mismo día, se le diagnostica desprendimiento de retina seroso en ojo derecho, por lo que se ordena y se practica cirugía de urgencia de degeneración de la macula y del polo posterior.

Expuso que, para el 6 de septiembre de 2018, el paciente nuevamente presenta complicaciones, por lo que acude al hospital en donde se hace el siguiente registro de la atención recibida: “*PACIENTE CON CUADRO CLÍNICO DE 1 AÑO DE EVOLUCION CONSISTENTE EN IMPLANTACION DE LIO POSTERIOR CON 6 PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN OJO DERECHO SUBCONSECUENTES, QUIEN ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 4 DIAS DE EVOLUCION QUE SE AGUDIZA DESDE AYER CON DOLOR OCULAR ASOCIADO A CEGUERA*”.

3. Sentencia de primera instancia

En sentencia del 19 de diciembre de 2022, proferida por el Juzgado Treinta y Uno (31) Administrativo Oral de Bogotá, en la resolvió:

“PRIMERO: NEGAR las pretensiones de la demanda, por las razones expuestas en la parte motiva.

SEGUNDO: SE FIJA por agencias en derecho, a favor del HOSPITAL MILITAR CENTRAL, atendiendo el Arbitrio Judice, la suma equivalente a MEDIO SALARIO MÍNIMO LEGAL MENSUAL VIGENTE (1/2 S.M.L.M.V.), la cual deberá pagar la parte actora, una vez quede ejecutoriada la presente sentencia.

Y, a favor de la llamada en garantía ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C., la suma equivalente a UNA CUARTA PARTE DEL SALARIO MÍNIMO LEGAL MENSUAL VIGENTE (1/4 S.M.L.M.V.), la cual deberá pagar la parte actora, una vez quede ejecutoriada la presente sentencia.

(...)”

Lo anterior, bajo los siguientes argumentos:

“(...) 5.1. Descendiendo al caso concreto y una vez valoradas las pruebas en conjunto y de acuerdo con las reglas de la sana crítica, encuentra el Despacho, que las súplicas de la demanda no están llamadas a prosperar comoquiera que, de las atenciones en salud que el señor Daniel de Jesús Lara Correa, de 65 años de edad —para el momento de los hechos—, entre el 27 de marzo de 2017 y el 6 de septiembre de 2018, con ocasión del procedimiento quirúrgico de extracción de cataratas más implante de lente intraocular de ojo derecho, practicado al paciente el 27 de septiembre de 2017, con la complicación de “LUXACIÓN POSTERIOR PARCIAL DEL CRISTALINO, que evoluciona a lesión generalizada del ojo derecho hasta la ceguera”, por una infección de ENDOTALMITIS ASEPTICA, por parte del Hospital Militar Central, no se demostró que se haya violado la lex artis o que se haya presentado alguna negligencia en los servicios de salud prestados como pasa a explicarse en las siguientes líneas:

En primer lugar, es claro que se trató de un evento adverso y que no se violó la lex artis, tal como se desprende de los dictámenes periciales aportados por la parte actora (23DictamenPericial.pdf) y demanda (30DictamenPericial.pdf), a saber, en su orden:

CONCLUSIÓN

Según historia clínica allegada y desenlace del paciente se puede concluir:

1. paciente de 65 años de edad quien realiza consulta para realización de extracción de cataratas bilateral, programado para realización de procedimiento en 2 tiempos, iniciando con ojo izquierdo en fecha 25/08/2017 sin aparente complicación

2. con fecha de 27/09/2017 se realiza facoemulsificación más vitrectomía anterior ojo derecho.

2.1. en nota de procedimiento se describe "se evidencia ruptura capsular con luxación del núcleo a cámara vitrea" y como complicación "...ruptura de cápsula posterior ojo derecho"

2.1.1. se realiza vitrectomía anterior

2.1.2 se reprograma para vitrectomía posterior más facofragmentación más implante de lente en ojo derecho.

2.2. el día 28/09/2017 el paciente consulta por dolor en ojo derecho, valorado por oftalmología quien ordena "...vitrectomía posterior + gas o silicón + endolaser + inclusión secundaria de lente intraocular"

2.3. el día 01/10/2017 se diagnostica endoftalmitis de ojo derecho, la cual es tratada y controlada por especialidad en oftalmología - glaucoma y neurología según descripción de historias clínicas

3. el día 02/11/2017 se programa inclusión secundaria en el lente intraocular ojo derecho

3.1. el día 03/11/2017 se diagnostica desprendimiento de la retina con Ruptura

4. el día 30/11/2017 se realiza extracción de aceite de silicón + vitrectomía posterior + silicio + endolaser retinopexia + con banda en ojo derecho od sin referencia de complicación

5. el día 21/12/2017 se realiza extracción de aceite de silicón + vitrectomía posterior + silicion + endolaser retinopexia + con banda en ojo derecho

6. El día 17/05/2018 se realiza vitrectomía posterior + gas + endolaser + implante de lente secundario tipo artisan ojo derecho sin referencia de complicaciones

7. Paciente quien el día 28/08/2018 consulta por disminución de la agudeza visual valorado por oftalmología quien ordena traslado urgente a sala de cirugía para realización de retinopexia sin referencia de complicaciones

8. El día 06/09/2018 paciente quien consulta por dolor en ojo de 3 días de evolución asociado a ojo rojo y lagrimeo, ordenándose tratamiento médico con krytantek hasta valoración médica con dr quijano

8.1. valorado el 13/09/2018 por especialista en retina quien consigna en historia clínica "no se consiguió aplicación con inyección de gas..." ordenando "silicón más endolaser ojo derecho"

TEMA 5

RESPUESRAS A CUESTIONARIO PROPUESTO

1. Sírvase manifestar al despacho, cuáles fueron los diagnósticos descritos en la historia clínica?

En historia clínica se encuentran los siguientes diagnósticos:

- Otras cataratas seniles.*
- Afaquia*
- Otros estados postquirurgicos especificados*
- Ruptura capsular y luxación posterior del cristalino*
- Glaucoma secundario a otros trastornos del ojo*

- Sospecha de endoftalmitis ojo derecho
- Endoftalmitis en resolución
- Otras endoftalmitis
- Desprendimiento de la retina con ruptura
- Desprendimiento coroideo ojo derecho
- Desprendimiento seroso de la retina

(...)

4. Cuando se programa la cirugía del ojo derecho, y quien realiza el procedimiento programado y en qué institución se lleva a cabo el procedimiento.

El procedimiento cuestionado fue realizado el 27/09/2017, realizada en la SCO (Sociedad de Cirugía Ocular SA) realizada por Jeanneth Eloina Toquica Osorio

5. Que significa "SE EVIDENCIA RUPTURA CAPSULAR CON LUXACIÓN DEL NÚCLEO A CÁMARA VITREA. POR LO CUAL SE REALIZA VITRECTOMIA ANTERIOR. (...)"

La ruptura de la cápsula posterior del cristalino (RCP) no es más que la pérdida de la continuidad de la cápsula del cristalino' y la luxación del núcleo significa que "los restos de cristalino caen a cámara vitrea". En cuanto a la vitrectomía "La vitrectomía es un tipo de cirugía ocular que se utiliza para tratar los problemas de la retina y el humor vítreo..." en este caso se realiza para "extraer un objeto extraño (restos del cristalino) que haya quedado en el interior del ojo como resultado de una lesión"

6. Qué complicaciones reporta la cirujana dentro del procedimiento realizado.

Se describe como complicación: "ruptura de cápsula posterior ojo derecho.

7. Manifieste al despacho si la ruptura capsular con luxación del núcleo a cámara vitrea se puede prevenir dentro del procedimiento, y como se previene su ocurrencia.

"Se ha comprobado que el uso generalizado de dicha técnica quirúrgica, así como la curva de aprendizaje de ésta, ha influido en el aumento de la incidencia de la complicación de luxación de restos cristalinos a cámara vitrea de un 0,3 a un 1% (1-3). Además, cuando la cirugía es realizada por un médico residente se produce esta complicación en un 14,4% frente al 0,4% si es realizada por un médico adjunto (2)

Esta condición se produce por causas propias del paciente como la anatomía y factores predisponentes que pueden o no ser modificables como la edad, el sexo y el uso de algunos medicamentos, así como la pericia del cirujano en la realización del procedimiento quirúrgico. la dureza del cristalino y las características y parámetros del equipo utilizado entre otros.

8. Que significa la Afaquia del ojo derecho.

Ausencia de cristalino. Normalmente es consecuencia de una extracción quirúrgica, por haberse desarrollado en él una catarata'* en este caso en el ojo derecho

(...)

12. Que significa ENDOFTALMITIS ASÉPTICA, y si está manifestado como complicación del procedimiento y tratamiento realizado al señor Lara.

"La endoftalmitis implica hinchazón (inflamación) dentro del globo ocular*s hay dos tipos de endoftalmitis, la infecciosa es un cuadro dramático de dolor e inflamación ocular, que se maneja con antibióticos intravítreos y el pronóstico es muy reservado.

el del caso en cuestión fue una endoftalmitis aseptica que es una celularidad en la cámara anterior producto de un proceso inflamatorio como puede ser una cirugía, se diagnostica por clínica y por cultivo y se resuelve en corto termino sin ser deleterea.

13. La ENDOFTALMITIS es una infección adquirida como consecuencia de la atención médico quirúrgica recibida por el señor Lara.

Si bien la causa mas frecuente de endoftalmitis es la infecciosa, en este caso en particular no se evidencia germen causante, motivo por el que no es posible determinar que la endoftalmitis del paciente es infecciosa, Sin embargo, esto no quiere decir que no haya sido causada por el procedimiento quirúrgico, dado que al haber una anomalía en el procedimiento (ruptura capsular con luxación del núcleo a cámara vítrea) se expuso la parte interna del globo ocular, lo que pudo provocar dicha inflamación

Es de anotar que en evolución médica de control realizada el 08/10/2017 se describe "cuadro infeccioso resuelto"

(...)

23. Manifieste al Despacho si considera Usted que existió falla del servicio asistencial en la producción de complicaciones secundarias a la cirugía complicada que se le realizó al señor Daniel Lara con fecha 27 de septiembre de 2017.

No es posible a través del dictamen determinar que las complicaciones sufridas por el paciente fueron inherentes a factores modificables o a una técnica quirúrgica, toda vez que en la literatura científica describe la luxación hacia cámara posterior como una complicación frecuente que depende de varios factores como los expuestos en la pregunta 7.

Es de suma importancia determinar si tomaran las medidas necesarias para determinar el riesgo por factores no modificables (edad, sexo del paciente, patologías previas crónicas, etc) y se minimizo las causas probables modificables (técnica quirúrgica, equipos usados, experiencia del cirujano, etc)

Por su parte, la Federación Médica Colombiana Médico especialista en Oftalmología Jorge Augustos Zambrano Casas, señaló que:

“RESPUESTAS A CUESTIONARIO

1. ¿Describe la literatura médica, las guías o protocolos vigentes para el año 2017 que en la cirugía Extracción de catarata por facoemulsificación + Implante de lente intraocular, ¿se puede presentar una ruptura de capsular con luxación de núcleo a cámara vítrea? RESPUESTA: Si, esta complicación esta descrita en la literatura ya que la capsula posterior del cristalino es muy lábil, ya que es una capsula de 2 a 4 micras menos que un folículo piloso lo cual hace que sea un elemento frágil a la turbulencia y maniobras de la facoemulsificación y por las maniobras que se realizan pueden presentarse una ruptura y por ende una caída del núcleo en cámara posterior vítrea.

Vale la pena aclarar que en la actualidad no se está utilizando la técnica de extracción extracapsular pura, debido a que la extracción extracapsular por facoemulsificación es más segura, con menor riesgo de morbilidad y complicaciones. Razón por la cual en este momento es la técnica más usada y era la adecuada para el paciente Daniel Lara. El paciente había sido informado de esta compilación en el consentimiento informado.

2.- Es la vitrectomía el procedimiento indicado ante tal complicación? RESPUESTA: Si, un núcleo en vítreo debe ser extraído con la técnica de vitrectomía posterior ya que es más fácil la entrada por este medio y la posterior emulsificación de este se puede realizar por este método y debe ser extraído los elemento que se alojen en cámara posterior (vítreo) ya que es un cuerpo extraño y puede ocasionar lesiones en la retina tanto por el movimiento del ojo como el hecho que se presenten bridas de tracción como reacción a un cuerpo extraño.

3.- Cuanto es el tiempo recomendado para reintervenir con vitrectomía al paciente que sufre dicha complicación? RESPUESTA: En principio es una intervención de

vitrectomía para extracción, en este caso el cuerpo extraño o núcleo luxado y debe realizar antes de las 48 horas de sucedido la complicación. Procedimiento que fue realizado con la técnica requerida además de remplazar el cuerpo vítreo con gas y o silicona para mantener la forma ocular además se realizó endolaser a un desgarro inferior que se encontró durante el procedimiento de la vitrectomía.

4.- *¿En cuánto tiempo después de la ocurrencia de la complicación en ojo derecho, se intervino al paciente Daniel Lara? ¿Estima oportuna dicha cirugía?*

RESPUESTA: 24 horas, tiempo oportuno para el procedimiento y su realización como lo explicaba anteriormente fue en una forma limpia y efectiva para lograr el objetivo que era la extracción del núcleo y la preservación de la retina. Vale la pena precisar que la cirugía de catarata del ojo derecho se realizó el día 27 de octubre de 2017 y la vitrectomía se realizó al día siguiente, de acuerdo a descripción quirúrgica.

