

Señores.

JUZGADO OCTAVO (8°) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

j08cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL
RADICADO: 760013103008-2023-00322-00
DEMANDANTES: GUILLERMO HERNANDEZ Y OTROS
DEMANDADO: INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA Y OTROS

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

MARÍA CAMILA AGUDELO ORTIZ, mayor de edad, domiciliada y residente de Bogotá D.C., identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 1.016.094.369 expedida en Bogotá D.C., abogada en ejercicio portadora de la T. P. No. 347.291 del C.S. de la J., obrando como apoderado especial del **INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA** propietaria de **CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS** (en adelante solamente **CLÍNICA NSDR**), tal como consta en el poder que obra en el expediente. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, procedo a presentar la **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** promovida por el señor GUILLERMO HERNANDEZ y otros, en contra de mi representada, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio, se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hacen a continuación, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho, en los siguientes términos:

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

I. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO “1”: De la redacción sintáctica de este numeral se desprenden varias afirmaciones, frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- No me consta que “CHRISTIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.) haya

nacido en la ciudad de Yumbo, Valle, el 13 de julio de año 2000”, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por CLINICA NSDR, toda vez que no es un hecho propio de la IPS, ni en la que participe o injiera de forma directa ni indirecta por lo que desconoce cualquier situación al respecto y no puede negarlo ni aceptarlo. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

No obstante, de las pruebas documentales obrantes en el expediente, tales como el Registro Nacimiento de CHRISTIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.), se evidencia si bien es cierto que CHRISTIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.) nació el 13 de Julio del 2000, nació en la Ciudad de Cali (V) y no de Yumbo (V) como fue expuesto:

ORGANIZACIÓN ELECTORAL REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL									
NUIP 00-07-13				REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO			Indicativo Serial 30136859		
Datos de la oficina de registro - Clase de oficina									
Registraduría	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número 07	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código 9691			
País - Departamento - Municipio - Corregimiento y/o Inspección de Policía									
COLOMBIA VALLE DEL CAUCA SANTIAGO DE CALI									
Datos del inscrito									
Primer Apellido					Segundo Apellido				
HERNANDEZ					SILVA				
Nombre(s) CRISTHIAN DAVID									
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH	
Año 2000	Mes Ju	Día 13		MASCULINO		0		POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento y/o Inspección)									
COLOMBIA VALLE DEL CAUCA SANTIAGO DE CALI									
Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos							Número certificado de nacido vivo		
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO							A1998162		

- No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante respecto a las “relaciones de parentesco” que éstos ostentaban con CHRISTIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.), pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por CLINICA NSDR. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y

de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

- No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante respecto a lo referente a que *“Todos ellos constituían una familia unida por lazos afectivos, compartiendo y disfrutando juntos los buenos momentos y vicisitudes de la vida”*, toda vez que no se aporta prueba idónea que permita acreditar la existencia de dicha relación familiar y la supuesta convivencia, siendo esta una afirmación meramente subjetiva de la parte demandante que carece de sustento probatorio en el expediente.

En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO “2”: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por CLINICA NSDR, toda vez que no es un hecho propio de la IPS, ni en la que participe o injiera de forma directa ni indirecta por lo que desconoce cualquier situación al respecto y no puede negarlo ni aceptarlo. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO “3”: De la redacción sintáctica de este numeral se desprenden varias afirmaciones, frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- No es cierto que *“el menor CHRISTIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.) era un niño completamente sano, sin ningún tipo de antecedentes clínicos, ni discapacidad, ni enfermedad, ni comorbilidad alguna”*, pues de la Historia Clínica del día 17 de junio del 2017 se evidencia que al menor le fue diagnosticado *“APENDICITIS AGUDA SUPURATIVA”*, y *“PERIAPENDICITIS AGUDA”*. en ese

sentido, se evidencia que cuando el menor ingresó a las instalaciones de CLINICA NSDR ya contaba con dichas patologías. Dejando claridad de que desde su ingreso por triage el menor fue valorado de manera continua y monitorizado, con valoraciones del equipo interdisciplinario en las diferentes áreas en las que recibió atención médica intrainstitucional.

Asimismo, es relevante resaltar que como se evidencia en Historia Clínica aportada con el presente escrito, el menor tenía antecedentes familiares que aumentaban su predisposición a ciertas condiciones de salud, específicamente:

- **Antecedentes maternos:** Madre con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II (DM II).
- **Antecedentes paternos:** Padre con diagnóstico de Hipertensión Arterial (HTA).

FAMILIARES
Maternos: MADRE: DM II
Paternos: PADRE: HTA

Por lo anterior, se concluye que el estado de salud del menor no era el de un niño completamente sano, como se afirma en el hecho “3” de la demanda.

- No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante respecto a lo referente a que el menor tenía “fuertes vínculos emocionales con su familia”, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por CLINICA NSDR. No obstante, no se aporta prueba idónea que permita acreditar la existencia de dicha cercanía emocional, siendo esta una afirmación meramente subjetiva de la parte demandante que carece de sustento probatorio en el expediente. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.
- No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante respecto a lo

referente a que CHRISTIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.) “asistía al colegio como cualquier otro niño de su edad, con buen rendimiento académico”, pues no se aportan pruebas documentales que respalden dicha afirmación, como boletines de calificaciones, o informes académicos emitidos por la institución educativa. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, ello resulta indiferente de cara al problema jurídico del proceso.

FRENTE AL HECHO “4”: Después de verificar la Información de afiliación de CHRISTIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.) en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se evidencia que es cierto lo dispuesto en el hecho objeto de asunto.

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1192804736
NOMBRES	CRISTHIAN DAVID
APELLIDOS	HERNANDEZ SILVA
FECHA DE NACIMIENTO	****/****
DEPARTAMENTO	VALLE
MUNICIPIO	YUMBO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
AFILIADO FALLECIDO	COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. "COOMEVA E.P.S. S.A."	CONTRIBUTIVO	13/07/2000	22/07/2017	BENEFICIARIO

FRENTE AL HECHO “5”: De las pruebas documentales aportadas por el demandante, en especial la Historia Clínica del Hospital la Buena Esperanza de Yumbo datada del 16 de junio de 2017, se evidencia que lo dispuesto en el presente hecho es cierto respecto a que en la misma HC se dispone “*Motivo de Consulta: Tiene dolor abdominal. Enfermedad actual: Paciente quien refiere cuadro clínico de dolor abdominal, refiere en epigastrio2, acompañado de un episodio de emesis3 de contenido alimentario, no ha presentado alzas térmicas, sin ninguna otra sintomatología*”.

No obstante, se aclara que no se evidencia en la Historia Clínica mencionada que “no se registran antecedentes personales o patológicos de importancia”. Por el contrario, lo que se consigna en dicho documento es que el paciente “no refiere” antecedentes, lo cual corresponde únicamente a la información proporcionada por el propio paciente al momento de su ingreso, sin que ello implique una verificación clínica o documental por parte del personal médico.

FRENTE AL HECHO “6”: No es un hecho propio, sino la transcripción literal de una historia

clínica elaborada por una entidad completamente diferente e independiente a la que represento. Se reitera que dicha historia clínica corresponde a una fuente externa, cuyos datos fueron consignados bajo la exclusiva responsabilidad de la institución que la emitió, sin que exista nexo alguno con la entidad que defiende en este proceso.

FRENTE AL HECHO “7”: No es un hecho propio, sino la transcripción literal de una historia clínica elaborada por una entidad completamente diferente e independiente a la que represento. Se reitera que dicha historia clínica corresponde a una fuente externa, cuyos datos fueron consignados bajo la exclusiva responsabilidad de la institución que la emitió, sin que exista nexo alguno con la entidad que defiende en este proceso.

FRENTE AL HECHO “8”: No me consta que, a las 17:33 horas, el paciente haya sido trasladado en ambulancia en compañía de un familiar a la Clínica Nuestra Señora de Los Remedios de Cali, toda vez que mi conocimiento sobre los hechos se circunscribe únicamente al momento en que el paciente ingresó a dicha institución, sin que pueda certificar o dar fe de lo ocurrido con anterioridad a su arribo.

FRENTE AL HECHO “9”: El cierto que el 16 de junio de 2017 el paciente CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.) ingresa a la IPS CLINICA NSDR de Cali remitido del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo. Al respecto, se indica que, desde su ingreso por triage el menor fue valorado de manera continua y monitorizado, con valoraciones del equipo interdisciplinario en las diferentes áreas en las que recibió atención médica intrahospitalaria.

Es cierto que en la nota de ingreso se dispuso lo siguiente:

Motivo de Consulta: Paciente remitido de Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, cuadro clínico de 1 día de evolución consistente en dolor abdominal en flanco derecho. Náuseas. Escala del Dolor 8/10.

(...)

HISTORIA DE INGRESO: 16/06/2017 – 17:34 H

Anamnesis

Motivo de Consulta: “Me remitieron”.

Enfermedad actual: Paciente masculino, 16 años de edad, sin antecedentes

relevantes, ingresa al servicio de urgencias remitido de yumbo, valle, con dx11: Dolor abdominal en estudio, paciente refiere cuadro clínico de 2 días de evolución consistente en dolor abdominal, tipo cólico, localizado en epigastrio, continuo, con irradiación a fosa ilíaca derecha, acompañado de emesis de contenido alimentario, e hiporexia¹², niega alza térmica, niega otra sintomatología.

Nota: Inicialmente acude a hospital de Yumbo donde ordenan paraclínicos entre estos CH: Leucos: 14370, neutros: 83.3%, linfos 10.2%, monocitos 6.2%, eos 0.2%, HB 15.3, HTO 45.8, Plaquetas 262.000, uroanálisis no patológico. (...).

FRENTE AL HECHO “10”: Es cierto. Tras la identificación de los síntomas y el diagnóstico inicial, se solicitó de inmediato la interconsulta con Cirugía General para proceder con el manejo adecuado. Esta acción demuestra el compromiso de la institución por brindar la atención especializada, siguiendo los protocolos médicos correspondientes para el tratamiento de la apendicitis. La intervención médica fue realizada con prontitud, buscando en todo momento la mejor opción para el paciente.

FRENTE AL HECHO “11”: De la redacción sintáctica de este numeral se desprenden varias afirmaciones, frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- Es cierto. Según consta en la historia clínica, a las 17:34 horas el paciente fue ingresado y, tan solo 20 minutos después, a las 17:54 horas, ya estaba siendo evaluado por el Cirujano Dr. JOSE FERNANDO GUITARRERO. Esto refleja la rapidez y eficiencia con la que se atendió al paciente en la institución.

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION DE INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL UBICACION: CONSULTORIO 1 SEDE: CLINI REMEDIOS INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA FECHA: 16/06/2017 17:54
SUBJETIVO .

- Es cierto igualmente que el Dr. JOSE FERNANDO GUITARRERO ordenó el procedimiento quirúrgico de apendicectomía por laparoscopia como urgencia vital, previa profilaxis con Ampicilina/Sulbactam, lo cual demuestra la pronta y adecuada respuesta médica frente a la situación, tomando en cuenta la evaluación clínica y la necesidad de intervención quirúrgica para prevenir complicaciones mayores.

FRENTE AL HECHO “12”: De la redacción sintáctica de este numeral se desprenden varias afirmaciones, frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- Es cierto que ese mismo día, el 16 de junio de 2017, y a muy pocas horas de su ingreso, el paciente fue intervenido quirúrgicamente, lo que demuestra una respuesta rápida y oportuna del equipo médico, acorde con la situación clínica del paciente en ese momento. Al respecto, se indica que se encontraron los hallazgos de i) Apendicitis aguda en fase gangrenada con peritonitis localizada y plastrón local, y ii) Despliegue de serosa de asa yeyunal después de la liberación del plastrón.

HALLAZGOS

APENDICITIS AGUDA EN FASE GANGRENADA CON PERITONITIS LOCALIZADA Y PLASTRON LOCAL.
DESPULMIENTO DE SEROSA DE ASA YEYUNAL DESPUES DE LA LIBERACION DEL PLASTRON.◦

Ahora, como se evidencia en Historia Clínica aportada, la Descripción Quirúrgica fue la siguiente:

ANALISIS

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA: ASEPSIA ANTISEPSIA.
CAMPOS DE CIRUGIA.
ACCESO LAPAROSCOPICO UMBILICAL CON TECNICA ABIERTA
INSUFLACION DE NEUMOPERITONEO Y HALLAZGOS.
SE PROCEDE A DISECCION DEL MESO APENDICE. Y LIBERACION DE PLASTRON.
SE REALIZA ENTERORRAFIA POR LAPAROSCOPIA DE DESULMIENTO DE SEROSA DE ASA YEYUNAL INMISCUIDA EN PLASTRON CON VICRYL 3 - 0.
SE REALIZA APENDICECTOMIA CON DOBLE HEMOLOCK PROXIMAL Y HEMOLOCK DISTAL.
SE EXTRAE PIEZA QUIRURGICA POR PUERTO UMBILICAL.
SE REALIZA DRENAJE DE PERITONITIS LOCALIZADA.
RETIRO SEGURO DE PUERTOS Y EVACUACION DE NEUMOPERITONEO.
CIERRE POR PLANOS, FASCIA CON VICRYL 1, PIEL CON PROLENE 3 - 0.

A partir de la descripción quirúrgica anteriormente citada, se evidencia que el procedimiento realizado consistió en una apendicectomía laparoscópica con hallazgos de **plastrón apendicular y compromiso de asa yeyunal**, lo que requirió una enterorrafia para la corrección de la lesión observada. Asimismo, se evidencia la presencia de peritonitis localizada, la cual fue abordada mediante drenaje adecuado.

En este sentido, se resalta que la intervención se llevó a cabo bajo los protocolos establecidos de asepsia y antisepsia, utilizando técnicas de acceso laparoscópico

con insuflación de neumoperitoneo y extracción segura de la pieza quirúrgica, lo que demuestra que se siguieron los estándares médicos pertinentes para la atención del paciente.

Es importante mencionar que la existencia de un **plastrón apendicular** sugiere que **el proceso inflamatorio tenía una evolución prolongada, debido a una perforación apendicular**. Al respecto, en el artículo “Tratamiento y seguimiento del plastrón apendicular” del Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Donostia. San Sebastián, se dispone:

*El **plastrón apendicular** es una forma de presentación poco frecuente de la apendicitis. Se trata de una masa inflamatoria debida a **perforación apendicular**, en la que pueden participar tanto asas de intestino delgado como epiplón, así como otros órganos (Negrilla y sublinea fuera de texto original).*

Ahora, se precisa que la **perforación apendicular** es una complicación grave de la apendicitis aguda, que ocurre cuando el apéndice inflamado se rompe o perfora. Al respecto, se indica que “los factores asociados a la perforación apendicular que tienen mayor impacto son el tiempo transcurrido del **inicio de la sintomatología hasta la resolución quirúrgica**”. Esta información resulta de vital importancia en el presente caso, ya que el motivo de ingreso del paciente a la institución fue "**dolor abdominal en flanco derecho y náuseas de 48 horas de evolución**". Como se evidencia, ya había transcurrido un tiempo significativo entre el inicio de los síntomas y el ingreso a la clínica que represento.

PACIENTE MASCULINO, 16 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES RÉLEVANTES, INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS REMITIDO DE YUMBO - VALLE, CON DX: DOLOR ABDOMINAL EN ESTUDIO, PCTE REFIERE CUADRO CLINICO DE 2 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL, TIPO COLICO, LOCALIZADO EN EPIGASTRIO, CONTINUO, CON

Es importante señalar que el retraso en la atención médica no fue atribuible a la institución, sino a la decisión de la familia del paciente de no ingresarlo de inmediato a urgencias ante la existencia de síntomas de dolor abdominal. Tal como se evidencia en la historia clínica, el paciente presentó síntomas de dolor abdominal dos (2) días antes de decidir acudir a la atención médica. Este tiempo transcurrido

antes de la intervención quirúrgica podría haber sido un factor determinante en el desarrollo de la **perforación apendicular**, complicación que generalmente se asocia con la demora en la atención de una apendicitis aguda.

No obstante, se puede apreciar que la clínica actuó con rapidez y diligencia en el manejo del caso. La institución no podía proceder a la intervención quirúrgica sin antes realizar las valoraciones y exámenes necesarios para evaluar el estado del paciente de manera adecuada. Sin embargo, a las muy pocas horas de su ingreso, el paciente fue operado, lo que refleja la prontitud con la que se actuó una vez que se contó con la información suficiente para tomar la decisión quirúrgica.

- No es cierto que “*el paciente se encontraba en óptimas condiciones al momento del ingreso al quirófano*”, pues, como se indicó, dentro de los hallazgos se evidenció la presencia de un plastrón apendicular, que puede ocurrir cuando el apéndice inflamado no se trata de manera temprana. Sin embargo, esto no es indicativo de una deficiencia en el manejo por parte de la clínica, ya que el personal médico actuó con la debida diligencia al evaluar la situación y proceder con la intervención quirúrgica en el menor tiempo posible, una vez realizada la valoración clínica necesaria. Fue el paciente quien decidió acudir a la atención médica aun cuando presentaba síntomas con dos (2) días de antelación.

En perjuicio de lo expuesto, no puede dejarse de lado la falta al deber objetivo de cuidado por parte de los padres del menor, los señores GUILLERMO HERNANDEZ y NELLY SILVA, quienes, como sus representantes legales y responsables de su bienestar, tenían la obligación de velar por la salud de su hijo en todo momento. Es particularmente relevante resaltar que el menor presentó síntomas de dolor abdominal con dos días de antelación antes de buscar atención médica, lo cual evidenciaría la falta de diligencia en la actuación de los padres al no haber tomado las medidas necesarias para acudir a urgencias a tiempo. El deber de cuidado de los padres incluye la obligación de actuar con prontitud frente a señales claras de malestar o enfermedad en sus hijos, lo que en este caso no ocurrió, lo cual pudo haber influido en la evolución clínica del menor y el desarrollo de complicaciones.

FRENTE AL HECHO “13”: De la redacción sintáctica de este numeral se desprenden

varias afirmaciones, frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- Es cierto que a las 19:35 horas del 16 de junio de 2017 (a muy pocas horas de su ingreso), el paciente fue intervenido quirúrgicamente, lo que demuestra una respuesta rápida y oportuna del equipo médico, acorde con la situación clínica del paciente en ese momento.
- Es cierto que en la Historia Clínica se dispuso como descripción Quirúrgica

Asepsia y antisepsia

Campos de cirugía

Acceso laparoscópico umbilical con técnica abierta

Insuflación de neumoperitoneo¹⁹ y hallazgos.

Se procede a disección del meso-apéndice y liberación de plastrón^{19, 20}.

Se realiza enterorrafia por laparoscopia de despulimiento de seroso de asa yeyunal, inmiscuida en plastrón con vicryl 3-0.

Se realiza apendicectomía con doble hemolock²¹ proximal y hemolock distal.

Se extrae pieza quirúrgica por puerto umbilical.

Se realiza drenaje de peritonitis localizada.

Retiro seguro de puertos y evacuación de neumoperitoneo.

Cierre por planos, fascia con vicryl 1, piel con prolene 3 – 0.

A partir de la descripción quirúrgica citada, se observa que el procedimiento consistió en una apendicectomía laparoscópica con hallazgos de **plastrón apendicular** y compromiso de asa yeyunal, lo que requirió una enterorrafia para corregir la lesión. Además, se trató una peritonitis localizada mediante drenaje adecuado. La intervención se realizó siguiendo los protocolos de asepsia y antisepsia, con técnicas laparoscópicas y extracción segura de la pieza quirúrgica, cumpliendo con los estándares médicos pertinentes.

La presencia de un plastrón apendicular indica una evolución prolongada de la apendicitis, debido a la perforación del apéndice. Según la literatura médica, los factores más relevantes para la perforación apendicular incluyen el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la intervención quirúrgica. En este caso, el paciente ingresó con 48 horas de síntomas, lo que denota un retraso significativo en la atención.

Es importante señalar que el retraso no fue atribuible a la institución, sino a la decisión del paciente de no acudir a urgencias inmediatamente. A pesar de ello, la clínica actuó con rapidez. Aunque no pudo proceder sin antes realizar las valoraciones necesarias, el paciente fue operado pocas horas después de su ingreso, lo que demuestra la diligencia de la clínica en el manejo del caso.

FRENTE AL HECHO “14”: No se trata de un hecho en sí mismo, sino de la transcripción literal de un fragmento de la historia clínica. No obstante, de dicho extracto se puede observar lo siguiente:

- Que el equipo quirúrgico se encontraba adecuadamente constituido, ya que estuvo integrado por especialistas de Anestesiología, Cirugía General, Circulante de Cirugía e Instrumentadora Quirúrgica, lo que evidencia la adecuada preparación y el manejo profesional del procedimiento.
- Que, tras la cirugía, se definió un plan de hospitalización, que incluyó un manejo analgésico adecuado, y se estableció el plan para la iniciación de vía oral en la mañana siguiente (AB EV23). Este seguimiento postoperatorio demuestra que se tomaron las medidas necesarias para asegurar la recuperación del paciente y el monitoreo adecuado de su estado de salud.

FRENTE AL HECHO “15”: No es cierto que la presencia del uso de dispositivos eléctricos y térmicos durante la cirugía implique una falta de pericia en el procedimiento realizado. En primer lugar, es importante aclarar que el uso de electrobisturí es una técnica estándar y aceptada en cirugía laparoscópica, utilizada para cortar y/o coagular tejidos con la finalidad de mejorar la seguridad y efectividad del procedimiento. Además, la mención del uso de

dicho instrumental está debidamente registrada en la historia clínica, lo que refleja el cumplimiento de los protocolos quirúrgicos establecidos. Al respecto, en el documento “¿En qué consisten los electrobisturís y cómo funcionan?” de la Institución AD+ MEDICAL se dispone:

*“El **electrobisturí** es un dispositivo médico utilizado en cirugías y procedimientos para cortar, coagular, fulgurar o desecar tejidos. Funciona generando calor a partir de fenómenos eléctricos y puede operar en modo monopolar o bipolar.*

*Además, su uso en cirugías permite una **reducción del sangrado y daño térmico**, garantizando asepsia y eficiencia”.*

Es relevante señalar que, en el caso particular, la cirugía se llevó a cabo bajo estrictos estándares de asepsia y antisepsia, y fue realizada por un equipo quirúrgico conformado por profesionales calificados, con las competencias necesarias para llevar a cabo este tipo de procedimientos. Asimismo, la ocurrencia de lesiones intestinales no está relacionada con el uso de dichos dispositivos, sino que puede deberse a la complejidad del caso, como lo refleja la existencia de un **plastrón apendicular** y la intervención quirúrgica de emergencia en condiciones críticas. Por tanto, no se puede concluir que haya habido una falta de pericia por parte del cirujano basándose únicamente en la presencia del uso de tecnología quirúrgica estándar

FRENTE AL HECHO “16”: De la redacción sintáctica de este numeral se desprenden varias afirmaciones, frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- Es cierto que, el 17 de junio de 2017, a las 10:17 a.m., la Dra. CINDY CATHERINE MONCADA REYES, médica general, valoró al paciente para analizar su evolución, lo que demuestra que la institución realizó un seguimiento postoperatorio oportuno y diligente. La evaluación médica permitió monitorear la condición clínica del paciente, evidenciando que se encontraba hemodinámicamente estable y sin signos de complicaciones mayores, lo que refleja el cumplimiento de los protocolos de atención médica establecidos para su recuperación.

ANALISIS

paciente con diagnosticos anotados, **hemodinamicamente estable**, se realiza ajuste de analgesia

- Respecto de la afirmación “hace el siguiente registro en la historia Clínica:

Paciente en el momento persiste persistencia (sic) de dolor abdominal a nivel de hipogastrio a pesar de analgesia ya administrada, diuresis ++²³, flatos ++²⁵, no emesis.

Al examen fisico:

Buen estado general, rscrs²⁷ (sic), no soplos campos pulmonares sin agregados.

Abdomen defendido, dolor a la palpación a nivel de hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal.

Extremidades sin edemas.

SNC sin déficit.

Análisis:

Paciente con diagnósticos anotados, hemodinámicamente estable, se realiza ajuste de analgesia.

Plan: Tramadol amp 50 sc ahora y continuar iv cada 8 horas.

”

Se indica que no se trata de un hecho en sí mismo, sino de la transcripción literal de un fragmento de la historia clínica. No obstante, de dicho extracto se puede observar lo siguiente:

- La persistencia de dolor abdominal, aunque presente, es una condición esperable en el contexto de un postoperatorio inmediato, especialmente tras un procedimiento quirúrgico que abordó complicaciones como el plastrón apendicular y la peritonitis.

