

Doctora
PAOLA ANDREA GARTNER HENAO
H. MAGISTRADA TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL VALLE DEL CAUCA
E. S. D.

Referencia: Radicación No. **76-109-33-33-001-2019-00198-02**
Proceso: **ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA**
Demandante: **RUPERTINO RIASCOS Y OTROS**
Demandados: **CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACÍFICO LTDA, OTROS**

Asunto: **ALEGATOS DE NO RECURRENTE**

Respetada señora Magistrada,

LINA MARCELA BORJA RIVERA identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.112.459.279 y Tarjeta profesional No 262.921 del C. S. de la J., en mi condición de apoderada judicial del especialista en **CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA** Dr. **OLIVERIO HERNÁN PALACIOS VARELA**, en su condición de demandado dentro del proceso de la referencia, por medio del presente escrito, me permito presentar ALEGATOS DE NO RECURRENTE dentro del término legal establecido.

I. RESPECTO AL RECURSO DE APELACIÓN FORMULADO POR LA PARTE DEMANDANTE CONTRA LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

Viendo el escrito que presenta la apoderada del extremo activo de la Litis, en el que sustenta el recurso de apelación, se vislumbra que se presentaron unos reproches genéricos contra la decisión de primera instancia, en los que no se discute un yerro puntal del análisis del sentenciador, solo se limita a indicar que hubo una indebida valoración de la pruebas por parte del a-quo, plasmando una posición respecto de todos los aspectos debatidos a lo largo del proceso acompañado de unos calificativos y opiniones personales del apelante sin sustento probatorio ni respaldo científico; en ningún caso hace el ejercicio que hizo la juez de instancia, de interpretar los medios de prueba en conjunto como lo dispone el artículo 176 del Código General del Proceso.

El trabajo argumentativo que se debe desarrollar para desvirtuar la presunción de acierto de la sentencia apelada no ha sido realmente satisfecho. En este sentido no explica la apelante, cuales son los errores en la producción de las pruebas, en la valoración de las mismas, en las normas aplicadas o en la interpretación dada por el fallador al caso bajo estudio, lo cual es el verdadero propósito del recurso de alzada, en tanto se requiere de una verdadera pretensión impugnatoria; se limita la demandante a expresar su apreciación subjetiva sobre los hechos debatidos, desconociendo que en este caso, tal y como lo hizo el a-quo para poder interpretar los documentos como historia clínica era indispensable contar con la interpretación de los profesionales de la salud que acudieron como peritos, ya que requiere de un conocimiento especializado que solo lo tiene el personal de salud.

Desde ya se hace importante señalar que, del acervo probatorio recaudado en el proceso, esto es, la historia clínica, los dictámenes periciales rendidos por el doctor, CARLOS EDUARDO GALLEGUO ACHITO, médico especialista en cirugía general, el Dr. JUAN MANUEL RICO JURI, cirujano General y de trasplantes, el testimonio técnico del Dr. PLAUTO FIGUEROA Anestesiólogo Intensivista, pruebas que fueron valoradas en conjunto y bajo los postulados de la sana crítica por parte del a-quo, se estableció con suficiencia en el proceso que no se acreditó ninguno de los elementos axiológicos de la responsabilidad civil médica deprecada en la demanda, referida a la culpa galénica de mi prohijado.

En el caso que nos ocupa, la apoderada del extremo activo de Litis con una extensa argumentación, plagada de afirmaciones subjetivas sin soporte probatorio alguno dentro del plenario, pretende que se le de valor a sus dichos y que se desconozcan las pruebas recaudadas dentro del proceso; la apelante sostiene que la juez se equivocó al dar valor probatorio al dictamen de parte que se aportó, indicando que las conclusiones a las que debía llegar el juez eran otras.

En resumen, fue la parte actora, quien descuidó la carga procesal de probar, que le correspondía y ahora pretende la apelante, que el Tribunal, se aparte del análisis juicioso e integral que hizo la juez de primera instancia de los medios de prueba que se aportaron y practicaron dentro del proceso, que no tenga en cuenta los dictámenes periciales realizados por expertos en el tema cuestionado; es decir, le pide ahora al Tribunal, que no tenga en cuenta los tres dictámenes realizados por un terceros, para que acoja sus propios argumentos; bien lo dice el principio general de derecho que el que afirma debe probar y en el asunto que nos ocupa, la actora solo se ocupó de afirmar, pero no atendió la carga de probar y quien descuida esa carga, debe asumir la consecuencia.

Su señoría como quiera que el escrito de apelación es extenso me voy a referir a lo que, en resumen, reprocha la demandante:

II. FRENTE A LA INDEBIDA VALORACIÓN PROBATORIA POR PARTE DE LA JUEZ DE PRIMERA INSTANCIA

A lo largo del escrito de apelación la apoderada de los demandantes se contradice, por un lado acepta que como tal y como quedó demostrado en este proceso con el consentimiento informado que la "perforación es un riesgo inherente al procedimiento de colonoscopia" en mismas palabras de la demandante, para cuestionar la atención inicial de urgencias llevada a cabo el 13 de septiembre de 2017 a la señora FELICIANA ARGELIA BONILLA HURTADO, para después indicar que la señora FELICIANA no fue advertida de los riesgos del procedimiento.

Señala la apoderada del extremo activo de la Litis que los peritos erraron al interpretar la historia clínica y los signos vitales del día 13 de septiembre 2017 cuando la señora FELICIA ingresó al servicio de urgencias, argumentando que no que en la historia clínica no se observaron alteraciones como taquicardia, taquipnea o fiebre que indicaran una perforación intestinal en la paciente. Sin embargo, este razonamiento es inexacto por las siguientes razones:

- **Historia Clínica Consistente con la Evolución Natural de la Perforación:** La historia clínica muestra que, en las dos consultas de urgencias (13 y 15 de septiembre de 2017), los signos vitales de la paciente no presentaron alteraciones significativas que sugerirían de inmediato una perforación. Sin embargo, esto no descarta la posibilidad de una perforación en evolución. Como indicaron los peritos, la ausencia de síntomas específicos en las primeras horas no implica necesariamente que la perforación no exista o que los médicos deban descartar esta posibilidad. La evaluación debe ser dinámica y considerar la evolución clínica del paciente, especialmente cuando el dolor abdominal persiste.