5.- *Cual es la causa más común para la ocurrencia de la ruptura capsular?*

RESPUESTA: La fragilidad de la capsula posterior asociada a las maniobras que se realizan en la faco, estas maniobras que consisten en introducción un elemento que se llama la pieza de mano que tiene propulsión de líquido para mantener la cámara, un elemento donde se encuentra el ultrasonido que es el que fragmenta el cristalino y el otro elemento que es succión que es donde salen los restos cristalinos más el núcleo como entenderán estas maniobras que aumentan la presión también realizan un vacío el cual hace que puedan colapsar en cualquier momento la cámara y causar un detrimento en las estructuras como es la capsula.

6.- *Ante la ocurrencia de la ruptura que ocurre con el cristalino con respecto de la cavidad vítrea? ¿Qué debe hacerse?*

RESPUESTA: Suspender la cirugía de facoemulsificación por vía anterior, realizar inspección retirar restos cristalinos y si hay vítreo una vitrectomía anterior y programar una vitrectomía posterior para extracción de restos de cristalinos en este segmento posterior ya que no se deben dejar por la reacción que se puede producir por estos.

7.- *¿En el contexto de la atención de este paciente, estima que se agotaron todos los recursos humanos y tecnológicos que poseía la ciencia para la época de los hechos en procura de su recuperación?*

RESPUESTA: Si, se realizaron las cirugías necesarias a medida que se presentaban las complicaciones, la primera complicación fue la caída del núcleo en cámara posterior la cual fue realizada por la vitrectomía que se hizo, en esta vitrectomía se encontró un desgarro de retina el cual fue reparado con endolaser posteriormente ocurrieron complicaciones que fueron sorteadas con los pasos necesarios a medida que se iban realizando, como el paciente presentaba asociado a esta patología un glaucoma primario se realizaron los tratamientos adecuados con medicamento y luego una válvula de Ahmed (de colocación extrahospitalaria) y fotocoagulación con láser.

8.- *Evidencia en historia clínica alguna omisión o falta a la ley del arte por parte de los médicos tratantes?*

RESPUESTA: No, se realizaron las cirugías y tratamientos necesarios para la complicación de la faco y tratamiento del glaucoma crónico de ambos ojos y glaucoma secundario del ojo derecho.

9. *Considera oportuna la evidencia, intervención y tratamiento de la complicación? RESPUESTA: Si, todas fueron oportunas.*

(...)

14.- *Que tipo de endoftalmitis presento el paciente?*

RESPUESTA: El paciente presento una endoftalmitis aséptica, pues en ningún momento se tuvo evidencia clínica, ni paraclínica de una infección asociada a la presencia de patógenos, por lo que se consideró una infección/inflamación aséptica, por lo cual se habla de cuadro infeccioso resuelto.

15.- *Considera que la Dra. Jeanneth Toquica Osorio presenta la idoneidad para realizar los procedimientos ejecutados por ella al paciente?*

*RESPUESTA: La Dra. Toquica muestra en su hoja de vida formación como médica del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, con egreso en el año 1995 y especialización en oftalmología en la Universidad Militar Nueva Granada, con egreso en el año 2006. También presenta subespecialización en Glaucoma en la Universidad Militar Nueva Granada, con egreso en el año 2017. La doctora Toquica tiene un alto volumen en cirugía de facoemulsificación según se puede evidenciar en las programaciones de sus cirugías, además tiene alta experiencia en cirugías de glaucoma, es decir es una cirujana con buen *lex artis* en estos tipos de cirugía. Resaltando que el mayor volumen es en facoemulsificación” (se subraya).*

*En consecuencia, para los galenos de oftalmología, (i) si se podía presentar la ruptura capsular con luxación de núcleo a cámara vítrea, porque el cristalino era muy lábil, y obra el consentimiento informado del paciente de los riesgos y complicaciones (fl. 109-110 c. 1). (ii) la vitrectomía, era el procedimiento indicado para dicha complicación; (iii) se cumplió la *lex artis*, (iv) se intervino a paciente de forma oportuna —dentro de las 24 horas—; (v) la infección endoftalmitis aséptica fue una inflamación aséptica. Además que, siempre se trató de recuperar la salud visual del paciente.*

Lo cual significa que, adquirir una infección aseptica de por sí no deviene en falla del servicio médico, sino que es un evento adverso que puede presentarse como simple inflamación del ojo.

A propósito, no se olvide que, de conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso, incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

En segundo lugar, obsérvese que la parte actora no allegó ningún elemento juicio, que acreditará que la infección posoperatoria se hubiese podido controlar y que en dado caso fuera resistible.

Por consiguiente, ante la ausencia de pruebas que indiquen fehacientemente el daño antijurídico alegado por los demandantes, bajo las características de cierto, presente o futuro, determinado o determinable y anormal, con ocasión de la supuesta falla en la prestación de servicios de salud por parte de la HOSPITAL MILITAR CENTRAL, no resulta dable al Juzgado proceder a imputar la responsabilidad patrimonial a dicha entidad.

Corolario de lo anterior, al no haberse demostrado el daño antijurídico ni la imputabilidad del daño, por sustracción de materia no hay lugar a estudiar el nexo de causalidad en la responsabilidad extracontractual del Estado.

(...)”

4. Recurso de apelación

El apoderado de la parte demandante interpuso recurso de apelación en contra de la sentencia de primera instancia, en la que solicita se revoque la sentencia, y en su lugar, se acceda las pretensiones de la demanda, bajo los siguientes presupuestos:

“(…) De los hechos principales queda claro que lo descrito por los mismos galenos tratantes, SI existió una complicación durante el procedimiento, que requirió una reintervención inicial de urgencias, es claro que SI presento un proceso infeccioso tratado como endoftalmitis tratada con antibiótico - vancomicina, trimacinilina subtenoniana y hospitalización. Yerra el despacho al desestimar esas anotaciones y aseveraciones claras de la ocurrencia de la complicación. Yerra por otro lado al estimar lo dicho por la misma médico tratante cuando asevera que cumplió con la Lex artis, pero sin mencionar siquiera a que hace referencia esa Lex Artis…

(…)

Descendiendo al caso en concreto analizado asume el fallador de instancia que:

“encuentra el Despacho, que las súplicas de la demanda no están llamadas a prosperar comoquiera que, de las atenciones en salud que el señor Daniel de Jesús Lara Correa, de 65 años de edad —para el momento de los hechos—, entre el 27 de marzo de 2017 y el 6 de septiembre de 2018, con ocasión del procedimiento quirúrgico de extracción de cataratas más implante de lente intraocular de ojo derecho, practicado al paciente el 27 de septiembre de 2017, con la complicación de “LUXACIÓN POSTERIOR PARCIAL DEL CRISTALINO, que evoluciona a lesión generalizada del ojo derecho hasta la ceguera”, por una infección de ENDOTALMITIS ASEPTICA, por parte del Hospital Militar Central, no se demostró que se haya violado la lex artis o que se haya presentado alguna negligencia en los servicios de salud prestados como pasa a explicarse en las siguientes líneas:

En primer lugar, es claro que se trató de un evento adverso y que no se violó la lex artis, tal como se desprende de los dictámenes periciales aportados por la parte actora (23DictamenPericial.pdf) y demanda (30DictamenPericial.pdf), a saber, en su orden:

El Honorable fallador de instancia yerra de forma flagrante de tajo al mencionar que no se demostró que se haya incumplido la Lex artis, asumiendo de forma errada su cumplimiento sin mención a cual es esa lex artis cumplida, cuando esta plenamente probado que existió una complicación previsible y prevenible en el procedimiento quirúrgico realizado. Tan es así, que el mismo fallador reconoce en su consideración que ocurrió un evento adverso en salud:

En primer lugar, es claro que se trató de un evento adverso y que no se violó la lex artis, tal como se desprende de los dictámenes periciales aportados por la parte actora (23DictamenPericial.pdf) y demanda (30DictamenPericial.pdf), a saber, en su orden:

Menciona que como se desprende de los dictámenes periciales:

Basta con leer de forma razonada y detallada cada una las respuestas para dar por sentado el reconocimiento de la ocurrencia del evento -daño- en el paciente y que es consecuencia del procedimiento quirúrgico realizado, el cual de no haber ocurrido, no tendría porque soportar reintervenciones múltiples, un proceso infeccioso reconocido y las consecuencias de esa nefasta complicación que esta descrita como complicación y no como parte del procedimiento; Lo que significa que es conocido por cualquier especialista que su ocurrencia esta prevista, y por ello se debe tomar calara medidas preventivas para evitar que ello ocurra. De ninguna parte se puede deducir que el hecho que una complicación este descrita en la literatura se puede considerare como parte del

procedimiento, contrario a ello, el estar descrito en la literatura médica una posible complicación de un procedimiento quirúrgico, hace de la complicación que sea previsible y prevenible para el profesional médico.

6. *Qué complicaciones reporta la cirujana dentro del procedimiento realizado. Se describe como complicación: "ruptura de cápsula posterior ojo derecho.*

7. *Manifieste al despacho si la ruptura capsular con luxación del núcleo a cámara vitrea se puede prevenir dentro del procedimiento, y como se previene su ocurrencia.*

"Se ha comprobado que el uso generalizado de dicha técnica quirúrgica, así como la curva de aprendizaje de ésta, ha influido en el aumento de la incidencia de la complicación de luxación de restos cristalinos a cámara vitrea de un 0,3 a un 1% (1-3). Además, cuando la cirugía es realizada por un médico residente se produce esta complicación en un 14,4% frente al 0,4% si es realizada por un médico adjunto (2)

Esta condición se produce por causas propias del paciente como la anatomía y factores predisponentes que pueden o no ser modificables como la edad, el sexo y el uso de algunos medicamentos. así como la pericia del cirujano en la realización del procedimiento quirúrgico. la dureza del cristalino y las características y parámetros del equipo utilizado entre otros.

Por otro lado se desestima el fallador la producción de la endoftalmitis infecciosa como otra complicación del procedimiento realizado, y que esta claramente descrito por los mismos médicos tratantes en la historia clínica como infección.

12. *Que significa ENDOFTALMITIS ASEPTICA, y si está manifestado como complicación del procedimiento y tratamiento realizado al señor Lara.*

"La endoftalmitis implica hinchazón (inflamación) dentro del globo ocular^s hay dos tipos de endoftalmitis, la infecciosa es un cuadro dramático de dolor e inflamación ocular, que se maneja con antibióticos intravítreos y el pronóstico es muy reservado.*

el del caso en cuestión fue una endoftalmitis aseptica que es una celularidad en la cámara anterior producto de un proceso inflamatorio como puede ser una cirugía, se diagnostica por clínica y por cultivo y se resuelve en corto termino sin ser deleterea.

Es donde le corresponde al fallador revisar con el uso de la razón la prueba obtenida; el mismo fallador menciona en los hechos relevantes lo descrito por los profesionales que atienden a la paciente, que describen una endoftalmitis infecciosa y su manejo con antibiótico, y la asume como aséptica como menciona el perito desvirtuando lo descrito en su historia clínica; Lo anterior corresponde a un yerro del fallador al asumir sin valoración lo mencionado por perito colega contrario a los descrito.

13. *La ENDOFTALMITIS es una infección adquirida como consecuencia de la atención médico quirúrgica recibida por el señor Lara.*

Si bien la causa mas frecuente de endoftalmitis es la infecciosa, en este caso en particular no se evidencia germen causante, motivo por el que no es posible determinar que la endoftalmitis del paciente es infecciosa, Sin embargo, esto no quiere decir que no haya sido causada por el procedimiento quirúrgico, dado que al haber una anomalía en el procedimiento (ruptura capsular con luxación del núcleo a cámara vitrea) se expuso la parte interna del globo ocular, lo que pudo provocar dicha inflamación.

Es de anotar que en evolución médica de control realizada el 08/10/2017 se describe "cuadro infeccioso resuelto"

Lo que significa que sí existió un proceso infeccioso post quirúrgico que debió haber sido tenido en cuenta por el fallador de instancia, el cual mediante los

claros indicios obtenidos yerra al desestimar y al apartarse de la jurisprudencia de la obligación de seguridad con la producción de infección como parte de la complicación del procedimiento quirúrgico.

CONTRATO ASISTENCIAL-CONTRATO DE HOSPITALIZACIÓN: contenido de la llamada “obligación de seguridad”

Con respecto al contrato de hospitalización en sentencia del 12 de septiembre de 1985, manifestó la Corte Suprema de Justicia¹: “2. Si, en orden a determinar el contenido de las obligaciones originadas en los contratos de hospitalización, se examina esta clase de acuerdos a la luz de las previsiones del artículo 1501 del Código Civil, resulta necesario admitir que de él, al igual que en los demás contratos, surgen para la entidad asistencial obligaciones que pertenecen a la naturaleza misma del acuerdo, que hacen parte suya en condiciones normales de contratación, tales como las de suministrar habitación y alimentos al enfermo, lo mismo que las drogas que le prescriban los facultativos, la de un debido control y la atención por parte de los médicos residentes y enfermeras del establecimiento, que para excluirlas válidamente se debería pactar en contrario con tal que no se desnaturalice el contrato.

Dentro de este mismo género de obligaciones es indispensable también incluir la llamada por la doctrina obligación de seguridad, en este caso de seguridad personal del enfermo, que impone al centro asistencial la de tomar las medidas necesarias para que el paciente no sufra algún accidente en el curso o con ocasión del cumplimiento del contrato.

Además de esas obligaciones, pueden distinguirse en el contrato de hospitalización otras que no son de la esencia ni le pertenecen por su naturaleza, sino que requieren de estipulaciones especiales, como los servicios de laboratorio, Rayos X, enfermera permanente, custodia y vigilancia especial, acompañante, etc. Se trataría en este caso de estipulaciones que, al decir de la doctrina de los autores, imprimen a los efectos jurídicos propios del contrato una dirección diferente a la establecida por las normas subsidiarias del derecho, por ejemplo agravando o atenuando la responsabilidad del deudor, señalando plazos o condiciones, etc.

