



RAD 66001-33-33-004-2018-00217-01 (D-0920-2025). RD. DDTE: CARLOS ALBERTO HERRERA Y OTROS Vs ESE HUSJ Y OTROS (PRONUNCIAMIENTO PARTE NO RECURRENTE)

Desde sandra hernandez <sandrahernandez80@hotmail.com>

Fecha Dom 27/07/2025 20:50

Para Despacho 02 Tribunal Administrativo - Risaralda - Pereira <des02tadmper@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC luisfranpr01@hotmail.com <luisfranpr01@hotmail.com>; notificacionesjudiciales@husj.gov.co <notificacionesjudiciales@husj.gov.co>; Edwin Felipe Arciniegas Cuellar <notificacionesjudiciales@asmetsalud.org.co>; santiago castaño ramirez <notificacionesjudiciales@sura.com.co>; notificacionesjuridico <notijuridico@suramericana.com.co>; notificacionesjudiciales@suramericana.com.co <notificacionesjudiciales@suramericana.com.co>; notificacionesjudiciales@allianz.co <notificacionesjudiciales@allianz.co>; Zully Katherine Perez Velasquez <zully.perez@allianz.co>; GHERRERA@GHA.COM.CO <GHERRERA@GHA.COM.CO>; giraldoduqueandpartners <giraldoduqueandpartners@giraldoduqueandpartners.com>; hector.giraldo@duqueandpartners.com <hector.giraldo@duqueandpartners.com>; Edwin Felipe Arciniegas Cuellar <notificacionesjudiciales@asmetsalud.org.co>; santiago castaño ramirez <notificacionesjudiciales@sura.com.co>; notificacionesjuridico <notijuridico@suramericana.com.co>; notificacionesjudiciales@allianz.co <notificacionesjudiciales@allianz.co>; Zully Katherine Perez Velasquez <zully.perez@allianz.co>; jorgemarioaristizabal <jorgemarioaristizabal@hotmail.com>

 1 archivo adjunto (462 KB)

PRONUNCIAMIENTO PARTE NO RECURRENTE CARLOS ALBERTO HERRERA.pdf;

Señores

TRIBUNAL CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DE TOLIMA

M.P. DUFAY CARVAJAL CASTAÑEDA

Ciudad

Medio de control:	Reparación directa
Demandante:	CARLOS ALBERTO HERRERA Y OTROS
Demandado:	E.S.E. Hospital universitario San Jorge y Otros.
Radicación:	66001-33-33-004-2018-00217-01 (D-0920-2025)

Asunto: PRONUNCIAMIENTO PARTE NO RECURRENTE

SANDRA PATRICIA HERNANDEZ RAMIREZ, actuando como apoderada de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA, me permito allegar, dentro del término concedido por el artículo 67 de la ley 2080 de 2021 que modificó el artículo 247 del CPACA, pronunciamiento respecto al recurso de apelación interpuesto por los recurrentes.

De la señora Magistrada,

SANDRA PATRICIA HERNANDEZ RAMIREZ
C.C. 42.122.491 Pereira

28/7/25, 7:27 a.m.

Correo: Despacho 02 Tribunal Administrativo - Risaralda - Pereira - Outlook

T.P. 145.870 C.S. de la J

Señores
TRIBUNAL CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DE TOLIMA
M.P. DUFAY CARVAJAL CASTAÑEDA
Ciudad

Medio de control:	Reparación directa
Demandante:	CARLOS ALBERTO HERRERA Y OTROS
Demandado:	E.S.E. Hospital universitario San Jorge y Otros.
Radicación:	66001-33-33-004-2018-00217-01 (D-0920-2025)

Asunto: PRONUNCIAMIENTO PARTE NO RECURRENTE

SANDRA PATRICIA HERNANDEZ RAMIREZ, mayor de edad, vecina de Pereira, identificada con la cédula de ciudadanía número 42.122.491 expedida en Pereira, Abogada en ejercicio con tarjeta Profesional número 145.870 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderada de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA, por medio del presente escrito me permito presentar, dentro del término concedido por el artículo 67 de la ley 2080 de 2021 que modificó el artículo 247 del CPACA, pronunciamiento respecto al recurso de apelación interpuesto por los recurrentes, como sigue:

Revisado el recurso de alzada, plantea las siguientes inconformidades respecto a la sentencia de primera instancia:

“...1. Se equivoca el fallador en la metodología de estudio que utiliza para resolver el caso...”.