De los signos vitales que resalta la demandante no estaban alterados en las mentadas fechas, solo se desprende en la señora FELICIANA no presentaba los signos típicos de una perforación masiva, como irritación peritoneal o fiebre elevada, lo cual es coherente con una perforación que pudo haberse desarrollado gradualmente debido a factores de riesgo preexistentes y las condiciones fisiológicas de la paciente. Los dictámenes periciales apoyan esta interpretación, indicando que las perforaciones pueden evolucionar en tamaño y severidad con el tiempo.

- **Los Factores de Riesgo y la Evaluación Integral:** Los dictámenes de los doctores GALLEGO y RICO coinciden en que la falta de alteraciones en los signos vitales no excluye la posibilidad de una perforación, especialmente cuando se toma en cuenta el contexto clínico global del paciente. Ambos peritos subrayan que los signos vitales pueden permanecer normales en las fases iniciales de una perforación o cuando esta evoluciona de manera paulatina. Por lo tanto, el diagnóstico y manejo no puede basarse exclusivamente en los signos vitales, sino en una valoración clínica integral que tenga en cuenta la historia del paciente, la persistencia del dolor, y la respuesta a los tratamientos aplicados. Tal y como lo informó el Dr. GALLEGO, el dolor abdominal severo puede ser el único síntoma inicial, y aunque en este caso no se observaron alteraciones en los signos vitales en el momento inicial, la perforación pudo progresar lentamente debido a las condiciones específicas de la paciente y los factores de riesgos asociados de la señora FELICIANA, como la arritmia cardíaca (patología de base), su historia de presión arterial elevada (Folio 313 escrito a mano alzada –PDF 421 del traslado electrónico) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica previa “EPOC” (Folio 316 y 317 escrito a mano alzada –PDF 424 y 425 del traslado electrónico).

En igual forma reprocha la parte demandante que las guías y protocolos médicos de la CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACÍFICO no requieren alteraciones en los signos vitales para sospechar de una perforación. Este punto debe ser abordado con precisión, como quiera que las guías médicas de la CLÍNICA SANTA SOFÍA y la literatura médica no establecen que la ausencia de alteraciones en los signos vitales descarte una perforación intestinal. Por el contrario, los protocolos indican que, ante la presencia de dolor abdominal severo y antecedentes de un procedimiento invasivo como la colonoscopia, se deben considerar **diagnósticos**

diferenciales, incluyendo perforaciones viscerales, y se deben realizar exámenes complementarios si persiste el dolor o aparecen nuevos síntomas.

Los peritos explicaron que, en muchos casos, las perforaciones pequeñas pueden no manifestar síntomas significativos en las primeras horas. La evaluación médica debe ser continua y basada en la evolución clínica del paciente, no en un solo conjunto de signos en un momento específico; además los protocolos y guías de manejo como su propio nombre lo indican son guías, no son una camisa de fuerza, de ahí que los profesionales de la salud deben tener en cuenta las condiciones clínicas de la paciente al momento de su valoración y no solo el apego a una guía como lo pretende la demandante. Por tanto, las afirmaciones de la parte demandante son infundadas, ya que no reconocen que la evaluación médica de la paciente.

III. FRENTE AL REPROCHE QUE DEMOMINA LA DEMANDATE “IMPUTACIÓN DEL DAÑO AL MÉDICO OLIVERIO HERNÁN PALACIOS VARELA”

En resumen, el reproche en el actuar del Dr. OLIVERIO PALACIOS, que hace a actora es un actuar con falta de pericia, idoneidad, diligencia y cuidado en el procedimiento de colonoscopia, por haber perforado el colon sigmoides en el 60% de la circunferencia del colon sigmoides, tamaño según la abogada, tan diametralmente grande que escapa de la normalidad establecida por la lex Artis.

Adicionalmente indica que al no observar los múltiples divertículos durante el procedimiento de colonoscopia esto implicaría una observación más estricta después del procedimiento, adicionalmente indica que tampoco le dio indicaciones para el post-colonoscopia.

Frente a estas afirmaciones que resumen los reproches realizados por la actora, sólo parten de su apreciación subjetiva (indicando textualmente que ella no es médica pero que el sentido común así lo informa), carecen de soporte científico, hay una absoluta orfandad probatoria de la actora, para acreditar los reproches que hace de las conductas del facultativo que represento, máxime cuando los expertos en el área demostraron que sus dichos no se ajustan a la verdad.

➤ Sobre la Idoneidad y la Evaluación de los Factores de Riesgo (Edad, Sexo y Divertículos)

La demandante argumenta que el Dr. PALACIOS no advirtió adecuadamente sobre los factores de riesgo asociados con la edad, el sexo femenino y los divertículos presentes en la paciente, lo que, según ella, debió implicar una observación más prolongada. Este reproche es infundado, ya que la historia clínica y el dictamen pericial confirman que el Dr. PALACIOS cumplió con su deber profesional, valorando adecuadamente a la paciente y explicando los riesgos inherentes del procedimiento, incluyendo la perforación.

En cuanto a los divertículos, el dictamen del Dr. CARLOS EDUARDO GALLEGO aclara que la presencia de divertículos no es una contraindicación para realizar una colonoscopia, y no se encontró evidencia de inflamación (diverticulitis) que hubiera requerido una evaluación adicional o más estricta post-procedimiento.

Las afirmaciones de la parte demandante se quedan sin sustento con la historia clínica, pues como se evidencia con la historia clínica el día 13 de septiembre de 2017, se realizó por parte del Dr. OLIVERIO HERNAN PALACIOS VARELA, procedimiento de colonoscopia, en la CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACÍFICO; previo a ello, la paciente había sido valorada por el Dr. PALACIOS, especialista en Anestesiología y por la Dra. LUISA MARÍA GÓNZALEZ médica especialista en medicina interna.

Además de haber suscrito el consentimiento informado, donde mi representado y la paciente dejaron constancia escrita de habersele informado los riesgos del procedimiento de colonoscopia que necesitaba; como quiera que el demandante omite a propósito varias situaciones que son de mucha relevancia, para probar que el doctor PALACIOS si valoró de forma integral a la señora FELICIANA y tuvo en cuenta todos sus antecedentes para practicar la intervención que requería la paciente.