3. En armonía con lo dicho se tiene que, en virtud del contrato de hospitalización, el establecimiento asume frente al enfermo una obligación de seguridad que le impone la de evitar que le ocurran accidentes con motivo o con ocasión del cumplimiento del contrato, obligación que comprende también la de “custodia y vigilancia” si se trata de establecimientos para enfermos con afecciones mentales, pues en tal caso además del tratamiento se busca la propia seguridad personal. De tal suerte que si trata (sic) de hospitales o clínicas que prestan servicios generales, distintos de los psiquiátricos, y por causa de la clase de padecimientos que presenta el enfermo, éste requiere de una enfermera permanente o de una “custodia y vigilancia” especial, el contrato de hospitalización requerirá de una estipulación expresa respecto de la prestación de ese servicio, por cuanto en tal caso no sería de su naturaleza.

(...)

Por otro lado se soporta el fallador en el dictamen del Dr. Zambrano, aclarando que para tuvo en cuenta la controversia presentada donde se dejó claro su imparcialidad y su desatino en los conceptos controvertidos por esta parte actora. Simplemente transcribe sus respuesta sin un análisis basado en el uso y la razón propias del fallador dejando la calificación en manos del perito y no del fallador; es decir yerra en su indebida valoración probatoria.

Reconoce la presentación de una complicación y su reintervención, además descrita en la literatura médica:

1. *¿Describe la literatura médica, las guías o protocolos vigentes para el año 2017 que en la cirugía Extracción de catarata por facoemulsificación + Implante de lente intraocular, ¿se puede presentar una ruptura de capsular con luxación de núcleo a cámara vítrea?* RESPUESTA: Si, esta complicación esta descrita en la literatura ya que la capsula posterior del cristalino es muy lábil, ya que es una capsula de 2 a 4 micras menos que un folículo piloso lo cual hace que sea un elemento frágil a la turbulencia y maniobras de la facoemulsificación y por las maniobras que se realizan pueden presentarse una ruptura y por ende una caída del núcleo en cámara posterior vítrea.

2.- *Es la vitrectomía el procedimiento indicado ante tal complicación?*
RESPUESTA: Si, un núcleo en vítreo debe ser extraído con la técnica de vitrectomía posterior ya que es más fácil la entrada por este medio y la posterior emulsificación de este se puede realizar por este método y debe ser extraído los elemento que se alojen en cámara posterior (vítreo) ya que es un cuerpo extraño y puede ocasionar lesiones en la retina tanto por el movimiento del ojo como el hecho que se presenten bridas de tracción como reacción a un cuerpo extraño.

El perito asume la valoración del comportamiento medico,m y de es forma yerra el fallador a asumir la misma posición como parte de sus indicios de cumplimiento de la Lex artis.

8.- *Evidencia en historia clínica alguna omisión o falta a la ley del arte por parte de los médicos tratantes?*

RESPUESTA: No, se realizaron las cirugías y tratamientos necesarios para la complicación de la faco y tratamiento del glaucoma crónico de ambos ojos y glaucoma secundario del ojo derecho.

9. *Considera oportuna la evidencia, intervención y tratamiento de la complicación?* RESPUESTA: Si, todas fueron oportunas.

(...)

15.- *Considera que la Dra. Jeanneth Toquica Osorio presenta la idoneidad para realizar los procedimientos ejecutados por ella al paciente?*

RESPUESTA: La Dra. Toquica muestra en su hoja de vida formación como médica del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, con egreso en el año 1995 y especialización en oftalmología en la Universidad Militar Nueva Granada, con egreso en el año 2006. También presenta subespecialización en Glaucoma en la Universidad Militar Nueva Granada, con egreso en el año 2017. La doctora Toquica tiene un alto volumen en cirugía de facoemulsificación según se puede evidenciar en las programaciones de sus cirugías, además tiene alta experiencia en cirugías de glaucoma, es decir es una cirujana con buen lex artis en estos tipos de cirugía. Resaltando que el mayor volumen es en facoemulsificación" (se subraya).

Un peritaje técnico el perito no puede entrar en apreciaciones subjetivas del demandado colega y tampoco de derecho, por lo que de entrada ya está invalidando su apreciación con enfoque jurídico, por estar ocupando el espacio del juez en la valoración de la prueba⁴, el perito no es letrado en derecho, y su respuesta no se fundamenta en el concepto de la lex artis, y de esa forma yerra el fallador al no analizar en debida forma las pruebas periciales en su conjunto con todos las demás pruebas obtenidas y controvertidas.

(...)

En ninguna parte de su dictamen hace mención al daño sufrido por la paciente, las consecuencias, las secuelas, así como tampoco menciona a que Guías y protocolos hace mención, toda vez que es importante valorar cuales son los riesgos propios de la cirugía.

Menciona el fallo recurrido en sus conclusiones que:

En consecuencia, para los galenos de oftalmología, (i) si se podía presentar la ruptura capsular con luxación de núcleo a cámara vitrea, porque el cristalino era muy lábil, y obra el consentimiento informado del paciente de los riesgos y complicaciones (fl. 109-110 c. 1). (ii) la vitrectomía, era el procedimiento indicado para dicha complicación: (iii) se cumplió la lex artis, (iv) se intervino a paciente de forma oportuna —dentro de las 24 horas—; (v) la infección endoftalmitis aséptica fue una inflamación aséptica. Además que, siempre se trató de recuperar la salud visual del paciente.

Lo cual significa que, adquirir una infección aséptica de por sí no deviene en falla en servicio médico, sino que es un evento adverso que puede presentarse como simple inflamación del ojo.

(...)

Así las cosas, es claro que existe yerros en las consideraciones del fallo recurrido, toda vez que la valoración probatoria es deficiente, sus indicios no son claros ni están debidamente soportados en la realidad probatoria, existe un apartamiento injustificado de la jurisprudencia y de las normas propias de la calidad en salud y de la verdadera Lex artis médica erróneamente asumida en las consideraciones.

Nada se menciona el fallo recurrido de guías o protocolos, así como tampoco se menciona la literatura medica aportada. Para nada se contemplan y mencionan las reintervenciones múltiples a las que tuvo que ser sometido el paciente señor Lara, así como tampoco menciona el estado actual de daño visual del paciente, que además no tenía previa a la cirugía complicada a la que fue sometido.

Quedo probado que sí ocurrió un daño al paciente que no tenía previo a la cirugía, que no era parte de su patología de base y que eso es un evento adverso en salud -DAÑO-, contrario a asumir que el evento adverso es el hecho generador del daño. Existe un daño probado -evento daño- y unas consecuencias de ese daño -evento consecuencia-; y ese daño es producto del actuar asistencial descrito y probado como ruptura capsular previsible y prevenible en manos de cualquier especialista, y la producción de una endoftalmitis infecciosa tratada que favoreció el daño producido como complicación quirúrgica.

(...)

En conclusión, el fallo recurrido yerra en su valoración de pruebas, indebida aplicación del precedente jurisprudencial y la aplicación normativa aplicable al caso concreto. Desestima el daño sufrido por el paciente, su ocurrencia en transquirúrgico realizado y descrito, y desestima sus consecuencias. Nada queda probado de culpa o hecho exclusivo de la víctima o causa extraña.

(...)"

5. Trámite procesal en segunda instancia

-En auto del 11 de julio de 2023, se admitió recurso de apelación interpuesto por la parte demandante en contra de la sentencia de primera instancia y se notificó.

II. CONSIDERACIONES

En este acápite se realizará lo siguiente: (i) se establecerá el problema jurídico a resolver, (ii) se estudiará el caso concreto y; (iii) se señalarán las conclusiones

2. Problema jurídico

En atención a los motivos de inconformidad expuestos en el recurso de apelación, corresponde a la Sala determinar si de acuerdo al material probatorio aportado al proceso, se puede establecer una desatención de la *lex artis* durante la intervención quirúrgica que se le practicó el 27 de septiembre de 2017, para la extracción de cataratas más implante de lente intraocular de ojo derecho, el cual habría generado graves complicaciones de "Luxación posterior parcial del cristalino", generando una ceguera en el ojo derecho.

3. Régimen jurídico aplicable

La Constitución Política de 1991 consagró expresamente una cláusula general de responsabilidad patrimonial del Estado por los daños antijurídicos ocasionados por la acción u omisión de las autoridades públicas. Según la norma constitucional, los elementos que configuran dicha responsabilidad son el daño antijurídico y la imputación del mismo a la entidad pública demandada.

En este sentido, para resolver el problema jurídico planteado por la Sala encuentra necesario realizar un estudio de los tipos de imputación que presentó la parte demandante para establecer la responsabilidad del Hospital Militar Central, para lo cual se estudiará el régimen de imputación aplicable; y el caso en concreto.

i) Responsabilidad del Estado por la prestación del servicio médico

La jurisprudencia ha marcado los lineamientos del juicio valorativo, cuando se pretende imputar daños al estado con ocasión a la falla médica, en los siguientes términos:¹

“La Sala Plena de la Sección Tercera, en sentencia de 19 de abril 2012², unificó su posición en el sentido de indicar que, en lo que se refiere al derecho de daños, el modelo de responsabilidad estatal que adoptó la Constitución de 1991 no privilegió ningún régimen en particular, sino que dejó en manos del juez definir, frente a cada caso concreto, la construcción de una motivación que consulte las razones, tanto fácticas como jurídicas, que den sustento a la decisión que habrá de adoptar.

Por lo expuesto, la jurisdicción de lo contencioso administrativo ha dado cabida a la utilización de diversos títulos de imputación para la solución de los casos sometidos a su consideración, sin que esa circunstancia pueda entenderse

¹ Radicación número: 73001-23-31-000-2011-00355-00(48565) del 20 de febrero del 2020. Magistrada ponente Marta Nubia Velasquez Rico (E)

² Consejo de Estado, Sala Plena de la Sección Tercera, sentencia de 19 de abril de 2012, expediente 21.515.

como la existencia de un mandato que imponga la obligación al juez de utilizar, frente a determinadas situaciones fácticas, un específico título de imputación.

En este sentido, en aplicación del principio iura novit curia, la Sala puede analizar el caso bajo la óptica del régimen de responsabilidad patrimonial del Estado que corresponda a los hechos probados en el proceso, sin que esto implique una suerte de modificación o alteración de la causa petendi, ni que responda a la formulación de una hipótesis que se aleje de la realidad material del caso, o que se establezca un curso causal hipotético de manera arbitraria³.

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

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

“... se constituyen por la vulneración del derecho a ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y, como en este caso, por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz”⁴.

Con relación a la prestación del servicio médico en la misma decisión se indicó:

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

“... no se limita simplemente al reconocimiento de los servicios que se requieren con necesidad; sino que comprende también su acceso de manera oportuna, eficiente y de calidad. La prestación del servicio de salud es oportuna cuando la persona lo recibe en el momento que corresponde para recuperar su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. En forma similar, el servicio de salud se considera eficiente cuando los trámites administrativos a los que se somete al paciente para acceder a una prestación requerida son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no imponen al interesado una carga que no le corresponde asumir. Por otro lado, el servicio de salud es de calidad cuando las entidades obligadas a prestarlo actúan de manera tal ‘que los usuarios del servicio no resulten víctimas de imponderables o de hechos que los conduzcan a la desgracia y que, aplicando con razonabilidad los recursos estatales disponibles, pueden ser evitados, o su impacto negativo reducido de manera significativa para la persona eventualmente afectada’”⁵. (Subrayado fuera de texto)

³ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, sentencia de 13 de mayo de 2015, expediente 17.037.

⁴ Sentencia del 7 de octubre de 2009, expediente 35.656.

⁵ Corte Constitucional, sentencia T-104 del 2010.

El principio de integralidad del servicio médico y hospitalario exige considerar, según el precedente jurisprudencial constitucional: “todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”⁶. (Subrayado fuera de texto)

De allí que, como lo ha asegurado la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado ha establecido que:

“La obligación de prestar asistencia médica es compleja, es una relación jurídica total, compuesta por una pluralidad de deberes de conducta (deber de ejecución, deber de diligencia en la ejecución, deber de información, deber de guardar secreto médico, etc.). Ese conjunto de deberes conforma una trama, un tejido, una urdimbre de la vida social responde a la idea de organización – más que de organismos- en punto a la susodicha relación jurídico total (...) Por tanto, aquel deber jurídico principal supone la presencia de otros deberes secundarios de conducta, como los de diagnóstico, información, recepción de la voluntad jurídica del enfermo –llamada comúnmente consentimiento del paciente-, prescripción, guarda del secreto profesional, satisfacción del plan de prestación en su integridad (actividad que supone no abandonar al enfermo y cuidar de él hasta darlo de alta)”⁷.

Conforme a los citados parámetros jurisprudenciales, el juez debe estudiar la responsabilidad bajo el régimen de la falla probada, donde se deberá demostrar la irregularidad en la actividad médica, acreditando que ese proceder generó un daño, existiendo un nexo causal. La falla probada opera para todos los daños, suscitados con ocasión a la prestación del servicio médico y todo lo que ello implique, es decir, desde la atención, valoración, diagnóstico y tratamiento, donde se demuestre una afectación grave a la salud. Así, para la prosperidad de las pretensiones, es necesario que quien alegue la falla la pruebe, por lo tanto, dentro del expediente deben estar debidamente acreditados los elementos de responsabilidad, mientras que a la entidad pública le compete demostrar que actuó ajustada a la legalidad, a criterios de buen servicio público y una adecuada actuación administrativa.