La indicación de tramadol para ajustar la analgesia indica que el equipo médico actuó proactivamente para manejar el síntoma.

- A pesar del dolor, el paciente se encontraba **hemodinámicamente estable**, con un examen físico que no mostró signos de alarma como irritación peritoneal activa o déficits sistémicos, lo que refleja un adecuado manejo clínico postquirúrgico.
- El ajuste del plan de analgesia y el monitoreo de signos vitales y síntomas (diuresis, flatos, ausencia de emesis) demuestran un protocolo orientado a garantizar el bienestar del paciente y su pronta recuperación.

FRENTE AL HECHO “17”: Se indica que no se trata de un hecho en sí mismo, sino de la transcripción literal de un fragmento de la historia clínica. No obstante, de dicho extracto se puede observar lo siguiente:

- El paciente presentó una evolución postoperatoria estable, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), tolerando la vía oral y sin manifestar síntomas como vómito o fiebre.
- El examen físico indicó un abdomen sin signos de defensa o dolor, evidenciando una adecuada respuesta al tratamiento quirúrgico y médico. Además, el plan de manejo con dieta líquida completa, antibióticos y analgésicos refleja la correcta aplicación de los protocolos clínicos para su recuperación.
- La institución CLINICA NSDR brindó un seguimiento continuo y oportuno, lo que reafirma el compromiso con el bienestar del paciente conforme a los estándares médicos vigentes.

FRENTE AL HECHO “18”: Se indica que no se trata de un hecho en sí mismo, sino de la transcripción literal de un fragmento de la historia clínica. No obstante, de dicho extracto se puede observar lo siguiente:

- El paciente en dicho seguimiento de evolución se encontraba en condiciones generales aceptables, sin signos de dificultad respiratoria y con un abdomen sin

masas, megalias ni signos de irritación peritoneal. Las heridas quirúrgicas estaban adecuadamente cubiertas, lo que demuestra un adecuado control postoperatorio.

- Además, se resalta que el paciente continuaba recibiendo el tratamiento antibiótico correspondiente y presentaba una evolución postoperatoria satisfactoria, tolerando la vía oral y sin signos de respuesta inflamatoria sistémica.
- Este seguimiento clínico confirma que la institución brindó una atención continua y diligente, ajustando el manejo analgésico conforme a la evolución del paciente y garantizando su recuperación de acuerdo con los protocolos médicos establecidos.
- Se destaca que el demandante omitió en su cita textual la parte del plan que indica “resto igual manejo”, lo que demuestra que la indicación médica era continuar con el tratamiento previamente instaurado, adicionando únicamente la administración de acetaminofén 500 mg, 2 tabletas cada 6 horas.

PLAN

- ACETAMINOFEN TAB 500 MG. DAR 2 TAB CADA 6 HRS
- RESTO IGUAL MANEJO

Esta omisión por parte del demandante podría generar una interpretación sesgada de la evolución del paciente, ya que el plan médico no sufrió cambios sustanciales, sino que se mantuvo el manejo inicial, evidenciando la estabilidad clínica del paciente y la adecuación del tratamiento implementado por la institución.

FRENTE AL HECHO “19”: De la redacción sintáctica de este numeral se desprenden varias afirmaciones, frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- Es cierto que el 19 de junio de 2017, a las 5:34 Horas, el paciente es valorado y se consigna el estado de su evolución clínica; lo que demuestra que la institución realizó un monitoreo continuo y oportuno de su condición postoperatoria. Asimismo, evidencia que se implementaron las acciones médicas necesarias para investigar y manejar los síntomas reportados, cumpliendo con los protocolos de atención establecidos.

- Respecto de la afirmación “La nota es firmada por el Doctor OSCAR JAVIER VIVEROS PANTOJA y en ella se puede leer lo siguiente:

*Cama 323
CHRISTIAN DAVID HERNÁNDEZ
16 años
Diagnósticos:
1. POP de apendicectomía laparoscópica 16/06/17.
Hallazgos: Apendicitis aguda en fase gangrenada con peritonitis localizada y plastrón local.
Despulgamiento de serosa de asa yeyunal después de la liberación del plastrón.
Paciente quien dice que tiene distensión y dolor abdominal , no ha expulsado flatos, ni deposición.
Objetivo:
Alerta, orientado, facies algica, leve astenia, pálido, mucosas húmedas.
Abdomen con heridas quirúrgicas sin eritema, ni secreción, levemente distendido, blando, dolor a la palpación sobre mesogastrio, con aumento del peristaltismo, sin irritación peritoneal.
Extremidades sin edemas.
Sin alteraciones neurológicas.
Análisis:
Paciente en su tercer día de posoperatorio de apendilap, con dolor y distensión abdominal, indico paraclínicos para investigar íleo² para tomar ahora.
(...)
Notas aclaratorias: Se deja constancia que se solicita también PCR³ para investigar proceso infeccioso intra-abdominal en curso.*

Se indica que no se trata de un hecho en sí mismo, sino de la transcripción literal de un fragmento de la historia clínica. No obstante, de dicho extracto se puede observar lo siguiente:

1. Se observa que el médico tratante tomó medidas inmediatas ante la presencia de distensión y dolor abdominal, ordenando exámenes paraclínicos para investigar un posible íleo y una Prueba de proteína C Reactiva (PCR) para descartar procesos infecciosos intraabdominales. Esto demuestra que la atención brindada fue diligente y acorde con los estándares médicos, garantizando un abordaje integral de la condición del paciente.
2. Además, se resalta que las heridas quirúrgicas se encontraban en buen estado, sin signos de complicaciones locales como eritema o secreción, lo que refuerza la adecuada evolución postoperatoria y el correcto manejo hospitalario.

FRENTE AL HECHO “20”: Es cierto que el 19 de junio de 2017, a las 07:10 horas, la

doctora SANDRA MILENA LOZADA RÍOS realizó una nota de evolución del paciente, lo que demuestra que la institución continuó con un seguimiento riguroso de la evolución clínica del paciente. Además, se evidencia que, ante la persistencia de síntomas, se ordenaron estudios diagnósticos y se ajustó el manejo analgésico, asegurando así una atención médica diligente y acorde con los protocolos establecidos.

FRENTE AL HECHO “21”: Es cierto que el 19 de junio de 2017, a las 11:05 AM, el paciente fue valorado por el doctor PEDRO HURTADO, Cirujano General, lo que demuestra que la evolución clínica del paciente fue nuevamente evaluada de manera oportuna. Según la nota, el paciente se encontraba afebril, sin signos de emesis ni fiebre, y no presentaba dolor a la palpación en el abdomen ni signos de irritación peritoneal, lo cual refleja una evolución postoperatoria sin complicaciones graves inmediatas.

Sin embargo, se destaca que el paciente mostró signos de deshidratación, lo que motivó la administración de un bolo de solución salina normal (SSN) y ajustes en la medicación. Esto muestra que el equipo médico continuó monitorizando de manera proactiva la condición del paciente y ajustando el tratamiento conforme a su estado clínico, manteniendo un seguimiento adecuado de su recuperación.

OBJETIVO
ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, ALERTA, AFEBRIL. FC: 112 LPM.
MUCOSAS SECAS.
ABDOMEN: DISTENDIDO, NO DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. HERIDA QUIRURGICA SIN SIGNOS DE INFLAMACION CUBIERTA CON APOSITOS.
ANÁLISIS
PACIENTE CON EVOLUCION POSOPERATORIO ESTACIONARIA. AL MOMENTO CON SIGNOS DE DESHIDRATACION CON TAQUICARDIA PASAR UN BOLO DE 300 SSN ,SE SUSPENDE HIOSCINA. SE INDICA INICIAR DIETA COMUN Y SE INSISTE EN DEAMBULACION. ATENTOS A EVOLUCION CLINICA.
PLAN
- DIETA COMUN.
- SUSPENDER HIOSCINA.
- IOM.

FRENTE AL HECHO “22”: Se indica que no se trata de un hecho en sí mismo, sino de la transcripción literal de un fragmento de la historia clínica. No obstante, de dicho extracto se puede observar lo siguiente:

- A pesar de la dificultad para conciliar el sueño, los signos vitales del paciente eran estables. También se detalló que el abdomen estaba distendido, **pero sin signos de irritación peritoneal** y que el paciente no había tenido deposiciones, **pero estaba tolerando la vía oral.**

Este registro muestra una evaluación clínica integral, en la que se destaca que, aunque el paciente presentaba algunos síntomas típicos del postoperatorio como la distensión abdominal, **no se observaban complicaciones graves**. Además, la recomendación de incentivar la deambulacion y el ajuste de tratamiento con trazodona demuestra que se estaban tomando medidas apropiadas para promover la recuperacion del paciente.

signos vitales estables , abdomen distendido , timpanico , blando depresible sin signos de irritacion peritoneal , ausencia de deposiciones , tolerando via oral
refiere poca deambulacion , se incentiva a deambular con acompaamiento con el fin de aumentar peristaltismo que faciliten liberacion de gases. en caso de persistencia o aumento de distension se considerara paso de sng.

- El seguimiento detallado de su condición, incluyendo la explicación a los familiares sobre el plan de manejo, refleja la atención oportuna y el monitoreo constante por parte del equipo médico, lo cual es un indicio claro de la diligencia en el proceso de recuperacion del paciente.

se explica conducta a seguir a familiar y paciente quienes refieren entender continua analgesia instaurada.

FRENTE AL HECHO “23”: De la redacción sintáctica de este numeral se desprenden varias afirmaciones, frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- Es cierto que el 29 de junio del 2017, a las 11:31 Horas, el paciente es valorado por el Cirujano JOSÉ FERNANDO GUITARRERO PINZÓN.
- Respecto a la nota de evolución, se indica que no se trata de un hecho en sí mismo, sino de la transcripción literal de un fragmento de la historia clínica. No obstante, de dicho extracto se puede observar lo siguiente:
 1. El paciente no presentaba emesis, fiebre, deposiciones ni flatos. Al examen físico, el paciente estaba en condiciones generales regulares, alerta y orientado, con abdomen distendido, pero sin signos de irritación peritoneal ni cambios en la herida quirúrgica.

2. El análisis concluyó que el paciente tenía una evolución postoperatoria estacionaria, con la sospecha de íleo paralítico, por lo cual se solicitó una placa de abdomen simple, hemograma, PCR, y otros estudios clínicos para evaluar la situación de forma más exhaustiva. Se ordenó la colocación de una sonda nasogástrica y el manejo adecuado de líquidos.
3. El plan incluye medidas específicas como la suspensión de la vía oral, administración de líquidos intravenosos, y la realización de pruebas diagnósticas adicionales para monitorear la evolución del paciente. Esto demuestra que el equipo médico estaba tomando decisiones informadas y adoptando las medidas necesarias para continuar el seguimiento postoperatorio del paciente.

FRENTE AL HECHO “24”: se indica que no se trata de un hecho en sí mismo, sino de la transcripción literal de un fragmento de la historia clínica. No obstante, de dicho extracto se puede observar que como el paciente presentaba dificultades para conciliar el sueño, se formula indicación de trazodona, un medicamento utilizado para manejar trastornos del sueño. La medicación fue reformulada, ajustándose a las necesidades del paciente.

FRENTE AL HECHO “25”: Se indica que no se trata de un hecho en sí mismo, sino de la transcripción literal de un fragmento de la historia clínica. No obstante, de dicho extracto se puede observar lo siguiente:

- Si bien se reporta distensión abdominal y dolor difuso, es importante resaltar que estos síntomas son comunes en el postoperatorio inmediato tras una apendicectomía laparoscópica, especialmente cuando el paciente aún está en las primeras etapas de recuperación.
- Los resultados de los paraclínicos, como la acidosis metabólica con alcalosis respiratoria compensatoria y los niveles de gases alterados, son datos que fueron evaluados cuidadosamente dentro del contexto postquirúrgico. Sin embargo, es importante señalar que las fluctuaciones en los valores de laboratorio en este tipo de casos no son infrecuentes y deben ser vigiladas de manera constante, lo que sucedió en este caso, con la presencia de un manejo adecuado de los paraclínicos y la solicitud de medidas adicionales como la radiografía abdominal.

- La recomendación de proceder con una **relaparoscopia** refleja un enfoque clínico apropiado ante los hallazgos y complicaciones del paciente. La solicitud de una cama en UCIN postoperatoria y el turno por urgencias también son medidas preventivas para garantizar que el paciente reciba la atención especializada necesaria ante cualquier complicación mayor que pudiese surgir.
- El registro muestra que el equipo médico tomó las medidas adecuadas de manera integral, con un seguimiento continuo del estado clínico del paciente, **solicitando las pruebas necesarias y ajustando la medicación según los resultados obtenidos**. Este seguimiento adecuado es indicativo de que el hospital y el equipo médico están actuando con prontitud y de acuerdo con los estándares establecidos para casos de este tipo.

FRENTE AL HECHO “26”: De la redacción sintáctica de este numeral se desprenden varias afirmaciones, frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- Es cierto que, cinco días después de la primera cirugía, el 21 de junio de 2017, a las 21:50 H, el paciente fue llevado nuevamente a cirugía debido a la falta de mejoría clínica. Durante los días anteriores, se estuvo evaluando su evolución clínica.

En el período previo a la reintervención, se registraron varios intentos de manejo clínico, que incluyeron la administración de medicación analgésica, el ajuste de la dieta, el uso de la sonda nasogástrica (SNG) para aliviar la distensión y la toma de paraclínicos para evaluar el estado del paciente. Sin embargo, a pesar de estas medidas, la evolución no fue favorable, lo que llevó a la decisión de realizar la reintervención. Demostrando así, que se siguió un protocolo adecuado de observación y manejo del paciente, lo cual es un indicio de que la clínica actuó dentro de las pautas médicas estándar antes de proceder a la reintervención.

- Respecto a la nota de la descripción quirúrgica y hallazgos, se indica que no se trata de un hecho en sí mismo, sino de la transcripción literal de un fragmento de la historia clínica.

- Respecto de la afirmación *“Nótese que la perforación intestinal se presenta a “80 cms de la válvula ileocecal”, es decir, muy alejada de la zona de la cirugía, y más bien, muy cercana a la zona de ingreso de los trócares, que se ubican a esa distancia. Ello demuestra que la perforación se debió a un error de técnica durante el acceso de los trócares a la cavidad abdominal”*. Se indica que se trata de una apreciación subjetiva porque, no existe evidencia objetiva que demuestre que la perforación haya sido causada por un error de técnica durante la colocación de los trócares.

La laparoscopia es un procedimiento mínimamente invasivo, pero, como cualquier intervención quirúrgica, implica riesgos inherentes, incluyendo la posibilidad de lesiones intestinales, que pueden ocurrir incluso cuando se sigue una técnica adecuada. En este caso, la presencia de un plastrón apendicular y la peritonitis generalizada influyen en las condiciones del paciente, complicando la intervención.

En ese sentido, debe advertirse que la clínica actuó con **buena praxis** en este caso, pues a pesar de las complicaciones inherentes al procedimiento, se tomaron medidas adecuadas y diligentes durante la reintervención. La resección segmentaria, la ligadura del meso y la anastomosis término-terminal fueron procedimientos técnicos apropiados y necesarios para manejar la perforación intestinal. Además, la decisión de colocar la sonda nasoyeyunal (SNY) para la nutrición, así como la revisión minuciosa de la cavidad abdominal, refleja una evaluación exhaustiva del paciente para asegurar que no hubiera lesiones adicionales.

La **verificación de hemostasia**, el **conteo de compresas** y la **sutura adecuada** de las diferentes capas de la cavidad abdominal, con materiales adecuados (como Vicryl y Prolene), son evidencias de que se tomaron todas las precauciones para evitar complicaciones postoperatorias, como infecciones o hemorragias. Todo esto muestra que la clínica siguió un protocolo adecuado y que las decisiones tomadas fueron en beneficio del paciente, lo que respalda la **buena praxis médica**.

ANÁLISIS

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA: Asepsia y antisepsia, campos quirúrgicos, se retira sutura de herida quirúrgica umbilical. Hay salida abundante de material intestinal. Se drena, se introduce trócar, Neumoperitoneo, se coloca otro puerto epigástrico. Se inicia aspirado de líquido intestinal y lavado de cavidad. Por la contaminación y el estado de las asas intestinales se decide conversión a laparotomía mediana supraumbilical. Se drena peritonitis, se lava profusamente cavidad abdominal (12 litros de solución salina). Se evidencia perforación intestinal. Se decide resección segmentaria: ligadura del meso, resección, anastomosis termino terminal con sutura continua vicryl 3-0. Se sutura defecto del meso. Se avanza SNY para nutrición quedando a 20 cm más allá del Treitz. Se revisa nuevamente cavidad sin identificar lesiones adicionales. Se seca cavidad. Se verifica hemostasia. Conteo de compresas reportado completo. Sutura de fascia con vicryl 1. Intradérmica prolene 3-0.

- Es cierto que después de la reintervención quirúrgica, dada la gravedad de la condición clínica del paciente, se ordenó su traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), como se indica en la nota quirúrgica y en los registros médicos, debido a la complejidad de la intervención, y a la necesidad de monitoreo y atención intensiva para gestionar adecuadamente su recuperación postoperatoria. Esto es una práctica estándar en casos de cirugía compleja y complicaciones graves como las que presentaba el paciente.

FRENTE AL HECHO “27”: Respecto al “registro”, se indica que no se trata de un hecho en sí mismo, sino de la transcripción literal de un fragmento de la historia clínica.

FRENTE AL HECHO “28”: Se indica que no se trata de un hecho en sí mismo, sino de la transcripción literal de un fragmento de la historia clínica. No obstante, de dicho extracto se puede observar lo siguiente:

- La atención brindada al paciente fue oportuna y apropiada en todo momento, considerando la gravedad de la condición clínica y las complicaciones que se presentaron. El paciente ingresó por un cuadro de apendicitis aguda con peritonitis localizada, lo cual se abordó de manera inmediata y con una intervención quirúrgica (apendicectomía laparoscópica). Sin embargo, dadas las complicaciones postoperatorias inherentes a complicaciones propias del procedimiento quirúrgico, como la perforación intestinal, se decidió realizar una laparotomía exploratoria y proceder con una resección segmentaria, una anastomosis, y el drenaje de peritonitis.

PACIENTE EN PÓP INMEDIATO DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA + DRENAJE DE PERITONITIS 4 CUADRANTES SECUNDARIA A PERFORACION A NIVEL DE ILEON + RESECCION SEGMENTARIA CON ANASTOMOSIS TT, MUÑON DE APENDICECTOMIA SIN ALTERACIONES. TAQUICARDICO Y DESHIDRATADO. SE CONTINUA REANIMACION GUIADA POR METAS, SE TOMAN HEMOCULTIVOS Y CULTIVOS. PARACLINICOS INGRESO.
MANEJO EN UCI
PLAN
MANEJO INTEGRAL EN UCI

- Además, la clínica continuó brindando el tratamiento necesario en la UCI, manejando de forma integral la condición del paciente con reanimación guiada por metas, monitoreo y ajustes según fuera necesario. El equipo médico tomó todas las medidas necesarias para tratar las complicaciones de manera apropiada, como la reanimación con cristaloides, el manejo del dolor con medicación adecuada, y el seguimiento riguroso con cultivos y paraclínicos.

PACIENTE EN PÓP INMEDIATO DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA + DRENAJE DE PERITONITIS 4 CUADRANTES SECUNDARIA A PERFORACION A NIVEL DE ILEON + RESECCION SEGMENTARIA CON ANASTOMOSIS TT, MUÑON DE APENDICECTOMIA SIN ALTERACIONES. TAQUICARDICO Y DESHIDRATADO. SE CONTINUA REANIMACION GUIADA POR METAS, SE TOMAN HEMOCULTIVOS Y CULTIVOS. PARACLINICOS INGRESO.
MANEJO EN UCI
PLAN
MANEJO INTEGRAL EN UCI

CABECERA A 35°
NADA VIA ORAL
COLOCAR SNY A DRENAJE

TERAPIA RESPIRATORIA POR TURNO
TERAPIA FISICA 2 VECES AL DIA

L RINGER A 80 CC/H + BOLOS A NECESIDAD

- La perforación que se presentó en el íleon a 80 cm de la válvula ileocecal puede explicarse como una complicación inherente al procedimiento y no necesariamente como un error de técnica. En situaciones como esta, en las que el paciente presentaba una apendicitis complicada y un plastrón apendicular, el riesgo de complicaciones postoperatorias es más alto. La clínica actuó con diligencia y en conformidad con los protocolos médicos establecidos para estos casos.

FRENTE AL HECHO “29”: Es cierto que a las 10:50 Horas del 22 de junio de 2017 se hace la siguiente evolución en la UCI por parte del doctor DIEGO FERNANDO MORENO SANCHEZ.

FRENTE AL HECHO “30”: Se indica que no se trata de un hecho en sí mismo, sino de la transcripción literal de un fragmento de la historia clínica del 22 de junio del 2017. No obstante, de dicho extracto se puede observar lo siguiente:

- La vigilancia estrecha del paciente por parte del equipo médico, el seguimiento de los parámetros vitales, y la continua solicitud de paraclínicos para observar su evolución son indicadores de un compromiso constante con la salud del paciente.
- Si bien el pronóstico se mantiene reservado, esto se debe a la gravedad inherente de las complicaciones quirúrgicas enfrentadas por el paciente, lo que no implica una falla en el tratamiento o un manejo inadecuado por parte del personal médico.
- El equipo quirúrgico actuó de manera oportuna ante las complicaciones, como lo demuestra la reintervención realizada el 21 de junio, seguida de una adecuada reanimación, control antibiótico y manejo de las infecciones. El paciente recibió la atención necesaria para enfrentar las complicaciones.

FRENTE AL HECHO “31”: Es cierto en cuanto a que la perforación intestinal es una complicación que puede ocurrir en procedimientos quirúrgicos, incluidas las cirugías laparoscópicas. **Sin embargo, es fundamental señalar que, aunque esta complicación pueda parecer infrecuente, no necesariamente se debe a un error técnico.** En el contexto de la cirugía laparoscópica, existen diversos factores que pueden contribuir a la aparición de una perforación intestinal, algunos de los cuales están más allá del control inmediato del cirujano.

Aunque las perforaciones intestinales son poco frecuentes, es un riesgo conocido en procedimientos abdominales, incluidos los de apendicectomía y laparoscopia. Los cirujanos están entrenados para reconocer y manejar estas complicaciones, como se muestra en la respuesta rápida y la reintervención realizada en este caso.

Tras la identificación de la perforación, el equipo médico actuó de manera apropiada y oportuna, realizando una nueva cirugía, resección segmentaria y anastomosis para reparar la lesión, lo que demuestra una atención clínica adecuada ante la complicación. Este enfoque integral confirma que la respuesta del equipo fue profesional y dirigida a mitigar

cualquier riesgo mayor para el paciente.

FRENTE AL HECHO “32”: Se indica que no se trata de un hecho en sí mismo, sino de la transcripción literal de un fragmento de la historia clínica del 22 de junio del 2017 a las 21:41 H.

FRENTE AL HECHO “33”: Se indica que no se trata de un hecho en sí mismo, sino de la transcripción literal de un fragmento de la historia clínica del 23 de junio del 2017 a las 11:37 a.m.

FRENTE AL HECHO “34”: Se indica que no se trata de un hecho en sí mismo, sino de la transcripción literal de un fragmento de la historia clínica del 23 de junio del 2017 a las 12:50 p.m. No obstante, se aclara que el hecho de que se mencione un "muñón apendicular indemne" significa que, a pesar de que se identificaron otras complicaciones en la cirugía, como la perforación intestinal, el apéndice mismo fue retirado adecuadamente sin presentar lesiones adicionales. Esto indica que no hubo complicaciones derivadas de la apendicectomía, y que la perforación intestinal está relacionada con otros factores.

FRENTE AL HECHO “35”: Se indica que no se trata de un hecho en sí mismo, sino de la transcripción literal de un fragmento de la historia clínica del 23 de junio de 2017 a las 23:05 Horas. No obstante, de dicho extracto se puede observar lo siguiente:

- La anotación en la historia clínica demuestra que el paciente estaba bajo estricta supervisión médica. Se identificaron alteraciones como la hipokalemia y se implementaron medidas correctivas de manera inmediata, lo que evidencia un manejo adecuado del cuadro clínico.
- La referencia a eventos como el drenaje de la SNG y el nivel de ácido láctico elevado indica que se estaban realizando controles frecuentes y ajustes terapéuticos conforme a la evolución del paciente, siguiendo los protocolos médicos correspondientes.