El 18 de agosto de 2017, la señora FELICIANA, fue vista por la Internista Dra. LUISA MARÍA GONZÁLEZ, en su nota, aportada por los demandantes con la demanda (folio 136 escrito a mano alzada – PDF 203 del traslado electrónico) se indica luego de realizar valoración completa de la paciente:

Análisis:	PCTE DE 69 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS ES DERIVADA POR ANESTECIOLOGIA PORQUE REALIZARAN PROCEDIMIENTO INVASIVO COLONOSCOPIA, POR SINDROME DE IMPREGNACION, DIARREA CRONICA TRAE HOLTER: EXTRASISTOLES SUPRAVENTRICULARES, CON 5 DUPLAS, NO BLOQUEOS NO PAUSAS EKG: BRADIACARDIA SINUSAL 48 LXM, SOBRECARGA AURICULAR IZQ PCTEREFIERE EPISODIOS OCACIONALES DE PALPITACIONES DX: ARRITMIA ATRIAL NO COMPLEJA EVALUACION PREQUIRURGICO SOLICITO PARA EVALUACION FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL ECO TT, SI EL RESULTADO SALE NORMAL CON BUENA FUNCION VENTRICULAR, SIN TRASTORNOS DE LA CONTRACTILIDAD MIOCARDICA NO EXISTE NINGUNA CONTRAINDICACION PARA HACER EL PROCEDIMIENTO QX
Plan Médico:	ECOCARDIOGRAMA TT, TSH, ELECTROLITOS

El día 22 de agosto de 2017, la señora FELICIANA fue valorada por el anestesiólogo Efraín Andres Narváez (folio 300 escrito a mano alzada –PDF 404 del traslado electrónico) cuya anotación en la historia clínica aportada por los demandantes me permito copiar:

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2017-08-22	08:41 efrain.narvaez - EFRAIN ANDRES NARVAEZ GUERRERO MOTIVO DE CONSULTA : CONSULTA PREANESTESICA . ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE QUE VIENE A CONSULTA PREANESTESICA , REFIERE QUE TIENE PENDIENTE UN PROCEDIMIENTO COLONOSCOPIA TOTAL , DICE QUE YA ESTUBO EN CONSULTA POR PROBLEMAS CARDIACOS , VISTA POR CARDIOLOGA INTERNISTA QUIEN LE SOLICITA HOLTER ECG - A BASE DEL REPORTE LE SOLICITA PARA EVALUACION ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL ECO TT, SE EL RESULTADO SALE NORMAL CON BUENA FUNCION VENTRICULAR , SIN TRASTORNOS DE LA CONTRACTILIDAD MIOCARDICA NO EXISTE NINGUNA CONTRAINDICACION PARA HACER EL PROCEDIMIENTO QX. PLAN - ECOCARDIOGRAMA TT, TSH, ELECTROLITOS . SE PIDE EL FAVOR A EMSSANAR DE COLABORAR CON ESTOS EXAMENES SOLICITADOS POR EL ESPECIALISTA . GRACIAS .

De estas notas, se infiere, que el procedimiento de colonoscopia se había indicado, por padecer de síndrome de impregnación, diarrea crónica, y colon irritable se tomaron todas las medidas previas de precaución, fue valorada por especialista Anestesiólogo, por médica Internista y se le tomaron las ayudas diagnosticas – ecocardiograma TT, TSH, Electrolitos, con la finalidad de verificar si a pesar de padecer una arritmia cardiaca (patología de base), y su historia de presión arterial elevada (Folio 313 escrito a mano alzada –PDF 421 del traslado electrónico) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica previa “EPOC”(Folio 316 y 317 escrito a mano alzada –PDF 424 y 425 del traslado electrónico) se le podía realizar la

colonoscopia que tenía indicada, por sus síntomas y edad; la paciente estaba programada desde mayo de 2017, sin embargo en esa ocasión acudió a la valoración pre anestésica sin los exámenes (Folio 318 escrito a mano alzada –PDF 426 del traslado electrónico).

Aquí vale la pena anotar, que debido a los padecimientos gastrointestinales que afectaban a la paciente, en abril de 2017 se le había practicado por el Dr. OLIVERIO HERNAN PALACIOS una endoscopia de vías digestivas altas (ver Folio 324 escrito a mano alzada –PDF 432 del traslado electrónico); y también se le ordenó una endoscopia de vías digestivas bajas conocida como colonoscopia por parte de su médico tratante en el HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA, sobre la cual finalmente anesthesiologo he internista autorizaron su realización, después de que la señora FELICIANA acudió a consulta y se tomó los exámenes pertinentes.

La indicación de la colonoscopia total y la endoscopia de vías digestivas altas, la había ordenado el Dr. Javier Alfredo Cuero del Hospital **LUIS ABLANQUE DE LA PLATA** desde el 24 de marzo de 2017 (Folio 412 escrito a mano alzada –PDF 547 del traslado electrónico), a continuación, copio un aparte de dicho documento:

ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE REFIERE HISTORIA DE GASTRITIS CRONICA DESDE HACE MAS DE 10 AÑOS , CON EPIGASTRALGIA TIPO ARDOR DE FORMA EPISODICA, ASOCIADO A PERDIDA DE PESO. ADEMAS PRESENTA DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO CON DIFICULTAD PARA LA DEPOSICION. PRESENTA DEPOSICIONES DIARREICAS LIQUIDAS CON LA INGESTA DE DETERMINADOS ALIMENTOS. PERSISTE CON TOS CON EXPECTORACION BLANCA Y EN OCASIONES CON PINTAS DE SANGRE DESDE HACE 10 AÑOS. TRAE BACILOSCOPIA DEL 25 DE FEB DE 2017; NEGATIVO LAS 3 MUESTRAS. RASQUIÑA EN LA ESPALDA DESDE HACE VARIAS SEMANAS. DOLOR LUMBAR DESDE HACE VARIOS AÑOS

Una vez, se autorizó por las especialidades de medicina interna y anestesiología la realización de la colonoscopia, el Dr. OLIVERIO HERNAN PALACIOS, Especialista en CIRUGÍA GENERAL y ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA, le explicó a la paciente FELICIANA BONILLA, en qué consistía la realización de la colonoscopia y cuáles eran sus riesgos; de ello se dejó constancia en un documento que suscribió la señora FELICIANA BONILLA y el Dr. PALACIOS aportado con la demanda (Folio 410 escrito a mano alzada –PDF 545 del traslado electrónico) y la paciente otorgó su consentimiento informado, para la realización de una colonoscopia total; en este documento se indicó que los riesgos previsibles pero no prevenibles (riesgos inherentes) más frecuentes eran “Sangrado, Infección, Anafilaxia, perforación” en dicho documento se indica “CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ENTENDIDO EN SU TOTALIDAD ESTE DOCUMENTO, QUE POR LO TANTO PROCEDO A FIRMAR”. Es claro que la señora FELICIANA autorizó la realización del procedimiento de colonoscopia, conociendo los riesgos inherentes más frecuentes de este procedimiento invasivo que necesitaba.