En conclusión, de la lectura de la jurisprudencia se puede establecer la existencia de dos títulos de imputación jurídica a saber falla médica y la falla en la prestación del servicio médico, que son pretensiones que pueden ser analizadas de forma conjunta o de manera separada, los cuales serán abordados por la Sala conforme al problema jurídico mencionado.

3. Pruebas y hechos relevantes

3.1 Historia clínica

⁶ Corte Constitucional, sentencia T-1059 de 2006.

⁷ Sentencia del 18 de febrero de 2010, expediente 17.655.

En cuanto a la información obtenida en la historia clínica aportada, la misma no cumple con los presupuestos del párrafo primero del artículo 175 del CPACA el cual establece “*Cuando se trate de demandas por responsabilidad médica, con la contestación de la demanda se deberá adjuntar copia íntegra y auténtica de la historia clínica pertinente, a la cual se agregará la transcripción completa y clara de la misma, debidamente certificada y firmada por el médico que haga la transcripción*”, disposición que cumplió el Hospital Militar Central.

Hospital Militar Central

El 19 de mayo de 2017, tras obtener los resultados de biometría ocular en ambos ojos, se confirma opacidades, por lo que fue diagnosticado con cataratas seniles. El 21 de junio de 2017, se realiza exámenes médicos previo a la intervención para la extracción de cataratas, dejando constancia de la firma del consentimiento informado. El 11 de julio de 2016, se realiza valoración en el que solicito control con resultados valoración anestesiología.

El 21 de junio de 2017, el paciente ingresa por cita programada en donde consta programación de cirugía para extracción de cataratas, consta la firma del consentimiento informado en la que consta información del procedimiento que le sería practicado.

El 25 de agosto de 2016, se le realiza procedimiento quirúrgico de cataratas del ojo izquierdo + implante de lente intraocular, al día siguiente es valorado sin presentar ningún signo de alarma, salvo ligero aumento de presión intraocular, por lo que se da continuidad con bromonidina cada 12 horas.

El 26 de agosto de 2016, el paciente presenta ligero aumento de presión intraocular por lo que se le suministra medicamento cada 12 horas en ojo izquierdo, en examen físico se evidencian imágenes sanas, sin secreción en fondos de saco, conjuntiva tranquila, cornea clara con cama anterior formada, lente intraocular en posición.

El 28 de agosto de 2016, ante una adecuada evolución se ordena la cirugía para extracción de catarata en ojo derecho, explicando signos de alarma y riesgos de la cirugía, los cuales son: “desprendimiento de retina, descompensación corneal, imposibilidad de implantar lente, pérdida anatómica y funcional de ojo, sangrado e infección”. (Fls. 351, c6HistoriaClínica)

El 27 de septiembre de 2017, se le practica al paciente Daniel de Jesús Lara Correa, procedimiento quirúrgico de extracción de catarata por facoemulsificación + implante de lente intraocular. Previa firma de consentimiento del 22 de septiembre de la misma anualidad. (Fls. 120 y 121, 06HistoriaClínica)

El 28 de septiembre de 2017, el paciente ingresa por urgencias al Hospital Militar con un fuerte dolor en el ojo derecho, con diagnóstico de glaucoma secundario a otros trastornos del ojo, por lo que se ordena el procedimiento quirúrgico de “vitrectomía posterior + gas+ endolaser ojo derecho”.+, ante la presencia de luxación posterior parcial de cristalino, agujero retiniano a las 6 horario, previo firma del consentimiento informado de anestesiología.

El 30 de septiembre de 2017, en servicio de observación ingresa la paciente después del post operatorio, al presentar dolor, no secreción, hipopion, tras valoración médica es diagnosticado con: “*endoftamitis estéril, bitectomia posterior por retina cataratas, hiperplasia prostática con taponamiento ocular derecho*”, es valorado por el cirujano quien suministra medicamentos intramuscular, se mantiene hospitalizado y de ordena ecografía dinámica, cultivo y antibiograma para microorganismos, consulta especialista control retina y vitreo, inclusión secundaria de lente intraocular, vitrectomía con o sin inserción de silicón o gases y endolaser.

El 1 de octubre de 2017, el paciente es valorado por oftalmología por sospecha de endoftalmitis exógena OD, hace 4 días extracción de cataratas por facoemulsificación días 3 de vitrectomía posterior, quien niega dolor, cambios visuales, tolerancia vía oral.

El 5 de octubre de 2017, paciente con evolución clínica satisfactoria, sin signos de infección, a quien se le emite boleta de cirugía para inclusión secundaria de lente intraocular, se explican riesgos y posibles complicaciones: sangrado, infección, necesidad de reintervención, desprendimiento de retina, desprendimiento de coroides, pérdida anatómica y/o funcional. (Fls. 390, c6 HistoriaClínica)

El 8 de octubre de 2017, la paciente acude a control por oftalmología quien niega dolor ocular, niega otros síntomas, dentro de los análisis consta que presentaba con mejoría con cuadro infeccioso resuelto, sin dolor, con pio adecuado, se dan recomendaciones.

El 19 y 27 de octubre de 2017, el paciente acude a control sin signos de dolor u otra sintomatología, niega secreción ocular, pendiente de programación de inclusión secundaria de lente intraocular ojo derecho por clínica de retina.

El 2 de noviembre de 2017, el paciente es programado para cirugía de vitrectomía con o sin inserción de silicón o gases y endolaser, ante el diagnóstico de desprendimiento de la retina con ruptura, previa firma de consentimiento informado del procedimiento de “inclusión secundaria de lente intraocular + gas +endoláser”, mencionando como riesgos del procedimiento “sangrado, infección necesidad de reintervención, desprendimiento de retina, pérdida anatómica (...)”. Firma consentimiento informado por parte de anestesiología para el procedimiento de inclusión

lente intraocular + gas+ endoláser ojo derecho”, quien encontró los siguientes hallazgos: “afaquia, vitreo turbio con membrana, desprendimiento de retina 180 inferior desgarro periferico a las 7hrs, tracción citra, macula ojo derecho”.

El 14 de noviembre de 2017, a la paciente se le practicó intervención quirúrgica en la que obtuvo los siguientes hallazgos “i) luxación de septum caudal hacia la izquierda parcialmente obstructiva; ii) colapso retropalatal concentrico completo, iii) colapso retrolingual anteroposterior, asociado a hipertrofia de amígdalas linguales y base de lengua”. Previo firma del consentimiento informado.

El 30 de noviembre de 2017, el paciente inpresenta hipertensión ocular, por lo que se ordena control con el médico especialista quien recoimienda el retiro temprano de silicón por hipertensión ocular, por lo que se programa procedimiento quirúrgico de extracción de aceite de silicón + vitrectomía posterior + silicón+ endoláser + retinopexia con banda en ojo derecho.

El 21 de diciembre de 2017, a la paciente se le practica procedimiento quirúrgico con diagnóstico de desprendimiento de retina con ruptura, dentro de los hallazgos están “silicón intraocular, catarata reabsorbida, pvr severo con necrosis retiniana en ojo derecho”.

El 5 de abril de 2018, el paciente firma el consentimiento informado sobre el procedimiento de vitrectomía posterior + implante de lente artisan retroiridiano + gas + endoláser ojo derecho, dentro del cual se advirtió los riesgos a los que estaba expuesto. Dentro del análisis de la consulta se establece facoemulsificación complicada, con luxación de cataratas a vitreo, posterior glaucoma y desprendimiento de retina, actualmente retina bien aplicada en 22 se añade dorzolamida se da nueva orden de cirugía para vitrectomía posterior+ implante delente artisan retroiridiano + gas + endoláser ojo derecho.

El 17 de mayo de 2018, se le practica procedimiento quirúrgico de vitrectomía posterior + gas+ endoláser + implante de lio secundario tipo artisan. El 24 de mayo de 2018, acude a control quien tras valoración física establece una adecuada evolución post quirúrgica se indica nuevo control en un mes.

El 24 de mayo de 2018, el paciente acude a control quien registra adecuada evolución postoperatoria, se ordena control para el mes siguiente. El 22 de junio de 20178, ingresa a la Clínica de Glaucoma quien presenta adecuado control de pio con manejo topico, es valorado por médico cirujano. Y el 5 de julio de 2018, nuevamente ingresa por control, con recuperación de visión pobre, exámenes anatómico dentro de los parámetros normales, se ordena retiro de suturas.

El 23 de agosto de 2019, la paciente ingreso por urgencias con edema

macular del ojo derecho, quien requiere uso de gas ojo derecho, con diagnostico de otros trastornos especificos de la retina, desprendimiento seroso de la retina y degeneración de la caula y del polo posterior del ojo, a su ingreso manifiesta disminución de agudeza visual por ojo derecho, decide consultar teniendo en cuenta las recomendaciones del oftalmólogo.

“(...) Examen Físico

AVLSC OD: 20/800 BIOMICROSCOPIA: PÁRPADOS CON RESTOS DE MEDICAMENTOS, CONJUNTIVA CON HIPEREMIA SUPERFICIAL, CORNEA TRANSPARENTE, PUNTOS BIEN, LIO ARTISAN CON CAPTURA DE PTICA SUPERIOR. PIO 15MMHG FDO: OD: DISCO ROSADO RED 0.5, BRILLO FOVEAL PRESENTE, VASCULATURA NORMAL, MÚLTIPLES HUELLAS DE LASER EN PERIFERIA, DR SEROSO MACULAR

Análisis y Plan: IDXPREDIMIENTO DE RETINA SEROSO OJO DERECHO PLAN PASA A CX URGENTE NADA VIA ORALLACTATO DE RINGER 80CC/H I.V. DEXAMETASONA 8 MG IM CEFALOTINA 2 GR I.V. SS URGENTE/ HLG, CR, TP, TPTP, GLUCOSA, EKG

El mismo día se le practica procedimiento quirúrgico de vitrectomía con inserción de silicón y o gases en ojo derecho, con diagnostico prequirúrgico: degeneración de la macula y del polo posterior del ojo, con solicitud de procedimiento no quirúrgico “panfotoangulación de retina con láser de argón”. Al día siguiente le ordena saluda al presentar adecuada evolución, dando las recomendaciones y signos de alarma, orden de control con el médico cirujano.

El 30 de agosto de 2018, el paciente ingresa por control, se registra antecedente de desprendimiento seroso macular, se realizó bloqueo con laser, se colocó gas, adecuada evolución.

El 6 de septiembre de 2018, paciente ingresa por urgencias con dolor ocular asociado a ceguera (antigua), niega picos de fiebre, niega traumas, niega otros síntomas, diuresis y deopsiciones positivas sin alteraciones.

“(...) Análisis y Plan:

PACIENTE EN POP DE 2 SEMANA DE INYECCION DE GAS C3F8 EN OJO DERECHO POR DESPRENDIMIENTO MACULAR SEROSO, QUIEN CURSA CON HIPERTENSION OCULAR EN OJO DERECHO POR LO QUE SE COMENTA CON CIRUJANO TRATANTE DR QUIJANO QUIEN INDICA INICIAR CICLO DE KRYTANTEK LOGRANDO DISMINUCION DE PIO A 21 MMHG POR LO QUE SE FORMULA KRYTANTEK 1 GOTTA CADA 12 HORAS EN OJO DERECHO HASTA CONTROL CON DR QUIJANO LA OTRA SEMANA, PACIENTE YA CUENTA CON LA ORDEN. SE EXPLICA A PACIENTE HALLAZGOS, DEBE PERMANECER POSICION SEGUN LO INDICADO POR DR QUIJANO, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

El 13 de septiembre de 2018, acude por control quien indica no presentar dolor ocular, ni presentar otros síntomas adicionales.

El 9 de enero de 2019, paciente ingresa por control a oftalmología quien presenta glaucoma secundario con ojo derecho, ahora con glaucoma en angulo abierto en ojo izquierdo.

El 8 de agosto de 2019, el paciente ingresa por control con oftalmología en donde se recomienda ciclotocoagulación con láser G6 SS PREQX, se le

explica el procedimiento, riesgos y beneficios.

El 27 de agosto de 2019, se le practica al paciente paracentesis de ojo derecho bajo anestesia sin complicaciones, se indica uso de antibiótico profiláctico y se programa cita al día siguiente para tomar presión intraocular

Dictamen pericial

El cual fue aportado por el demandante, dictamen pericial elaborado por la Doctora Adriana Reinoso, médico cirujano de la Universidad del Rosario con especialización en oftalmología de la Universidad Javeriana, Oftalmología Pediátrica en el Hospital Necker Enfants Malades en Paris Francia y de segmento anterior en FICIO Bogotá, dentro del cual resolvió una serie de preguntas relacionadas con las complicaciones que presentó el paciente Daniel de Jesús Lara Correa después de la intervención quirúrgica para la extracción de cataratas por facoemulsificación + lente intraocular, dentro del cual concluyó que no era posible determinar si las complicaciones que se presentaron fueron inherentes a factores modificables o a una técnica quirúrgica, pues de acuerdo a la literatura científica la luxación hacia cámara posterior es considerada un tipo de dificultad frecuente, la cual depende de varios factores, asimismo realizó el siguiente análisis:

“(..). 5. Que significa “SE EVIDENCIA RUPTURA CAPSULAR CON LUXACIÓN DEL NÚCLEO A CÁMARA VÍTREA. POR LO CUAL SE REALIZA VITRECTOMÍA ANTERIOR. (...)”