FRENTE AL HECHO “36”: Conforme se evidencia en Historia Clínica del menor CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.), el día 24 de junio de 2017 el Doctor

LUIS ALFREDO VÉLEZ VIZCAÍNO, registra las siguientes órdenes en la misma:

- TERMINADO Interna/hospitalización - HEMOGRAMA IV (HB,HTO,REC.ERIT,IND.ERIT,LEUC,REC.PLT,MORF.ELECT.HISTOG)MET.AUT ordenada el día 24/06/2017 a las 12:56
- TERMINADO Interna/hospitalización - SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS ordenada el día 24/06/2017 a las 12:56
- TERMINADO Interna/hospitalización - POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS ordenada el día 24/06/2017 a las 12:57
- TERMINADO Interna/hospitalización - CLORO ordenada el día 24/06/2017 a las 12:57
- TERMINADO Interna/hospitalización - CREATININA EN SUERO ordenada el día 24/06/2017 a las 12:57
- TERMINADO Interna/hospitalización - NITROGENO UREICO ordenada el día 24/06/2017 a las 12:57

- TERMINADO Interna/hospitalización - PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA E INTENSIFICADOR DE IMAGENES ordenada el día 24/06/2017 a las 12:20
- TERMINADO Interna/hospitalización - RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE ordenada el día 24/06/2017 a las 12:20

Las órdenes médicas reflejan un tratamiento coordinado y multidisciplinario en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), lo que demuestra la vigilancia y atención permanente del estado del paciente.

FRENTE AL HECHO “37”: De la redacción sintáctica de este hecho se desprenden varias afirmaciones, frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- Es cierto que el 24 de junio de 2017 a las 15:20 Horas el paciente es valorado de nuevo por el Doctor LUIS ALFREDO VÉLEZ VIZCAÍNO, médico intensivista quien hace la siguiente anotación en la historia clínica:

DX:
DIAGNOSTICOS:
1. POP DE LAPAROTOMIA + DRENAJE DE PERITONITIS 4 CUADRANTES 21.06
1.1 PERFORACION A NIVEL DE ILEON + RESECCION SEGMENTARIA ANASTOMOSIS TT
2. POP DE APENDICECTOMIA POR LAPAROSCOPIA 16.06

OBJETIVO
PACIENTE ALERTA, ORIENTADO CON MUCOSAS SEMISECAS CON PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS , REALIZA ORDENS
MPLES
HEMODINAMICO: RSCRS CON EL PULSO, NO SOPLOS FC:85 TA: 139/72 TAM: 85
+RESPIRATORIO: CAMPOS PULMONARES LIMPIOS, NO SOBREGREGADOS,MV PRESENTE SIN OXIGENO SUPLEEMNTARIO SAT:
96% FR: 21
+ABD: BLANDO, DEPRESIBLE, CON HERIDA QUIRURGICA LIMPIA NO SIGNOS DE INFECCION
+RENAL: CON BUENA DIURESIS
+METABOLICO: GLUCOEMTRIAS: 89 MG/DL
+INFECCIOSO: NO PICOS FEBRILES T: 36.5
+NEUROLOGICO: GLASGOW: 15/15

REPORTES DE PARACLINICOS:
CON HEMOGRAMA: CON HB: 13.9, HTO: 41.LEUCOS: 5.87, NUETROS: 71%PLT: 146.000, SODIO:155, POTASIO: 3.7, CLORO: 119,
CREATININA: 0.6 BUN: 28 PCR: 8.80 ACIDO ALCTICO 3.20, CON ANEMIA, SIN LEUCOCITOSIS, CON PREDOMINIO DE NEUTROS,
CON LEVE TRMBOCITOPENIAM CON HIPERNATREMIA, E HIPERCLOREMIA, CON AZOADOS NORMALES, CON PCR BAJA ACIDO
LACTICO BAJO

ANALISIS
PACIENTE EL CUAL SE ENUNTRACON BUENA EVOLUCION CLINICA , SIN LEUCOCITOSIS , EL CUAL ES VALORADO POR
CIRUGIA GENERAL, ELC UAL DECIDIO EMPEZAR VIA ORAL LIQUIDA, PACIENTE SE TRASLADARA A UCIN CUARTO PISO, Y
CONTINUARA CON MANEJO EN CONJUNTO POR PARTE DE CIRUGIA GENERAL

PLAN
TRASLADAA A UCIN CUARTO PISO

La anotación médica indica que el paciente presentaba una buena evolución clínica, sin signos de infección activa (sin leucocitosis y con proteína C reactiva baja). Esto demuestra que el manejo postoperatorio ha sido adecuado y que se ha seguido un proceso de recuperación controlado. Así mismo, la justificación para mantener la hospitalización con monitorización intensiva resalta el compromiso del personal médico para garantizar la seguridad del paciente y prevenir posibles complicaciones.

La decisión de iniciar líquidos por vía oral sugiere una evolución satisfactoria de la función intestinal tras la intervención quirúrgica, lo cual es un indicador positivo en el proceso de recuperación.

Aunque se reportan alteraciones como hipernatremia, hipercloremia y leve trombocitopenia, los valores de hemoglobina, hematocrito y azoados se encuentran en rangos aceptables, lo que indica un manejo clínico adecuado de los desequilibrios.

Ahora, se precisa que la valoración objeto de asunto ya era la cuarta (4) del día (se realizaron siete (7) el mismo día). Dicha valoración continua por cirugía general, terapia respiratoria, y cuidados intensivos refleja un enfoque integral en la atención del paciente, lo que evidencia que se ha actuado con diligencia médica en la toma de decisiones terapéuticas. Veamos:

- Historia de evolución de Terapia Respiratoria del 24/06/2017 a las 12:18:

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION DE TERAPIA RESPIRATORIA ESPECIALIDAD: TERAPIA RESPIRATORIA UBICACIÓN: UCI ADULTOS SEDE: CLINI REMEDIOS INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA FECHA: 24/06/2017 12:18
SUBJETIVO

- Historia de evolución de especialidad Intensiva del 24/06/2017 a las 12:18:

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION MEDICA EN UCIN ESPECIALIDAD: INTENSIVISTA UBICACIÓN: UCI ADULTOS SEDE: CLINI REMEDIOS INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA FECHA: 24/06/2017 12:18

- Historia de evolución de especialidad Intensiva del 24/06/2017 a las 12:48:

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION MEDICA EN UCI ESPECIALIDAD: INTENSIVISTA UBICACIÓN: UCI ADULTOS SEDE: CLINI REMEDIOS INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA FECHA: 24/06/2017 12:48

- Historia de evolución de especialidad Intensiva del 24/06/2017 a las 15:20:

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION DE INGRESO A UCI ESPECIALIDAD: INTENSIVISTA UBICACIÓN: UCIN ADULTOS SEDE: CLINI REMEDIOS INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA FECHA: 24/06/2017 15:20
SUBJETIVO

- Historia de evolución de Terapia Respiratoria del 24/06/2017 a las 16:46:

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION DE TERAPIA RESPIRATORIA ESPECIALIDAD: TERAPIA RESPIRATORIA UBICACIÓN: UCIN ADULTOS SEDE: CLINI REMEDIOS INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA FECHA: 24/06/2017 16:46

- Historia de evolución de especialidad Cirugía General del 24/06/2017 a las 19:07:

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION MEDICA ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL UBICACIÓN: UCIN ADULTOS SEDE: CLINI REMEDIOS INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA FECHA: 24/06/2017 19:07

- Historia de evolución de especialidad Medico Hospitalario del 24/06/2017 a las 23:47:

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION MEDICA EN UCIN ESPECIALIDAD: MEDICO HOSPITALARIO UCI/UCIM UBICACIÓN: UCIN ADULTOS SEDE: CLINI REMEDIOS INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA FECHA: 24/06/2017 23:47

FRENTE AL HECHO “38”: Es cierto que el mismo 24 de junio del 2017 el doctor WILLIAM ALBERTO MEJIA PALOMINO, Cirujano General, ordena radiografía de abdomen.

FRENTE AL HECHO “39”: Es cierto que el mismo 24 de junio del 2017 el paciente es

valorado por el doctor JAIME ERASMO RUIZ GALLARDO medico Hospitalario, quien registra en la Historia Clínica lo siguiente:

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION MEDICA EN UCIN ESPECIALIDAD: MEDICO HOSPITALARIO UCI/UCIM UBICACIÓN: UCIN ADULTOS SEDE: CLINI REMEDIOS INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA FECHA: 24/06/2017 23:47
SUBJETIVO
UCIN CAMA 4009
CRISTHIAN DAVID HERNANDEZ SILVA - 16 AÑOS .
DIAGNOSTICOS:
POP DE LAPAROTOMIA + DRENAJE DE PERITONITIS 4 CUADRANTES 21.06
HALLAZGOS: Peritonitis generalizada, con abundante liquido intestinal y membranas, adherencias inflamatorias interasas y de asas a pared, perforación en borde mesenterico de ileon a aprox. 80 cm de valvula ileocecal. Muñon apendicular indemne.
1.1 PERFORACION A NIVEL DE ILEON + RESECCION SEGMENTARIA ANASTOMOSIS TT
2. POP DE APENDICECTOMIA POR LAPAROSCOPIA 16.06
HALLAZGOS: APENDICITIS AGUDA EN FASE GANGRENADA CON PERITONITIS LOCALIZADA Y PLASTRON LOCAL. DESPULIMIENTO DE SEROSA DE ASA YEYUNAL DESPUES DE LA LIBERACION DEL PLASTRON.
OBJETIVO
PACIENTE ALERTA, ORIENTADO CON MUCOSAS SEMISECAS
+HEMODINAMICO: RSCSRs CON EL PULSO, NO SOPLOS FC:102 TA: 130/67 TAM: 81
+RESPIRATORIO: CAMPOS PULMONARES LIMPIOS, NO SOBREGREGADOS, MV PRESENTE SIN OXIGENO SUPLEEMNTARIO SAT: 98% FR: 21
+ABD: BLANDO, DEPRESIBLE, CON HERIDA QUIRURGICA SIN SANGRADO, SNG 2650CC/12 HRS.
+RENAL: CON BUENA DIURESIS
+METABOLICO: GLUCOEMTRIAS: 89-75 MG/DL
+INFECCIOSO: NO PICOS FEBRILES T: 36.5
+NEUROLOGICO: GLASGOW: 15/15
ANÁLISIS

ANÁLISIS

*PACIENTE EN EL TURNO AFEBRIL , SIN DISNEA, CIFRAS TENSIONALES ESTABLES , TAQUICARDICO, SIN VASOACTIVOS. .
DIURESIS ADECUADA.
*AUN PRODUCCION POR SNG ELEVADO 2650CC/12HRS
AZOADOS DISOCIADO.
HIPERLACTATEMIA 3.2.
CONTINUA LEV Y REPOSICION DE LO ELIMINADO POR SNG
**SEGUN EVOLUCION CONSIDERARA TPN (ESTA SIN VIA ORAL DESDE HACE 10 DIAS)
-> *SIRS MODULADA.
ATENTOS A RESULTADO DE HEMOCULTIVOS TOMADOS EL 22 JUNIO EN PROCESO. Y CULTIVO DE MUESTRA: Cavidad abdominal
Reacción leucocitaria escasa
Bacilos gramnegativos abundantes
Cocobacilos gramnegativos abundantes
Hifas y levaduras moderadas
PLAN
UCIN
MONITORIA CONTINUA
GLUCOMETRIA CADA 6 HORAS
-
METOCLOPRAMIDA 10MG CADA 8 HRS
REPOSICION DE LO ELIMINADO POR SNG CADA 4 HR **AJUSTE
DAD 10% 20 CC HR
-
PARACLINICOS CONTROL
RX DE ABDOMEN PARA EVALUAR POSICION SONDA
ANTENTOS A RESULTADO CULTIVO 22 JUNIO

Al respecto, se indica que, pese a que la laparoscopia es un procedimiento mínimamente invasivo, como cualquier intervención quirúrgica, **implica riesgos inherentes**, incluyendo la posibilidad de lesiones intestinales, que pueden ocurrir incluso cuando se sigue una técnica adecuada. En este caso, la presencia de un plastrón apendicular y la peritonitis generalizada influyen en las condiciones del paciente, complicando la intervención. No

obstante, la clínica actuó con **buena praxis** en este caso, pues a pesar de las complicaciones inherentes al procedimiento, se tomaron medidas adecuadas y diligentes durante la reintervención. La resección segmentaria, la ligadura del meso y la anastomosis término-terminal fueron procedimientos técnicos apropiados y necesarios para manejar la perforación intestinal. Así es, como se evidencia en la historia clínica, el seguimiento postoperatorio ha sido **constante y riguroso**, con múltiples valoraciones médicas por parte de los especialistas en cirugía general y cuidados intensivos. Se observa que:

- El paciente ha sido evaluado periódicamente por diferentes especialistas, lo que demuestra una gestión coordinada del caso para garantizar su recuperación.
- Se ha llevado un control preciso de los signos vitales, parámetros hematológicos y metabólicos, lo que evidencia una vigilancia proactiva para prevenir complicaciones.
- La historia clínica refleja la toma de decisiones médicas fundamentadas en la evolución del paciente, con ajustes en el tratamiento.
- Cada decisión médica, como la indicación de monitoria continua en UCI y el inicio progresivo de la vía oral, está debidamente sustentada en la evolución favorable del paciente y sus necesidades médicas.

FRENTE AL HECHO “40”: Es cierto que el 25 de junio de 2017 a las 11:32 horas el paciente es evaluado por el Doctor LUIS ALFREDO VÉLEZ VIZCAÍNO.

FRENTE AL HECHO “41”: Es cierto que el mismo 25 de junio del 2017 a las 20:20 Horas el paciente es valorado por el doctor ELPIDIO BARAJAS FREGOSO, Cirujano General. Al respecto, se indica que tal como se consignó en la respectiva Historia Clínica paciente contaba con una evolución clínica satisfactoria:

ANÁLISIS

PACIENTE QUE CONTINUA CON EVOLUCION CLINICA SATISFACTORIA PERSISTE CON MODERADA SECRECION POR SNG, SIN EMBARGO CON NUTRICION ENTERAL, POR LO CUAL SE CONSIDERA RETIRAR SONDA NASOGASTRICA, CONTINUAR CON SONDA NASOYEYUNAL. POR EL MOMENTO SE CONTINUA CON IGUAL MANEJO MEDICO Y VIGILANCIA CLINICA.

RELACION DE DIAGNÓSTICOS

FRENTE AL HECHO “42”: Se indica que no se trata de un hecho en sí mismo, sino de la transcripción literal de un fragmento de la historia clínica del 25 de junio de 2017 a las 20:59 Horas.

FRENTE AL HECHO “43”: Es cierto que el 26 de junio de 2017 a las 12:59 Horas el paciente es valorado por el doctor LEONARDO MARIN RESTREPO, médico intensivista, quien hace el siguiente registro en la historia clínica:

DIAGNÓSTICOS:

1. APENDICITIS AGUDA COMPLICADA
- 1.1 PERFORACION A NIVEL DE ILEON + RESECCION SEGMENTARIA ANASTOMOSIS TT
POP DE LAPAROTOMIA + DRENAJE DE PERITONITIS 4 CUADRANTES 21.06
3. POP DE APENDICECTOMIA POR LAPAROSCOPIA 16.06

SUBJETIVO: PACIENTE REFIERE SENTIRSE EN MEJORES CONDICIONES GENERALES, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, ADUCE FLATOS POSITIVOS.

SOPORTE: INOTRÓPICO: NO, VASOACTIVO: NO, VENTILATORIO: NO.

OBJETIVO

SIGNOS VITALES:

TA: 138/73 MMHG, FC. 93 LAT/MIN, FR.18 RESP/MIN, T°: 36.8 °C, SATO2: 94 %, T°: 36.8 °C.

DIURESIS 850CC /24H

GLUCOMETRIA 132-97-98MG DL

SONDA GASTRICA :2240CC/24HRS.

CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSA ORAL HIDRATADA, SONDA NASOYEYUNAL PERMEABLE Y NASOGÁSTRICA PERMEABLE, CUELLO MÓVIL, SIN ADENOPATÍAS, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR A 45°.
CARDIOPULMONAR: TÓRAX SIMÉTRICO, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, DE BUENA INTENSIDAD, SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS DISMINUIDOS HACIA BASES, SIN SOBREGREGADOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, HERIDA QUIRÚRGICA SUTURADA, CON SALIDA DE LIQUIDO PERITONEAL.
PERISTALTISMO POSITIVO. EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, HIPOTRÓFICAS, SIN EDEMAS, PULSOS DISTALES POSITIVOS. SNC: ALERTA, CONSCIENTE, GLASGOW: 15/15.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

OBSERVACIONES

CULTIVO 22 JUNIO 2017 KLEBSIELLA PNEUMONIAE: PATRON RESISTENCIA NATURALHIFAS Y LEVADURAS MODERADAS.HB 13 HCTO 41 PLT 220.000WBC 6000 NEUT 72% NA 156 CL 118 K 3.8 PO4 3.8

ANÁLISIS

PACIENTE EN CONTEXTO DE APENDICITIS AGUDA COMPLICADA ULTIMA INTERVENCION DE REVISION DE CAVIDAD SE REALIZO DRENAJE PERITONITIS Y SE IDENTIFICO perforación en borde mesenterico de ileon a aprox. 80 cm de valvula ileocecal. SE REALIZO RESECCION Y ANASTOMOSIS,

* EN EL MOMENTO AFEBRIL, SIN LEUCOCITOSIS, HB HCTO ESTABLES. TENDENCIA A HIPERNATREMIA

* SE AJUSTAN LEV A 1/3 ISOTONICOS, SE INDICO PINZAR SNG.

CONTINUA NET,

*VIGILANCIA EN UCIN ALTO RIESGO DE DETERIORO.

PLAN

- CONTINUAR MANEJO EN UCIN 4TO PISO
- MANEJO EN CONJUNTO CON CIRUGÍA GENERAL
- MEDIDAS ANTIESCARA

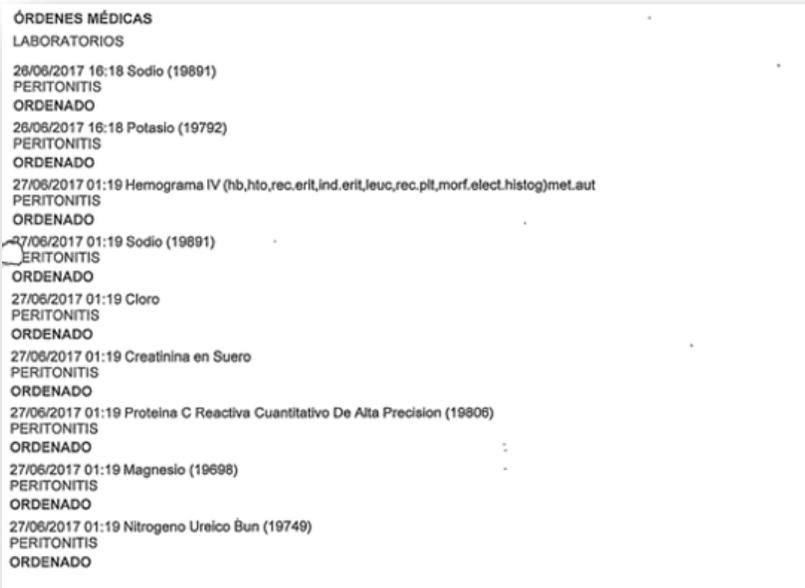
- CUIDADOS DRENES
 - PINZAR SONDA SNG
 -
 - CABECERA A 35 °
 - NET A SONDA NASOYEUINAL A 20 CC /HORA
 - TERCIO ISOTONICOS A 80 CC/HORA ---
 - GLUCOMETRIAS CADA 6 HORAS METAS 100-180
 - PIPERACILINA TAZOBACTAM: 4.5 G E.V CADA 6 HRS -- D: 3
 - OMEPRAZOL 40 MG EV DIA
 - DAPIRONA 2 GR CADA 6 HORAS SI DOLOR
 - ENOXAPARINA AMP 40 MG, 1 AMP SC CADA 24 HRS
 - HIDROMORFONA 0.4 MG E.V CADA 6 HRS**SUSPENDER
 -
 ○ PARACLINICOS CONTROL 3PM ELECTROLITOS
 ○ PARACLINICOS CONROL 2AM
 - GLUCOMETRIAS CADA 12 HRS
 - CONTROL DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS
 - GRACIAS !!
 JUSTIFICACIÓN PARA QUE EL PACIENTE CONTINUE HOSPITALIZADO HOY
 CONDICION CLINICA
 ÓRDENES MÉDICAS
 LABORATORIOS
 26/06/2017 16:18 Sodio (19891)
 PERITONITIS
 ORDENADO
 26/06/2017 16:18 Potasio (19792)
 PERITONITIS
 ORDENADO
 27/06/2017 01:19 Hemograma IV (hb,hto,rec.erit,ind.erit,leuc,rec.plt,morf.elect.histog)met.aut
 PERITONITIS
 ORDENADO
 ○ 27/06/2017 01:19 Sodio (19891)
 PERITONITIS
 ORDENADO
 27/06/2017 01:19 Cloro
 PERITONITIS
 ORDENADO
 27/06/2017 01:19 Creatinina en Suero
 PERITONITIS
 ORDENADO
 27/06/2017 01:19 Proteina C Reactiva Cuantitativo De Alta Precision (19806)
 PERITONITIS
 ORDENADO
 27/06/2017 01:19 Magnesio (19698)
 PERITONITIS
 ORDENADO
 27/06/2017 01:19 Nitrogeno Ureico Bun (19749)
 PERITONITIS
 ORDENADO

Al respecto, se indica que, pese a que la laparoscopia es un procedimiento mínimamente invasivo, como cualquier intervención quirúrgica, **implica riesgos inherentes**, incluyendo la posibilidad de lesiones intestinales, que pueden ocurrir incluso cuando se sigue una técnica adecuada. En este caso, la presencia de un plastrón apendicular y la peritonitis generalizada influyen en las condiciones del paciente, complicando la intervención. No obstante, la clínica actuó con **buena praxis** en este caso, pues a pesar de las complicaciones inherentes al procedimiento, se tomaron medidas adecuadas y diligentes durante la reintervención.

Ahora, a frase "**Vigilancia en UCIN alto riesgo de deterioro**" significa que el paciente está siendo monitorizado en la **Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)** debido a su condición médica, que presenta un alto riesgo de complicaciones o deterioro clínico, **pero que al momento presentaba una buena evolución conforme se ha explicado a lo largo de este escrito.**

Ahora, debido al alto riesgo de deterioro es que la clínica un compromiso continuo y oportuno con la salud del paciente, brindando un seguimiento exhaustivo en todo momento. Este monitoreo constante se refleja claramente en las múltiples valoraciones médicas realizadas por el personal de salud, las cuales fueron registradas de manera precisa en la historia clínica. Es relevante destacar que, en diversas ocasiones, el mismo demandante ha reconocido y ha mencionado la atención médica recibida, lo que respalda la efectividad y el compromiso de la clínica en su proceso de recuperación. Así, se evidencia que la clínica ha actuado con diligencia, garantizando el debido cuidado y seguimiento en todo momento.

Además, en la Historia Clínica de ese mismo día (26/06/2017) se evidencian las siguientes órdenes médicas relacionadas con el seguimiento y control de la evolución clínica del paciente, lo que demuestra un monitoreo exhaustivo y continuo de su condición:



ÓRDENES MÉDICAS
LABORATORIOS
26/06/2017 16:18 Sodio (19891)
PERITONITIS
ORDENADO
26/06/2017 16:18 Potasio (19792)
PERITONITIS
ORDENADO
27/06/2017 01:19 Hemograma IV (hb,hto,rec.erit,ind.erit,leuc,rec.plt,morf.elect.histog)met.aut
PERITONITIS
ORDENADO
27/06/2017 01:19 Sodio (19891)
PERITONITIS
ORDENADO
27/06/2017 01:19 Cloro
PERITONITIS
ORDENADO
27/06/2017 01:19 Creatinina en Suero
PERITONITIS
ORDENADO
27/06/2017 01:19 Proteina C Reactiva Cuantitativo De Alta Precision (19806)
PERITONITIS
ORDENADO
27/06/2017 01:19 Magnesio (19698)
PERITONITIS
ORDENADO
27/06/2017 01:19 Nitrogeno Ureico Bun (19749)
PERITONITIS
ORDENADO

Las órdenes incluyen la solicitud de diversos paraclínicos, tales como sodio, potasio, hemograma, cloro, creatinina en suero, proteína C reactiva cuantitativa de alta precisión, magnesio y nitrógeno ureico, entre otros, todos ellos vinculados al manejo de la peritonitis. Este enfoque integral y detallado refleja la constante atención proporcionada por el equipo médico, con el fin de asegurar un control adecuado de los parámetros clínicos del paciente y una pronta recuperación. Este seguimiento meticuloso no solo subraya la eficacia de la clínica en la atención, sino que también refuerza la adecuada toma de decisiones médicas para garantizar la estabilidad del paciente en todo momento

FRENTE AL HECHO “44”: Es cierto que el mismo el 26 de junio de 2017 a las 13:52 p.m. el paciente es valorado nuevamente, por el cirujano general ELPIDIO MANUEL BARAJAS FREGOSO. Esta nueva evaluación médica confirma que la clínica llevó a cabo un seguimiento diligente de la evolución postoperatoria del paciente, realizando controles periódicos para garantizar su recuperación y detectar oportunamente cualquier complicación.