Posterior a que la paciente autorizó la realización de la colonoscopia, esta se practicó en las instalaciones de la Clínica Santa Sofía del Pacífico el 13 de septiembre de 2017, sin complicaciones, tal y como quedó en los registros del Dr. OLIVERIO PALACIOS, del Anestesiólogo y de enfermería; a Folio 296 escrito a mano alzada –PDF 399 del traslado electrónico; aparece el registro de enfermería de las 10 am; en el cual se escribió por la enfermera lo siguiente:

Posteriormente, la señora FELICIANA, se recuperó satisfactoriamente, tuvo una buena evolución, sin dolor ni vómito, por lo que se le dio el alta, -a folio 139 escrito a mano alzada –PDF 208 del traslado electrónico-; aparece el registro de enfermería de las condiciones en que evolucionó satisfactoriamente la paciente:

10:20	gloria.moreno - GLORIA PATRICIA MORENO MARMOLEJO - CIRCULANTE
	INGRESA PACIENTE A SALA DE RECUPERACION CONCIENTE ORIENTADA BAJO EFECTOS RESIDUALES DE ANESTESIA SEDACION CON LEV PERMEABLE PASANDO SSN A MANTENIMIENTO SE MONITORIZA CON SIGNOS VITALES T/A 149/72 FC 83 SPO2 99 SE LE COLOCA CANULA DE OXIGENO CON PROCEDIMIENTO QX REALIZADO AREA QX LIMPIA, SE LE COLOCA MANTA TERMICA QUEDA EN LA UNIDAD DE SU PRONTA RECUPERACION PARA SER DADA DE ALTA CON RESULTADOS DE COLONOSCOPIA Y RECOMENDACIONES
10:50	gloria.moreno - GLORIA PATRICIA MORENO MARMOLEJO - CIRCULANTE
	PACIENTE RECUPERADA SATISFATORIAMENTE DE ANESTESIA SEDACION SE ENCUENTRA CONCIENTE ORIENTADA NO REFIERE DOLOR NI MAREO NI EMESIS POR ORDEN MEDICA SE DA DE ALTA SE CUMPLE ORDENES SE LE RETIRA ABSCESO VENOSO SE VISTE PACIENTE SE LE HACE ENTREGA DE RESULTADO DE COLONOSCOPIA Y RECOMENDACIONES SALE DEL SERVICIO EN COMPAÑIA DE FAMILIAR CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS

A la paciente se le da el alta por buena evolución del procedimiento de colonoscopia, por no haber presentado complicaciones ni durante, ni después de la colonoscopia, brindándole los correspondientes signos de alarma para reconsulta. En adelante, el Dr. PALACIO, no volvió a tener conocimiento de la paciente, ya que en las consultas posteriores y hospitalización no fue avisado ni se requirió de su presencia para la atención de la paciente; como quiera que la atención de la paciente era institucional quedando a cargo de otras especialidades, quienes debían determinar si consideraban necesario o no llamar a mi poderdante.

➤ Sobre la Perforación y su Tamaño

La parte demandante cuestiona que el tamaño de la perforación (60% de la circunferencia del colon) excede lo establecido por la lex artis médica, sugiriendo que esto se debió a una falta de diligencia por parte del Dr. PALACIOS. No obstante, los peritos en el caso, incluyendo al Dr. JUAN MANUEL RICO, coinciden en que el tamaño final de la perforación es resultado de la evolución de la lesión y no del daño inicial durante la colonoscopia. El dictamen del Dr. GALLEGU también sostiene que las condiciones físicas de la paciente (edad avanzada, hipertensión y EPOC) influyeron en la evolución y agrandamiento de la perforación, independientemente de la intervención inicial.

El Dr. RICO explica que es posible que la perforación se haya agravado con el tiempo debido a la necrosis del tejido y la inflamación, lo que es coherente con la evolución natural de una perforación en pacientes con las condiciones y comorbilidades de la paciente hipertensión arterial, la edad, el EPOC.

➤ Sobre la Entrega de Recomendaciones Post-procedimiento

La demandante alega que el Dr. PALACIOS no advirtió adecuadamente a la paciente y a sus familiares sobre los signos de alarma, como dolor abdominal intenso y distensión, y que la falta de documentación en la historia clínica es prueba de ello. Este argumento se desvirtúa con la evidencia documental en el expediente, donde consta que la paciente fue informada sobre los signos de alarma y las recomendaciones necesarias, lo cual fue registrado en la historia clínica. Además, el consentimiento informado firmado por la paciente especifica claramente los riesgos y las recomendaciones que debe seguir en caso de complicaciones.

10:20 gloria.moreno - GLORIA PATRICIA MORENO MARMOLEJO - CIRCULANTE
INGRESA PACIENTE A SALA DE RECUPERACION CONCIENTE ORIENTADA BAJO EFECTOS RESIDUALES DE ANESTESIA SEDACION CON LEV PERMEABLE PASANDO SSN A MANTENIMIENTO SE MONITORIZA CON SIGNOS VITALES T/A 149/72 FC 83 SPO2 99 SE LE COLOCA CANULA DE OXIGENO CON PROCEDIMIENTO QX REALIZADO AREA QX LIMPIA, SE LE COLOCA MANTA TERMICA QUEDA EN LA UNIDAD DE SU PRONTA RECUPERACION PARA SER DADA DE ALTA CON RESULTADOS DE COLONOSCOPIA Y RECOMENDACIONES
10:50 gloria.moreno - GLORIA PATRICIA MORENO MARMOLEJO - CIRCULANTE
PACIENTE RECUEPRADA SATISFATORIAMENTE DE ANESTESIA SEDACION SE ENCUENTRA CONCIENTE ORIENTADA NO REFIERE DOLOR NI MAREO NI EMESIS POR ORDEN MEDICA SE DA DE ALTA SE CUMPLE ORDENES SE LE RETIRA ARBESCO VENOSO SE VISTE PACIENTE SE LE HACE ENTREGA DE RESULTADO DE COLONOSCOPIA Y RECOMENDACIONES SALE DEL SERVICIO EN COMPAÑIA DE FAMILIAR CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS

Los dictámenes periciales respaldan que el Dr. PALACIOS cumplió con la lex artis médica, proporcionando las recomendaciones pertinentes, las cuales fueron incluso dadas por el profesional de la salud en las valoraciones previas a la colonoscopia y refrendadas en el consentimiento informado. El dictamen del Dr.