La ruptura de la cápsula posterior del cristalino (RCP) no es más que la pérdida de la continuidad de la cápsula del cristalino¹ y la luxación del núcleo significa que “los restos de cristalino caen a cámara vítrea”². En cuanto a la vitrectomía “La vitrectomía es un tipo de cirugía ocular que se utiliza para tratar los problemas de la retina y el humor vítreo...” en este caso se realiza para “extraer un objeto extraño (restos del cristalino) que haya quedado en el interior del ojo como resultado de una lesión”

6. Qué complicaciones reporta la cirujana dentro del procedimiento realizado. Se describe como complicación: “ruptura de cápsula posterior ojo derecho.

7. Manifieste al despacho si la ruptura capsular con luxación del núcleo a cámara vítrea se puede prevenir dentro del procedimiento, y como se previene su ocurrencia.

“Se ha comprobado que el uso generalizado de dicha técnica quirúrgica, así como la curva de aprendizaje de ésta, ha influido en el aumento de la incidencia de la complicación de luxación de restos cristalinos a cámara vítrea de un 0,3 a un 1% (1-3). Además, cuando la cirugía es realizada por un médico residente se produce esta complicación en un 14,4% frente al 0,4% si es realizada por un médico adjunto”(2)

Esta condición se produce por causas propias del paciente como la anatomía y factores predisponentes que pueden o no ser modificables como la edad, el sexo y el uso de algunos medicamentos, así como la pericia del cirujano en la realización del procedimiento quirúrgico, la dureza del cristalino y las características y parámetros del equipo utilizado entre otros.

8. Que significa la Afaquia del ojo derecho.

“Ausencia de cristalino. Normalmente es consecuencia de una extracción

quirúrgica, por haberse desarrollado en él una catarata”4 en este caso en el ojo derecho

(...)

10. Cual es el nuevo procedimiento a realizar como reintervención quirúrgica y cual es la justificación del mismo.

se indica vitrectomía posterior + gas o silicón + endolaser + inclusión secundaria de lente intraocular por luxación posterior de cristalino, con elevación de presiones intraoculares.

11. Que significa el hallazgo de “Descripción quirúrgica, hallazgos quirúrgicos LUXACIÓN POSTERIOR PARCIAL DEL CRISTALINO, AGUJERO RETINIANO A LAS 6 HORARIO, SE REALIZA ENDOLASER, SE RETIRA PUNTO DE INCISIÓN PRINCIPAL, SE PROCEDE A REALIZAR IMPLANTE INTRAOCULAR SENSAR 20.0 CON AMPUTACIÓN DE HAPTICA POSTERIOR Y LUXACIÓN DE LENTE INTRAOCULAR A SEGMENTO POSTERIOR”.

Luxación parcial quiere decir que no se cae al vítreo la totalidad del cristalino. al hacer el abordaje para la vitrectomía se evidencia un agujero retinal a las seis. el cual se bloquea con rayos láser. se procede a implantar el lente, pero se parte una de las asas y el lente se luxa al vítreo. por lo que es preciso abrir una nueva vía de abordaje para su extracción.

12. Que significa ENDOFTALMITIS ASEPTICA, y si está manifestado como complicación del procedimiento y tratamiento realizado al señor Lara.

“La endoftalmitis implica hinchazón (inflamación) dentro del globo ocular” hay dos tipos de endoftalmitis, la infecciosa es un cuadro dramático de dolor e inflamación ocular, que se maneja con antibióticos intravítreos y el pronóstico es muy reservado.

el del caso en cuestión fue una endoftalmitis aseptica que es una celularidad en la cámara anterior producto de un proceso inflamatorio como puede ser una cirugía, se diagnostica por clínica y por cultivo y se resuelve en corto término sin ser deleterea.

13. La ENDOFTALMITIS es una infección adquirida como consecuencia de la atención médica quirúrgica recibida por el señor Lara. Si bien la causa más frecuente de endoftalmitis es la infecciosa, en este caso en particular no se evidencia germen causante, motivo por el que no es posible determinar que la endoftalmitis del paciente es infecciosa, Sin embargo, esto no quiere decir que no haya sido causada por el procedimiento quirúrgico, dado que al haber una anomalía en el procedimiento (ruptura capsular con luxación del núcleo a cámara vítrea) se expuso la parte interna del globo ocular, lo que pudo provocar dicha inflamación. Es de anotar que en evolución médica de control realizada el 08/10/2017 se describe “cuadro infeccioso resuelto”

14. Cuál fue el procedimiento quirúrgico programado al señor Lara como consecuencia de la complicación presentada.

En evaluación de 05/10/2017 se describe indicación de “inclusión secundaria de lente intraocular” que resulta ser la continuación del procedimiento inicialmente programado en cirugía de corrección de catarata,

15. Qué es y porque motivo se presenta el desprendimiento de retina en el post operatorio. Y cuál fue su tratamiento.

Como su nombre lo indica; el desprendimiento de retina consiste en que la retina que es una capa de tejido funcional para la visión, se “separa” del globo ocular, afectando la capacidad de visión, las causas del desprendimiento que se describen en bibliografía son: genéticas, inflamatorias crónicas, hereditarias, traumáticas. en la historia clínica no se describe causa exacta de esta anomalía.

Cuando se presenta una diálisis se practica una vitrectomía anterior, puede haber tracción del vítreo. El núcleo puede generar inflamación también. Pero el tiempo cuenta y fue operado a los dos días que es adecuado. En la segunda cirugía se evidencia desgarro a las seis puede ser de antes de la cirugía o como consecuencia de la tracción vítreo. Imposible saberlo.

*16. Porque motivo se presenta el glaucoma como complicación del procedimiento realizado. En evolución médica del 05/04/2018 se anota “paciente con antecedente de facoemulsificación complicada con luxación de catarata de vítreo, posteriormente glaucoma y desprendimiento de retina...” la literatura científica describe la aparición de esta patología como una complicación de la realización de vitrectomía, procedimiento realizado al señor Daniel Lara. Es importante aclarar que el paciente padecía de presiones altas desde el preoperatorio, con posterior exacerbación en postoperatorios (aplicación de silicon) que obligaron a extracción inmediata de silicon, material usado para evitar el re-desprendimiento, complicación que surgió derivada de esto.
(...)*

19. La OMS 1 define el evento adverso como “aquel daño que se produce al paciente como consecuencia de la atención en salud y que es diferente a la enfermedad de base”, Conforme a esta definición manifieste al despacho si las complicaciones sufridas por el señor Lara posterior a las cirugías del ojo derecho son un evento adverso es salud.

En una cadena de desafortunados sucesos posterior a la realización de la cirugía inicial donde se describe “complicación” que causa posteriores secuelas hasta su condición final, se debe considerar que para definir estos como evento adverso se debe evaluar sin se tomaron las medidas necesarias para evitar los riesgo y se contaba con la pericia necesaria para minimizar la complicación inicial.

20. La jurisprudencia ha definido el riesgo inherente como aquel riesgo de sufrir un daño dentro del actuar médico o como parte del manejo médico, como es el caso de las incisiones, cortes, amputaciones o lesiones que se causen como parte de un tratamiento, y que forman parte de la normalidad del procedimiento, y menciona que todo aquello que se sale de la normalidad del procedimiento no es inherente al mismo. Conforme a esta definición manifieste al despacho si las complicaciones sufridas por el señor Lara posterior a las cirugías del ojo derecho son un riesgo inherente propio del tratamiento, o es un daño secundario al tratamiento quirúrgico brindado.

Considero que la facoemulsificación es una técnica muy segura en manos expertas, sin embargo hasta el mejor cirujano puede llegar a tener esa complicación, que aunque no frecuente es temida y se debe manejar adecuadamente

21. Manifieste al despacho cuáles fueron las secuelas definitivas sufridas por el señor Daniel Lara como consecuencia de la cirugía complicada que se le realizó al señor Daniel Lara con fecha 27 de septiembre de 2017. La secuela definitiva de pérdida importante de su visión fue consecuencia a una desafortunada cascada de complicaciones sucesivas que fueron bien manejadas pero lesivas para su visión.

22. Concluya su peritazgo mencionando si existió lesión o daño visual severo por la cirugía complicada que se le realizó al señor Daniel Lara con fecha 27 de septiembre de 2017.

La indicación del procedimiento quirúrgico se ajusta a la Lex Artis, sin embargo presentó complicaciones posteriores que obligaron a procedimientos posteriores que aunque indicados para procurar la mejoría del paciente el resultado fue

lesivo para el paciente.

23. Manifieste al Despacho si considera Usted que existió falla del servicio asistencial en la producción de complicaciones secundarias a la cirugía complicada que se le realizó al señor Daniel Lara con fecha 27 de septiembre de 2017.

No es posible a través del dictamen determinar que las complicaciones sufridas por el paciente fueron inherentes a factores modificables o a una técnica quirúrgica, toda vez que en la literatura científica describe la luxación hacia cámara posterior como una complicación frecuente que depende de varios factores como los expuestos en la pregunta 7.

Es de suma importancia determinar si tomaron las medidas necesarias para determinar el riesgo por factores no modificables (edad, sexo del paciente, patologías previas crónicas, etc) y se minimizo las causas probables modificables (técnica quirúrgica, equipos usados, experiencia del cirujano, etc) (...)" (Subrayado de la Sala)

Por su parte, la parte demandada aportó dictamen pericia elaborado por el médico cirujano Jorge Augusto Zambrano Casas, de la Universidad Javeriana, con especialización en oftalmología, en donde se resolvieron las mismas preguntas formuladas con relación a las complicaciones que presentó el paciente Daniel de Jesús Lara Correa, a través de la cual concluyó que la atención recibida se ajusta a la lex artis y las complicaciones presentaban estaban dentro de los riesgos inherentes a la cirugía, de la que destaca la siguiente información:

"(...) 1. ¿Describe la literatura médica, las guías o protocolos vigentes para el año 2017 que en la cirugía Extracción de catarata por facoemulsificación + Implante de lente intraocular, ¿se puede presentar una ruptura de capsular con luxación de núcleo a cámara vítrea?

RESPUESTA: Si, esta complicación esta descrita en la literatura ya que la capsula posterior del cristalino es muy lábil, ya que es una capsula de 2 a 4 micras menos que un folículo piloso lo cual hace que sea un elemento frágil a la turbulencia y maniobras de la facoemulsificación y por las maniobras que se realizan pueden presentarse una ruptura y por ende una caída del núcleo en cámara posterior vítrea.

Vale la pena aclarar que en la actualidad no se está utilizando la técnica de extracción extracapsular pura, debido a que la extracción extracapsular por facoemulsificación es más segura, con menor riesgo de morbilidad y complicaciones. Razón por la cual en este momento es la técnica más usada y era la adecuada para el paciente Daniel Lara. El paciente había sido informado de esta compilación en el consentimiento informado.

2.- Es la vitrectomía el procedimiento indicado ante tal complicación?

RESPUESTA: Si, un núcleo en vítreo debe ser extraído con la técnica de vitrectomía posterior ya que es más fácil la entrada por este medio y la posterior emulsificación de este se puede realizar por este método y debe ser extraído los elemento que se alojen en cámara posterior (vítreo) ya que es un cuerpo extraño y puede ocasionar lesiones en la retina tanto por el movimiento del ojo como el hecho que se presenten bridas de tracción como reacción a un cuerpo extraño.

3.- Cuanto es el tiempo recomendado para reintervenir con vitrectomía al paciente que sufre dicha complicación?

RESPUESTA: En principio es una intervención de vitrectomía para extracción, en este caso el cuerpo extraño o núcleo luxado y debe realizar antes de las 48 horas de sucedido la complicación. Procedimiento que fue realizado con la técnica requerida además de remplazar el cuerpo vítreo con gas y o silicona para mantener la forma ocular además se realizó endolaser a un desgarro inferior que se encontró durante el procedimiento de la vitrectomía.

4.- ¿En cuánto tiempo después de la ocurrencia de la complicación en ojo derecho, se intervino al paciente Daniel Lara? ¿Estima oportuna dicha cirugía?

RESPUESTA: 24 horas, tiempo oportuno para el procedimiento y su realización como lo explicaba anteriormente fue en una forma limpia y efectiva para lograr el objetivo que era la extracción del núcleo y la preservación de la retina. Vale la pena precisar que la cirugía de catarata del ojo derecho se realizó el día 27 de octubre de 2017 y la vitrectomía se realizó al día siguiente, de acuerdo a descripción quirúrgica

5.- Cual es la causa más común para la ocurrencia de la ruptura capsular?

RESPUESTA: La fragilidad de la capsula posterior asociada a las maniobras que se realizan en la faco, estas maniobras que consisten en introducción un elemento que se llama la pieza de mano que tiene propulsión de líquido para mantener la cámara, un elemento donde se encuentra el ultrasonido que es el que fragmenta el cristalino y el otro elemento que es succión que es donde salen los restos cristalinos más el núcleo como entenderán estas maniobras que aumentan la presión también realizan un vacío el cual hace que puedan colapsar en cualquier momento la cámara y causar un detrimento en las estructuras como es la capsula.

6.- Ante la ocurrencia de la ruptura que ocurre con el cristalino con respecto de la cavidad vítreo? ¿Qué debe hacerse?

RESPUESTA: Suspender la cirugía de facoemulsificación por vía anterior, realizar inspección retirar restos cristalinos y si hay vítreo una vitrectomía anterior y programar una vitrectomía posterior para extracción de restos de cristalinos en este segmento posterior ya que no se deben dejar por la reacción que se puede producir por estos.

7.- ¿En el contexto de la atención de este paciente, estima que se agotaron todos los recursos humanos y tecnológicos que poseía la ciencia para la época de los hechos en procura de su recuperación?