Dicho monitoreo continuo, junto con las múltiples valoraciones registradas en la historia clínica, demuestran que el equipo médico estuvo atento a la condición del paciente, aplicando un enfoque integral y oportuno en su tratamiento.

Ahora, respecto del diagnóstico referente a “perforación en borde mesentérico de íleon a aproximadamente 80 cms de válvula ileocecal”, se indica que, pese a que la laparoscopia es un procedimiento mínimamente invasivo, como cualquier intervención quirúrgica, **implica riesgos inherentes**, incluyendo la posibilidad de lesiones intestinales, que pueden ocurrir incluso cuando se sigue una técnica adecuada. En este caso, la presencia de un plastrón apendicular y la peritonitis generalizada influyen en las condiciones del paciente, complicando la intervención. No obstante, la clínica actuó con **buena praxis** en este caso, pues a pesar de las complicaciones inherentes al procedimiento, se tomaron medidas adecuadas y diligentes durante la reintervención.

FRENTE AL HECHO “45”: Es cierto que el mismo el 26 de junio de 2017 a las 21:45 p.m. el paciente es valorado nuevamente, esta vez por el médico intensivista Dr. LEONARDO MARÍN RESTREPO. Esta nueva evaluación médica confirma que la clínica llevó a cabo un seguimiento diligente de la evolución postoperatoria del paciente, realizando controles

periódicos para garantizar su recuperación y detectar oportunamente cualquier complicación.

En la presente valoración se consignó la siguiente evolución médica en la Historia Clínica:

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION MEDICA EN UCIN ESPECIALIDAD: INTENSIVISTA UBICACIÓN: UCIN ADULTOS SEDE: CLINI
REMEDIOS INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA FECHA: 26/06/2017 21:45
SUBJETIVO
EVOLUCIÓN MÉDICA UCIN

DIAGNÓSTICOS:
1. APENDICITIS AGUDA COMPLICADA
1.1 PERFORACION A NIVEL DE ILEON + RESECCION SEGMENTARIA ANASTOMOSIS TT
POP DE LAPAROTOMIA + DRENAJE DE PERITONITIS 4 CUADRANTES 21.06
3. POP DE APENDICECTOMIA POR LAPAROSCOPIA 16.06

OBJETIVO

SIGNOS VITALES:
TA: 138/73 MMHG, FC. 93 LAT/MIN, FR.18 RESP/MIN, T°: 36.8 °C, SATO2: 94 %, T°: 36.8 °C.
DIURESIS 900CC /12 H
GLUCOMETRIA 132-97-98MG DL
SONDA GASTRICA :590CC

CARDIOPULMONAR: TÓRAX SIMÉTRICO, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, DE BUENA INTENSIDAD, SIN SOPLOS, RUIDOS

RESPIRATORIOS DISMINUIDOS HACIA BASES, SIN SOBREGREGADOS.
ABDOMEN: HERIDA QUIRURGICA DE PIEL CON BORDES ERITEMATOSOS Y PRICIPIOS DE DEHISCENCIA EN SEGMENTO MEDIO
CON SALIDA DE MATERIAL AMARILLO
EN ABUNDANTE CANTIDAD
→ PRESENTO EMESIS 300CC
SNC: ALERTA, CONSCIENTE, GLASGOW: 15/15.

ANÁLISIS

* EN EL MOMENTO AFEBRIL, CIFRAS TENSIONALES ESTABLES.
* HERIDA QUIRURGICA DE PIEL CON BORDES ERITEMATOSOS Y PRICIPIOS DE DEHISCENCIA EN SEGMENTO MEDIO CON
SALIDA DE MANTERIAL AMARILLO
CIRUJANO DE TURNO DR BAJAS EXPLRA HERIDA CONSIDERANDO QUE FASCIA EN EL MOENTO ESTÁ INDEMN. TOMO
→ CULTIVO DE HERIDA.
INDICO CONTINUA NET , RETIRO DE SONDA .
*PRESENTO EMESIS 300CC
*CONTINUA VIGILANCIA EN UCIN ALTO RIESGO DE DETERIORO.

PLAN
UCIN
MONITORIA CONTINUA
PARACLNICOS CONTROL
CULTIVO HERIDA QUIRURGICA
JUSTIFICACIÓN PARA QUE EL PACIENTE CONTINUE HOSPITALIZADO HOY
CONDICIÓN CLINICA

Respecto del análisis de "principios de dehiscencia " se indica que hace referencia a una **complicación postoperatoria** en la que la herida quirúrgica comienza a separarse o abrirse en la zona media de la incisión. Al respecto, en el artículo "*Dehiscencia de la herida quirúrgica: ¿qué es y por qué es importante?*", de la entidad Colaplast|Presional, se define la misma como:

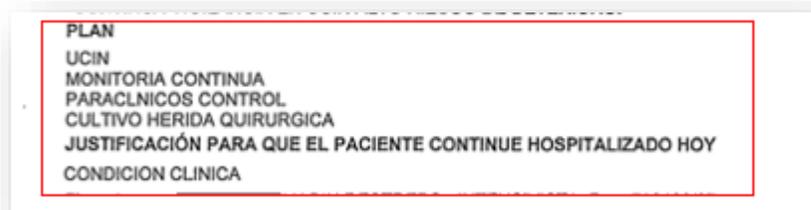
"un documento de consenso reciente define la dehiscencia de la herida

quirúrgica como cualquier momento en el que los márgenes de una incisión quirúrgica cerrada en la piel se separan”

Es así como en análisis de "Principios de dehiscencia", indica el inicio o las primeras manifestaciones de la separación de las capas de la herida quirúrgica, lo que sugiere una cicatrización deficiente o una complicación en el proceso de cierre.

La dehiscencia de la herida quirúrgica con salida de material es una **complicación postoperatoria propia de la intervención quirúrgica**, considerada un **riesgo inherente** a este tipo de procedimientos, especialmente en cirugías abdominales mayores como las realizadas en este caso.

Gracias al constante monitoreo por parte del profesional médico adscrito a la entidad que represento, los galenos pudieron identificar el principio de ésta complicación e indicaron el siguiente Plan descrito en la Historia Clínica del Paciente:



El plan descrito es adecuado y acorde con el estado clínico del paciente, explicando concisamente a continuación en qué consistía:

- **UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos de Nivel intermedio):** Es una medida apropiada para garantizar una **monitorización continua** de los signos vitales y del estado general del paciente, considerando el riesgo de deterioro clínico. Se justifica por la presencia de complicaciones postoperatorias y la necesidad de un entorno de tención crítica.
- **Monitoria continua:** Es fundamental en pacientes con riesgo de complicaciones postoperatorias, permitiendo la detección temprana de signos de sepsis, choque séptico u otras alteraciones metabólicas.

- **Paraclínicos de control:** Permiten el seguimiento de parámetros clave como hemograma, electrolitos, función renal y marcadores de inflamación/infección (como la proteína C reactiva). La evaluación continua es esencial para ajustar el tratamiento y evitar complicaciones mayores.
- **Control de cultivo de la herida quirúrgica:** Es un paso crucial para identificar posibles infecciones bacterianas y dirigir el tratamiento antibiótico de forma específica y eficaz. Por lo que este control es indispensable.
- **Justificación de la hospitalización por la condición clínica:** La permanencia hospitalaria está justificada debido a la necesidad de un manejo médico intensivo, prevención de complicaciones mayores y evaluación constante de la evolución del paciente.

Dicho plan permitió una detección temprana de cualquier signo de deterioro, garantizando intervenciones oportunas y ajustadas a la condición clínica del paciente. La continuidad de la hospitalización estuvo plenamente justificada por la necesidad de monitorización intensiva y manejo especializado, lo que evidencia la correcta actuación del equipo médico en la atención del paciente.

FRENTE AL HECHO “46”: De la redacción sintáctica de este numeral se desprenden varias afirmaciones, frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- Es cierto que el 27 de junio de 2017 a las 9:09 a.m. el paciente es valorado nuevamente, esta vez por el médico cirujano general Dr. JOSE FERNANDO GUITARRERO PINZÓN. Esta nueva evaluación médica confirma que la clínica llevó a cabo un seguimiento diligente de la evolución postoperatoria del paciente, realizando controles periódicos para garantizar su recuperación y detectar oportunamente cualquier complicación.
- Respecto de la nota en la Historia Clínica referente a “perforación en borde mesentérico de íleon a aproximadamente 80 cm de válvula ileocecal. Muñón apendicular indemne”, me permito precisar:

1. Las perforaciones intestinales son un riesgo conocido en procedimientos abdominales, incluidos los de apendicectomía y laparoscopia. Los cirujanos están entrenados para reconocer y manejar estas complicaciones, como se muestra en la respuesta rápida y la reintervención realizada en este caso por los galenos adscritos a la entidad que represento.
2. La anotación de "muñón apendicular indemne" no tiene una relación directa con la perforación en el borde mesentérico del íleon, ya que son dos hallazgos anatómicamente distintos y corresponden a situaciones clínicas separadas. El muñón apendicular es el remanente del apéndice cecal tras su extracción, ubicado anatómicamente en una zona distinta (el ciego, cerca de la válvula ileocecal, pero no en el íleon).

La anotación de "**muñón apendicular indemne**" indica que, pese a las demás complicaciones, la zona específica donde se realizó la apendicectomía no presenta signos de infección, fuga o alteración.

Los cirujanos realizan valoraciones por segmentos anatómicos. El hecho de que se haya documentado la indemnidad del muñón apendicular sugiere que en el momento de la evaluación no se encontraron problemas en ese sitio específico, **independientemente de las complicaciones en el íleon.**

FRENTE AL HECHO "47": Es cierto que el mismo 27 de junio de 2017 a las 11:44 a.m. el paciente es valorado nuevamente, esta vez por el médico internista Dr. VLADIMIR ALEXANDER DÍAZ ESCOBAR. Esta nueva evaluación médica confirma que la clínica llevó a cabo un seguimiento diligente de la evolución postoperatoria del paciente, realizando controles periódicos para garantizar su recuperación y detectar oportunamente cualquier complicación.

El análisis y plan detallados en la historia clínica reflejan la complejidad del cuadro clínico del paciente, destacando la presencia de complicaciones postoperatorias, como la dehiscencia de la herida quirúrgica con probable fuga intestinal, **lo cual es una complicación inherente a procedimientos quirúrgicos de esta magnitud.**

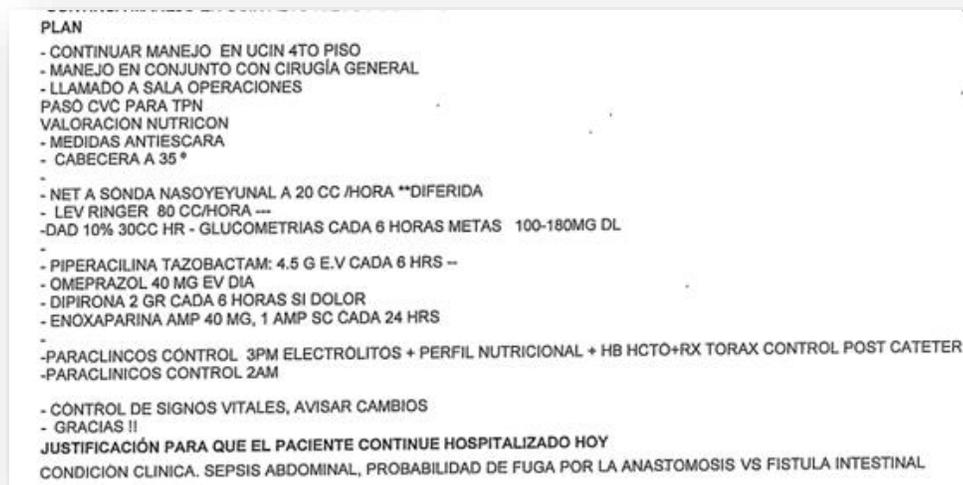
Se evidencia la necesidad de un control metabólico riguroso con la administración de dextrosa y la colocación de un catéter venoso central (CVC) para iniciar nutrición parenteral total (TPN), lo cual indica un manejo especializado ante el riesgo de desnutrición y complicaciones metabólicas. La valoración por el equipo de nutrición es una medida estándar en estos casos para optimizar el soporte nutricional del paciente.

Respecto al plan de manejo brindado, evidencia ser el adecuado dada la situación clínica del paciente, por varias razones:

- **Monitoreo en UCIN:** La decisión de continuar el manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN) es acertada, ya que el paciente presenta complicaciones posoperatorias como dehiscencia de la herida quirúrgica, posible fuga anastomótica o fístula intestinal, y sepsis abdominal; por lo que se requiere **monitoreo continuo** y cuidados intensivos para prevenir complicaciones adicionales y permitir intervenciones rápidas si la condición empeora.
- **Manejo Multidisciplinario:** El manejo en conjunto con **cirugía general** es fundamental en este tipo de situaciones, donde el seguimiento postoperatorio es crucial. La colaboración con otros equipos médicos, como el de **nutrición**, es también adecuada dado que el paciente está en riesgo de desnutrición y requiere nutrición parenteral total (TPN) para mantener su estado metabólico y promover la recuperación.
- **Intervenciones Quirúrgicas Potenciales:** La indicación de un **llamado a sala de operaciones** en caso de ser necesario también es apropiada, ya que, en situaciones como la dehiscencia de la herida quirúrgica o la sospecha de fuga intestinal, es posible que se requiera una **reintervención quirúrgica** para corregir la fuga o resolver cualquier complicación que no se pueda manejar de manera conservadora.
- **Manejo de la Hipoglucemia y Soporte Metabólico:** La administración de **dextrosa** y la colocación de un **CVC para nutrición parenteral** son intervenciones necesarias para corregir el estado hipoglucémico y para asegurar que el paciente reciba el soporte nutricional adecuado durante su recuperación. El monitoreo de los

parámetros metabólicos, como la glucosa, es crucial para prevenir complicaciones adicionales.

- **Medidas Preventivas:** Las **medidas antiescaras** y la posición del paciente a **35°** son medidas preventivas importantes, especialmente considerando el estado del paciente, para evitar el desarrollo de úlceras por presión, que pueden complicar más la condición.
- **Seguimiento Clínico y Paraclínico:** El seguimiento de los **paraclínicos** (como hemograma, creatinina, sodio, potasio, etc.) y la **monitorización de la condición clínica** son fundamentales para evaluar la evolución del paciente y ajustar el tratamiento conforme sea necesario. Esto es particularmente relevante para detectar signos tempranos de complicaciones o empeoramiento del estado.



PLAN

- CONTINUAR MANEJO EN UCIN 4TO PISO
- MANEJO EN CONJUNTO CON CIRUGÍA GENERAL
- LLAMADO A SALA OPERACIONES
- PASO CVC PARA TPN
- VALORACION NUTRICION
- MEDIDAS ANTIESCARA
- CABECERA A 35°
-
- NET A SONDA NASOYEYUNAL A 20 CC /HORA **DIFERIDA
- LEV RINGER 80 CC/HORA ---
- DAD 10% 30CC HR - GLUCOMETRIAS CADA 6 HORAS METAS 100-180MG DL
-
- PIPERACILINA TAZOBACTAM: 4.5 G E.V CADA 6 HRS --
- OMEPRAZOL 40 MG EV DIA
- DAPIRONA 2 GR CADA 6 HORAS SI DOLOR
- ENOXAPARINA AMP 40 MG, 1 AMP SC CADA 24 HRS
-
- PARACLINICOS CONTROL 3PM ELECTROLITOS + PERFIL NUTRICIONAL + HB HCTO+RX TORAX CONTROL POST CATETER
- PARACLINICOS CONTROL 2AM
-
- CONTROL DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS
- GRACIAS !!

JUSTIFICACIÓN PARA QUE EL PACIENTE CONTINUE HOSPITALIZADO HOY
CONDICIÓN CLINICA. SEPSIS ABDOMINAL, PROBABILIDAD DE FUGA POR LA ANASTOMOSIS VS FISTULA INTESTINAL

El plan de manejo es adecuado para una situación clínica que presentaba el paciente. Las decisiones tomadas se alinean con las mejores prácticas médicas para tratar complicaciones postoperatorias graves, y el enfoque multidisciplinario y de monitoreo constante refleja un cuidado integral para optimizar la recuperación del paciente.

FRENTE AL HECHO “48”: De la redacción sintáctica de este numeral se desprenden varias afirmaciones, frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- Es cierto que, el 27 de junio de 2017., el paciente es nuevamente intervenido

quirúrgicamente. Dicha intervención fue una respuesta a las complicaciones presentadas. No obstante, aunque si bien en la Descripción Quirúrgica dispuesta en la HC se indica que “la nota operatoria fue realizada mucho después del procedimiento quirúrgico por congestión del servicio”. Lo cierto es que no se evidencia prueba alguna ni ninguna nota en la Historia Clínica en la que se disponga que el mismo se realizó a las 12:10 p.m., cuando conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso establece que “Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”.

- No es cierto que debido a que la nota operatoria fue realizada después del procedimiento quirúrgico, se haya vulnerado “el estricto orden cronológico que deben tener los registros en la historia clínica”. si bien es cierto que los registros postoperatorios inmediatos se esperan dentro de un plazo estándar para garantizar la trazabilidad temporal de los eventos médicos, esta premisa debe ser considerada **dentro de un contexto más amplio. En este caso, la nota menciona que el retraso en el registro se debió a la congestión del servicio, un factor que es completamente válido en entornos hospitalarios con alta demanda y urgencias médicas constantes. La congestión en los servicios de salud, en especial en unidades críticas o de emergencia, es un fenómeno recurrente que puede afectar la disponibilidad de los profesionales para completar tareas administrativas de forma inmediata, sin que esto implique una negligencia en el proceso de atención al paciente.**

Cabe destacar que, aunque la nota operatoria haya sido registrada posteriormente, el contenido de la misma parece estar bien estructurado y acorde con lo sucedido en el procedimiento quirúrgico. La descripción de los hallazgos encontrados durante la intervención, los procedimientos realizados, y las decisiones médicas tomadas están claramente detalladas, lo cual demuestra que, a pesar de la demora en el registro, no hubo descuido en la documentación del evento. La información reflejada en la nota operatoria es precisa y coherente con el desarrollo de la cirugía y las complicaciones posteriores, lo que refuerza la idea de que, más allá del retraso temporal, la calidad del seguimiento médico no se vio afectada.

Además, el retraso en el registro no impidió una atención adecuada y oportuna al paciente, ya que las intervenciones quirúrgicas y los tratamientos posteriores fueron llevados a cabo de acuerdo con los protocolos establecidos. Por lo tanto, la cuestión de un eventual registro tardío debe analizarse en un contexto en el que se valore la calidad y precisión de la información contenida en la nota, así como las circunstancias excepcionales que pudieron haber influido en el cumplimiento de los plazos establecidos. En este sentido, lo más relevante es que la atención al paciente fue adecuada, y el manejo médico continuó siendo oportuno y adecuado a lo largo de todo el proceso.

FRENTE AL HECHO “49”: Es cierto que el día 27 de junio de 2019 a las 15:17 p.m., la Dra. PAULA ANDREA LÓPEZ, hace el siguiente registro en la historia clínica, correspondiente al ingreso del paciente a la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI):

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION DE INGRESO A UCI ESPECIALIDAD: INTENSIVISTA UBICACIÓN: UCI ADULTOS SEDE: CLINI
REMEDIOS INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA FECHA: 27/06/2017 15:17
SUBJETIVO
INGRESO A UCI
MC: POP LAPAROTOMIA EXPLORATORIA
AP:
NO AP DE INTERES
NO ALERGIAS.
EA: PACIENTE QUE INGRESA EL 16.06 POR DOLOR ABDOMINAL SE OBJETIVA UNA APENDICITIS AGUDA SIENDO LLEVADO A
APENDILAP OBJETIVANDO: APENDICITIS AGUDA EN FASE GANGRENADA CON PERITONITIS LOCALIZADA Y PLASTRON LOCAL.
DESPULIMIENTO DE SEROSA DE ASA YEYUNAL DESPUES DE LA LIBERACION DEL PLASTRON. CON EVOLUCION
TORPIDA, POBRE TOLERANCIA A LA VIA ORAL.
EL DIA 21.06. RADIOGRAFIA DE ABDOMEN: NIVELES HIDROAREOS ESCALONADOS. DISTENSION DE ASAS DELGADAS. POR LO
QUE SE DECIDE LLEVAR A LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA OBJETIVANDO, PERITONITIS FECAL, PERFORACION INTENSTIANL A
NIVEL DE ILEON
REALIZANDOSE RESECCION DE UN SEGMENTO MAS ANASTOMOSIS TERMINO TERMAL MUÑON APENDICULAR INDEMNTE. EN
POP INGRESA EN UCI, LEVE ACIDOSIS METABOLICA. ESTABLE DURANTE LA CIRUGIA PERO TAQUICARDICO PERSISTENTE,

REANIMACION CON 2500 DE CRISTALIODES, SANGRADO DE 100CC, EGRESA EXTUBADO. MANEJO EN UCI POR 48 HORAS
SIENDO TRASLADADO A UCIN. ALLI EVOLUCION ESTABLE, SNG CON PRODUCTIVO, SIN INICIAR TOLERANCIA VIA ORAL. HOY SE
EVIDENCIA SALIDA DE CONTENIDO INTESTINAL POR LO QUE SE DECIDE LLEVAR LAPAROTOMIA EXPLORATORIA. SE EVIDENCIA
DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS DEL 70% DEL ILEON QUE SE REHACEM, REFUERZO DEL MUÑON, LAVADO DE PERITONITIS 4
CUADRANTES.
EGRESA A UCI BAJO SOPORTE CON NOREPINEFRINA, INTUBADO.
OBJETIVO
BAJO SEDACION.
HEMODINAMICAMENTE INESTABLE TA 70/40 POR LO QUE SE INICIA NOREPINEFRINA
ORINA CLARA EN CISTOFLO
VENTILADO EN CV FIO2 0.4 EEP 8 VENTILACION SIMETRICA SIN AGREGADOS
ABDOMEN CON SISTEMA VAC CON DEBITO SEROHEMATICO ESCASO
AFEBRIL
ANÁLISIS
DIAGNOSTICOS:
1. SHOCK SEPTICO DE ORIGEN ABDOMINAL
2. PERITONITIS 4 CUADRANTES + POP DE LAPAROTOMIA + DRENAJE DE PERITONITIS 4 CUADRANTES 27.06
1.1 DEHISCENCIA ANASTOMOSIS ILEON + RE ANASTOMOSIS TT + REFUERZO SOBRE MUÑON APENDICULAR + VAC
3. PERITONITIS 4 CUADRANTES + POP DE LAPAROTOMIA + DRENAJE DE PERITONITIS 4 CUADRANTES 21.06
3.1 PERFORACION A NIVEL DE ILEON + RESECCION SEGMENTARIA ANASTOMOSIS TT
4. POP DE APENDICECTOMIA POR LAPAROSCOPIA 16.06

Ahora, omitió el demandante mencionar que el plan de manejo que se dio en la misma atención a la que hace referencia la cual, mismo que fue completo y adecuando para la evolución y diagnostico del paciente:

PLAN
MANEJO INTEGRAL EN UCI
CABECERA A 35 °

SNG A DRENAJE
DEJAR LUZ PROTEGIDA PARA TPN
IC NUTRICION

VENTILACION MECANICA INVASIVA
TERAPIA RESPIRATORIA POR TURNO
TERAPIA FISICA 2 VECES AL DIA

MIDAZOLAM + FENTANILO PARA RASS -3
NOREPINEFRINA 8MG EN 250 CC TITULAR PARA TAM MAYOR DE 65

LACTATO RINGER A 100 CC /HORA
GLUCOMETRIAS CADA 6 HORAS METAS 100-180
SI MENOR DE 80 INICIAR FLUJO METABOLICO HASTA INICIO DE TPN
SI HIPERGLUCEMIA INICIAR PROTOCOLO DE INSULINA

OMEPRAZOL 40 MG EV DIA
MEDIAS DE COMPRESION EN MMII
DIPIRONA 2 GR CADA 6 HORAS SI DOLOR

PIPERACILINA TAZOBACTAM 4.5 MG CADA 6 HORAS EN INFUSION CONTINUA POR 4 HORAS FI 22.06

PARACLINICOS INGRESO
RX TORAX INGRESO
AVISAR SI CAMBIOS
JUSTIFICACIÓN PARA QUE EL PACIENTE CONTINUE HOSPITALIZADO HOY

FRENTE AL HECHO “50”: Es cierto que el mismo 27 de junio de 2017 las 20:55 horas, el paciente es valorado por el médico internista Dr. CARLOS MARIO BALCÁZAR VALENCIA, quien registra en la historia clínica respectiva nota. Esta nueva evaluación médica confirma que la clínica llevó a cabo un seguimiento diligente de la evolución postoperatoria del paciente, realizando controles periódicos para garantizar su recuperación y detectar oportunamente cualquier complicación.