RICO indica que la historia clínica no refleja omisiones por parte del Dr. PALACIOS en este sentido, y que las recomendaciones fueron entregadas adecuadamente a la señora FELICIANA.

➤ **La Falta de Soporte Científico en las Afirmaciones de la Parte Demandante**

La demandante critica que los peritos no aportaron literatura médica para sustentar sus afirmaciones sobre la evolución de la perforación. No obstante, los peritos, como el Dr. GALLEGO y el Dr. RICO, ambos médicos especialistas en cirugía general se basaron en su experiencia clínica y en el conocimiento médico ampliamente aceptado sobre las complicaciones post-colonoscopia.

El respaldo de las afirmaciones son sus estudios académicos y experiencia profesional, y además que la literatura médica científica respalda que las perforaciones pueden variar en tamaño y que las condiciones del paciente juegan un rol importantísimo en la evolución de las mismas.

Quien no tiene soporte científico para acreditar sus afirmaciones es la apoderada de los demandantes, pues se escapa de la esfera de su conocimiento llegar a conclusiones que no realizarían los expertos en la materia.

➤ **Sobre la Pérdida de Oportunidad y el Deber Objetivo de Cuidado**

La parte demandante argumenta que la falta de advertencia adecuada a los familiares contribuyó a la pérdida de oportunidad de supervivencia de la paciente. Este reproche es controvertido, ya que se demostró que las recomendaciones fueron entregadas y documentadas. Además, la evolución del caso muestra que la paciente fue atendida en urgencias, pero las complicaciones se desarrollaron en un contexto de factores externos y comorbilidades ajenas a la intervención del Dr. OLIVERO HERANÁN PALACIOS.

El Dr. PALACIOS actuó con sujeción a la lex artis al practicar el procedimiento endoscópico a la señora FELICIANA, y no tuvo participación en las consultas posteriores. Además, en la historia clínica y los registros se evidencia que la paciente fue monitoreada durante el tiempo necesario en la sala de recuperación, sin presentar síntomas que sugirieran una perforación en ese momento.

En conclusión, de los reproches presentados en el recurso de apelación son infundados y no cuentan con un respaldo probatorio sólido. El Dr. OLIVERO PALACIOS cumplió con todas las obligaciones inherentes a su rol y a la lex artis médica. La perforación fue una complicación inherente al procedimiento de colonoscopia, informada y aceptada previamente por la señora FELICIANA BONILLA.

Por otra parte, el **ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA** que represento, fue activo probatoriamente logrando acreditar que:

- El Dr. OLIVERO HERNÁN PALACIOS era idóneo y perito para la realización de la colonoscopia a la paciente.

- El Dr. PALACIOS explicó a la paciente que la perforación era uno de los riesgos inherentes de la colonoscopia que necesitaba, y la paciente consintió la realización del procedimiento siendo conocedora de los riesgos.
- Lo acontecido fue consecuencia de la materialización de un riesgo inherente del procedimiento de colonoscopia y no de una mala práctica por parte del Dr. PALACIOS.
- El Dr. PALACIOS no volvió a atender a la paciente con posterioridad a la fecha en que realizó la colonoscopia, durante la cual no se presentaron complicaciones y a la señora se le dio el alta por buena evolución, no presentar dolor, ni vómito, ni mareo, ni ningún signo o síntoma que hiciera sospechar de alguna complicación.
- Posteriormente la paciente quedó a cargo de los médicos generales y especialistas de la Clínica Santa Sofía del Pacífico que no requirieron de la presencia del Dr. PALACIOS ni para interconsultarle, ni para darle aviso de la situación de la paciente, estos le brindaron el tratamiento quirúrgico y de hospitalización que requirió, por lo que no volvió a prestar atención a la paciente.

IV. ANALISIS PROBATORIO

Dictamen parte demandante. Realizado por el Dr. JUAN MANUEL RICO JURI Cirujano General y de trasplantes:

La paciente se realiza una colonoscopia total el 13 de septiembre del 2017, procedimiento realizado bajo anestesia sedación , procedimiento reportado como normal y sin complicaciones.

1. Sírvasse indicar cuál es el médico especialista idóneo para realizar un procedimiento de colonoscopia?

R/En Colombia los requisitos de habilitación del talento humano para procedimientos endoscópicos requiere que sea un especialista quien haya tenido en su formación entrenamiento certificado en endoscopia y o en gastroenterología o cirugía gastrointestinal y endoscopia digestiva. También un cirujano de Colon y recto puede realizar colonoscopias como parte de su accionar clínico.

Al respecto se aportaron los diplomas y certificaciones del Dr. OLIVERIO PALACIOS, que lo acreditan como ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA

No hace dentro del dictamen, ningún tipo de reproche respecto de la idoneidad, pericia, o las conductas médicas del galeno que represento. Ni en la sustentación del dictamen realizó ningún tipo de reproche; por el contrario, afirmó que se trata de un riesgo inherente del procedimiento y también nos indicó que el hallazgo de la perforación del 60% de la circunferencia del colon no indica que esa perforación se hizo en la colonoscopia, sino que esta es derivada del paso del tiempo, ya que el tejido se necrosa.

En Audiencia donde se realizó contradicción del Dictamen pericial (La transcripción se hace con el formato hh:mm:ss que se encuentra dentro de la grabación), el Dr. RICO indicó:

1:18:09 "Paciente a quien se le realiza una colonoscopia total el 13 de septiembre de 2017, procedimiento que según la historia clínica fue realizado bajo anestesia con sedación y reportado como normal sin complicaciones.

1:37:47 la colonoscopia es reportada como normal y sin complicaciones, es hecha por una persona que tiene el entrenamiento idóneo para realizar este procedimiento y considero que las perforaciones del colon después de una colonoscopia son inherentes al procedimiento, es un riesgo inherente a este tipo de procedimientos y se presentan con relativa frecuencia.

1:47:57 No es normal que en una colonoscopia haya una perforación, digamos que es un riesgo inherente al procedimiento, puede suceder, es muy poco probable, pero puede suceder y en nuestra práctica diaria sucede y lo vemos a menudo.