RESPUESTA: Si, se realizaron las cirugías necesarias a medida que se presentaban las complicaciones, la primera complicación fue la caída del núcleo en cámara posterior la cual fue realizada por la vitrectomía que se hizo, en esta vitrectomía se encontró un desgarro de retina el cual fue reparado con endolaser posteriormente ocurrieron complicaciones que fueron sorteadas con los pasos necesarios a medida que se iban realizando, como el paciente presentaba asociado a esta patología un glaucoma primario se realizaron los tratamientos adecuados con medicamento y luego una válvula de Ahmed (de colocación extrainstitucional) y fotocoagulación con láser.

8.- Evidencia en historia clínica alguna omisión o falta a la ley del arte por parte de los médicos tratantes?

RESPUESTA: No, se realizaron las cirugías y tratamientos necesarios para la complicación de la faco y tratamiento del glaucoma crónico de ambos ojos y glaucoma secundario del ojo derecho.

9. Considera oportuna la evidencia, intervención y tratamiento de la complicación?

RESPUESTA: Si, todas fueron oportunas.

10.- *Eran necesarias las 4 o 5 intervenciones que se realizaron al paciente después de la complicación?*

RESPUESTA: Si, ya que la complicación de la faco su tratamiento fue inicialmente vitrectomía posterior con endolaser por desgarro en retina y posteriormente se realizaron otras vitrectomías por lesiones que se presentaron tanto en retina como en vítreo, la colocación de gas y de aceite de silicona lleva necesariamente a la posterior de extracción de esta última, pero es necesaria en principio para poder mantener la retina en su lugar.

11.- *¿La evolución de un paciente como el Sr. Lara después de sufrir la complicación, puede no mostrar mejoría en cuanto a la agudeza visual a pesar de ser intervenido reiteradamente? Porque*

RESPUESTA: En la evolución del paciente se presentó en un principio con una cornea descompensada, luego lesiones en retina que terminaron en edema o lesión de la macula, que es la parte central; la visión central es la que se reporta como un todo y el resto es visión periférica luego si hay lesión en la parte central hay una marcada disminución de la agudeza visual por lo tanto disminuyo la visión, pero es también una complicación de las vitrectomías realizadas
(...)

13.- *Cual es el grosor aproximado de la capsula posterior? Dicha medida la hace susceptible de romperse*

RESPUESTA: De 2 a 4 micras. Es decir, es menos que un folículo filoso por lo tanto es fácilmente rompible. La capsula del cristalino es más gruesa en la porción anterior que en la posterior y que es más gruesa aun en todo el ecuador. Es posible que la capsula posterior se rompa, todo porque las líneas de tracción creadas en la capsula por los instrumentos, se dirigen de delante hacia atrás y la ruptura sucede en la porción más delgada. Los estudios histológicos del cristalino nos enseñan que la capsula permanentemente distendida se adelgaza y se hace más frágil. El estudio bioquímico del cristalino, su estado de hidratación o deshidratación, han de darnos una idea del estado de resistencia capsular a las rupturas.

Es elemental recordar que las zónulas son tanto más resistentes, cuanto más joven es la persona, y que inflamaciones anteriores y traumas pueden debilitar la capsulas

(...)

14.- *Que tipo de endoftalmitis presento el paciente?*

RESPUESTA: El paciente presento una endoftalmitis aséptica, pues en ningún momento se tuvo evidencia clínica, ni paraclínica de una infección asociada a la presencia de patógenos, por lo que se consideró una infección-inflamación aséptica, por lo cual se habla de cuadro infeccioso resuelto.

(...)"

En los términos del artículo 226 del Código General del Proceso prevé que la prueba pericial constituye un medio de prueba a través del cual consta los hechos relevantes para el litigio, que exige un especial conocimiento científico, técnico o artístico, la cual debe contener dos partes relacionadas entre sí: el proceso cognoscitivo y las conclusiones:

El primero supone una relación de las operaciones practicadas y de sus resultados, exigencia lógica que implica brindar una explicación clara, precisa, exhaustiva y detallada sobre cuáles fueron los instrumentos, materias y sustancias empleadas, que constituyen el soporte y garantía de credibilidad de sus conclusiones, en segundo lugar.

El segundo, impone que tales conclusiones se ajusten a los principios de la ciencia, arte o técnica aplicada y respondan de forma concreta, clara,

ordenada y sin ambigüedades a todos los puntos sometidos a su consideración por las partes.

Ahora, las conclusiones del dictamen pericial deben tener justificación no solo de la opinión de los expertos, sino en soportes que ofrezca respaldo a sus planteamientos, estos documentos guardan firmeza, empleando exámenes o investigaciones que le permiten elaborar el concepto preciso y detallado, como lo prevé en numeral 8 del artículo 226 CGP.

En cuanto a la apreciación del dictamen pericial el juez deberá establecer la conducencia en relación con los hechos que pretende probar y la competencia del perito, para lo cual deberá verificar i) que sea una persona experta en la materia objeto de peritaje, ii) no hay motivos de duda de la imparcialidad; iii) no se acredite en el proceso objeción por error grave; iv) que el concepto esté debidamente sustentado, con conclusiones claras, precisas y coherentes, v) se haya garantizado ejercer la contradicción de la prueba.⁸

Caso concreto

Dentro del recurso de apelación, manifiesta su inconformidad frente a la sentencia de primera instancia, atendiendo al hecho que la valoración del dictamen pericial da por sentado que las complicaciones presentadas por el paciente después de la intervención de extracción de cataratas estas previstas dentro de la *lex artis*, sin embargo, no hay un sustento científico que lo respalde, por lo que

En este sentido, de acuerdo a la información registrada en la historia clínica se tiene conocimiento que previo a las intervenciones para la extracción de cataratas por facoemulsificación + implante de lente intraocular y de la vitrectomía, se puso en conocimiento al paciente de los riesgos a los que estaba expuesto, dentro del cual se destaca: desprendimiento de retina, descompensación corneal, imposibilidad de implantar lente, pérdida anatómica y funcional de ojo, sangrado e infección.

Es así, que el paciente Daniel de Jesús Lara Correa tenía pleno conocimiento y aceptó de manera voluntaria someterse a este tipo de intervención a pesar de los riesgos a los que se exponía, lo cual no implica que se constituya en un eximente de responsabilidad por el Hospital Militar Central, pues corresponde al demandante establecer que durante la intervención se incurrió en un error derivado de una mala práctica médica, la cual no sea acreditó dentro del proceso, como se explicará a continuación.

Ahora, dentro del dictamen pericial elaborado por la Doctora Adriana Reinoso, médico especialista en oftalmología, se menciona que dentro de las complicaciones presentadas después de la intervención, está la luxación, la

⁸ Consejo de Estado Sección Tercera Subsección C sentencia del 21 de abril de 2021, radicado 050012331000199800369, M.P Guillermo Sanchez Luque.

cual tiene como posible causa la falta de pericia durante la intervención quirúrgica, también esta puede atribuirse a factores propias del paciente, como anatomía y factores predisponentes como la edad, el sexo, uso de medicamentos, entre otros. En cuanto a la endoftalmitis, es un tipo de infección que aun cuando existe una gran probabilidad que se hubiera presentado ante la ruptura capsular con luxación del núcleo a cámara vítrea, no hay una certeza de este, así como el desprendimiento de retina, que conforme a sus conocimientos puede tener como origen genético, inflamación crónica, hereditaria, traumáticas, lo cual no puede determinarse en el caso del paciente.

En este sentido, dentro del estudio que realizó el médico experto en oftalmología, sumado al respaldo académico y científico que fue citado dentro del informe pericial, se determino que no contaban con elementos suficientes para establecer que las complicaciones que presentó la paciente después de la intervención quirúrgica fuera con ocasión a la falla del servicio, en consideración a que podían existir otros causas diferentes que hubieran desencadenado estas complicaciones, sumado al hecho que este tipo de cirugías tiene unos riesgos los cuales se materializaron al presentar luxación, ruptura capsular, desprendimiento de retina, endoftalmitis, entre otras.

Asimismo, dentro del informe pericial elaborado por el Doctor Jorge Augusto Zambrano Casas, especialista en oftalmología, se hace una breve explicación del procedimiento quirúrgico que se le practico al paciente Daniel de Jesús Lara Correa, del cual la Sala destaca la siguiente información: dentro de la cirugía para la extracción de la catarata se presento una ruptura de capsula posterior del cristalino con caída de núcleo en cavidad, por lo que se realizó una vitrectomía anterior y extrajeron las corticales que estaban en la cámara anterior sin dejar restos de la misma, pero después se habrían presentado nuevas complicaciones, las cuales hacian parte de los riesgos en este tipo de procedimientos, asociados a la vibración, turbulencia del líquido y la aspiración del mismo, lo cual genera el facoemulsificador, generando un desgarro de retina y desprendimiento, sumado al glaucoma de ambos ojos que presentaba el paciente, este tipo de dificultades se trataron de manera oportuna y fueron resueltas por el personal médico.

Así las cosas, de acuerdo a la valoración realizada por los dos médicos especialistas en oftalmología, existen una coincidencia dentro de los conceptos emitidos, referentes a las complicaciones presentadas por el pacientes después de la intervención para la extracción de cataratas, en donde se presentaron lesiones que estaban previstos como riesgos inherentes a este tipo de intervención, los cuales habrían sido tratados de manera oportuna y de acuerdo a los protocolos de la literatura científica, en donde no fue posible establecer una falta de pericia o una mala practica en desarrollo de la cirugía, pues existían además factores predisponentes del paciente que pueden incidir en los resultados, como la edad, sexo, las patologías, el uso de algunos medicamentos, entre otros, sumado al

glaucoma que posteriormente le sería diagnosticado el cual genera un pérdida progresiva de visión.

En esta misma línea, el artículo de revista científica “*Resultados y Complicaciones de Cirugía de Cataratas por Facioemulsificación*”, elaborado por médicos especialistas en oftalmología, supraespecialistas en córnea y cirugía del segmento, quienes realizaron un estudio de acuerdo a resultados obtenidos de casos de pacientes quienes fueron sometidos a cirugía de cataratas por facioemulsificación más implante intraocular en el Hospital San José, obtuvieron los siguientes resultados:

“(…) Resultados

Se revisaron las historias clínicas de 1428 pacientes, correspondientes a 2175 ojos. Se excluyeron 128 ojos (5.9%), 85 (3.9%) por registros insuficientes en la historia clínica, 10 (0.5%) por requerir conversión a técnica extracapsular por la dureza de la catarata y 33 (1.5%) por cirugía programada adicional (cirugía de catarata más otra). Se estudiaron en total 2047 ojos.

La mediana de la edad fue de 74 años (RIC: 65 – 79.5), el 56.7% de los pacientes fueron de sexo femenino y el 51.1% de los ojos fueron derechos.

El 84% de los pacientes presentó alguna patología sistémica asociada y la más frecuente fue hipertensión arterial (60.9%) seguida por diabetes mellitus (22%)

Así mismo, el 64.7% de los ojos presentó alguna patología y/o antecedente oftalmológico asociado, siendo las más comunes degeneración macular relacionada con la edad (30%) y patologías corneanas (14.5%) (Tabla 2).

La etiología más frecuente de la catarata fue senil (86%), seguida con un porcentaje mucho menor por presenil (8.4%) y diabética (3.4%) (Tabla 3).

El tipo de catarata más común fue la subcapsular posterior (SCP) en el 31.6% de los casos, sin embargo, lo más frecuente fue encontrar combinaciones de varios tipos (Mixta 40.3%) (Tabla 4).

Tabla 1. Patologías y condiciones sistémicas asociadas*

Patologías	n (%)
Hipertensión arterial (HTA)	869 (60.9)
Hipertensión arterial (HTA)	314 (22)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	219 (15.3)
Enfermedad psiquiátrica	56 (3.9)
Enfermedad del colágeno	37 (2.6)
Hiperplasia prostática benigna – Uso de Tamsulosina	18 (1.3)
Otras	522 (36.5)

**Un paciente puede presentar más de una condición sistémica asociada*

Tabla 2. Patologías y antecedentes oftalmológicos asociados*

Patologías	n (%)
Degeneración macular relacionada con la edad (DMRE)	614 (30)
Patologías corneanas (leucomas, ectasias y distrofias)	399 (14.5)
Secuelas de blefaritis y blefaritis tratada	229 (11.2)
Miopía alta	189 (9.2)
Glaucoma crónico de ángulo abierto (GCAA)	106 (5.2)
Retinopatía diabética	75 (3.7)
Glaucoma crónico de ángulo estrecho (GCAE)	63 (3.1)
Estrabismo	34 (1.7)
Edema macular diabético	31 (1.5)
Desgarro o agujero retiniano tratado	26 (1.3)
Neuropatía óptica	19 (0.9)
Antecedente de trauma ocular	16 (0.8)
Antecedente de desprendimiento de retina	16 (0.8)
Antecedente de cirugía refractiva	12 (0.6)
Antecedente de uveítis	10 (0.5)
Secuelas de oclusión vascular retiniana	8 (0.4)

**Un paciente puede presentar más de una condición oftalmológica asociada.*

Tabla 3. Etiología de la catarata

Etiología	n (%)
Catarata senil	1776 (86.8)
Catarata presenil	171 (8.4)
Catarata metabólica (diabética)	69 (3.4)
Catarata uveítica	12 (0.6)
Catarata traumática	11 (0.5)
Catarata esteroidea	5 (0.2)
Catarata juvenil	3 (0.1)

Tabla 3. Etiología de la catarata

Tabla 4. Tipo de catarata

Tipo	n (%)
Mixta	825 (40.3)
Subcapsular posterior	647 (31.6)
Nuclear	384 (18.8)
Madura	158 (7.7)
Cortical	21 (1)
Polar	12 (0.6)

Tabla 4. Tipo de catarata

En todos los ojos el lente intraocular implantado fue monofocal y en el 73.8% de los casos fue esférico. La mayoría de los lentes intraoculares fueron implantados en el saco capsular (97.7%).