Plantea en este punto el apoderado de los actores, que el a quo desarrolló y estructuró la sentencia a partir de los alegatos de conclusión del extremo pasivo, de ahí que dicha situación “indujo al error” al Despacho, omitiendo lo indicado por la parte activa en sus alegatos, lo que lo llevó a pasar por alto inconsistencias médicas y paramédicas, de tal manera que, cuando revisó los alegatos de la parte actora, ya estaba convencido de los argumentos defensivos de los demandados.

Respecto de lo cual se debe señalar que resultan subjetivas las afirmaciones realizadas por la parte actora, careciendo de todo fundamento fáctico y jurídico; pues contrario a lo que se

indica en este punto, se observa que la sentencia siguió todas las indicaciones establecidas en el artículo 187 del CPACA: empezando por los hechos planteados en la demanda por la parte actora, tal como se observa en el punto III de la decisión, denominada “III. HECHOS”, siguiendo en el ítem denominado “IV. PRETENSIONES”. Posterior a ello, procedió a hacer un recuento en su orden, de las contestaciones de las demandadas y los llamados en garantía, conforme se lee “V. ARGUMENTOS DE LAS ENTIDADES DEMANDADAS” y “VI. ENTIDADES LLAMADAS EN GARANTIA”, posterior a ello planteó los problemas jurídicos a resolver “VII. PROBLEMAS JURÍDICOS”; siguiendo con el resumen de los alegatos presentados por las partes “VIII. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN”, **debiéndose resaltar que, la norma no establece una tarifa legal que señale el “orden” en que se deba hacer el resumen de los mismos**; ahora bien, vale decir, que revisada la plataforma SAMAI, los alegatos de conclusión que primero se radicaron en el despacho fueron los de la E.S.E. HUSJ, seguidos en su orden los de la aseguradora ALLIANZ; SURAMERICANA DE SEGUROS, ASMET SALUD EPS y PARTE DEMANDANTE y MAPFRE SEGUROS GENERALES; siendo ese mismo orden el que siguió el despacho para hacer alusión a los mismos.

Ahora bien, resulta traído de los cabellos que se indique que por el orden utilizado por el Juzgado para hacer mención a los alegatos de conclusión de las partes, se indujo a un error al Despacho y esto hizo que perdiera la objetividad y terminara exonerando de responsabilidad a los demandados; lo cual sugiere que la premisa sería que, la parte que primero radique los alegatos de conclusión es a favor de quien se dictará sentencia; cuando es evidente que, independientemente de los alegatos, fue el análisis en conjunto de las pruebas lo que llevó al despacho al convencimiento de la ausencia de responsabilidad de las demandadas, conforme se puede observar en la parte considerativa del fallo denominada “IX. CONSIDERACIONES DEL DESPACHO”

Ahora bien, continuando con la estructura de la sentencia, se observa que en la parte considerativa, el Juez de primera instancia, analizó y decidió las excepciones planteadas por las partes “9.1. *Excepciones*”; estableció de acuerdo con las pruebas obrantes en el proceso cuáles fueron los hechos probados “9.2. *Hechos probados*”; estableció los presupuestos de la responsabilidad “9.3. *Presupuestos de la responsabilidad, analizó el caso concreto de acuerdo con cada una de las pruebas allegas al proceso, y finalmente decidió “IX. FALLA”*

Como puede observarse, la afirmación planteada en este numeral del recurso de alzada queda desvirtuado con la simple comparación de lo previsto en el artículo 187 del CPACA con el contenido y los aspectos analizados en la sentencia de primera instancia.

Con relación a los puntos 2 al 6, del recurso de apelación, denominados:

“2. Indebida valoración de la prueba y de los hechos probados en la definitiva adoptada”.

“3. El negligente seguimiento de la Intervenida quirúrgicamente luego de practicada la Cirugía, no fue debidamente analizado por el Juez de Primera, para la configuración de la falla médica y paramédica.

4. Deficiente comunicación entre el equipo médico y paramédico que no fue debidamente estudiado en el fallo.

5. El Juzgador no tiene en cuenta las contradicciones de los registros clínicos con el diagnóstico y la falta de tratamiento oportuno contra la sepsis que se desarrollaba progresivamente en el foco de la intervención quirúrgica.