2:36:57 No se puede hacer una relación entre mala práctica y la longitud de la perforación, la mala práctica es si el doctor hubiese violado los protocolos las guías de manejo y hubiese hecho cosas para la cual él no es idóneo como médico especialista o con entrenamiento en esa área, cuando se cometen ese tipo de improperios se clasifica como mala praxis, no el tamaño de la perforación, la perforación es un riesgo inherente al procedimiento y cuando ya días después usted opera al paciente, la perforación es muchísimo más grande de lo que era inicialmente porque ella se va agrandando sola, por el efecto de la peritonitis y de la inflamación local.

2:38:42 dentro del folio que se asignó del peritaje de la historia clínica no veo nada de llamado al doctor Oliverio Hernán Palacios, no hay ningún dato.

2:39:29 Normalmente la colonoscopia es como una ayuda diagnóstica y el paciente vuelve con el resultado donde el médico que se la ordenó.

Se le pregunta por la indicación de la colonoscopia y confirma que estaba indicada, se le pregunta si es posible realizar otra ayuda diagnostica no invasiva y contesta a los

2:40:56 "No, es el examen más certero para el diagnóstico temprano de cáncer colorectal y de sangrados activos en el colon"

Dictamen pericial presentado por este extremo. Se rindió por el Dr. CARLOS EDUARDO GALLEGO ACHITO, médico especialista en cirugía general.

Indicó en su dictamen escrito:

"1.- Es muy claro y conocido por todos nosotros que la Colonoscopia está indicada en muchas afecciones del cuerpo humano como son: la presencia de Dolor Abdominal Crónico, Hematoquezia o Sangrado rectal, Estreñimiento Crónico, Sospecha de Cáncer Colorectal, etc., etc (ver Anexo 1), por tanto, la Colonoscopia estaba completamente indicada. La Diverticulosis del Colon es una afección que afecta a todos los seres humanos a medida que envejecemos y no es una contraindicación para la realización de la Colonoscopia"

2.- Es por todos conocidos y muy claramente descrito por el perito Dr. JUAN MANUEL RICO JURI en su informe de que la Perforación del Colon es un riesgo inherente al procedimiento, que es muy poco frecuente pero grave, está claramente demostrado con la hoja de vida y soportes del Dr. Palacios, que él es especialista en Cirugía General y con una segunda especialidad en Cirugía gastrointestinal y Endoscopia Digestiva con 20 años de experiencia en la realización de procedimientos endoscópicos y por tanto la complicación no es derivada de falta de idoneidad e inexperiencia el procedimiento endoscópico realizado por el Dr. Oliverio Palacios; pero también la perforación del Colon post endoscopia, se asocia a otros factores propios del paciente como son la edad avanzada de la paciente (el colon como todos los órganos y sistemas del cuerpo humano también envejece y los cambios en su estructura y su flora lo tornan más susceptible a las lesiones) y de las comorbilidades que en este caso eran varias (Hipertensión arterial, arritmia cardiaca, EPOC).

3.- El Dr. Oliverio H Palacios no es el médico tratante de la paciente, su rol y participación en el caso que estamos analizando, se debe a que es un médico que realizó un procedimiento diagnóstico solicitado por otro u otros galenos y su actuar se limitó a ejecutar la Colonoscopia y no más; ahora si se le hubiera informado del resultado posterior quizá como especialista en Cirugía Gastrointestinal, hubiera participado un poco más en el manejo del paciente y lo hubiera hecho quizás por responsabilidad propia ya que todos sabemos que todas las EPS tienen su red de especialistas y de Clínicas que son los responsables del manejo de los pacientes de los cuales ellos son responsables y en muchas ocasiones no dejan participar a otros médicos y/o especialistas, fuera de su red, en el manejo de dichos pacientes, sin embargo en este caso no hay registro que se le hubiera dado aviso al Dr. Palacios.

4.- El documento del Consentimiento informado anexado en la H.C es claro, entendido y firmado por la paciente y su familiar donde se le menciona que una de las complicaciones de la Colonoscopia es la perforación.

5.- Es muy claro saber y conocer que lo que hay en el interior del Colon es materia fecal y si el paciente hubiera tenido desde un principio una perforación del 60% de la circunferencia (más de la mitad del tamaño del colon), el mismo endoscopista la hubiera detectado rápido y el paciente desde los minutos u horas posteriores a la Colonoscopia hubiera presentado deterioro de su condición clínica (dolor intenso, distensión rápida del abdomen por la salida del aire desde el colon hacia la cavidad abdominal),

ya que las bacterias presentes en la materia fecal rápidamente hubieran irritado el peritoneo y generado la formación de peritonitis rápidamente agresiva, ya que un orificio tan grande en el órgano que contiene dicha materia fecal es una vía de escape fácil de su contenido desde los minutos siguientes a la lesión; una peritonitis fecal no mejora con la aplicación de analgésicos (Un gramo de materia fecal posee un millón de bacterias).

7.- Según lo registrado en la historia clínica el Dr. Palacios una vez terminado el procedimiento, traslada la paciente a una sala de recuperación y no le da salida de forma inmediata, sino que la deja en observación durante 35 minutos bajo monitoria continua de sus signos vitales, tiempo suficiente para de que en caso de haberse presentado una perforación del tamaño de la descrita hubiera presentado síntomas de forma rápida (dolor abdominal, distensión del abdomen, vómito, taquicardia). Y según el reporte de la historia los signos vitales de la paciente estaban normales tanto al ingreso a la sala de recuperación como a su egreso de la misma y no se reportan complicaciones o algún signo o síntoma que hiciera pensar en una complicación para ese momento; en el registro se indica que la paciente salió caminando por sus propios medios en con su acompañante y que se le entregó a la paciente el resultado de la colonoscopia y las recomendaciones.

En general considero que la paciente pudo haber tenido un pequeño desgarro o laceración del colon, pero su condición física y nutricional no permitió que éste cicatrizara adecuadamente (fíjense también que cuando se le efectuó la resección y la anastomosis intestinal no cicatrizó bien y dicha anastomosis filtró) y por ende con el movimiento que normalmente tiene el Colon dicha laceración en 3 días aumentó de tamaño hasta llegar al tamaño encontrado durante la cirugía realizada 3 días después de la Colonoscopia. Pero en general la paciente tenía problemas de cicatrización no relacionado para nada con el procedimiento realizado por el endoscopista. (Destacado fuera de texto).