El 4.2% (86/2047) de los ojos presentó algún tipo de complicación intraoperatoria. La más común fue la ruptura de cápsula posterior con una incidencia de 2.5%, seguida por diálisis zonular (Tabla 5).

Por otro lado, el 6.4% (132/2047) de los ojos presentó algún tipo de complicación postoperatoria. La más común fue opacidad significativa de cápsula posterior (con afectación visual) seguida por uveítis persistente (Tabla 5).

La incidencia de complicaciones operatorias (intraquirúrgicas y postquirúrgicas) fue del 10.6% (218/2047).

El 13.4% de los ojos presentaron alguna de las características especiales evaluadas (Tabla 6). La incidencia de complicaciones intraoperatorias en estos ojos fue de 7.1%, comparada con 3.6% en los ojos que no presentaron dichas características. Se halló una relación estadísticamente significativa entre la presencia de alguna de estas características especiales y la mayor incidencia de complicaciones intraoperatorias ($p=0.01$).

Tabla 5. Incidencia complicaciones intra y postoperatorias

Incidencia complicaciones intraoperatorias	n=2047 (%)		
Ruptura de cápsula posterior	51 (2.5)	Descompensación corneana	6 (0.3)
Diálisis zonular	19 (0.9)	Luxación de lente intraocular	5 (0.3)
Luxación de núcleo	12 (0.6)	Dellen corneano	4 (0.2)
Desprendimiento membrana de Descemet	4 (0.2)	Desgarro o agujero retiniano	3 (0.2)
Hemorragia expulsiva	0 (0)	Desprendimiento de retina	3 (0.2)
Incidencia complicaciones intraoperatorias	n=2047 (%)	Atrofia óptica	2 (0.1)
Opacidad significativa de cápsula posterior	65 (3.9)	Queratitis infecciosa	2 (0.1)
Uveítis persistente	19 (0.9)	Hemorragia vítrea	1 (0.1)
Glaucoma	11 (0.5)	Desprendimiento coroideo	0 (0)
Edema macular	11 (0.5)	Endoftalmitis	0 (0)

Tabla 5. Incidencia complicaciones intra y postoperatorias

Se encontró registro de la dureza de la catarata en 1168 casos (57.1%) y se definió la dureza como leve (+), moderada (++ o +++) o extrema (++++). Se observó una incidencia de complicaciones intraoperatorias del 7.5% en los ojos con catarata de dureza extrema, en comparación con los ojos con catarata de dureza moderada (2.5%) y de dureza leve (3.2%). También se encontró asociación estadísticamente significativa entre la dureza de la catarata y la incidencia de complicaciones intraoperatorias ($p=0.003$).

Tabla 6. Características especiales intraquirúrgicas

Características	n=274 (%)
Cápsula posterior flácida	100 (36.4)
Iris flácido	49 (17.9)
Cámara anterior estrecha	40 (14.6)
Pobre dilatación pupilar	39 (14.2)
Cornea opaca	38 (13.9)
Enoftalmos	8 (3)

Tabla 6. Características especiales intraquirúrgicas

(...)

Se buscó determinar si existió asociación entre la colaboración del paciente durante la cirugía y la presencia de complicaciones intraoperatorias. Los pacientes que tuvieron colaboración deficiente presentaron una incidencia de complicaciones intraquirúrgicas de 10.8%, en contraste con los pacientes que tuvieron colaboración buena, en quienes fue de 1.9%, demostrando que la pobre colaboración del paciente durante la cirugía se relaciona con mayor frecuencia de complicaciones intraoperatorias ($p < 0.000$).

En cuanto a los resultados visuales, al evaluar la agudeza visual no corregida en el postoperatorio, el primer día el 29.2% de los casos presentaba una agudeza visual igual ó mejor a 20/40, porcentaje que aumentó a 43.8% al doceavo día. Se encontró que al mes postoperatorio (último control) el 86.8% de los ojos logró una agudeza visual mejor corregida de 20/40 ó mejor y el 58.3%

de 20/25 o mejor (Tabla 7).

Algunos estudios han considerado la presencia de ciertas comorbilidades oculares como una causa de recuperación visual incierta o limitada⁹¹⁰. Por esta razón, se realizó una evaluación independiente de la agudeza visual postoperatoria, en aquellos ojos que no presentaron patologías o antecedentes oculares que pudieran afectar el resultado visual (miopía alta, antecedente de cirugía refractiva, retinopatía diabética, maculopatías, desprendimiento y/o desgarro de retina tratado, antecedente de oclusión vascular retiniana, neuropatía óptica, secuelas de uveítis, patología corneana, secuelas de trauma ocular, glaucoma crónico y ambliopía). En este grupo de pacientes, al mes postoperatorio se encontró una agudeza visual mejor corregida de 20/40 ó mejor en el 95.7% de los ojos y de 20/25 o mejor en el 68.3% de los ojos.

(...)

Discusión

La edad promedio de los pacientes llevados a cirugía fue en la octava década de la vida, similar a lo reportado en otros estudios.¹¹¹²

Como se ha visto en los últimos años, la expectativa de vida ha aumentado y la prevalencia de las enfermedades crónicas también. Esto podría explicar la frecuencia de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en el grupo de estudio. Algo similar sucede con las patologías oftalmológicas asociadas, de las cuales la más común fue la degeneración macular relacionada con la edad y con la etiología más frecuente de la catarata que fue senil

En otros estudios publicados, de características similares, el tipo de catarata más frecuente fue la subcapsular posterior, seguida de la nuclear, lo que coincide con nuestros resultados. Sin embargo, lo más comúnmente encontrado fue combinaciones de los diferentes tipos de catarata, es decir mixta.

Como se señaló anteriormente, tuvimos en cuenta algunas características especiales identificadas por otros estudios como posibles factores de riesgo para la presentación de complicaciones. En los ojos con alguna de estas características ocurrieron mayor número de complicaciones intraoperatorias ($p=0.01$), probablemente debido a la mayor complejidad técnica. Se encontró que los ojos con catarata de dureza extrema, se asociaron a una mayor incidencia de complicaciones respecto a aquellos ojos con cataratas blandas o con dureza moderada ($p0.00$), posiblemente por la dificultad técnica en la fragmentación, la necesidad de mayor energía de ultrasonido y la mayor resistencia a ésta, así como los riesgos asociados a estas situaciones.¹³ Con base en estas observaciones, consideramos fundamental identificar oportunamente estas características y tomar las medidas necesarias, con el objeto de reducir el riesgo de complicaciones operatorias.

Fue interesante además, observar que los ojos de pacientes con colaboración deficiente durante la cirugía, presentaron también más complicaciones intraoperatorias ($p<0.000$), lo cual no es difícil de entender, teniendo en cuenta

⁹ . Day AC, Donachie PH, Sparrow JM, Johnston RL, Database RCoONO. The Royal College of Ophthalmologists' National Ophthalmology Database study of cataract surgery: report 1, visual outcomes and complications. Eye (Lond). 2015;29(4):552-60

¹⁰ . Guidelines. Cataract in the adult eye. In: Ophthalmology AAO, editor. American academy of ophthalmology Cataract and anterior segment Panel Preferred Practice Pattern. San Francisco 2011

¹¹ Thylefors B, Négrel AD, Pararajasegaram R, Dadzie KY. Global data on blindness. Bull World Health Organ. 1995;73(1):115-21

¹² Cotter SA, Varma R, Ying-Lai M, Azen SP, Klein R, Group LALES. Causes of low vision and blindness in adult Latinos: the Los Angeles Latino Eye Study. Ophthalmology. 2006;113(9):1574-82

. Lum F, Schein O, Schachat AP, Abbott RL, Hoskins HD, Steinberg EP. Initial two years of experience with the AAO National Eyecare Outcomes Network (NEON) cataract surgery database. Ophthalmology. 2000;107(4):691-7.

¹³ Vasavada A, Singh R. Step-by-step chop in situ and separation of very dense cataracts. J Cataract Refract Surg. 1998;24(2):156-9

que esta situación genera circunstancias como movimientos inesperados ó bruscos del paciente que hacen difícil el control del acto quirúrgico, aumentando la probabilidad que se presente un accidente. Este hallazgo confirma la importancia de determinar en la evaluación preoperatoria del paciente, hasta donde sea posible, si el paciente tiene la capacidad de colaborar durante la cirugía en una eventual anestesia local, así como valorar todas las situaciones que puedan afectar dicha colaboración y ante cualquier duda, considerar la anestesia general, sopesando los riesgos que ésta también tiene.

(...)

La incidencia de complicaciones intraquirúrgicas en nuestro estudio fue 4.2%, al igual que en el estudio de Day y cols¹⁴, similar al trabajo de Greenberg y cols. en el que fue 3.8%¹⁵, al de González y cols. en el que fue 7.5%¹⁶ y al del European Cataract Outcome Study en el que fue del 3.5%.¹⁶

En cuanto a las complicaciones postoperatorias, no son muchas las publicaciones que las describan, sin embargo González y cols. reportan una incidencia de complicaciones postoperatorias del 26.2%¹⁷ y Greenberg y cols. del 9.8%¹⁸, mayor a lo encontrado en nuestro estudio, en el que fue de 6.4%.

La complicación intraoperatoria más frecuente en nuestro trabajo fue la ruptura de cápsula posterior con una incidencia de 2.5%, la cual se encuentra dentro del rango reportado en la literatura (de 0% a 9.9%)^{19,20} y similar a la incidencia del 2% publicada por Day y cols²¹, del 1.8% por el NEON11, del 3.1% por la AAO9 y del 3.5% por Greenberg y cols.¹⁵ Otras complicaciones quirúrgicas, a saber, luxación de lente o núcleo a cavidad vítrea, desprendimiento de la membrana de Descemet, uveítis persistente y edema macular cistoideo, se encontraron también dentro de los rangos publicados en otros estudios, excepto la opacidad de capsula posterior que fue menor en este trabajo (3.9%) que la descrita en la literatura (18.4 a 37.4%). Esta diferencia puede explicarse por el tiempo de seguimiento, que en nuestro estudio fue un mes, sabiendo que la opacidad de la cápsula posterior es una complicación más tardía (del primero al quinto año postoperatorio) (...) ²² (Subrayado de la Sala)

Dentro de la investigación adelantada por los médicos especialistas en oftalmología y supraespecialista en Córnea y Cirugía de Segmento Anterior del Hospital de San José, institución de IV nivel de complejidad, se constata que dentro de los resultados obtenidos de los 2047 ojos que fueron objetos de estudio tras practicar la cirugía de extracción de cataratas, se destacó como complicaciones recurrentes en este tipo de intervención la ruptura de

¹⁴ Day AC, Donachie PH, Sparrow JM, Johnston RL, Database RCoONO. The Royal College of Ophthalmologists' National Ophthalmology Database study of cataract surgery: report 1, visual outcomes and complications. Eye (Lond). 2015;29(4):552-60.

¹⁵ Greenberg PB, Tseng VL, Wu WC, Liu J, Jiang L, Chen CK, et al. Prevalence and predictors of ocular complications associated with cataract surgery in United States veterans. Ophthalmology. 2011;118(3):507-14

¹⁶ Lundström M, Barry P, Leite E, Seward H, Stenevi U. 1998 European Cataract Outcome Study: report from the European Cataract Outcome Study Group. J Cataract Refract Surg. 2001;27(8):1176- 84

¹⁷ González N, Quintana JM, Bilbao A, Vidal S, Fernández de Larrea N, Díaz V, et al. Factors affecting cataract surgery complications and their effect on the postoperative outcome. Can J Ophthalmol. 2014;49(1):72-9

¹⁸ Greenberg PB, Tseng VL, Wu WC, Liu J, Jiang L, Chen CK, et al. Prevalence and predictors of ocular complications associated with cataract surgery in United States veterans. Ophthalmology. 2011;118(3):507-14

¹⁹ Guidelines. Cataract in the adult eye. In: Ophthalmology AAO, editor. American academy of ophthalmology Cataract and anterior segment Panel Preferred Practice Pattern. San Francisco 2011

²⁰ Skuta G, Cantor L, Weiss J. Corneal dystrophies and ectasias. In: Ophthalmology AAO, editor. External Disease and Cornea. 11. San Francisco 2011-2012. p. 296-300.

²¹ Day AC, Donachie PH, Sparrow JM, Johnston RL, Database RCoONO. The Royal College of Ophthalmologists' National Ophthalmology Database study of cataract surgery: report 1, visual outcomes and complications. Eye (Lond). 2015;29(4):552-60

²² Díaz. J.F, Anaya MD, Giraldo LT, Neira MF, Osorio M. *Resultados y complicaciones de cirugía de catarata por Facemulsificación*. Sept 2018. (pp 67-73) Vol. 17. URL. [pdf-libre.pdf \(d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net\)](http://pdf-libre.pdf(d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net))

cápsula, luxación de lente o núcleo de cavidad, desprendimiento de la membrana de Descemet, uveítis persistente y edemas macular cistoideo, en donde se tuvo en consideración otros factores que fueron determinantes en la efectividad de la cirugía, como es el tipo de cataratas que presenta, la falta de colaboración durante la intervención, otras patologías o condiciones sistémicas del pacientes, características del ojo, entre otros.