6. Ausencia de consentimiento informado adecuado no fue contemplado ni valorado por el Juez para dictar la sentencia...”.

Se debe empezar por señalar que conforme se observa en la sentencia de primera instancia, cada una de las pruebas fueron valoradas por el a quo conforme con las reglas de la sana crítica, de manera conjunta e integral; no hubo alguna que no haya sido objeto de análisis por el Despacho,

Ahora bien, critica la parte actora la forma en que el despacho abordó el análisis del caso, debiendo decirse, que dicho análisis se realizó de acuerdo con los problemas jurídicos planteados (fijación del litigio); de ahí que, si la parte actora no estaba de acuerdo con el mismo, debió pronunciarse en la oportunidad procesal que tuvo, no siendo este el momento; pues al momento de decidir, las pruebas se analizan para resolver **los problemas jurídicos planteados** y en el caso específico, las mismas llevaron al convencimiento al Juez de la ausencia de responsabilidad.

Dicho lo anterior, se encuentra que en el numeral 2 del escrito de apelación, se hace un preludio de lo que será el planteamiento de los puntos siguientes en el recurso de alzada; esto es los numerales 3 al 7; donde se encuentra que las inconformidades planteadas por la parte actora con la decisión de primera instancia no difieren en absoluto de los aspectos

que fueron debidamente debatidos en el proceso, y los cuales fueron desvirtuados con las pruebas recaudadas en el proceso; es así como se tiene:

Que se probó que el manejo dado a la paciente en el post operatorio fue adecuado; así se desprende de la historia clínica y lo corroboró el perito del Instituto de Medicina Legal al iniciar la sustentación de su dictamen, **al considerar que en líneas generales la paciente tuvo un adecuado y oportuno seguimiento, pero dada la severidad del cuadro la paciente falleció.**

“(...) en líneas generales, pues la paciente tuvo un adecuado y oportuno seguimiento por parte del grupo hospitalario, pero debido a su severidad, pues finalmente termina falleciendo.” (Minuto 14.17)

Ahora bien, insiste la parte actora en que para el día 15 de junio de 2016 no aparece nota de evolución médica de la paciente; respecto de lo cual se debe señalar que, como bien lo afirmó el perito, la paciente estuvo estable hasta el día 17-06-2016; así lo indican las notas de esos días (16 y 17 de junio de 2016); de ahí que, independientemente de que no haya evoluciones de este día; los mismos no tuvieron incidencia en la presentación de SIRS de la paciente para el día 17 de junio de 2016; fecha en la cual, empezó a presentar signos de SIRS y los cuales fueron manejados de manera oportuna, tal como se desprende de la historia clínica y fue corroborado por el perito en la contradicción del dictamen cuando al ser interrogado al respecto contestó:

*¿Doctor, el manejo del SIRS fue oportuno?. R/ “...Si su señoría, porque **eso es impredecible en este caso**, es impredecible en este caso, porque como le digo son 38 billones de bacterias, yo he analizado caso en los cuales ni siquiera hay separación de la sutura, en este caso estaba la sutura y se abrió, que le puede pasar a cualquier persona, y hay algunos que así usted vea la sutura, a nivel microscópico se pueden filtrar a través de pequeños vasos y comenzar a generar una respuesta, entonces, no existe una cirugía que hagan en el colon, en la cual no comiencen a dar antibióticos, o sea desde el mismo día de la cirugía dan antibióticos y dan manejo con líquidos, entonces ella desde el inicio venía con eso, obviamente hay unos ajustes y todo frente a las complicaciones de comenzar a darle droga para que el corazón funcione más, de cambiar los tipos de antibióticos, de hacer un acto quirúrgico y eso es lo esperable, ósea **yo no veo como un alejamiento de la lex artis exigible**, dentro del seguimiento que requería esta mujer...”* (Minuto 1.15.18).

De lo anterior, se colige entonces que tampoco es cierto que no se haya dado un tratamiento oportuno a la sepsis, desvirtuándose lo manifestado al respecto.

Es de precisar que, al ser interrogada la Dra. María Carolina Dia, cirujana general, respecto a los signos de alarma para sospechar una infección intraabdominal en el postoperatorio inmediato, la especialista señaló que los signos de alarma, o a los que se debían hacer seguimiento eran: Fiebre, taquicardia, signos de sangrado como palidez, y signos de irritación peritoneal.