En el cuestionario que respondió indicó el Perito:

1.- ¿El dolor abdominal crónico y el cambio en el hábito intestinal, llámese éste dificultad para las deposiciones y diarrea, de varios años de evolución es una indicación para realizar una Colonoscopia?

R.- Es una indicación clara para la realización del estudio, ya que puede ser la manifestación temprana de un cáncer de colon y/ recto; es el Gold estándar.

En la Diligencia en la que sustentó el dictamen pericial, reafirmó estas posturas, las cuales acompañó de literatura médica y que en todo son coincidentes con el perito de la parte actora, respecto de la atención brindada por el Dr. OLIVERIO HERNÁN PALACIOS.

➤ TESTIMONIO TÉCNICO

Asistió a Audiencia el Dr. PLAUTO FIGUEROA Anestesiólogo Intensivista, quien participó en la atención de la paciente de cuya declaración se resalta, respecto a lo que interesa a este extremo, que manifestó el testigo que la señora FELICIANA ARGELIA BONILLA, no tenía un estado de salud óptimo, se trataba de una persona adulta mayor, quien padecía de pérdida de peso, padecía desnutrición de acuerdo a las mediciones de albumina (folio 399 escrito a mano alzada –PDF 530 del traslado electrónico y folio 479 escrito a mano alzada –PDF 655 del traslado electrónico), padecía una arritmia cardíaca (folio 136 escrito a mano alzada – PDF 203 del traslado electrónico) presión arterial elevada (Folio 313 escrito a mano alzada –PDF 421 del traslado electrónico) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica previa “EPOC”(Folio 316 y 317 escrito a mano alzada – PDF 424 y 425 del traslado electrónico), la hacían más propensa a adquirir infecciones durante una estancia hospitalaria ya que su sistema de respuesta inmunológico se encontraba comprometido.

➤ PRUEBA DOCUMENTAL

Se acreditó la idoneidad del Dr. OLIVERIO HERNÁN PALACIOS, para la realización de la colonoscopia a la paciente. Es **ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA.**

Se acreditó que el Dr. OLIVERIO HERNÁN PALACIOS, Especialista en CIRUGÍA GENERAL y ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA, le explicó a la paciente FELICIANA BONILLA, en qué consistía la realización de la colonoscopia y cuáles eran sus riesgos; de ello se dejó constancia en un documento que suscribió la señora FELICIANA BONILLA y el Dr. PALACIOS aportado con la demanda (Folio 410 escrito a mano alzada –PDF 545 del traslado electrónico) y la paciente otorgó su consentimiento informado, para la realización de una colonoscopia total; en este documento se indicó que los riesgos previsibles pero no prevenibles (riesgos inherentes) más frecuentes eran **“Sangrado, Infección, Anafilaxia, perforación”** en dicho documento se indica **“CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ENTENDIDO EN SU TOTALIDAD ESTE DOCUMENTO, QUE POR LO TANTO PROCEDO A FIRMAR”**. Es claro que la señora FELICIANA autorizó la realización del procedimiento de colonoscopia, conociendo los riesgos inherentes más frecuentes de este procedimiento invasivo que necesitaba. Me permito copiar los apartes del documento que cito, aportado con la demanda:

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES
DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES
SALA DE CIRUGÍA

Este formulario es un obligatorio diligenciamiento por parte profesional de salud responsable de una intervención quirúrgica o un procedimiento especial o invasivo a todo el paciente quirúrgico en el control de la Ley 24 de 1991.

QUIRÓFANO DEL PACIENTE
PACIENTE: **Feliciama Argelia Bonilla Hurtado** Edad: **31** Sexo: **F**
PACIENTE: **embarazada** Paciente: **69** Paciente: **69** Paciente: **69**
PACIENTE: **69** Paciente: **69** Paciente: **69** Paciente: **69**

1. Por medio de la presente y en pleno uso de mis facultades manifiesto al Doctor: **especialidad en**
para que por su intermedio se ejecute legalmente su profesión, así como por los demás profesionales de la salud que se
intervengan y con el consentimiento del personal auxiliar establecido en esta entidad, se realicen el siguiente procedimiento quirúrgico:
colocación de la

2. El especialista queda autorizado para llevar a cabo legalmente la práctica de técnicas médicas especiales a los ya autorizados, si en el curso de la intervención que
mencionado, llegara a presentarse una situación adversa o imprevista que a juicio del personal médico requiera de acciones adicionales.

Además de autorizar la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa la firma de documentos adecuados, con destino a sus
anatomopatológicos.

3. Dado que he sido informado por la CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACÍFICO LTDA., que el servicio que consiste en la práctica de técnicas o procedimientos por vía oral
mencionados, deben ser asumidos por mi propia cuenta, siempre y cuando no tenga los derechos respectivos que me otorga el debido programa y entidad a la que pertenecía.

4. Acepto que he sido informado (a) del procedimiento que se me (le) va a practicar, de los beneficios para mí (su) salud como de los riesgos que implica la realización
del procedimiento mencionado y de las situaciones adversas que ocurren.

RIESGOS PREVISIBLES, PERO NO PREVENIBLES: **Sangrado, infección, Anafilaxia, Perforación**

OBSERVACIONES:

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO EN SU TOTALIDAD ESTE DOCUMENTO, QUE POR LO TANTO PROCEDO A FIRMAR.

REPRESENTANTE:
En caso de ser menor de 18 años, incapacitado, o con alguna limitación para la comunicación verbal, por favor llenar este espacio.

YO, **Feliciama Argelia Bonilla Hurtado** IDENTIFICADO CON CÉDULA N.º **931373059** EN CALIDAD DE (a)
HERMANA, ESPOSA, HIJO(A), OTRO, O COMO REPRESENTANTE DEL PACIENTE EN MENCIÓN POR LO CUAL DECLARO Y ACEPTO LOS
CONSIGNADOS EN ESTE DOCUMENTO.

FIRMA DEL PACIENTE
Feliciama Argelia Bonilla Hurtado
C.C. **931373059**

FIRMA DEL ACOMPAÑANTE
D. Oliverio H. Palacios V.
Especialista en Digestivo
Instituto Nacional de Cancerología
R.M. 07301-85

FIRMA ESPECIALISTA
D. Oliverio H. Palacios V.
Especialista en Digestivo
Instituto Nacional de Cancerología
R.M. 07301-85

Se acreditó con literatura científica que respalda lo manifestado por los dos peritos que concurrieron al proceso, que la Perforación del colon es un riesgo inherente del procedimiento que no depende de un actuar culposos.