FRENTE AL HECHO “51”: Es cierto que el 28 de junio de 2019 a las 11:11 a.m., la Dra. PAULA ANDREA LOPEZ GARZÓN hace la siguiente anotación en la historia clínica:

CABECERA A 35 *
SNG A DRENAJE
DEJAR LUZ PROTEGIDA PARA TPN
IC NUTRICION

TERAPIA RESPIRATORIA POR TURNO
TERAPIA FISICA 2 VECES AL DIA

FENTANILO SUSPENDER
NOREPINEFRINA 8MG EN 250 CC TITULAR PARA TAM MAYOR DE 65 DESTETE

LACTATO RINGER A 200 CC /HORA + BOLOS A NECESIDAD
GLUCOMETRIAS CADA 6 HORAS METAS 100-180
SI MENOR DE 80 INICIAR FLUJO METABOLICO HASTA INICIO DE TPN
SI HIPERGLUCEMIA INICIAR PROTOCOLO DE INSULINA

OMEPRAZOL 40 MG EV DIA
MEDIAS DE COMPRESION EN MMII
DIPIRONA 2 GR CADA 6 HORAS SI DOLOR
HIDROMORFONA 0.3 MG CADA 4 HORAS FIJO MAS RESCATES DE 0.3 MG

~~MEROPENEM 2 MG CADA 8 EV EN INFUSION DE 3 HORAS FI 27.06~~
~~CASPOFUNGINA 70 MG EV CARGA Y CONTINUAR 50 MG DIA~~ 113

CUIDADOS DEL SISTEMA VAC
GSA + LACTATO 16 HORAS
PARACLINICOS AM
AVISAR SI CAMBIOS
JUSTIFICACIÓN PARA QUE EL PACIENTE CONTINUE HOSPITALIZADO HOY
CONTROL MEDICO

FRENTE AL HECHO “52”: Es cierto que el mismo 28 de junio de 2019 a las 11:15 a.m. de ese mismo día la Dra. LOPEZ GARZÓN continuó con la evolución del paciente.

Ahora, respecto al análisis en el que se especifica que hay "Alto riesgo de falla orgánica múltiple, pronóstico vital reservado", es fundamental entender que este tipo de análisis y pronóstico no refleja negligencia o falta de atención médica, sino que es un resultado inherente a la naturaleza de las complicaciones presentadas. Los profesionales médicos están comprometidos con el manejo de estos riesgos, y el hecho de que se haya identificado y documentado el alto riesgo de falla orgánica múltiple refleja la transparencia y el enfoque riguroso del equipo médico al informar la condición del paciente y al tomar decisiones de manejo adecuadas en función de su estado crítico.

El pronóstico vital reservado es un indicador de que, aunque se estaban tomando todas las medidas necesarias para tratar al paciente, el desenlace final era incierto debido a la complejidad y los riesgos asociados a su estado. Este tipo de evaluación es completamente coherente con el contexto clínico en el que se encontraba el paciente, dado que los procedimientos quirúrgicos previos no habían logrado estabilizar completamente su condición, y las complicaciones, como la dehiscencia de la anastomosis intestinal y la peritonitis fecal, seguían representando un riesgo para la vida del paciente.

FRENTE AL HECHO “53”: Es cierto que el mismo 28 de junio de 2019 a las 21:16 hrs, el Dr. WILLIAM MEJÍA PALOMINO continuó con la evolución del paciente.

Al respecto, es portante indicar que, la perforación intestinal es una complicación que puede ocurrir en procedimientos quirúrgicos, incluidas las cirugías laparoscópicas. Aunque las perforaciones intestinales son poco frecuentes, es un riesgo conocido en procedimientos abdominales, incluidos los de apendicectomía y laparoscopia. Los cirujanos están entrenados para reconocer y manejar estas complicaciones, como se muestra en la respuesta rápida y la reintervención realizada en este caso.

Tras la identificación de la perforación, el equipo médico actuó de manera apropiada y oportuna, realizando una nueva cirugía, resección segmentaria y anastomosis para reparar la lesión, lo que demuestra una atención clínica adecuada ante la complicación. Este enfoque integral confirma que la respuesta del equipo fue profesional y dirigida a mitigar cualquier riesgo mayor para el paciente.

FRENTE AL HECHO “54”: Es cierto que el 28 de junio de 2019, a las 21:24 horas se realiza la siguiente nota en la Historia Clínica por parte del Doctor WILLIAM ALBERTO MEJÍA PALOMINO, Cirujano General:

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION MEDICA EN UCI ESPECIALIDAD: INTENSIVISTA UBICACIÓN: UCI ADULTOS SEDÉ: CLINI
REMEDIOS INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA FECHA: 28/06/2017 21:24
SUBJETIVO
EVOLUCION UCI DIA
DX:
1. SHOCK SEPTICO DE ORIGEN ABDOMINAL
1.1 PERITONITIS POR K.PNEUMONIAE BLEE + LEVADURAS
2. PERITONITIS 4 CUADRANTES + POP DE LAPAROTOMIA + DRENAJE DE PERITONITIS 4 CUADRANTES 27.06
2.1 DEHISCENCIA ANASTOMOSIS ILEON + RE ANASTOMOSIS TT + REFUERZO SOBRE MUÑON APENDICULAR + VAC
3. PERITONITIS 4 CUADRANTES + POP DE LAPAROTOMIA + DRENAJE DE PERITONITIS 4 CUADRANTES 21.06
3.1 PERFORACION A NIVEL DE ILEON + RESECCION SEGMENTARIA ANASTOMOSIS TT

Al respecto, se indica que la **resección segmentaria es una** “cirugía para extirpar una parte de un órgano”, tal como lo dispone el Instituto Nacional del Cáncer. Esto se refiere a la eliminación de una porción (segmento) del intestino que está afectada por una enfermedad o complicación (por ejemplo, una perforación, una obstrucción o un tumor). La resección implica cortar y retirar la parte dañada del intestino.

Como en el caso de perforaciones debido a úlceras, inflamaciones graves, o infecciones

como la **peritonitis (tal como ocurre en el caso en concreto)**. La resección elimina la sección dañada del intestino, mientras que la anastomosis reconecta los extremos restantes para restablecer la función intestinal.

FRENTE AL HECHO “55”: Es cierto conforme se evidencia en Historia Clínica aportada.

Al respecto, es portante indicar que, la perforación intestinal es una complicación que puede ocurrir en procedimientos quirúrgicos, incluidas las cirugías laparoscópicas (**tal como la realizada inicialmente**). Aunque las perforaciones intestinales son poco frecuentes, es un riesgo conocido en procedimientos abdominales, incluidos los de apendicectomía y laparoscopia. Los cirujanos están entrenados para reconocer y manejar estas complicaciones, como se muestra en la respuesta rápida y la reintervención realizada en este caso.

Tras la identificación de la perforación, el equipo médico actuó de manera apropiada y oportuna, realizando una nueva cirugía, resección segmentaria y anastomosis para reparar la lesión, lo que demuestra una atención clínica adecuada ante la complicación. Este enfoque integral confirma que la respuesta del equipo fue profesional y dirigida a mitigar cualquier riesgo mayor para el paciente.

FRENTE AL HECHO “56”: Es cierto conforme se evidencia en Historia Clínica aportada.

Al respecto, es portante indicar que, la perforación intestinal es una complicación que puede ocurrir en procedimientos quirúrgicos, incluidas las cirugías laparoscópicas (**tal como la realizada inicialmente**). Aunque las perforaciones intestinales son poco frecuentes, es un riesgo conocido en procedimientos abdominales, incluidos los de apendicectomía y laparoscopia. Los cirujanos están entrenados para reconocer y manejar estas complicaciones, como se muestra en la respuesta rápida y la reintervención realizada en este caso.

Tras la identificación de la perforación, el equipo médico actuó de manera apropiada y oportuna, realizando una nueva cirugía, resección segmentaria y anastomosis para reparar la lesión, lo que demuestra una atención clínica adecuada ante la complicación. Este enfoque integral confirma que la respuesta del equipo fue profesional y dirigida a mitigar

cualquier riesgo mayor para el paciente.

Por otro lado, se indica que la **resección segmentaria es una** “cirugía para extirpar una parte de un órgano”, tal como lo dispone el Instituto Nacional del Cáncer. Esto se refiere a la eliminación de una porción (segmento) del intestino que está afectada por una enfermedad o complicación (por ejemplo, una perforación, una obstrucción o un tumor). La resección implica cortar y retirar la parte dañada del intestino.

Como en el caso de perforaciones debido a úlceras, inflamaciones graves, o infecciones como la **peritonitis (tal como ocurre en el caso en concreto)**. La resección elimina la sección dañada del intestino, mientras que la anastomosis reconecta los extremos restantes para restablecer la función intestinal.

FRENTE AL HECHO “57”: Es cierto que a las 18:03 horas de ese día el servicio de terapia respiratoria registra: “*Respiratorio: Anormal. Ausculto disminución del murmullo en bases*”. Sin embargo, es fundamental tener en cuenta que las historias clínicas deben ser analizadas de manera integral y no por extractos aislados, ya que esto podría distorsionar el contexto general del tratamiento y la evolución del paciente. En este caso, en la misma historia clínica, fechada y horada el mismo día, se evidencia que se realizó el respectivo análisis completo, lo que indica que las decisiones y procedimientos llevados a cabo fueron apropiados, y en consonancia con las condiciones clínicas del paciente en ese momento:

ANÁLISIS

REALIZO POSICIONAMIENTO.
INCENTIVO RESPIRATORIO, MOVILIZA 600 - 900 CC.
INSPIRACION MAXIMA, ELPRO, MOVILIZACIONES COSTALES.
TOLERA TRATAMIENTO.

Es así como del análisis dispuesto en Historia Clínica se evidenciaron las siguientes acciones y procedimientos realizados, los cuales fueron documentados de manera detallada y coherente con el estado clínico del paciente en cada momento:

- **Realizó posicionamiento:** Esto indica que el paciente fue colocado en una posición adecuada para facilitar la respiración y mejorar la ventilación pulmonar. El posicionamiento es una técnica utilizada para optimizar la función respiratoria,

especialmente en pacientes con dificultades respiratorias.

- **Incentivo respiratorio:** Esto hace referencia a una técnica terapéutica utilizada para mejorar la respiración del paciente. El **incentivo respiratorio** es un dispositivo o técnica que motiva al paciente a tomar respiraciones profundas y controladas, lo cual ayuda a expandir los pulmones, a aumentar la capacidad respiratoria y prevenir complicaciones pulmonares, como la atelectasia (colapso de los pulmones).
- **Inspiración máxima:** Esto sugiere que el paciente realizó una **inspiración máxima** como parte del tratamiento, lo cual es una maniobra que consiste en tomar una inhalación profunda para expandir completamente los pulmones.
- **Movilizaciones costales:** Las **movilizaciones costales** son ejercicios que ayudan a mejorar la movilidad del tórax y las costillas, facilitando la expansión y contracción del pulmón. Esto es útil para mejorar la capacidad respiratoria, especialmente si el paciente tiene limitación en la movilidad del tórax.
- **Tolera tratamiento:** Esto indica que el paciente **toleró** bien el tratamiento aplicado, sin presentar complicaciones o efectos adversos durante el mismo.

Motivo por el cual, si bien el servicio de terapia respiratoria registra: “Respiratorio: Anormal”, lo cierto es que el paciente toleró bien el tratamiento aplicado, sin presentar complicaciones o efectos adversos durante el mismo, como se evidencia en el análisis dispuesto en la Historia Clínica del mismo día. Este análisis refleja un seguimiento adecuado de la condición respiratoria del paciente, donde se observa que, a pesar de las anomalías reportadas en la auscultación, no se generaron complicaciones adicionales, lo que evidencia una respuesta favorable al tratamiento implementado y un control adecuado de su estado clínico en ese momento.

FRENTE AL HECHO “58”: Es cierto conforme se evidencia en Historia Clínica aportada.

Al respecto, es portante indicar que, la perforación intestinal es una complicación que puede ocurrir en procedimientos quirúrgicos, incluidas las cirugías laparoscópicas (**tal como la realizada inicialmente**). Aunque las perforaciones intestinales son poco frecuentes, es un

riesgo conocido en procedimientos abdominales, incluidos los de apendicectomía y laparoscopia. Los cirujanos están entrenados para reconocer y manejar estas complicaciones, como se muestra en la respuesta rápida y la reintervención realizada en este caso.

Tras la identificación de la perforación, el equipo médico actuó de manera apropiada y oportuna, realizando una nueva cirugía, resección segmentaria y anastomosis para reparar la lesión, lo que demuestra una atención clínica adecuada ante la complicación. Este enfoque integral confirma que la respuesta del equipo fue profesional y dirigida a mitigar cualquier riesgo mayor para el paciente.

Por otro lado, se indica que la **resección segmentaria es una** “cirugía para extirpar una parte de un órgano”, tal como lo dispone el Instituto Nacional del Cáncer. Esto se refiere a la eliminación de una porción (segmento) del intestino que está afectada por una enfermedad o complicación (por ejemplo, una perforación, una obstrucción o un tumor). La resección implica cortar y retirar la parte dañada del intestino.

Como en el caso de perforaciones debido a úlceras, inflamaciones graves, o infecciones como la **peritonitis (tal como ocurre en el caso en concreto)**. La resección elimina la sección dañada del intestino, mientras que la anastomosis reconecta los extremos restantes para restablecer la función intestinal.

FRENTE AL HECHO “59”: Es cierto conforme se evidencia en Historia Clínica aportada.

Al respecto, es portante indicar que, la perforación intestinal es una complicación que puede ocurrir en procedimientos quirúrgicos, incluidas las cirugías laparoscópicas (**tal como la realizada inicialmente**). Aunque las perforaciones intestinales son poco frecuentes, es un riesgo conocido en procedimientos abdominales, incluidos los de apendicectomía y laparoscopia. Los cirujanos están entrenados para reconocer y manejar estas complicaciones, como se muestra en la respuesta rápida y la reintervención realizada en este caso.

Tras la identificación de la perforación, el equipo médico actuó de manera apropiada y oportuna, realizando una nueva cirugía, resección segmentaria y anastomosis para reparar

la lesión, lo que demuestra una atención clínica adecuada ante la complicación. Este enfoque integral confirma que la respuesta del equipo fue profesional y dirigida a mitigar cualquier riesgo mayor para el paciente.

FRENTE AL HECHO “60”: Es cierto conforme se evidencia en Historia Clínica aportada.

Al respecto, es portante indicar que, la perforación intestinal es una complicación que puede ocurrir en procedimientos quirúrgicos, incluidas las cirugías laparoscópicas (**tal como la realizada inicialmente**). Aunque las perforaciones intestinales son poco frecuentes, es un riesgo conocido en procedimientos abdominales, incluidos los de apendicectomía y laparoscopia. Los cirujanos están entrenados para reconocer y manejar estas complicaciones, como se muestra en la respuesta rápida y la reintervención realizada en este caso.

Tras la identificación de la perforación, el equipo médico actuó de manera apropiada y oportuna, realizando una nueva cirugía, resección segmentaria y anastomosis para reparar la lesión, lo que demuestra una atención clínica adecuada ante la complicación. Este enfoque integral confirma que la respuesta del equipo fue profesional y dirigida a mitigar cualquier riesgo mayor para el paciente.

Por otro lado, se indica que la **resección segmentaria es una** “cirugía para extirpar una parte de un órgano”, tal como lo dispone el Instituto Nacional del Cáncer. Esto se refiere a la eliminación de una porción (segmento) del intestino que está afectada por una enfermedad o complicación (por ejemplo, una perforación, una obstrucción o un tumor). La resección implica cortar y retirar la parte dañada del intestino.

Como en el caso de perforaciones debido a úlceras, inflamaciones graves, o infecciones como la **peritonitis (tal como ocurre en el caso en concreto)**. La resección elimina la sección dañada del intestino, mientras que la anastomosis reconecta los extremos restantes para restablecer la función intestinal.

FRENTE AL HECHO “61”: De la redacción sintáctica de este numeral se desprenden varias afirmaciones, frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- Es cierto que se realizó la anotación conforme se evidencia en Historia Clínica aportada.

Al respecto, es portante indicar que, la perforación intestinal es una complicación que puede ocurrir en procedimientos quirúrgicos, incluidas las cirugías laparoscópicas (**tal como la realizada inicialmente**). Aunque las perforaciones intestinales son poco frecuentes, es un riesgo conocido en procedimientos abdominales, incluidos los de apendicectomía y laparoscopia. Los cirujanos están entrenados para reconocer y manejar estas complicaciones, como se muestra en la respuesta rápida y la reintervención realizada en este caso.

Tras la identificación de la perforación, el equipo médico actuó de manera apropiada y oportuna, realizando una nueva cirugía, resección segmentaria y anastomosis para reparar la lesión, lo que demuestra una atención clínica adecuada ante la complicación. Este enfoque integral confirma que la respuesta del equipo fue profesional y dirigida a mitigar cualquier riesgo mayor para el paciente.

Por otro lado, se indica que la **resección segmentaria es una** “cirugía para extirpar una parte de un órgano”, tal como lo dispone el Instituto Nacional del Cáncer. Esto se refiere a la eliminación de una porción (segmento) del intestino que está afectada por una enfermedad o complicación (por ejemplo, una perforación, una obstrucción o un tumor). La resección implica cortar y retirar la parte dañada del intestino.

Como en el caso de perforaciones debido a úlceras, inflamaciones graves, o infecciones como la **peritonitis (tal como ocurre en el caso en concreto)**. La resección elimina la sección dañada del intestino, mientras que la anastomosis reconecta los extremos restantes para restablecer la función intestinal.

No es cierto que “se considera que el paciente en el curso de la hospitalización se ha infectado con gérmenes multirresistentes”. El demandante está realizando interpretaciones medicas que no le competen; pues de la que de la historia clínica que se encuentra citando de manera literal en cada hecho de la demanda, no se extrae esa afirmación sin fundamento alguno que realiza.

FRENTE AL HECHO “62”: Es cierto que ese mismo día, es decir, el 30 de junio del 2027, a las 23:10 Horas, el paciente es llevado por cuarta vez a cirugía. En la nota quirúrgica se registra lo siguiente:

DESCRIPCIÓN OPERATORIA					
DESCRIPCIÓN #: 1					
FECHA DE REGISTRO: 01/07/2017 01:31					
DIAGNÓSTICOS PREQUIRÚRGICOS:					
FECHA-HORA	CÓDIGO	NOMBRE DIAGNÓSTICO	TIPO	ESTADO	PRIMARIO/SEGUNDARIO
01/07/2017 01:22	K650	PERITONITIS AGUDA	Quirúrgico	Confirmado	Primario
DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA					
ASEPSIA ANTISEPSIA.					
TIPOS DE CIRUGIA.					
RETIRO DE SISTEMA DE VACIO PREVIO.					
DRENAJE DE PERITONITIS GENERALIZADA Y REVISION SISTEMATICA DE LA CAVIDAD.					
SECCION DE ADHERENCIAS PERITONEALES.					
SE PROCEDE A RESECCION INTESTINAL DE APROXIMADAMENTE 30 CM DE INTESTINO DELGADO INCLUYENDO ANASTOMOSIS PREVIA NO FILTRADA Y AREAS DE PERFORACION MULTIPLES EN ILEON.					
SE REALIZA ILEOSTOMIA EN DOBLE BOCA DE CAÑON EN EL FLANCO DERECHO Y SE MADURA CON VICRYL 3 - 0.					
SE REALIZA LAVADO PERITONEAL CON 6000 CC DE SSN.					
SE COLOCA NUEVO SISTEMA DE VACIO ABDOMINAL GENADYNE, PLASTICO FENESTRADO Y DOBLE ESPUMA VERDE.					
SE CUBRE CON ADHESIVO Y SE CONECTA A SUCCION A]-100MMGH CON ADECUADO VACIO.					
HALLAZGOS					
PERITONITIS FECAL DE 4 CUADRANTES.					
AREAS DIFUSAS DE NECROSIS Y PERFORACION EN ILEON DISTAL, ANASTOMOSIS PREVIA INDENME, SE DECIDE RESECCION INCLUYENDO LA ANASTOMOSIS E ILEOSTOMIA.					
PERDIDA DEL DOMICILIO ABDOMINAL.					
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS					
CÓDIGO	NOMBRE PROCEDIMIENTO		VIA	REGIÓN TOPOGRÁFICA	CLASE DE HERIDA
462200	Ileostomia Continente (7711)		A	Abdomen	Sucia

Al respecto, se indica que, la **resección segmentaria** es una “cirugía para extirpar una parte de un órgano”, tal como lo dispone el Instituto Nacional del Cáncer. Esto se refiere a la eliminación de una porción (segmento) del intestino que está afectada por una enfermedad o complicación (por ejemplo, una perforación, una obstrucción o un tumor). La resección implica cortar y retirar la parte dañada del intestino.

Respecto de la anotación de “**Áreas de perforación múltiples en íleon**”, ella indica que se encontraron varias **perforaciones** (agujeros) en el **íleon**. Las perforaciones pueden ser causadas por infecciones graves, obstrucciones o enfermedades inflamatorias.

En cuanto a la **ileostomía**, se indica que es un procedimiento quirúrgico en el cual se realiza una abertura en el abdomen (llamada estoma) para permitir que el contenido intestinal se elimine directamente desde el íleon (la última parte del intestino delgado) hacia el exterior del cuerpo, en lugar de a través del recto. Al respecto American Cancer Society ha dispuesto mediante artículo titulado ¿Qué es una ileostomía?, lo siguiente:

“Una ileostomía es una abertura en el vientre (pared abdominal) que se hace mediante una cirugía. Por lo general, se necesita una ileostomía porque un problema está causando que el íleon no funcione correctamente, o una enfermedad está afectando una parte del colon y esta debe extirparse. El extremo terminal del íleon (la parte más baja del intestino delgado) es reubicado a través de esta abertura para formar un estoma, usualmente en el lado inferior derecho del abdomen”

Este procedimiento se suele realizar cuando una parte del intestino no está funcionando correctamente, o cuando hay una obstrucción, perforación o enfermedad que impide el paso normal de las heces.

En el caso descrito, la **ileostomía en doble boca de cañón** significa que se realiza una abertura doble en el íleon, lo que puede implicar que se crea una ileostomía en dos sitios separados, lo cual es necesario en ciertas situaciones, como para dividir el flujo intestinal de manera controlada, o si hay áreas de tejido comprometido que deben ser gestionadas por separado.

Este procedimiento se realiza cuando se considera necesario para garantizar la salida segura de los contenidos intestinales, evitar la acumulación de materiales fecales en el abdomen y prevenir infecciones graves, como la peritonitis. La creación de la ileostomía también puede ser una medida temporal, especialmente si el intestino necesita tiempo para sanar después de una resección o reparación quirúrgica. En resumen, la ileostomía se crea para asegurar que los desechos del cuerpo puedan ser eliminados de manera controlada y segura, lo cual es esencial cuando hay complicaciones graves en el sistema digestivo como fue el caso.