Igualmente indicó que para el 17-06-2019, al momento de su valoración, la paciente no tenía signos de SIRS; el hemograma mostraba leucocitosis (esperable entre las primeras 24-48 horas luego de la cirugía), la paciente se encontraba sin fiebre, con dolor controlado, no presentaba signos que alertara de alguna complicación, no presentaba signos de irritación peritoneal, hemodinamicamente se encontraba estable, con presión arterial media por encima de 70; frecuencia cardiaca no mayor a 110, saturación adecuada.

Señaló que, para efectos de seguimiento en el postoperatorio de este tipo de cirugías, el vómito obedece al enlentecimiento del tránsito intestinal, por lo tanto, no constituye signo de alarma, excepto que sea con sangre, de alto gasto o fecaloide.

Igualmente indicó que la taquipnea no es complicación de la cirugía como tal, la misma alerta a un problema pulmonar inicialmente en el caso de postquirúrgicos ya sea para atelectasias (si es lenta y progresiva) o para tromboembolismo pulmonar.

Respecto al aumento de glóbulos blancos reiteró que es frecuente en la etapa inicial (primeras 48 horas) de cirugía, no es signo de infección, sino respuesta inflamatoria al trauma quirúrgico.

Con relación a la deposición con sangre, señaló que en el postoperatorio de cirugía gastrointestinal es frecuente que haya rastro de sangre negra en las deposiciones, debe ser tenido como signo de alarma si es masivo, persistente y genera cambios en la hemoglobina.

Descartó que medicamentos como dipirona y acetaminofén que son de manejo analgésico, así como el tramadol enmascararan los signos de SIRS, pues en el post operatorio se utilizan para mejorar la sensación de dolor.

En conclusión, no puede asegurarse que la leucocitosis con neutrofilia, la taquicardia leve, en las siguientes 48 horas al procedimiento, en el contexto de la paciente, obedecieran a un proceso infeccioso intra abdominal, teniendo en cuenta que estos hallazgos son

frecuentes en los postoperatorios y aunado a ello, ya a la paciente se le había documentado una ISO (infección de sitio operatorio), la cual también podía generar los signos antes descritos.

Conforme lo dejó dicho la Doctora María Carolina Díaz, cirujana general, entre las primeras 24-48 horas del post operatorio de una cirugía, es común que los exámenes de laboratorio y algunos signos vitales se encuentren alterados, es así como en su declaración, señaló que los neutrófilos hacen parte de los leucocitos y se elevan en procesos inflamatorios, infecciosos, procesos quirúrgicos; por lo tanto en momentos post quirúrgicos es frecuente encontrar leucocitosis con neutrofilia ente las 24 y 48 horas siguientes a la intervención quirúrgica debido al proceso inflamatorio porque se trata de un trauma.

La cirujana señaló que el aumento de neutrófilos en el post operatorio no puede interpretarse como infección porque el mismo proceso quirúrgico genera una elevación tanto de leucocitos como de neutrófilos, señaló de manera textual *“incluso nosotros no podemos usarlos como signos de infección en los post operatorios inmediatos, es decir, yo tengo un paciente que es llevado a cirugía incluso cualquier tipo de cirugía y le tomo un hemograma inmediatamente después de la cirugía debo esperar que estén elevados tanto los leucocitos como los neutrófilos, eso se define como respuesta inflamatoria en trauma, la cual incluye procedimientos quirúrgicos que son como un trauma, no siempre se interpretan como infección...”*.

Lo anterior concuerda con lo manifestado por el Doctor Gabriel Díaz, perito de medicina legal, quien indicó que la leucocitosis con neutrofilia no solo se produce por infección, también puede ser producida por inflamaciones, estrés físico o uso de ciertos medicamentos. Señalando igualmente que, la frecuencia cardiaca también puede alterarse con la ansiedad, el miedo, el dolor, inicio de proceso infeccioso, respuesta a medicamentos.