- **RIESGO INHERENTE:** El riesgo puede estimarse como la posibilidad de ocurrencia de determinados accidentes médico-quirúrgicos que, por su etiología, frecuencia y características, resultan inevitables. Desde esa perspectiva, en línea de principio, tanto el riesgo quirúrgico como el anestésico no son reprochables al galeno, por su inevitabilidad, y por ende no generan obligación reparatoria a cargo de este.

En sentencia reciente del H. Corte Suprema de Justicia del 24 de mayo de 2017, sentencia SC7110-2017, dijo respecto del riesgo inherente:

“... Frecuentemente el médico se encuentra con los riesgos inherentes al acto médico, sea de ejecución o de planeamiento, los cuales son inseparables de la actividad médica, por cuanto no puede predicarse que la medicina sea una ciencia exacta y acabada, sino en constante dinámica y evolución. Al respecto, la literatura sobre responsabilidad médica, como la reiterada jurisprudencia de esta Sala, es pacífica en sostener y reconoce que **la Medicina es una ciencia en construcción, y, por tanto, apareja la existencia de ciertos riesgos inherentes a la realización de ciertos procedimientos médicos, los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa.**

La expresión riesgo inherente, se compone de dos términos: de riesgo, el cual, según la RAE, es “contingencia o proximidad de un daño (...). Cada una de las contingencias que pueden ser objeto de un contrato de seguro (...). Estar expuesto a perderse o a no verificarse”^[4]; e inherente entendido

como aquello: “Que por su naturaleza está de tal manera unido a algo, que no se puede separar de ello”¹. Por lo tanto, debe juzgarse dentro del marco de la responsabilidad médica que riesgos inherentes son las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con éste, sea por causa de las condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnicas o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la lex artis....” (Subrayas y negrillas son mías).

La **SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, SUBSECCIÓN B**, Consejero ponente: Alberto Montaña Plata, del 10 de abril de 2019, **Radicación:** 25000-23-26-000-2005-01794-01 (40916) coincide en esta postura:

“Corresponde, entonces, analizar para efectos de determinar la antijuridicidad del daño, si se trató de un riesgo inherente al procedimiento, el cual fue informado por el centro médico a la paciente, la cual aceptó exonerando de responsabilidad a la institución médica por el resultado final. (...)

48. Ahora bien, el consentimiento informado se define como “... la aceptación libre por parte de una paciente de un acto diagnóstico o terapéutico después de haberle comunicado adecuadamente su situación clínica”¹. Es entonces, una autorización dada por el paciente sin ninguna coacción, basada en el entendimiento razonable de lo que sucederá, previo a la explicación del procedimiento, y los riesgos y beneficios del mismo.

49. En el caso concreto, la señora Ana del Pilar Quiroz Díaz fue informada de los riesgos de la intervención, como “lesión de vasos arteriales o venosos (que provocan hemorragias) lesiones intestinales, lesiones de otros órganos intraabdominales, etc., que requieran explorar el abdomen mediante una laparotomía y necesiten el consenso de otros especialistas” y, se acreditó que la perforación rectal presentada durante el procedimiento de histerectomía laparoscópica, era una complicación posible y, la no detección de la perforación y/o su diagnóstico posterior es usual en un procedimiento de este tipo.

(...)

51. Hasta este punto se puede concluir que, la perforación en el recto sufrida en el procedimiento quirúrgico era un riesgo inherente al procedimiento, que se ubicaba dentro de los riesgos advertidos a la paciente, y aceptados por ella.”

No cabe duda, que el Dr. PALACIOS, le explicó a la paciente tanto el procedimiento sugerido, como los riesgos más frecuentes de este; entre los cuales se incluye el de **PERFORACIÓN**.

La literatura científica, indica que este es uno de los riesgos inherentes del procedimiento de colonoscopia, cuya materialización no depende en sí de la voluntad del cirujano. Por ello, consideró tan importante el Dr. PALACIOS,

¹ Cita de la Sentencia: Ver documento “Garantizar la función de los procedimientos de consentimiento informado” del Ministerio de Protección Social en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Garantizar%20la%20funcionalidad%20de%20los%20procedimientos%20de%20consentimiento%20informado.pdf>.

mentonar a la paciente este riesgo y así se dejó constancia en el consentimiento informado que suscribió la paciente previo a la realización de la colonoscopia.

En conclusión se trata de la ocurrencia de un riesgo inherente del procedimiento de colonoscopia practicado a la paciente, que era además conocido por el paciente, quien aceptó someterse a la colonoscopia siendo conocedora que implicaba la asunción de riesgos inherentes, que como se ha mencionado ocurre a pesar del actuar diligente, prudente y perito del Dr. PALACIOS y de haber tomado todas las medidas para mitigar su posible ocurrencia; hasta el momento del alta, posterior a la colonoscopia, la paciente evolucionó satisfactoriamente, no presentó dolor, ni vómito, ni náuseas, ni ningún síntoma que hiciera pensar en la ocurrencia de la complicación, por lo que se le dio el alta y con posterioridad, al Dr. PALACIOS nunca se le dio aviso de la re-consulta y posterior hospitalización de la paciente, quien quedó a cargo de los médicos y especialistas de la Institución que le dieron el manejo quirúrgico y hospitalario que requirió; a pesar del cual su evolución o fue satisfactoria, teniendo que ser trasladada posteriormente a otra institución, donde después de determinar que la patología abdominal ya se había superado, falleció mientras se verificaba si padecía un problema cardíaco.

V. SOLICITUD

En razón a lo expuesto en estos alegatos, en consonancia, respecto a lo contestado en la demanda y conforme a lo probado en el proceso, solicito respetuosamente que se confirme la Sentencia Apelada, negando las pretensiones de los demandantes.

Que en cualquier caso no se declare administrativamente responsable al doctor OLIVERIO HERNÁN PALACIOS VARELA, ya que el demandante no probó los requisitos esenciales e indispensables para que prospere la acción de reparación directa; el actuar médico de mi prohiado fue prudente, diligente, perito y con sujeción a la lex artis.

Con el acostumbrado respeto,



LINA MARCELA BORJA RIVERA
C.C. No. 1.112.459.279.
T.P. No. 262.921 C.S. de la J.