FRENTE AL HECHO “63”: No es cierto que, las complicaciones que el paciente sufrió a

lo largo de su tratamiento fueron consecuencia de una serie de errores médicos, entre los cuales destaca la presunta **insuficiencia en la inspección y reparación de las áreas intestinales perforadas**. El demandante sugiere que la perforación inicial fue causada durante el acceso laparoscópico el 16 de junio de 2017, lo cual se habría sumado a una serie de supuestos fallos durante las cirugías posteriores que contribuyeron a la persistencia de las infecciones, filtración fecaloide y peritonitis. A continuación, se analiza este argumento desde un enfoque médico:

- El 16 de junio de 2017, y a muy pocas horas de su ingreso, el paciente fue intervenido quirúrgicamente, **lo que demuestra una respuesta rápida y oportuna del equipo médico**, acorde con la situación clínica del paciente en ese momento. Al respecto, se indica que se encontraron los hallazgos de i) Apendicitis aguda en fase gangrenada con peritonitis localizada y plastrón local, y ii) Despliegue de serosa de asa yeyunal después de la liberación del plastrón.

HALLAZGOS

APENDICITIS AGUDA EN FASE GANGRENADA CON PERITONITIS LOCALIZADA Y PLASTRÓN LOCAL.
DESPULMIENTO DE SEROSA DE ASA YEYUNAL DESPUES DE LA LIBERACION DEL PLASTRON. •

Ahora, como se evidencia en Historia Clínica aportada, la Descripción Quirúrgica fue la siguiente:

ANÁLISIS

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA: ASEPSIA ANTISEPSIA.
CAMPOS DE CIRUGIA.
ACCESO LAPAROSCOPICO UMBILICAL CON TECNICA ABIERTA
INSUFLACION DE NEUMOPERITONEO Y HALLAZGOS.
SE PROCEDE A DISECCION DEL MESO APENDICE. Y LIBERACION DE PLASTRON.
SE REALIZA ENTERORRAFIA POR LAPAROSCOPIA DE DESULMIENTO DE SEROSA DE ASA YEYUNAL INMISCUIDA EN PLASTRON CON VICRYL 3 - 0.
SE REALIZA APENDICECTOMIA CON DOBLE HEMOLOCK PROXIMAL Y HEMOLOCK DISTAL.
SE EXTRAE PIEZA QUIRURGICA POR PUERTO UMBILICAL.
SE REALIZA DRENAJE DE PERITONITIS LOCALIZADA.
RETIRO SEGURO DE PUERTOS Y EVACUACION DE NEUMOPERITONEO.
CIERRE POR PLANOS, FASCIA CON VICRYL 1, PIEL CON PROLENE 3 - 0.

A partir de la descripción quirúrgica anteriormente citada, se evidencia que el procedimiento realizado consistió en una apendicectomía laparoscópica con hallazgos de **plastrón apendicular y compromiso de asa yeyunal**, lo que requirió una enterorrafia para la corrección de la lesión observada. Asimismo, se evidencia

la presencia de peritonitis localizada, la cual fue abordada mediante drenaje adecuado.

En este sentido, se resalta que la intervención se llevó a cabo bajo los protocolos establecidos de asepsia y antisepsia, utilizando técnicas de acceso laparoscópico con insuflación de neumoperitoneo y extracción segura de la pieza quirúrgica, lo que demuestra que se siguieron los estándares médicos pertinentes para la atención del paciente.

Es importante mencionar que la existencia de un **plastrón apendicular** sugiere que **el proceso inflamatorio tenía una evolución prolongada, debido a una perforación apendicular**. Al respecto, en el artículo "Tratamiento y seguimiento del plastrón apendicular" del Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Donostia. San Sebastián, se dispone:

*El **plastrón apendicular** es una forma de presentación poco frecuente de la apendicitis. Se trata de una masa inflamatoria debida a **perforación apendicular**, en la que pueden participar tanto asas de intestino delgado como epiplón, así como otros órganos (Negrilla y sublinea fuera de texto original).*

Ahora, se precisa que la **perforación apendicular** es una complicación grave de la apendicitis aguda, que ocurre cuando el apéndice inflamado se rompe o perfora. Al respecto, se indica que "los factores asociados a la perforación apendicular que tienen mayor impacto son el tiempo transcurrido del **inicio de la sintomatología hasta la resolución quirúrgica**". Esta información resulta de vital importancia en el presente caso, ya que el motivo de ingreso del paciente a la institución fue "**dolor abdominal en flanco derecho y náuseas de 48 horas de evolución**". Como se evidencia, ya había transcurrido un tiempo significativo entre el inicio de los síntomas y el ingreso a la clínica que represento.

PACIENTE MASCULINO, 16 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES RÉLEVANTES, INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS REMITIDO DE YUMBO - VALLE, CON DX: DOLOR ABDOMINAL EN ESTUDIO, PCTE REFIERE CUADRO CLINICO DE 2 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL, TIPO COLICO, LOCALIZADO EN EPIGASTRIO, CONTINUO, CON

Es importante señalar que el retraso en la atención médica no fue atribuible a la institución, sino a la decisión del propio paciente de no ingresar de inmediato a urgencias. Tal como se evidencia en la historia clínica, el paciente presentó síntomas de dolor abdominal dos (2) días antes de decidir acudir a la atención médica. Este tiempo transcurrido antes de la intervención quirúrgica podría haber sido un factor determinante en el desarrollo de la **perforación apendicular**, complicación que generalmente se asocia con la demora en la atención de una apendicitis aguda. En perjuicio de lo expuesto, no puede dejarse de lado la falta al deber objetivo de cuidado por parte de los padres del menor, los señores GUILLERMO HERNANDEZ y NELLY SILVA, quienes, como sus representantes legales y responsables de su bienestar, tenían la obligación de velar por la salud de su hijo en todo momento. Es particularmente relevante resaltar que el menor presentó síntomas de dolor abdominal con dos días de antelación antes de buscar atención médica, lo cual evidenciaría la falta de diligencia en la actuación de los padres al no haber tomado las medidas necesarias para acudir a urgencias a tiempo. El deber de cuidado de los padres incluye la obligación de actuar con prontitud frente a señales claras de malestar o enfermedad en sus hijos, lo que en este caso no ocurrió, lo cual pudo haber influido en la evolución clínica del menor y el desarrollo de complicaciones.

No obstante, se puede apreciar que la clínica actuó con rapidez y diligencia en el manejo del caso. La institución no podía proceder a la intervención quirúrgica sin antes realizar las valoraciones y exámenes necesarios para evaluar el estado del paciente de manera adecuada. Sin embargo, a las muy pocas horas de su ingreso, el paciente fue operado, lo que refleja la prontitud con la que se actuó una vez que se contó con la información suficiente para tomar la decisión quirúrgica.

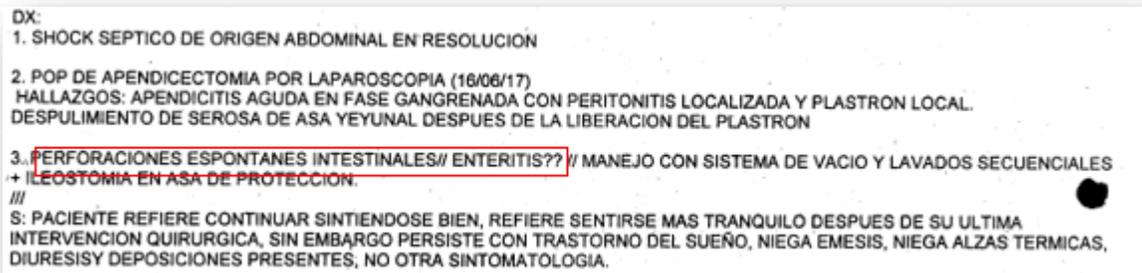
- El paciente presentó un cuadro clínico extremadamente complejo desde el principio, con múltiples complicaciones derivadas de la Apendicitis aguda en fase gangrenada con peritonitis localizada y plastrón local, y) Despliegue de serosa de asa yeyunal después de la liberación del plastrón. En estos casos, las decisiones médicas son muy difíciles y pueden implicar varios riesgos, incluso cuando se sigue el protocolo adecuado.

La condición crítica del paciente complica la cirugía, dificultando la identificación de todas las áreas comprometidas en un primer momento. La presencia de necrosis y perforación múltiple en el íleon, como se documenta, es indicativa de un daño extenso, lo que limita las opciones quirúrgicas y aumenta el riesgo de complicaciones postquirúrgicas.

- Las cirugías realizadas, incluidas la resección intestinal, anastomosis, lavado peritoneal y colocación de sistemas de vacío fueron necesarias y apropiadas dadas las circunstancias del paciente. Cada intervención se realizó con el fin de estabilizar al paciente y tratar las áreas comprometidas de acuerdo con el protocolo quirúrgico estándar. La decisión de realizar una nueva anastomosis en la cuarta cirugía muestra un manejo quirúrgico adecuado, dado que la continuidad de la peritonitis y las infecciones requerían esta intervención.
- El tratamiento postoperatorio en la UCI, junto con el uso de antibióticos de amplio espectro y las revisiones y monitoreos constantes, demuestra que se tomaron las medidas necesarias para controlar la infección y monitorizar la evolución del paciente.
- Aunque el demandante sugiere que la perforación inicial fue causada por el acceso laparoscópico, es importante aclarar que las perforaciones en cirugías abdominales pueden ser consecuencia de diversos factores, como la condición preexistente del paciente (posibles adherencias, alteraciones en las vísceras, etc.) o complicaciones inherentes al propio proceso quirúrgico. La perforación no necesariamente debe ser atribuida a un único acto quirúrgico, sino que puede haber sido el resultado de un combinado de factores.
- Esa perforación a la que hace referencia el demandante en este hecho, pudo tratarse de filtraciones de la sutura y no de perforaciones causadas en la cirugía de junio del 2017. En todo caso, esas filtraciones resultarían ser una complicación inherente al procedimiento.

FRENTE AL HECHO “64”: No es cierto. En primer lugar, es importante señalar que la

afirmación del demandante de que las perforaciones intestinales fueron consecuencia de un error en la técnica de acceso laparoscópico carece de sustento probatorio. Es así como se evidencia en varias anotaciones de la Historia Clínica, que **el paciente estaba presentando perforaciones espontáneas intestinales, posiblemente debido a la enteritis**. Un ejemplo de ello es la historia clínica del 08 de julio del 2017 en el que se indica el siguiente diagnóstico:



DX:
1. SHOCK SEPTICO DE ORIGEN ABDOMINAL EN RESOLUCION
2. POP DE APENDICECTOMIA POR LAPAROSCOPIA (16/06/17)
HALLAZGOS: APENDICITIS AGUDA EN FASE GANGRENADA CON PERITONITIS LOCALIZADA Y PLASTRON LOCAL.
DESPULMIENTO DE SEROSA DE ASA YEYUNAL DESPUES DE LA LIBERACION DEL PLASTRON
3. **PERFORACIONES ESPONTANES INTESTINALES// ENTERITIS??** // MANEJO CON SISTEMA DE VACIO Y LAVADOS SECUENCIALES
+ ILEOSTOMIA EN ASA DE PROTECCION.
///
S: PACIENTE REFIERE CONTINUAR SINTIENDOSE BIEN, REFIERE SENTIRSE MAS TRANQUILO DESPUES DE SU ULTIMA INTERVENCION QUIRURGICA, SIN EMBARGO PERSISTE CON TRASTORNO DEL SUEÑO, NIEGA EMESIS, NIEGA ALZAS TERMICAS, DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES, NO OTRA SINTOMATOLOGIA.

Esta condición inflamatoria del intestino es capaz de debilitar la pared intestinal, aumentando el riesgo de perforaciones espontáneas. Dichas perforaciones no son atribuibles a un error técnico durante el procedimiento quirúrgico, sino que pueden ser consecuencia de factores fisiológicos y clínicos subyacentes que comprometieron la integridad de los tejidos.

La enteritis, dependiendo de su origen y severidad, puede generar zonas de fragilidad en la mucosa y la pared intestinal, lo que facilita la aparición de perforaciones, especialmente en un contexto postquirúrgico. Esto explicaría la recurrencia de lesiones intestinales, incluso después de las intervenciones quirúrgicas iniciales.

En cuanto a las cirugías adicionales, se indica que las mismas se realizaron con la finalidad de resolver las complicaciones derivadas de la perforación inicial, no por un error en las intervenciones. Los cirujanos actuaron conforme a los protocolos médicos, y se realizaron todas las acciones necesarias para intentar resolver la situación con la mayor prontitud. Las múltiples cirugías son indicativas del esfuerzo diligente y continuo para intentar salvar la vida del paciente.

Finalmente, es necesario recalcar que, de acuerdo con los principios médicos y la legislación aplicable, la responsabilidad en el ejercicio médico es de medios y no de

resultados. En este caso, la clínica y el personal médico actuaron de manera diligente y perita, respetando los protocolos y tomando las medidas necesarias para atender al paciente. No existe evidencia que permita vincular las perforaciones y las complicaciones con un error técnico en la intervención inicial.

FRENTE AL HECHO “65”: Es cierto conforme se evidencia en Historia Clínica aportada.

Al respecto, es portante indicar que, la perforación intestinal es una complicación que puede ocurrir en procedimientos quirúrgicos, incluidas las cirugías laparoscópicas (**tal como la realizada inicialmente**). Aunque las perforaciones intestinales son poco frecuentes, es un riesgo conocido en procedimientos abdominales, incluidos los de apendicectomía y laparoscopia. Los cirujanos están entrenados para reconocer y manejar estas complicaciones, como se muestra en la respuesta rápida y la reintervención realizada en este caso.

Tras la identificación de la perforación, el equipo médico actuó de manera apropiada y oportuna, realizando una nueva cirugía, resección segmentaria y anastomosis para reparar la lesión, lo que demuestra una atención clínica adecuada ante la complicación. Este enfoque integral confirma que la respuesta del equipo fue profesional y dirigida a mitigar cualquier riesgo mayor para el paciente.

Por otro lado, se indica que la **resección segmentaria es una** “cirugía para extirpar una parte de un órgano”, tal como lo dispone el Instituto Nacional del Cáncer. Esto se refiere a la eliminación de una porción (segmento) del intestino que está afectada por una enfermedad o complicación (por ejemplo, una perforación, una obstrucción o un tumor). La resección implica cortar y retirar la parte dañada del intestino.

Como en el caso de perforaciones debido a úlceras, inflamaciones graves, o infecciones como la **peritonitis (tal como ocurre en el caso en concreto)**. La resección elimina la sección dañada del intestino, mientras que la anastomosis reconecta los extremos restantes para restablecer la función intestinal.

FRENTE AL HECHO “66”: Es cierto conforme se evidencia en Historia Clínica aportada.

FRENTE AL HECHO “67”: Es cierto conforme se evidencia en Historia Clínica aportada. No obstante, se aclara que el hecho de que se mencione un "muñón apendicular indemne" significa que, a pesar de que se identificaron otras complicaciones en la cirugía, como la perforación intestinal, el apéndice mismo fue retirado adecuadamente sin presentar lesiones adicionales. Esto indica que no hubo complicaciones derivadas de la apendicectomía, y que la perforación intestinal está relacionada con otros factores.

FRENTE AL HECHO “68”: Es cierto conforme se evidencia en Historia Clínica aportada.

FRENTE AL HECHO “69”: Es cierto conforme se evidencia en Historia Clínica aportada.

FRENTE AL HECHO “70”: Es cierto conforme se evidencia en Historia Clínica aportada.

Sin embargo, debe advertirse que tras la identificación de la perforación, el equipo médico actuó de manera apropiada y oportuna, realizando una nueva cirugía, resección segmentaria y anastomosis para reparar la lesión, lo que demuestra una atención clínica adecuada ante la complicación. Este enfoque integral confirma que la respuesta del equipo fue profesional y dirigida a mitigar cualquier riesgo mayor para el paciente.

Por otro lado, se indica que la **resección segmentaria es una** “cirugía para extirpar una parte de un órgano”, tal como lo dispone el Instituto Nacional del Cáncer. Esto se refiere a la eliminación de una porción (segmento) del intestino que está afectada por una enfermedad o complicación (por ejemplo, una perforación, una obstrucción o un tumor). La resección implica cortar y retirar la parte dañada del intestino.

Como en el caso de perforaciones debido a úlceras, inflamaciones graves, o infecciones como la **peritonitis (tal como ocurre en el caso en concreto)**. La resección elimina la sección dañada del intestino, mientras que la anastomosis reconecta los extremos restantes para restablecer la función intestinal.

FRENTE AL HECHO “71”: Es cierto que el 02 de julio del 2017 a las 14:35 horas de ese día el servicio de terapia respiratoria registra: “*Respiratorio: Anormal. Ausculto disminución del murmullo en bases*”. Sin embargo, es fundamental tener en cuenta que las historias clínicas deben ser analizadas de manera integral y no por extractos aislados, ya que esto

podría distorsionar el contexto general del tratamiento y la evolución del paciente. En este caso, en la misma historia clínica, fechada y horada el mismo día, se evidencia que se realizó el respectivo análisis completo, lo que indica que las decisiones y procedimientos llevados a cabo fueron apropiados, y en consonancia con las condiciones clínicas del paciente en ese momento:

ANÁLISIS
REALIZO POSICIONAMIENTO.
INCENTIVO RESPIRATORIO, MOVILIZA 900 CC.
INSPIRACION MAXIMA, ELPRO, MOVILIZACIONES COSTALES.
TOLERA TRATAMIENTO.

Es así como del análisis dispuesto en Historia Clínica se evidenciaron las siguientes acciones y procedimientos realizados, los cuales fueron documentados de manera detallada y coherente con el estado clínico del paciente en cada momento:

- **Realizó posicionamiento:** Esto indica que el paciente fue colocado en una posición adecuada para facilitar la respiración y mejorar la ventilación pulmonar. El posicionamiento es una técnica utilizada para optimizar la función respiratoria, especialmente en pacientes con dificultades respiratorias.
- **Incentivo respiratorio:** Esto hace referencia a una técnica terapéutica utilizada para mejorar la respiración del paciente. El **incentivo respiratorio** es un dispositivo o técnica que motiva al paciente a tomar respiraciones profundas y controladas, lo cual ayuda a expandir los pulmones, a aumentar la capacidad respiratoria y prevenir complicaciones pulmonares, como la atelectasia (colapso de los pulmones).
- **Inspiración máxima:** Esto sugiere que el paciente realizó una **inspiración máxima** como parte del tratamiento, lo cual es una maniobra que consiste en tomar una inhalación profunda para expandir completamente los pulmones.
- **Movilizaciones costales:** Las **movilizaciones costales** son ejercicios que ayudan a mejorar la movilidad del tórax y las costillas, facilitando la expansión y contracción del pulmón. Esto es útil para mejorar la capacidad respiratoria, especialmente si el

paciente tiene limitación en la movilidad del tórax.

- **Tolera tratamiento:** Esto indica que el paciente **toleró** bien el tratamiento aplicado, sin presentar complicaciones o efectos adversos durante el mismo.

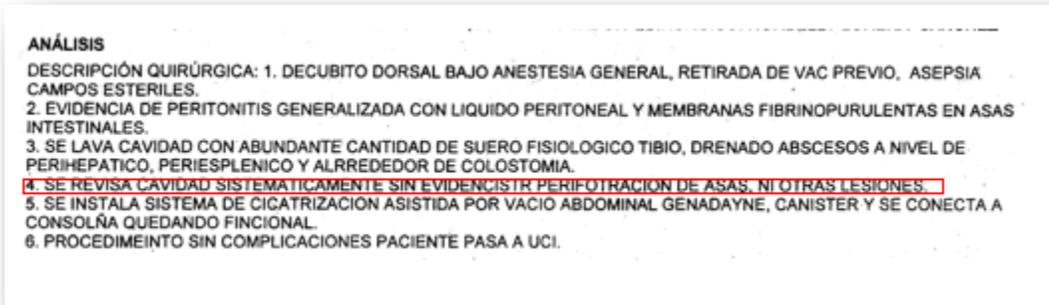
Motivo por el cual, si bien el servicio de terapia respiratoria registra: “Respiratorio: Anormal”, lo cierto es que el paciente toleró bien el tratamiento aplicado, sin presentar complicaciones o efectos adversos durante el mismo, como se evidencia en el análisis dispuesto en la Historia Clínica del mismo día. Este análisis refleja un seguimiento adecuado de la condición respiratoria del paciente, donde se observa que, a pesar de las anormalidades reportadas en la auscultación, no se generaron complicaciones adicionales, lo que evidencia una respuesta favorable al tratamiento implementado y un control adecuado de su estado clínico en ese momento.

FRENTE AL HECHO “72”: De la redacción sintáctica de este numeral se desprenden varias afirmaciones, frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- Es cierto que el 03 de julio de 2017 a las 8:00 a.m. el paciente es intervenido quirúrgicamente por quinta vez. La intervención quirúrgica evidencia un **manejo exhaustivo y sistemático** de la cavidad abdominal para abordar el cuadro de **peritonitis generalizada** y abscesos intraabdominales. Se realizaron los siguientes procedimientos médicos:
 - **Retiro del sistema de vacío previo.**
 - **Lavado de la cavidad peritoneal** con abundante solución salina tibia para minimizar la carga bacteriana.
 - **Drenaje de abscesos** a nivel perihepático, periesplénico y alrededor de la colostomía.
 - **Revisión completa y sistemática de las asas intestinales**, sin evidencia de perforaciones ni lesiones adicionales.

Esto demuestra que los médicos siguieron un protocolo detallado y adecuado, con el fin de garantizar que no quedaran lesiones no tratadas.

- En la descripción quirúrgica se indica que, tras una **revisión sistemática de la cavidad abdominal**, no se evidenciaron perforaciones en las asas intestinales ni otras lesiones que requirieran intervención adicional.



- La persistencia de la **peritonitis** y las complicaciones podrían estar relacionadas con: i). La **infección preexistente** que evolucionó pese a los procedimientos realizados; ii). Factores propios de la **condición crítica del paciente**, como un sistema inmunológico comprometido, la presencia de infecciones multirresistentes y las múltiples intervenciones previas.
- El cuadro de **peritonitis generalizada** es una complicación severa que no siempre puede resolverse con una sola cirugía, especialmente en pacientes con un historial de múltiples intervenciones abdominales.
- Los **abscesos intraabdominales** y las **adherencias fibrinopurulentas** observadas son hallazgos comunes en pacientes con peritonitis prolongada y no pueden ser atribuidos a una actuación médica inadecuada.

**HALLAZGOS: - PERITONITIS GENERALIZADA
 - ABSCESO INTRABDOMINAL PERIHEPÁTICO, PERIESPLENICO
 - MEMBRANAS FIBRINOPURULENTAS ADHERIDAS A ASAS.**

- La utilización del **sistema de cicatrización asistida por vacío abdominal** es una medida terapéutica moderna y adecuada para manejar infecciones complejas y promover la recuperación del paciente.

- No es cierto que “no se realizaron revisiones sistemáticas en las cirugías anteriores”. El demandante se basa únicamente en la ausencia de un registro explícito. Sin embargo: i). La ausencia de una anotación específica **no implica que no se haya realizado**. La práctica médica estándar en casos de peritonitis y cirugías abdominales complejas incluye siempre una revisión sistemática de la cavidad, lo cual es inherente a cualquier intervención quirúrgica. ii). La carga de la prueba recae en el demandante, quien debe demostrar que los médicos omitieron dicha práctica, más allá de una interpretación subjetiva de las notas quirúrgicas.
- Además, el paciente estaba presentando perforaciones espontáneas.

FRENTE AL HECHO “73”: De la redacción sintáctica de este numeral se desprenden varias afirmaciones, frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- No es cierto que la descripción quirúrgica del 3 de julio del 2017 a las 11:23 Horas denote “*un esfuerzo del centro asistencial de encubrir los errores cometidos y manipular la historia clínica*”. La afirmación del demandante carece de respaldo probatorio concreto. No existe evidencia objetiva que demuestre que la clínica alteró la historia clínica para ocultar supuestos errores. Los registros médicos describen detalladamente cada procedimiento quirúrgico, los hallazgos, y el estado del paciente en cada etapa. La transparencia en los registros refuta cualquier señalamiento de manipulación.
- No es cierto que “No es posible que un paciente con un proceso séptico de origen abdominal y activo se encuentre “*en buenas condiciones generales*” y “*sin inestabilidad hemodinámica*”. Un paciente con **shock séptico de origen abdominal** puede presentar periodos de estabilización hemodinámica y mejoría clínica temporal, gracias al manejo quirúrgico y al soporte médico intensivo (como el uso de ventilación mecánica invasiva y soporte vasoactivo). La descripción de que el paciente ingresó a quirófano “en buenas condiciones generales” implica que, en ese momento puntual:

1. Había una mejoría relativa en parámetros críticos (respiración, estabilidad

hemodinámica).