Ahora bien, la Doctora María Carolina Díaz, para el 16-06-2016, a la paciente se le documentó una infección de sitio operatorio (ISO), señalando que atendiendo al tipo de cirugía se tenía un riesgo de probabilidad de 15 al 20% porque se considera que es una cirugía limpia-contaminada dado que se abordó el tracto gastrointestinal y no se puede prevenir presencia de bacterias propias del área donde se está trabajando. En este caso, por las características se define como ISO superficial que compromete piel y tejido celular subcutáneo.

Señaló además la especialista que, la ISO no significa que sea una infección intraabdominal, las ISO SUPERFICIALES no son equivalentes a un proceso infeccioso

intraabdominal; indicó que son muy frecuentes las ISO en procedimientos quirúrgicos limpios contaminados sin que esto implique una complicación diferente a eso mismo; los signos de infección de la piel normalmente son localizados, los signos de infección intra abdominales son muy diferentes; además de que la secreción era purulenta con cambios inflamatorios locales; es decir, se veía eritema en la piel mas no había filtración de contenido abdominal, ni materia fecal, que eso si de pronto nos podría hablar de una infección intra abdominal, pero en este caso no se refirieron en ningún momento.

Al ser interrogada la cirujana por el despacho sobre si los siguientes síntomas correspondían a una infección:

“se indica en la demanda que el 17-06-2016 la paciente presentaba dolor abdominal poco controlado, con taquicardia leve, disminución de la tensión arterial y aumento de drenaje de la herida quirúrgica, dando manejo con tramadol para manejo de dolor abdominal; ¿estos síntomas no eran propios de una infección? La cirujana respondió: “si claro, pero no necesariamente de una infección intraabdominal, lo que sucede en los post operatorios es que tenemos muchas causas de los mismos síntomas, es decir, en una paciente que tiene un post operatorio de una enterorrafia que además cursó sin complicaciones y que en el momento tiene signos de infección del sitio operatorio se puede interpretar que lo que está generando toda la respuesta es la infección del sitio operatorio, la infección de la piel; el dolor abdominal post operatorio se espera que dure hasta 72 horas sobre todo si es cirugía mayor y si hay manipulación de ASAS intestinales, entonces uno espera que haya disminución de los movimientos inflamatorios, dolor abdominal tipo cólico y por eso es que estos pacientes incluso duran en hospitalización aproximadamente 72 horas para seguimiento, entonces sí tenemos algunos signos que nos podrían estar hablando de infección pero no necesariamente infección intraabdominal porque ya teníamos evidencia de que había un proceso inflamatorio, infeccioso de la piel superficial...”

Con relación a la emesis presentada por la paciente, al ser interrogada la cirujana sobre el significado de la misma, manifestó que, en el post operatorio de cirugías gastrointestinales, indica un íleo post operatorio, el cual es el retraso en el inicio de la función gastrointestinal secundario a todo lo que se hace en cirugía, manejo con medicamentos, ayuno prolongado, Líquidos endovenosos, manipulación de las ASAS, la técnica quirúrgica.

Por otro lado, la especialista indicó, que la evolución inicial de la paciente fue lo esperado en las primeras 24-48 horas, dolor, íleo, cuando empiezan a haber cambios inflamatorios, se evidencia la ISO, el manejo inicial es con curación, no está indicado manejo antibiótico

inicial para ISO superficial; en esta paciente se hace curación, drenaje y se empaqueta con gasas y se hace seguimiento clínico con los medicamentos de soporte.

Con relación a la cirugía practicada a la paciente, la cirujana precisó:

La especialista en cirugía general, ante interrogante realizado por el apoderado de la parte actora, explicó la diferencia entre una enterotomía (procedimiento realizado a la paciente) y una sigmoidectomía, la razón de la realización de la primera y no de la segunda como inicialmente se había planteado, veamos:

Respecto a la ENTEROTOMIA señaló que, se trataba de un procedimiento un poco más pequeño y menos agresivo y consiste en hacer una incisión, apertura del colon sigmoides, se localiza la lesión, se hace resección de la lesión y vuelve y se cierra el sitio por donde se abrió (apertura del colon).

Sigmoidectomía consistía sacar colon sigmoides (el sigmoides es uno de los segmentos del colon), se hace corte distal y proximal y se unen con una anastomosis, en este último caso se debía realizar una sutura completa del intestino.