Además, en el libro “*complicaciones en cirugía de cataratas*”, elaborado por el Dr. Marcos Gómez, oftalmólogo especialista en cirugía de cataratas, quien realiza una breve descripción de las complicaciones que puede presentarse durante la intervención, destacando la rotula capsular y los protocolos de seguridad que existen, lo cual explica así:

“(...) ALTERACIÓN DEL DIAFRAGMA ZONULOCAPSULAR

El diafragma zonulocapsular es una barrera natural que separa dos compartimentos muy diferentes. La barrera íntegra está formada por la cápsula anterior, posterior, zónula y hialoides anterior. La cápsula posterior tiene un espesor de 10 micras y la hialoides de 1 o 2 micras. Si la cápsula está rota, pero la hialoides está íntegra, las maniobras deben ser mucho más suaves, lentas y con variaciones mínimas de presión; la técnica que permite estos cuidados se llama Protocolo de seguridad, y debemos aplicarlo ante la sospecha de rotura.

El diafragma es transparente y, en gran parte, está oculto detrás del iris o de la catarata, por lo que no podemos conocer con seguridad cuál es su estado. Con el avance de la cirugía, eliminamos la catarata y el diafragma se hace visible; es un tiempo clave. Suele ocurrir al finalizar la irrigación-aspiración, cuando el fulgor es máximo y podemos percibir las sutilezas de una rotura. En este momento hay que parar, pensar y reorientar nuestra técnica. En resumen, ante una sospecha, actuaremos con un Protocolo de seguridad hasta llegar a la confirmación de la rotura; paramos, rediseñaremos nuestra estrategia e introducimos las modificaciones apropiada

(...)

2. Protocolo de seguridad

Vamos a describir un protocolo, llamado Protocolo de seguridad. Se puede aplicar en cualquier paciente y funcionará bien. Considerad que es un proceso lento y no siempre es necesario. Aplicar este protocolo al pie de la letra puede suponer triplicar nuestro tiempo quirúrgico; por eso lo reservaremos para aquellas situaciones que hemos descrito anteriormente.

Hidrodissección multisectorial

Durante la hidrodissección existe el riesgo de romper la zónula o la cápsula, y para reducir este riesgo, conviene quitar el viscoelástico y realizar una hidrodissección lenta de poca cantidad en diferentes cuadrantes. Sigue las recomendaciones de la página 71.

(...)

El viscoelástico más adecuado para la técnica seca es el dispersivo. Con el cohesivo, en cuanto se inicia la aspiración, se acelera la succión de forma menos controlada. El dispersivo se aspira con una cadencia más lenta y estable. La metilcelulosa tiene un patrón de aspiración muy similar a las masas y funciona muy bien. Para taponar la zona de rotura son mejores los viscoelásticos dispersivos de mayor densidad, como los que contienen sulfato de condroitina.

Cuando hemos limpiado todo, entonces podremos ver con claridad qué problemas hay. La zona sospechosa de rotura es la última que debemos limpiar, por lo que esta técnica suele prolongarse hasta que no queda nada. Cuando hemos finalizado de limpiar todas las masas, se hace la luz, y podemos saber si hay o no rotura. Hemos llegado a «la confirmación». Para, recapitula, analiza y planifica.

¿Qué hacer cuando hay vítreo en cámara anterior? Esto lo explicamos más adelante, pero con frecuencia se mezclan las dos situaciones. Si durante la técnica seca percibes la presencia de vítreo, para y elimina todo el vítreo de cámara anterior antes de continuar. Puedes empujar el vítreo a cámara posterior con viscoelástico, crea viscodisección para aislar y separar las masas del vítreo. Si no es suficiente, realiza vitrectomía antes de continuar. Cuando ya no queda vítreo, reanuda tu técnica seca

*Implantación de la lente Si al final de la limpieza de masas no detectas nada extraño, es difícil que algo esté roto, pero no es imposible; una debilidad zonular bien manejada puede no presentar diálisis ni vitreorragia. Más adelante describiremos las diferentes alternativas de implantación de la lente en función de hallazgos específicos, pero si solo tienes una sospecha no confirmada, implanta la lente con delicadeza, no presiones los hápticos sobre el saco, dóblalos sobre sí mismos y con suavidad introdúcelos en el saco sin presión. Esto es especialmente importante en lentes de plato.
(...)*

Confirmación de la rotura

Vitreorragia: la presencia de vítreo es uno de los signos que más certeza aporta a una rotura. El vítreo es invisible, pero podemos desenmascararlo. La forma más rápida de ponerlo en evidencia es mediante su efecto a distancia.

- La filamentación: cuando el vítreo queda exteriorizado, en la incisión observamos un pequeño cúmulo transparente indistinguible visualmente de un grumo de viscoelástico. Ante la duda, con una hemosteta tocamos el grumo y estiramos con delicadeza. El vítreo filameta, a diferencia del visco, que no filameta. No solo filameta, sino que se adhiere de forma tenaz a la hemosteta, por lo que siempre tendremos a mano una tijera de Wescot para cortarlo y no producir una tracción excesiva de la retina.

- El títere: el vítreo tiene una estructura filamentosa con anclajes en la base del vítreo, en la hialoides y en la retina. Si traccionamos del vítreo con suavidad mediante una hemosteta, esa tracción se manifiesta en una deformación de la pupila que acompaña nuestros movimientos. Este signo del títere, un movimiento invisible accionado a distancia con hilos, podemos observarlo también en otros escenarios. Por ejemplo, ante la duda de si hay o no vítreo, pasamos una espátula por toda la cámara. Si hay vítreo, lo atraparemos con la espátula y observaremos movimientos a distancia que pueden ser del iris o de masas que queden atrapadas en la estructura fibrilar. Esto es un signo inequívoco de vitreorragia. Pero cuidado con este signo; tracciona solo para aclarar una duda; al otro lado del hilo está la retina y puedes crear un desgarró.

- La tinción: ante la duda, teñiremos el vítreo. La triamcinolona en sus diferentes formas comerciales y preparaciones caseras, impregna la estructura fibrilar y permite ver esta tenaz estructura invisible. Hay que repetir la tinción cada dos por tres porque solo tiñe el vítreo que hemos impregnado directamente con la cánula. Si estamos haciendo una vitrectomía, una vez hemos aspirado el vítreo visible hay que reteñir para poder ver si queda o no queda. Si la tinción se realiza en presencia de rotura capsular o diálisis, la triamcinolona puede pasar al polo posterior. En este caso el paciente verá una sombra oscura que desaparece en pocos días y conviene advertirlo.

La diálisis: la diálisis aparece como líneas paralelas circulares que incluyen el ecuador del saco. A veces el ecuador se colapsa y se producen pliegues más irregulares que pueden confundirse con las líneas de una rotura o con masas filamentosas. ¿Cómo diferenciarlos? Si llenamos el saco de viscoelástico en una diálisis, el ecuador vuelve a su sitio y los pliegues desaparecen.

Rotura de cápsula posterior: una rotura de 1 mm de tamaño puede pasar desapercibida. Hay que tener una suspicacia importante y buscar las posibles lesiones después de signos sospechosos. La rotura aparece como unas líneas fijas a nivel de la cápsula posterior; no son móviles, como las masas filamentosas, ni desaparecen al tensionar el saco con viscoelástico.

Caída de fragmentos: si son microfragmentos y no hay otros signos de diálisis, como visualización del ecuador o pliegues paralelos tangenciales, puede ser una zónula permeable sin rotura; si son mayores, entonces, la zona por donde entraron es una diálisis o una rotura. (...)²³

De lo anterior, esta previsto dentro de las complicaciones de la intervención la rotulación de capsula, dada la complejidad de la intervención y el espesor de la misma, la cual equivale a 10 micras y la hialoides de 1 o 2 micras, situación que genera una dificultad considerable en el desarrollo de la cirugía, de ahí que sea considerada una de las complicaciones más frecuentes para la extracción de cataratas, por lo que de presentarse se requiere un tratamiento inmediato a través de la vitrectomía.

En la medida de lo expuesto, la Sala puede establecer que no se cuentan con elementos probatorios que permitan establecer que las complicaciones presentadas por el paciente Daniel de Jesús Lara Correa hubiera después de la intervención quirúrgica para la extracción de las cataratas hubiera atribuible a las entidad demandada con ocasión a una mala practica en la intervención o un error médico, pues dentro del dictamen pericial la profesional experta en oftalmología si bien indico que las dificultades presentadas podrían ser a causa de una falta de pericia, la cual está prevista como un tipo de complicación inherente a este tipo de intervención, también existen otros elementos directamente relacionados con la particularidad del paciente y su estado de salud, los cuales también podían ser consideradas como el origen de las complicaciones presentadas, de ahí que la conclusión a la que llegó era que a través de dicha prueba técnica no podría determinarse con certeza que las dificultades presentadas sean atribuibles a una técnica quirúrgica.

Sumado a lo anterior, consta dentro de la historia clínica el documento denominado consentimiento informado, dentro del cual registra que al paciente se le puso de presente los riesgos inherentes a la cirugía de extracción de cataratas, dentro del cual mencionada el “*sangrado, infección, necesidad de reintervención, desprendimiento de retina, desprendimiento de coroides, perdida anatómica y/o funcional*”, los cuales fueron aceptados por el paciente quien suscribió el formato y se decidió que se le practicara la

²³ Gómez M. Médico oftalmólogo especialista en cirugía de caratas. “*Complicaciones en cirugía de cataratas*”. 2017 URL: libret-complicaciones-thea-compressed.pdf (laboratorios-thea.com)

cirugía.

Po último, cabe destacar que las conclusiones a las que llegaron los peritos experto con relación a las complicaciones presentadas en la intervención quirúrgica, así como los procedimientos y tratamientos que se le practicaron al paciente para superar dichas dificultades, se ajustan a la *lex artis*, como se pudo constatar dentro de los documentos científicos previamente citados, por lo que se cuenta con elementos técnicos y profesionales suficientes para establecer que no le asiste responsabilidad a la entidad demandada, pues no se pudo acreditar que se hubiera incurrido en una mala practica durante las intervenciones quirúrgicas a las que fue sometido el señor Daniel de Jesús Lara Correa.

En consecuencia, esta Subsección decide confirmar la sentencia del 19 de diciembre de 2022 proferida por el Juzgado Treinta y Uno (31) Administrativo Oral de Bogotá, por medio del cual negó las pretensiones de la demanda, al no haber cumplido con la carga procesal de acreditar la falla en la prestación del servicio de salud por parte del Hospital Militar Central, con ocasión a la intervención quirúrgica que se le practicó al señor Daniel de Jesús Lara Correa.

III. COSTAS

De conformidad con lo señalado en el artículo 188 del CPACA en concordancia con el numeral 1 del artículo 365 del CGP²⁴, se condenará en costas de esta instancia a la parte demandante, por tal motivo, se fija como agencias en derecho a favor de la parte demandada, conforme a lo previsto en el numeral 3.1.3. del artículo 6 del Acuerdo No. 1887 de 2003, proferido por el Consejo Superior de la Judicatura, la suma de un (1) salario mínimo legal mensual vigente a la ejecutoria de la presente sentencia.

FALLA

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia del 19 de diciembre de 2022, proferida por el Juzgado Treinta y Uno (31) Administrativo Oral de Bogotá, conforme a lo expuesto en la parte resolutive.

SEGUNDO: CONDENAR en costas de esta instancia a la demandante por tal motivo, se fija como agencias en derecho la suma de un (1) salario mínimo legal mensual vigente a la ejecutoria de la presente sentencia a favor de la entidad demandada.

²⁴ Artículo 365. Condena en costas. En los procesos y en las actuaciones posteriores a aquellos en que haya controversias la condena en constas se sujetará a las siguientes reglas:
(...)1. Se condenará en costas a la parte vencida en el proceso, o a quien se le resuelva desfavorablemente el recurso de apelación, casación, queja, súplica, anulación o revisión que haya propuesto. Además, en los casos especiales previstos en este código.

TERCERO: Ejecutoriada la presente providencia, regresar el expediente al juzgado de origen.

CUARTO: Liquidense por secretaría del juzgado los gastos del proceso. En caso de que pasados dos (2) años, no hayan sido reclamados por la parte actora, la secretaría del Juzgado declarará la prescripción a favor del Consejo Superior de la Judicatura – Dirección Ejecutiva de Administración Judicial o de la entidad que haga sus veces.

QUINTO: Por Secretaria de la Sección Tercera NOTIFICAR esta decisión: a) A las partes, a los correos electrónicos: Demandante: leurogutierrez@hotmail.com; phhmlegal@gmail.com; phhmlegal@hotmail.com; judicialeshmc@hospitalmilitar.gov.co; phhmlegal@gmail.com; phhmlegal@hotmail.com; Demandado: notificaciones@solidaria.com.co; notificaciones@gha.com.co; leurogutierrez@hotmail.com; judicialeshmc@hospitalmilitar.gov.co; notificaciones@solidaria.com.co; notificaciones@gha.com.co; b) Al representante del Ministerio Público, al siguiente correo electrónico: monicaivon@hotmail.es. Lo anterior, de conformidad a las direcciones electrónicas que reposan en el plenario.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

(Aprobado en sesión de la fecha, acta No.)

FRANKLIN PÉREZ CAMARGO
Magistrado

HENRY ALDEMAR BARRETO MOGOLLÓN
Magistrado

CLARA CECILIA SUÁREZ VARGAS
Magistrada

YM

Constancia: El presente proveído fue firmado electrónicamente por los suscritos Magistrados pertenecientes a la Subsección B, Sección Tercera, del Tribunal Administrativo de Cundinamarca, en la plataforma SAMAI. Por tanto, se garantiza la autenticidad, integridad, conservación y posterior consulta, de conformidad con el artículo 186 del CPACA, modificado por el artículo 46 de la Ley 2080 de 2021