ANÁLISIS

PCTE EN MANEJO CONJUNTO POR SERVICIO DE CXGENERAL POR POPQX DE LAPAROTOMIA + DRENAJE DE PERITONITIS 4 CUADRANTES - REQUIRIR MANEJO CON VMI - YA EXTUBADO CON ADECUADA RESPUESTA CLINICA **CON BUEN PATRON**

RESPIRATORIO - AUN CON SOPORTE DE VASOACTIVOS - ES LLEVADO EL DIA(01/07/2017) POR SERVICIO DE CXGENERAL A NUEVO PROCEDIMIENTO QX CON LOS SGTES HALLAZGOS (PERITONITIS FECAL DE 4 CUADRANTES, AREAS DIFUSAS DE NECROSIS Y PERFORACION EN ILEON DISTAL, ANASTOMOSIS PREVIA INDENME.DETERMINANDO RESECCION INCLUYENDO LA ANASTOMOSIS E ILEOSTOMIA.) EL DIA DE HQY (03/07/2017) ES LLEVADO A NUEVO LAVADO + DEBRIDAMIENTO/DRENAJE DE ABSCESO SIN MENCION DE COMPLICACION . INGRESA A SALA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. **SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NO INESTABILIDAD HEMODINAMICA.**

2. Esto no excluye la presencia de un proceso infeccioso activo, pero indica que las condiciones del paciente eran las adecuadas para proceder con una nueva intervención quirúrgica.
- Además, se recalca a historia clínica refleja un **manejo diligente e interdisciplinario** del paciente, incluyendo:
 - **Cuatro intervenciones quirúrgicas en menos de tres semanas** para tratar complicaciones graves como abscesos, perforaciones y dehiscencia.
 - Uso de tecnologías avanzadas, como el sistema VAC (cicatrización asistida por vacío).
 - Supervisión constante por parte de Medicina Interna, Cirugía General y otros servicios especializados.

Estos esfuerzos demuestran que el equipo médico actuó de manera proactiva y exhaustiva, descartando negligencia o encubrimiento, contrario a lo indicado subjetivamente por el demandante.

FRENTE AL HECHO “74”: Es cierto conforme se evidencia en Historia Clínica aportada. Sin embargo, se aclara nuevamente que, el hecho de que el paciente ingresó a quirófano en su cuarta cirugía "en buenas condiciones generales", no excluye la presencia de un proceso infeccioso activo, el cual es inherente a las complicaciones derivadas de su condición clínica previa.

FRENTE AL HECHO “75”: No es cierto que el paciente “no puede estar “en buenas

condiciones generales” debido al diagnóstico de sepsis, y mucho menos que “las notas de la historia clínica que tengan esta expresión son imprecisas y erróneas”, pues se aclara nuevamente que, el hecho de que el paciente ingresó a quirófano en su cuarta cirugía "en buenas condiciones generales", no excluye la presencia de un proceso infeccioso activo, el cual es inherente a las complicaciones derivadas de su condición clínica previa.

FRENTE AL HECHO “76”: No es cierto. La afirmación del demandante de que las perforaciones intestinales fueron causadas por el uso inadecuado e imperito del trócar durante la cirugía laparoscópica y que la Clínica intentó encubrir estos eventos es infundada y carece de respaldo probatorio en los registros clínicos y las actuaciones médicas realizadas. No existe evidencia concluyente en la historia clínica ni en los informes quirúrgicos que relacione de manera directa y específica el uso del trócar con las perforaciones intestinales. Las perforaciones intestinales pueden tener diversas etiologías, incluyendo procesos inflamatorios, isquemia tisular, o complicaciones derivadas del cuadro infeccioso y séptico avanzado del paciente.

El paciente presentó un cuadro de peritonitis severa con sepsis abdominal, lo que puede generar áreas de fragilidad intestinal o incluso necrosis, condiciones que incrementan el riesgo de perforación espontánea. Estas son complicaciones documentadas en la literatura médica en pacientes con sepsis abdominal severa.

Además, el paciente presentaba enteritis, que en términos coloquiales es una inflamación del intestino delgado, que puede ser causada por infecciones, isquemia, reacciones inflamatorias severas, o incluso como complicación postquirúrgica en pacientes críticos. Lo anterior es de vital importancia considerando que el paciente presentaba peritonitis severa, múltiples cirugías abdominales, y un cuadro infeccioso avanzado. **Estas condiciones son suficientes para desencadenar una inflamación secundaria del intestino (enteritis),** sin necesidad de que esta sea atribuida a un acto quirúrgico previo.

Desde la primera intervención quirúrgica hasta la última, el equipo médico actuó en todo momento bajo los estándares médicos vigentes, realizando procedimientos orientados a resolver las complicaciones detectadas, incluyendo lavados peritoneales, resecciones intestinales y anastomosis. Además, los procedimientos fueron registrados en la historia clínica de manera detallada y transparente, lo que descarta cualquier intención de

encubrimiento. La CLINICA NSDR documentó todas las intervenciones y hallazgos quirúrgicos en la historia clínica. El hecho de que en una cirugía posterior se encuentren nuevas perforaciones no implica negligencia ni encubrimiento, sino la progresión de un cuadro clínico complejo y dinámico.

FRENTE AL HECHO “77”: Es cierto conforme se evidencia en Historia Clínica aportada.

FRENTE AL HECHO “78”: Es cierto conforme se evidencia en Historia Clínica aportada.

FRENTE AL HECHO “79”: Es cierto conforme se evidencia en Historia Clínica aportada.

FRENTE AL HECHO “80”: Es cierto conforme se evidencia en Historia Clínica aportada. Se aclara que la anotación del 5 de julio de 2017 refleja que el equipo médico estaba monitoreando continuamente al paciente y ajustando el tratamiento según su estado clínico.

FRENTE AL HECHO “81”: Es cierto conforme se evidencia en Historia Clínica aportada. Se aclara que la anotación de las 10:50 horas del 5 de julio de 2017, en la que se ordena continuar con antibióticos de amplio espectro como **colistina y meropenem**, junto con el antimicótico **caspofungina**, evidencia un manejo intensivo y adecuado frente a los diagnósticos del paciente.

FRENTE AL HECHO “82”: No es cierta la acusación infundada y subjetiva del demandante de que la clínica intentó encubrir una presunta mala praxis en la cirugía laparoscópica del 16 de junio de 2017.

La anotación del 6 de julio de 2017 señala que el paciente fue programado para un nuevo lavado peritoneal, pero no se realizó debido a la falta de disponibilidad del quirófano. Este hecho refleja una **circunstancia logística** que no depende exclusivamente de la clínica ni del equipo médico, sino del volumen de pacientes críticos que requerían procedimientos quirúrgicos urgentes en ese momento. Sin embargo, el plan de manejo se mantuvo en la UCI, asegurando la continuidad del tratamiento médico adecuado.

Ahora, aunque el demandante argumenta que las perforaciones espontáneas son eventos infrecuentes, estas pueden presentarse en **contextos específicos** como:

- **Enteritis severa o isquémica**, asociada a infecciones graves o a hipoperfusión tisular en pacientes críticos.
- **Complicaciones postquirúrgicas no relacionadas con mala praxis**, como la dehiscencia de anastomosis o perforaciones secundarias a inflamación severa.
- **Daño tisular preexistente** causado por infecciones como la **peritonitis**, que pueden debilitar la integridad intestinal.
- **Factores individuales del paciente**, como alteraciones en la microcirculación y su estado inflamatorio general.

Atribuir las perforaciones exclusivamente al uso del trócar en la primera cirugía laparoscópica no es concluyente, especialmente porque la evolución clínica del paciente estuvo marcada por un proceso séptico severo que contribuyó significativamente al deterioro intestinal.

Las acusaciones de encubrimiento carecen de sustento probatorio. El equipo médico dejó evidencia detallada de la evolución clínica del paciente y de los hallazgos quirúrgicos en cada procedimiento. Las anotaciones en la historia clínica, que incluyen diagnósticos como **enteritis y perforaciones intestinales**, reflejan un análisis clínico responsable de las posibles causas del deterioro del paciente.

El estado clínico del paciente, caracterizado por un proceso séptico severo, enteritis, múltiples intervenciones quirúrgicas y soporte en UCI, generaba un contexto de alta complejidad en el que las complicaciones eran previsibles y atribuibles al cuadro general del paciente, no exclusivamente a la primera cirugía.

FRENTE AL HECHO “83”: Es cierto conforme se evidencia en Historia Clínica aportada. Este hecho refleja una **circunstancia logística** que no depende exclusivamente de la clínica ni del equipo médico, sino del volumen de pacientes críticos que requerían procedimientos quirúrgicos urgentes en ese momento. Sin embargo, el plan de manejo se mantuvo en la UCI, asegurando la continuidad del tratamiento médico adecuado.

FRENTE AL HECHO “84”: Es cierto conforme se evidencia en Historia Clínica aportada.

FRENTE AL HECHO “85”: De la redacción sintáctica de este numeral se desprenden varias afirmaciones, frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- Es cierto que el 07 de julio de 2017 el paciente es intervenido quirúrgicamente por sexta vez.
- No es cierto que “Los hallazgos descritos corresponden a un grave proceso clínico y séptico, desencadenado por las perforaciones producidas de manera negligente durante la apendicectomía laparoscópica”. Es importante resaltar que, en pacientes con múltiples intervenciones quirúrgicas y un cuadro séptico grave como el que presenta el paciente, las complicaciones pueden surgir de manera progresiva y son inherentes a la complejidad clínica del caso. La sepsis y las complicaciones abdominales posteriores pueden ser consecuencia de una infección persistente y no necesariamente de una mala praxis quirúrgica inicial.

Si bien el demandante insiste en que las perforaciones fueron causadas por una mala praxis en la apendicectomía laparoscópica, es relevante señalar que las **perforaciones intestinales**, la **sepsis**, y las **complicaciones posteriores** pueden tener múltiples causas y no se limitan a la negligencia quirúrgica. La presencia de **enteritis**, un cuadro séptico grave y una **respuesta inflamatoria compleja** son factores que contribuyen al empeoramiento del estado del paciente.

FRENTE AL HECHO “86”: Es cierto conforme se evidencia en la respectiva Historia Clínica.

FRENTE AL HECHO “87”: Se indica que no se trata de un hecho en sí mismo, sino de la transcripción literal de un fragmento de la historia clínica. No obstante, de dicho extracto se puede observar lo siguiente:

- Teniendo en cuenta que la revisión y análisis de la historia clínica debe hacerse de manera integral, se adjunta la Historia clínica completa del 08 de julio del 2017 a las

13:42 horas:

CRISTHIAN DAVID HERNANDEZ SILVA
16 AÑOS

DX:
1. SHOCK SEPTICO DE ORIGEN ABDOMINAL EN RESOLUCION
2. POP DE APENDICECTOMIA POR LAPAROSCOPIA (16/06/17)
HALLAZGOS: APENDICITIS AGUDA EN FASE GANGRENADA CON PERITONITIS LOCALIZADA Y PLASTRON LOCAL.
DESPLUMIENTO DE SEROSA DE ASA YEYUNAL DESPUES DE LA LIBERACION DEL PLASTRON

**3. PERFORACIONES ESPONTANES INTESTINALES// ENTERITIS?? // MANEJO CON SISTEMA DE VACIO Y LAVADOS SECUENCIALES
+ ILEOSTOMIA EN ASA DE PROTECCION.**

S: PACIENTE REFIERE CONTINUAR SINTIENDOSE BIEN, REFIERE SENTIRSE MAS TRANQUILO DESPUES DE SU ULTIMA INTERVENCION QUIRURGICA, SIN EMBARGO PERSISTE CON TRASTORNO DEL SUEÑO, NEGIA EMESIS, NEGIA ALZAS TERMICAS, DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES, NO OTRA SINTOMATOLOGIA.

OBJETIVO
ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, EN MEJORES CONDICIONES GENERALES, COHORTIZADO POR GERMAN KPC, FAMILIAR AFUERA DE CUARTO (MUY PENDIENTE), ALERTA, ACTIVO, AHORA MAS TRANQUILO, AFEBRIL, CON SIGNOS VITALES: TA: 131/70, FC: 94, FR: 15, T: 36.0

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SISTEMA VAC FUNCIONANTE EN HERIDA QUIRURGICA, SIN SIGNOS INFLAMATORIOS NI SALIDA DE MATERIAL PURULENTO, NO PALPO MASAS NI VISCEROMEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EN EL MOMENTO.

ANÁLISIS DE RESULTADOS
OBSERVACIONES
LABORATORIOS:08/07HEMOGRAMA: LEUCOCITOS: 15.444, NEUTROFILOS: 79%, HEMOGLOBINA: 8.7, HEMATOCRITO: 25, PLAQUETAS: 617.000BUN: 19.0CREATININA: 0.8NA: 132, K: 3.6, CLORO: 99AC LACTICO: 1.38

ANÁLISIS
PACIENTE HOSPITALIZADO EN UCI, CON HISTORIA Y DIAGNOSTICOS CONOCIDOS, COHORTIZADO POR GERMAN KPC, ACTUALMENTE EN SU PRIMER DIA DE POP (07/07) DE SU ULTIMA INTERVENCION QUIRURGICA DE RELAPAROTOMIA CON HALLAZGOS DE CAVIDAD PARCIALMENTE BLOQUEADA, CONGELADA EN SU TOTALIDAD, ALGUNAS MEMBRANAS DE FIBRINA Y ESCASA PERITONITIS RESIDUAL. EVIDENCIANDO ASI CAVIDAD PERITONEAL MAS LIMPIA. EN EL MOMENTO CON BUENA EVOLUCION HACIA LA MEJORIA DE SU POP. HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, DIURESIS POSITIVA, SE CONSIDERA INICIAR DIETA LIQUIDA, CONTINUAR IGUAL MANEJO EN UCI, SE PROGRAMA PARA CX EN SUS PROX 48 HORAS, CONTINUA PENDIENTE TRASLADO A UAPE. AVISAR CAMBIOS.

RELACION DE DIAGNÓSTICOS

NOMBRE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO DX	TIPO	ESTADO	DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA
APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	K359	Quirúrgico	Confirmado	--
PERITONITIS AGUDA	K650	Quirúrgico	Confirmado	--

PLAN
-INICIAR DIETA LIQUIDA
-SE PASA TURNO QUIRURGICO PARA NUEVO LAVADO EN PROX 48 HORAS
-PTE TRASLADO A UAPE
-CONTINUAR IGUAL MANEJO
JUSTIFICACIÓN PARA QUE EL PACIENTE CONTINUE HOSPITALIZADO HOY
CONDICION CLINICA
ÓRDENES MÉDICAS

Responsable: JAUME VILA SPO

PAQUETES CIRUGIA
08/07/2017 13:46 Sistema de Cicatrización Asistida por Vacío
SE LLEVA A CX PARA PROGRAMAR EN PROX 48 HORAS..

ORDENADO
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
08/07/2017 13:46 Lavado Peritoneal Postquirurgico (7144)
SE LLEVA A CX TURNO QUIRURGICO PARA PROGRAMAR CX EN PROX 48 HORAS

ORDENADO
Firmado por: PEDRO DAVID HURTADO ROJAS, CIRUGIA GENERAL, Reg: 19-429 2006

HISTORIA DE EVOLUCIÓN

Respecto de las perforaciones espontaneas intestinales, se indica que este tipo de diagnóstico no implica necesariamente un defecto en la cirugía laparoscópica, sino que puede ser un término utilizado para describir una complicación relacionada con un cuadro inflamatorio severo o un proceso infeccioso activo como la **enteritis**. En muchos casos, las perforaciones pueden ocurrir como resultado de la exacerbación de condiciones subyacentes o infecciones graves como las que experimentaba el

paciente.

El diagnóstico de **enteritis** puede estar relacionado con la infección generalizada del abdomen y la persistencia de la **peritonitis**. Estas condiciones se pueden agravar con el tiempo debido a la mala respuesta inmune del paciente o la extensión de la infección a otras áreas. Las perforaciones pueden ser **secuelas de una infección ya existente**, más que un fenómeno espontáneo relacionado con una intervención quirúrgica inicial.

A lo largo de la historia clínica, los diagnósticos y procedimientos realizados evidencian una constante evolución del estado del paciente, con varias complicaciones importantes como la **peritonitis y el shock séptico**. En este contexto, las perforaciones pueden verse como una **consecuencia natural de la complejidad y gravedad** del cuadro clínico general del paciente, y no debido a un acto de **negligencia** en la apendicectomía laparoscópica inicial.

- No es cierto que *“Esta hipótesis diagnóstica carece por completo de base científica y no es más que una afirmación fantástica tendiente a encubrir y ocultar la grave malpraxis que tuvo lugar durante la apendicectomía laparoscópica (apendilap) en la cual debido a la inadecuada manipulación de los trócares se perforó el íleon distal del paciente CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA”*. Respecto de las perforaciones espontáneas intestinales, se indica que este tipo de diagnóstico no implica necesariamente un defecto en la cirugía laparoscópica, sino que puede ser un término utilizado para describir una complicación relacionada con un cuadro inflamatorio severo o un proceso infeccioso activo como la **enteritis**. En muchos casos, las perforaciones pueden ocurrir como resultado de la exacerbación de condiciones subyacentes o infecciones graves como las que experimentaba el paciente.

El diagnóstico de **enteritis** puede estar relacionado con la infección generalizada del abdomen y la persistencia de la **peritonitis**. Estas condiciones se pueden agravar con el tiempo debido a la mala respuesta inmune del paciente o la extensión de la infección a otras áreas. Las perforaciones pueden ser **secuelas de una infección ya existente**, más que un fenómeno espontáneo relacionado con una

intervención quirúrgica inicial.

A lo largo de la historia clínica, los diagnósticos y procedimientos realizados evidencian una constante evolución del estado del paciente, con varias complicaciones importantes como la **peritonitis y el shock séptico**. En este contexto, las perforaciones pueden verse como una **consecuencia natural de la complejidad y gravedad** del cuadro clínico general del paciente, y no debido a un acto de **negligencia** en la apendicectomía laparoscópica inicial.

FRENTE AL HECHO “88”: Es cierto conforme se evidencia en la respectiva Historia Clínica.

FRENTE AL HECHO “89”: Es cierto conforme se evidencia en la respectiva Historia Clínica.

FRENTE AL HECHO “90”: Es cierto que el 10 de julio de 2017, se realiza por séptima vez intervención quirúrgica.

El **abdomen congelado** hace referencia a un abdomen completamente adherido y difícil de manipular debido a la formación de membranas de fibrina y adhesiones por la inflamación crónica. Es un hallazgo común en la evolución de casos como la peritonitis o la sepsis. Este fenómeno no puede ser atribuido a un solo evento quirúrgico, sino que refleja la progresión de la enfermedad.

Es relevante señalar que, a pesar de la gravedad de la condición, el equipo médico actuó de manera diligente al realizar el **lavado de cavidad**, asegurar la **hemostasia**, y colocar un **nuevo sistema de cicatrización asistida por vacío**. Estas intervenciones son indicativas de un esfuerzo continuo por controlar y mitigar las complicaciones del paciente.

FRENTE AL HECHO “91”: Es cierto conforme se evidencia en la respectiva Historia Clínica.

FRENTE AL HECHO “92”: Es cierto conforme se evidencia en la respectiva Historia Clínica.

FRENTE AL HECHO “93”: Es cierto conforme se evidencia en la respectiva Historia Clínica.

FRENTE AL HECHO “94”: Es cierto conforme se evidencia en la respectiva Historia Clínica. Se observa un recuento de leucocitos de 16,000/ μ L, lo cual ha disminuido respecto al valor previo de 20,000/ μ L, lo que indica una ligera mejoría. Además, a pesar de la leucocitosis, la proteína C reactiva (PCR) está normal, lo que puede indicar que la inflamación aún no es tan pronunciada o está bien controlada con el tratamiento.

FRENTE AL HECHO “95”: Es cierto conforme se evidencia en la respectiva Historia Clínica. El paciente refiere **mejoría clínica**, lo que sugiere que ha experimentado cierto alivio de los síntomas y está mostrando una respuesta positiva al tratamiento.

FRENTE AL HECHO “96”: Es cierto conforme se evidencia en la respectiva Historia Clínica. El paciente presentó **mejores condiciones generales, alerta, tranquilo, afebril**, lo que sugería una mejoría clínica.

FRENTE AL HECHO “97”: Es cierto conforme se evidencia en la respectiva Historia Clínica. El paciente se encontraba **tranquilo, alerta**, y con **saturación de oxígeno (Sat O₂) al 97%**, lo que indica una buena oxigenación. Se observa la **herida quirúrgica abierta conectada a sistema VAC funcional**, lo que sigue siendo parte del manejo de la herida. La **leucocitosis** había disminuido progresivamente, ahora contaba un recuento de **13,000** leucocitos, lo que indica que la inflamación o infección está respondiendo al tratamiento, ya que venía de **16,000** leucocitos.

FRENTE AL HECHO “98”: Es cierto conforme se evidencia en la respectiva Historia Clínica.

FRENTE AL HECHO “99”: Es cierto conforme se evidencia en la respectiva Historia Clínica. El paciente se encontraba en una condición general relativamente estable, lo cual es un buen indicio de que su estado clínico estaba mejorando y que su organismo aparentemente estaba respondiendo al tratamiento.

FRENTE AL HECHO “100”: Es cierto conforme se evidencia en la respectiva Historia Clínica.

FRENTE AL HECHO “101”: Es cierto conforme se evidencia en la respectiva Historia Clínica.

FRENTE AL HECHO “102”: Es cierto que el 14 de julio de 2017 el paciente es intervenido quirúrgicamente por octava vez. Este procedimiento quirúrgico es parte de los esfuerzos para **manejar complicaciones graves** postquirúrgicas, como la **peritonitis** y **evisceración**, que son secuelas serias de los eventos anteriores. El lavado peritoneal y el uso de **colgajos fasciocutáneos** para reparar la herida muestran que los equipos médicos estaban actuando de manera adecuada para tratar la infección residual y restaurar la integridad del abdomen del paciente.

FRENTE AL HECHO “103”: Es cierto conforme se evidencia en la respectiva Historia Clínica. El paciente se encontraba consciente y orientado, lo que es un buen indicio de que está mejorando en términos de conciencia y función cerebral. Indica que el manejo del dolor está siendo adecuado, lo que es una señal positiva de recuperación y alivio de los síntomas dolorosos graves anteriores.

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION DE REVISTA DE MEDICINA INTERNA ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA UBICACIÓN: HOSP. UAPE SEDE: CLINI REMEDIOS INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA FECHA: 15/07/2017 09:00

SUBJETIVO

MEDICINA INTERNA (UAPE)
CHRISTIAN DAVID HERNÁNDEZ
16 AÑOS
DIAGNÓSTICOS ACTUALES :

1. SHOCK SEPTICO DE ORIGEN ABDOMINAL EN RESOLUCION
2. POP DE APENDICECTOMIA POR LAPAROSCOPIA (16/06/17)
HALLAZGOS: APENDICITIS AGUDA EN FASE GANGRENADA CON PERITONITIS LOCALIZADA Y PLASTRON LOCAL.
DESPLUMIENTO DE SEROSA DE ASA YEYUNAL DESPUES DE LA LIBERACION DEL PLASTRON
3. PERFORACIONES ESPONTANES INTESTINALES// ENTERITIS?? // MANEJO CON SISTEMA DE VACIO Y LAVADOS SECUENCIALES + ILEOSTOMIA EN ASA DE PROTECCION.
4. ABDOMEN ABIERTO

HALLAZGOS:
ENTEROBACTER CLOACAE RESISTENTA E CARBAPENEMS(27/06/2017)
KLEBSIELLA PNEUMONIAE PBLES

OBJETIVO

PCTE ALERTA MUCHO MEJOR CONTROL DE DOLOR , CON SATO2: 95% FEBRIL * CANULA DE O2 SV: TA: 90/60 FC: 89 FR: 18 ORL: ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS HUMEDAS. SNG A DRENAJE CUUELLO: NO MASAS, NO ADENOPATIAS SE OBSERVA CTTR PARA ALIMENTACION PARENTERAL FUNCIONAL. TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIVO C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE BUENA INTENSIDAD, CAMPOS PULMONARES NORMOVENTILADOS ABDOMEN :BLANDO DEPRESIBLE LEVE DOLOR A LA PALPACION SE OBSERVA HERIDA QX ABIERTA CONECTADA A SISTEMA VAC FUNCIONAL / ILEOSTOMIA G/U. SE OBSERVA SONDA VESICAL + CISTOFLO CON ELIMINACION EXTREMIDADES: SIMETRICAS, MOVILES EDEMA G1 .