Por otro lado, ante interrogante planteado por el apoderado de los actores, explicó la razón por qué en el procedimiento realizado a la paciente no se utilizaron los instrumentos quirúrgicos solicitados desde la programación de la cirugía, como lo fueron: Grapadora lineal y circular y bisturí armónico, respecto a lo cual respondió la especialista, que no se utilizaron las grapadoras porque estos dos instrumentos se utilizan para la resección del colon sigmoides, en el caso de la paciente en intra-operatoriamente se encontró que el tamaño del pólipo no era lo suficientemente grande para indicar una sigmoidectomía, pues hubiera sido una cirugía muy agresiva para los hallazgos intraoperatorios, por esa razón no era necesario entonces utilizar las grapadoras y ni en la enterotomía, ni para enterorrafia se utilizan esos dos elementos pues no tienen ninguna utilidad.

En este punto es necesario igualmente señalar que, las dehiscencias se pueden presentar en cualquier tipo de sutura, ya sea con puntos o con grapas, al respecto la literatura indica:

“...La dehiscencia de la herida se produce cuando una incisión quirúrgica que se cerró con puntos o grapas vuelve a abrirse. Esto ocurre muy frecuentemente en las cirugías realizadas en el abdomen...” (resaltos propios).

¹[https://vanortherncalifornia.kramesonline.com/spanish/HealthSheets/3,S,61070es#:~:text=La%20dehiscencia%20de%20la%20herida,externas%20\(superficiales\)%20de%20tejido.De](https://vanortherncalifornia.kramesonline.com/spanish/HealthSheets/3,S,61070es#:~:text=La%20dehiscencia%20de%20la%20herida,externas%20(superficiales)%20de%20tejido.De)

Ahora bien, respecto a la experiencia del cirujano, a la técnica y a los materiales de sutura empleados en el procedimiento practicado a la paciente, la cirujana señaló, que el especialista que realizó el procedimiento para el momento de la intervención gozaba de gran experiencia no solo en cirugías de este tipo, sino también laparoscópicas, la técnica empleada fue la prevista en este tipo de procedimientos y los materiales de sutura empleados son los de elección para esta intervención.

Con relación a la dehiscencia:

Es de precisar que, con relación a la dehiscencia de la sutura, tal como lo dejó dicho el perito de medicina legal, el Dr. Luis Gabriel Diaz, en la sustentación del dictamen, se puede presentar en cualquier cirugía.

Por su parte, la cirujana la Doctora María Carolina Diaz, quien participó como ayudante en el procedimiento quirúrgico practicado a la paciente, señaló que la presentación de una dehiscencia de la sutura abdominal obedece a muchos factores, unos que dependen del paciente y otros de la técnica. Los relacionados con el paciente tienen que ver con el estado nutricional, el estado de irrigación que se da por el estado hemodinámico del paciente; el estado de infección, deficiencias de la cicatrización propias del paciente y con relación al factor de la técnica para la realización de la sutura influye el entrenamiento del cirujano.

Igualmente señaló que determinar la causa de la dehiscencia era muy difícil, teniendo en cuenta que, en todos los casos que se hace una **sutura intestinal** existe una probabilidad entre el 25% y el 30% de dehiscencia de la sutura haya o no factores de riesgo; si hay factores asociados, los porcentajes señalados aumentan; pero en todos los casos siempre hay un porcentaje de riesgo de complicación por dehiscencia porque es una sutura no anatómica, es decir, una unión que normalmente no está.

En conclusión, no obra prueba alguna en expediente que demuestre de manera siquiera indiciaria de que el procedimiento quirúrgico fue inadecuado, hubo una mala técnica en el mismo o al momento de hacer la sutura, o que el material de sutura no era el apropiado, o que el especialista que practicó el procedimiento no fuera idóneo, y mucho menos obra prueba que indique que la utilización de las grapadoras minimizara el riesgo de dehiscencia.

Respecto al consentimiento informado:

Se debe empezar por señalar que, como se puede observar en las pruebas aportadas, **la paciente firmó el consentimiento informado** en señal de aceptación del procedimiento

quirúrgico propuesto, indicándose de manera expresa que dentro de los riesgos de dicho procedimiento se encontraban: la infección, hemorragia, peritonitis, colostomía, sepsis y muerte.

Igualmente, en el numeral 3 de dicho consentimiento, se indicó que se autorizaba para que realizaran procedimientos complementarios o modificados en caso de que se hiciera un diagnóstico diferente al anterior al momento de la actividad médica, veamos:

3. Por medio de la presente constancia, en forma libre otorgo mi consentimiento para que se me practique el procedimiento descrito arriba y los procedimientos complementarios o modificados en caso de que se haga un diagnóstico diferente al anterior, al momento de la actividad médica.

Es así como en el caso de autos, como bien lo dejó indicado la Doctora Díaz, intraoperatoriamente, se encontró que el pólipo no era tan grande como para realizar una sigmoidectomía, procedimiento quirúrgico más agresivo que una enterotomía; de ahí que, se haya realizado el procedimiento menos invasivo.

Desafortunadamente la historia clínica de la paciente, documenta que se configuraron los riesgos relacionados con la peritonitis, infección y muerte, secundarios a la dehiscencia de la sutura; no obstante, se adoptaron las medidas médicas necesarias para tratarlas, no obstante, la paciente no respondió a los tratamientos instaurados y falleció.

Con relación al numeral 7 del recurso, denominado *“Inadecuada valoración del Informe Pericial por parte del Juez en la sentencia al no tenerlo como incompleto por carecer de las notas de enfermería, lo que incide en el estudio y resultado del caso”*.

Al respecto se debe señalar que la prueba fue decretada a instancia de la parte demandante, tal como se documenta en el acta inicial de pruebas, veamos:

“

6.5. **DICTAMEN** PERICIAL A INSTANCIA DE LA PARTE DEMANDANTE.-

Se accede al decreto de la prueba pericial solicitada por la parte demandante en el escrito de reforma de la demanda, en consecuencia, se ordena oficiar al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses regional Risaralda, para que, de acuerdo a la historia clínica aportada en la demanda, la *lex artis* y la literatura médica, designe un profesional idóneo que rinda informe

13

pericial en el asunto, en el cual resuelva, de acuerdo a la solicitud probatoria, las siguientes inquietudes:

...”

En ese orden de ideas, el despacho procedió a expedir el respectivo oficio para el instituto de medicina legal **y le fue enviado al apoderado de los actores y a estos últimos, para que procedieran a radicarlo en dicha entidad, junto con la historia clínica aportada con la demanda, veamos:**

“ ...

De: Juzgado 04 Administrativo - Risaralda - Pereira

Enviado: martes, 12 de julio de 2022 11:39 a. m.

Para: judajo94 <judajo94@hotmail.com>; luisfranpr01@hotmail.com <luisfranpr01@hotmail.com>

Asunto: Oficio solicitud probatoria parte demandante 2018-217

Buenos días, de acuerdo a la solicitud probatoria realizada por la parte demandante en el libelo introductorio y decretada por el despacho en audiencia inicial, me permito remitirle el oficio correspondiente, el cual deberá ser enviado por usted a la entidad requerida, esto es, al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - Regional Risaralda y aportar prueba de dicha gestión al expediente.

Debe anexar a dicho oficio, copia de la historia clínica aportada por usted con el escrito de demanda.

Cordialmente,

Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Pereira

.....“.

En ese orden de ideas, si hubo una omisión en la remisión de la historia clínica, en este caso, de los registros de enfermería, fue únicamente imputable a la parte actora, de ahí que no pueda alegar a su favor su propio error.

Ahora bien, en todo caso, los registros de enfermería no incidieron en la evolución de la paciente y el diagnóstico de SIRS, el cual como quedó demostrado, fue diagnosticado entre el 17 y el 18 de junio de 2016, momento para el cual se adoptaron las conductas medicas pertinentes.

Por otro lado, se hacen otras afirmaciones por demás subjetivas, las cuales no cuentan con ningún respaldo que permitan poner en duda la idoneidad, imparcialidad, conocimiento y experiencia del perito.

Es de precisar que, el apoderado de los actores tuvo la oportunidad de tachar el dictamen pericial al momento de la sustentación del recurso, no obstante, no lo hizo, no siendo esta la oportunidad procesal para pretender desestimar dicha prueba.

Así las cosas, atendiendo a las anteriores consideraciones, de manera atenta le solicito a la señora Magistrada, que se confirme en todas sus partes la sentencia recurrida.

De la señora Magistrada,



SANDRA PATRICIA HERNANDEZ RAMIREZ
Abogada Externa ESE HUSJ