ANÁLISIS

GRAN MEJORIA CLINICA EN ÚLTIMAS 24 HORAS , SIN DIFUCULTAD RESPIRATORIA , MEJOR ESTADO NEURLÓGICO, SISR LENTA MODULACIÓN AFEBRIL DESDE HACE 24 HORAS , DE LEUCOCITOSIS 16000 A 11420. PCR 2. SIGUE MANEJO ANTIBIOTICO PRESCRITO

FRENTE AL HECHO “104”: Es cierto conforme se evidencia en la respectiva Historia

Clínica. El hecho de que el paciente haya completado los ejercicios de rehabilitación y haya entendido las recomendaciones dadas por el equipo médico, a pesar de su debilidad, sugiere que se está siguiendo un **proceso de recuperación integral**, en el que la rehabilitación física es parte fundamental. La debilidad generalizada es normal en este tipo de situaciones y no necesariamente refleja una complicación grave. Además, el paciente sigue sin soporte adicional de oxígeno, lo que es un buen indicio de que sus niveles de oxigenación son estables.

FRENTE AL HECHO “105”: Es cierto conforme se evidencia en la respectiva Historia Clínica.

FRENTE AL HECHO “106”: Es cierto conforme se evidencia en la respectiva Historia Clínica.

FRENTE AL HECHO “107”: Es cierto conforme se evidencia en la respectiva Historia Clínica.

FRENTE AL HECHO “108”: Es cierto conforme se evidencia en la respectiva Historia Clínica. La herida está cicatrizando adecuadamente, sin signos de infección activa (como inflamación o secreción purulenta), lo cual es una buena señal de evolución.

FRENTE AL HECHO “109”: De la redacción sintáctica de este numeral se desprenden varias afirmaciones, frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- Es cierto que el 18 de julio de 2017 a las 9:22 horas, el paciente es valorado por medicina interna, y se realizó la anotación descrita en la Historia Clínica.
- No es cierto que la indicación de que la causa de las perforaciones intestinales fue “espontánea”, carece por completo de fundamento clínico y científico. Respecto de las perforaciones espontáneas intestinales, se indica que este tipo de diagnóstico no implica necesariamente un defecto en la cirugía laparoscópica, sino que puede ser un término utilizado para describir una complicación relacionada con un cuadro inflamatorio severo o un proceso infeccioso activo como la **enteritis**. En muchos casos, las perforaciones pueden ocurrir como resultado de la exacerbación de

condiciones subyacentes o infecciones graves como las que experimentaba el paciente.

El diagnóstico de **enteritis** puede estar relacionado con la infección generalizada del abdomen y la persistencia de la **peritonitis**. Estas condiciones se pueden agravar con el tiempo debido a la mala respuesta inmune del paciente o la extensión de la infección a otras áreas. Las perforaciones pueden ser **secuelas de una infección ya existente**, más que un fenómeno espontáneo relacionado con una intervención quirúrgica inicial.

A lo largo de la historia clínica, los diagnósticos y procedimientos realizados evidencian una constante evolución del estado del paciente, con varias complicaciones importantes como la **peritonitis y el shock séptico**. En este contexto, las perforaciones pueden verse como una **consecuencia natural de la complejidad y gravedad** del cuadro clínico general del paciente, y no debido a un acto de **negligencia** en la apendicectomía laparoscópica inicial.

FRENTE AL HECHO “110”: Es cierto conforme se evidencia en la respectiva Historia Clínica.

FRENTE AL HECHO “111”: Es cierto conforme se evidencia en la respectiva Historia Clínica.

FRENTE AL HECHO “112”: Es cierto conforme se evidencia en la respectiva Historia Clínica. Respecto de las perforaciones espontaneas intestinales, se indica que este tipo de diagnóstico no implica necesariamente un defecto en la cirugía laparoscópica, sino que puede ser un término utilizado para describir una complicación relacionada con un cuadro inflamatorio severo o un proceso infeccioso activo como la **enteritis**. En muchos casos, las perforaciones pueden ocurrir como resultado de la exacerbación de condiciones subyacentes o infecciones graves como las que experimentaba el paciente.

El diagnóstico de **enteritis** puede estar relacionado con la infección generalizada del abdomen y la persistencia de la **peritonitis**. Estas condiciones se pueden agravar con el tiempo debido a la mala respuesta inmune del paciente o la extensión de la infección a otras

áreas. Las perforaciones pueden ser **secuelas de una infección ya existente**, más que un fenómeno espontáneo relacionado con una intervención quirúrgica inicial.

A lo largo de la historia clínica, los diagnósticos y procedimientos realizados evidencian una constante evolución del estado del paciente, con varias complicaciones importantes como la **peritonitis y el shock séptico**. En este contexto, las perforaciones pueden verse como una **consecuencia natural de la complejidad y gravedad** del cuadro clínico general del paciente, y no debido a un acto de **negligencia** en la apendicectomía laparoscópica inicial.

FRENTE AL HECHO “113”: De la redacción sintáctica de este numeral se desprenden varias afirmaciones, frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- No se evidencia constancia en Historia Clínica de la atención brindada por el Dr. WILLIAM ALBERTO MEJIA PALOMINO, a las 16:18 Horas. Si bien se evidencia que éste hace otras valoraciones en diferente horario ese mismo día, no se haya valoración alguna exactamente a las 16:18 Horas.
- La evolución clínica de un paciente con complicaciones severas, como una **perforación intestinal postquirúrgica**, no es necesariamente lineal. Aunque se registre una mejoría en algunos parámetros clínicos en un momento específico (en este caso, aparentemente sin signos de **respuesta inflamatoria sistémica** en ese momento), la condición del paciente podría haber fluctuado en función de varios factores. El hecho de que haya presentado picos de fiebre y malestar en otros momentos de su evolución sugiere que la infección o complicación aún estaba presente y no totalmente resuelta.

FRENTE AL HECHO “114”: No se evidencia constancia en Historia Clínica de la atención brindada el de julio de 2017 a las 09:35, aún cuando el demandante debía probar el supuesto de hecho que ella persigue conforme lo establece el artículo 167 del CGP.

FRENTE AL HECHO “115”: No se trata de un hecho en sí mismo, sino de la transcripción literal de un fragmento de la historia clínica.

FRENTE AL HECHO “116”: No es cierto que “gran parte de las notas de la historia clínica

son reiterativas y no son más que un “copiar y pegar”. Este patrón pone en duda de que el paciente estuviera siendo evaluado de forma adecuada y suficiente. De hecho, se puede suponer que las valoraciones más bien eran superficiales”. Si bien algunas valoraciones pueden parecer similares en ciertos puntos de la evolución, las mismas son consistentes con el seguimiento de su condición. Además, el hecho de que los médicos hayan registrado información sobre la condición del paciente de manera continua muestra diligencia en la documentación médica, lo cual es una práctica común en la atención a pacientes graves.

El hecho de que el demandante haya transcrito solo las notas más relevantes no invalida la totalidad de la historia clínica. Es importante considerar que las valoraciones médicas deben ser vistas de manera integral, donde cada nota clínica, aunque pueda parecer reiterativa para el demandante, cumple una función dentro del seguimiento integral del paciente.

En medicina, especialmente en casos complejos, se puede recurrir a protocolos estandarizados para evaluar al paciente en intervalos regulares. Este enfoque permite a los profesionales no solo monitorizar la condición física del paciente, sino también realizar intervenciones oportunas para modificar o ajustar los tratamientos según sea necesario. La repetitividad de algunas notas es un reflejo de métodos médicos adecuados más que un indicio de superficialidad.

FRENTE AL HECHO “117”: No es cierto que “nota se reconoce que, en efecto, el grave cuadro clínico del paciente fue causado por complicaciones del procedimiento quirúrgico, es decir, las perforaciones intestinales iatrogénicas causadas durante la apendicetomía laparoscópica. No fueron causadas por una “enteritis”. Lo anterior, toda vez que, en la nota de la ronda médica dispuesta por el demandante, se registra que el paciente fue identificado con un cuadro grave, se mencionan signos de septicemia y el equipo médico realizó un manejo adecuado al solicitar paraclínicos urgentes para reevaluar la condición del paciente y considerar un traslado a UCI. Esta atención refleja la respuesta oportuna del equipo médico ante complicaciones postquirúrgicas graves, lo cual es un procedimiento estándar para pacientes con este tipo de complicaciones.

Aunque se menciona que el paciente presenta complicaciones derivadas de un procedimiento quirúrgico, es esencial precisar que el cuadro de perforaciones intestinales iatrogénicas no siempre puede preverse al 100% durante una intervención quirúrgica. Las

perforaciones intestinales durante una apendicetomía laparoscópica, si bien son complicaciones graves, pueden ocurrir como parte de los riesgos inherentes a la cirugía. El hecho de que el equipo médico reconociera la complicación y tomara decisiones rápidas para trasladar al paciente a la UCI es indicativo de que la atención médica fue adecuada y en tiempo real.

Se debe resaltar que el paciente fue monitoreado de forma continua. La evolución de su condición y las decisiones médicas tomadas (como el cambio a la UCI y las solicitudes de paraclínicos urgentes) muestran que no hubo descuido ni desatención en cuanto a la gravedad del cuadro. La septicemia y los valores clínicos comprometidos (como la hipotensión, la fiebre y la anuria) fueron correctamente registrados y gestionados, lo cual es clave en el manejo de complicaciones postquirúrgicas.

El hecho de que el equipo médico haya identificado la septicemia y el cuadro de anuria (con valores preocupantes de TA y FC) y haya solicitado un traslado a UCI indica que hubo una evaluación clínica constante para evitar el deterioro de la condición del paciente. Este tipo de seguimiento es crucial y muestra una atención constante y dedicada.

FRENTE AL HECHO “118”: Es cierto que el usuario presentó shock séptico con falla renal y respiratoria el día 23 de julio del 2017.

FRENTE AL HECHO “119”: Es cierto.

FRENTE AL HECHO “120”: El demandante no aporta constancia de dicha anotación.

FRENTE AL HECHO “121”: Se indica que no se trata de un hecho en sí mismo, sino de la transcripción literal de un fragmento de la historia clínica.

FRENTE AL HECHO “122”: Se indica que no se trata de un hecho en sí mismo, sino de la transcripción literal de un fragmento de la historia clínica.

FRENTE AL HECHO “123”: Es cierto que el menor CRISTHIAN DAVID HERNANDEZ SILVA, de 17 años, fallece el 23 de julio de 2017 a las 3:04 Horas. Como causa de su muerte se registra: 1. Septicemia debida a otros organismos gramnegativos; 2. Shock

séptico; 3. Falla orgánica multisistémica; y 4. Antecedente personal (AP) de apendicitis y peritonitis.

FRENTE AL HECHO “124”: No es cierto, pues la perforación intestinal durante una apendicetomía laparoscópica es una complicación reconocida, aunque rara, que puede ocurrir incluso en procedimientos realizados por cirujanos experimentados. La aparición de esta complicación no siempre puede preverse ni evitarse en su totalidad. Sin embargo, lo crucial es que, tras la identificación de la perforación, el equipo médico actuó de manera apropiada, realizando una reparación quirúrgica, aunque el tratamiento no siempre puede revertir inmediatamente los efectos.

La alegación de que la perforación fue identificada 5 días después (el 21 de junio de 2017) y que se reparó de forma tardía, cuando la literatura médica recomienda una reparación en el mismo tiempo quirúrgico o en un plazo máximo de 48 horas, debe ser contextualizada. Las complicaciones quirúrgicas graves a veces no se detectan de inmediato debido a factores como la evolución gradual de los síntomas, el estado general del paciente y la respuesta inicial del organismo. El hecho de que se haya identificado y reparado la perforación el 21 de junio muestra una reacción dentro de un plazo razonable dado el contexto clínico, incluso si la complicación se presentó más tarde de lo esperado.

En cuanto a la acusación de que se pasó por alto otras áreas de perforación durante la segunda cirugía (27 de junio de 2017), es importante recordar que, tras la reparación inicial, pueden surgir complicaciones adicionales que no siempre son evidentes inmediatamente. El equipo quirúrgico abordó la situación según el estado de salud del paciente y la evolución clínica, lo que llevó a más intervenciones. El drenaje de material purulento indica que se estaba manejando adecuadamente la infección, y la revisión quirúrgica debía centrarse en otras zonas comprometidas que se identificaron durante el procedimiento.

La cuarta cirugía realizada el 30 de junio (tras el paso de 14 días desde el primer procedimiento) fue una intervención necesaria en el contexto de un paciente con una sepsis avanzada y un cuadro de perforación intestinal prolongada. Es cierto que el paciente pasó un tiempo significativo con la perforación no completamente reparada, pero esto se debe analizar dentro del contexto de la gravedad de la complicación y las decisiones clínicas que se tomaron durante ese período.

Es importante destacar que, aunque el paciente haya experimentado un desenlace fatal, el hecho de que haya sido sometido a ocho intervenciones quirúrgicas muestra que el equipo médico no solo estaba monitoreando su estado, sino que también tomó medidas adecuadas para intentar estabilizarlo, lo que refuerza la idea de que la atención fue adecuada dentro de las circunstancias de riesgo elevado.

FRENTE AL HECHO “125”: No es cierto. Se afirma principalmente, que, en un proceso judicial, la responsabilidad no se determina en función de las afirmaciones o interpretaciones de una de las partes, sino que corresponde a un juez quien, con base en las pruebas presentadas, evaluará si existe o no responsabilidad. El demandante está adivinando subjetivamente una conclusión que solo puede ser alcanzada una vez que se haya analizado todo el material probatorio, escuchado a las partes y evaluado las circunstancias específicas del caso.

Además, a lo largo del proceso, se ha evidenciado que la Clínica Nuestra Señora de Los Remedios actuó conforme a la *lex artis* y de acuerdo con las mejores prácticas médicas disponibles. El paciente recibió un manejo adecuado, con diagnósticos precisos, una intervención quirúrgica oportuna, y múltiples cirugías subsecuentes para manejar las complicaciones derivadas del procedimiento. Las complicaciones de la perforación intestinal, aunque graves, no necesariamente son predecibles ni evitables en todos los casos. Las acciones del equipo médico muestran un compromiso constante con la salud del paciente. No se puede sostener que la clínica haya incurrido en negligencia, sino que se actuó dentro del margen razonable de lo que es posible en circunstancias tan complejas.

FRENTE AL HECHO “126”: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por CLINICA NSDR. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

En todo caso, se indica que la parte demandante no ha presentado pruebas objetivas que respalden dicha afirmación, como por ejemplo informes psicológicos o psiquiátricos que

evalúen el impacto emocional y psíquico que este hecho tuvo en todos los familiares que demandan. La ausencia de pruebas que sustenten estas afirmaciones debilita la veracidad de dicha afirmación.

FRENTE AL HECHO “127”: Es cierto que día 10 de septiembre de 2020 se celebró audiencia de conciliación en el Centro de Conciliación FUNDAFAS de la ciudad de Cali, diligencia que se declaró fallida.

FRENTE AL HECHO “128”: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por CLINICA NSDR. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO “129”: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por CLINICA NSDR. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO “130”: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por CLINICA NSDR. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO “131”: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por CLINICA NSDR. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y

en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO “132”: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por CLINICA NSDR. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO a la totalidad de las pretensiones incoadas en la demanda, por cuanto las mismas carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad, como quiera que al hacer la narración de los supuestos hechos se pretende imputar una supuesta responsabilidad civil , la cual como se establecerá dentro del proceso, no se estructuró, por cuanto que en este caso no se probó que alguna de las entidades que integran la pasiva de la acción haya incumplido con alguna obligación contractual a su cargo.

Aunado a lo anterior, no se vislumbran los elementos sine qua non para declarar una responsabilidad civil en el caso que nos ocupa. Lo anterior, toda vez son inexistentes las supuestas acciones u omisiones que constituyeron la alegada falla en la prestación de los servicios médicos recibidos por la nombrada.

III. OPOSICIÓN FRENTE A TODAS LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS Y DE CONDENA

Frente a la pretensión “PRIMERO”: **ME OPONGO** a la prosperidad de esta pretensión por carecer de fundamentos fácticos y jurídicos. Lo anterior, comoquiera que no le son fáctica ni jurídicamente atribuibles a los demandados por el fallecimiento del menor CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA ocurrido el 23 de julio de 2017, en tanto son inexistentes las supuestas acciones u omisiones que constituyeron la alegada falla en la prestación de los servicios médicos recibidos por la nombrada. Tal como se ha evidenciado, mi representada atendió de manera cuidadosa, perita y diligente al menor CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA, atendiendo con prontitud y dentro de los tiempos médicos

estipulados a la paciente, ordenando la práctica de los procedimientos requeridos, suministrando los medicamentos adecuados y necesarios, conforme a los cánones médicos, manteniendo en observación y estudio su situación médica y ordenando de forma oportuna el respectivo tratamiento e intervenciones que fueron necesarias y adecuadamente proscritas. Es así como, en menos de un mes, se realizaron ocho procedimientos quirúrgicos con el fin de hacer lo posible para salvaguardar la integridad del paciente. Esta intervención múltiple refleja el esfuerzo constante y diligente del equipo médico para abordar las complicaciones derivadas del procedimiento inicial, garantizando en todo momento la atención más adecuada ante un cuadro clínico complejo y evolutivo. A lo largo de las diversas cirugías, se realizaron procedimientos de reparación y drenaje, conforme a los protocolos establecidos para el manejo de complicaciones postquirúrgicas, demostrando un enfoque integral y exhaustivo por parte de los profesionales de la salud.

Pero adicional a lo anterior, no puede perderse de vista que la obligación de los profesionales en salud -para estos casos- es de medio y no de resultado y, por tanto, no puede existir responsabilidad de la institución médica en comento, cuando no se evidencia falla alguna en la prestación de los servicios, pues toda la pasiva desplegó su mejor actuar profesional médico respecto de la demandante, se le realizaron todos los exámenes médicos previstos para la sintomatología de la paciente, así como las intervenciones quirúrgicas necesarias, pues en su ingreso presentaba Apendicitis aguda en fase gangrenada con peritonitis localizada y plastrón local, y despliegue de serosa de asa yeyunal después de la liberación del plastrón, por lo que tuvo que ser sometido a muy pocas horas de su ingreso a una intervención quirúrgica denominada Laparoscopia de Deslucimiento de Serosa, lo que demuestra una respuesta rápida y oportuna del equipo médico, acorde con la situación clínica del paciente en ese momento. Ahora, teniendo en cuenta la evolución médica del paciente y las complicaciones como sepsis avanzada, cuadro de perforación intestinal prolongada, entre otras complicaciones se debe reintervenir en varias ocasiones quirúrgicamente. Además, la clínica continuó brindando monitoreo, valoración constante y ajustes según fuera necesario. Se adjunta Historia Clínica en donde se evidencian todas las ordenes concedidas al paciente.

Frente a la pretensión “SEGUNDA”: ME OPONGO a este reconcomiendo. Los perjuicios morales reclamados no se encuentran demostrados y, en todo caso, su tasación resulta excesiva si se observan los parámetros establecidos en la jurisprudencia. Ahora bien,

aunque la existencia de la responsabilidad civil alegada no ha sido probada, y que de igual forma no se ha demostrado el perjuicio moral y, en ese sentido, tampoco el grado de afectación psicológica de los demandantes, se debe considerar que, en caso de una hipotética condena, la tasación realizada por la parte demandante excede los límites establecidos por la jurisprudencia, en efecto, el baremo del alto Tribunal se ha sostenido en *\$60.000.000 para padres y cónyuge*. Luego, no es viable que en caso de una eventual condena por este concepto se concedan los montos reclamados por la parte actora, en tanto solicita se realice el pago de 100 SMLMV a favor de cada uno de los demandantes, que ostentan la calidad de madre, padre, hermanos y sobrinas, montos que superan el valor reconocido por la Corte en casos similares a aquel que nos convoca en este trámite. Así pues, se informa que los límites fijados por el alto tribunal evitan que el resarcimiento de perjuicios se convierta en fuente de riqueza, prevención que sería inocua si se conceden los montos solicitados.

Frente a la pretensión “TERCERA”:

- **Respecto a lo relativo al DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN: ME OPONGO** a esta pretensión, por cuanto la misma e torna improcedente el reconocimiento de perjuicios por concepto de daño a la vida en relación en favor de la activa de la litis, primero, porque no se estructuró responsabilidad civil en cabeza de la pasiva y por lo mismo, no existe obligación indemnizatoria a su cargo; y segundo, porque el daño a la vida en relación es una tipología de perjuicios que ha sido desarrollada jurisprudencialmente en favor de la víctima directa del daño, en tanto que su naturaleza es justamente indemnizar a la víctima directa por los daños sufridos, de modo que es improcedente dicho reconocimiento a cualquier otro reclamante distinto de la víctima directa del daño como pretende la parte actora. Pero además de lo anterior, resulta necesario destacar que la suma pretendida (800 SMMLV) resulta abiertamente desproporcionada y contraría los parámetros establecidos por la Corte Suprema de Justicia, teniendo en cuenta que la mentada Corporación ha reconocido una suma igual a TREINTA MILLONES DE PESOS (\$ 30.000.000) por este perjuicio, **como consecuencia del fallecimiento de un ser querido**¹, por lo

¹ En el fallo referenciado se resolvió: *“Declarar que los convocados Alejandro Quintero Osorio y Diana Patricia Restrepo Ochoa, son civil y solidariamente responsables de los perjuicios padecidos por Luz Marina Gómez Ramírez, con ocasión del fallecimiento de su cónyuge Luis Orlando Ramírez Zuluaga. En consecuencia, se les condena a indemnizarle por concepto de lucro cesante*

que resulta evidentemente desproporcionado acceder a las sobrevaloradas pretensiones del extremo actor.

- **Respecto a lo relativo al DAÑO A LA SALUD: ME OPONGO** a esta pretensión por cuanto el daño a la salud se trata de un perjuicio jurídicamente inviable, toda vez que el mismo en la jurisdicción ordinaria especialidad civil no constituye un daño resarcible. Como quiera que el presente asunto se tramita ante la jurisdicción civil y no ante la jurisdicción de lo contencioso administrativo, deberá el Despacho desconocer esta pretensión.

Frente a la pretensión “CUARTA”: ME OPONGO a la condena solicitada al pago de costas y agencias de derecho, por sustracción de materia, no encontrándose soportada la responsabilidad que se predica. Por consiguiente, además de negar las pretensiones del libelo, ruego imponer la correspondiente condena en costas y agencias en derecho a la parte actora.

Frente a la pretensión “QUINTA”: ME OPONGO a esta pretensión por cuanto es consecencial de las anteriores y como aquellas no tienen vocación de prosperidad esta tampoco.

IV. OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

En los términos del artículo 206 del Código General del Proceso Colombiano, se expone que no hay lugar a formular ni a objetar el juramento estimatorio, toda vez que ello no aplica a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales: *“(…) El juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales. Tampoco procederá cuando quien reclame la indemnización, compensación los frutos o mejoras, sea un incapaz”.*

V. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

consolidado y futuro la suma de seiscientos sesenta y nueve millones setecientos setenta y tres mil ciento diez pesos (\$669.773.110), por perjuicios morales sesenta millones de pesos (\$60.000.000) y por daño a la vida de relación, treinta millones de pesos (\$30.000.000)”.

1. INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA Y DE RESPONSABILIDAD, COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN ADECUADA, DILIGENTE, CUIDADOSA Y CARENTE DE CULPA POR PARTE DE LA CLÍNICA LOS REMEDIOS.

Se fundamenta esta excepción, en el entendido de que la responsabilidad que aquí se persigue requiere de manera indispensable la acreditación de una falla en el servicio médico, a partir de la cual se desprenda la relación de causalidad entre el daño alegado por la parte actora y la conducta desplegada por la pasiva. Sin embargo, centrándonos en lo que atañe a mi representada CLINICA NSDR, el actuar de los galenos se ajustó a la Lex Artis y los protocolos clínica y médicamente previstos para la atención de la sintomatología presentada por el paciente CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.), quien ingresó al centro médico el 16 de junio del 2017 con síntomas de dolor abdominal y a muy pocas horas de su ingreso, fue intervenido quirúrgicamente, **lo que demuestra una respuesta rápida y oportuna del equipo médico**, acorde con la situación clínica del paciente en ese momento. Al respecto, se indica que se encontraron los hallazgos de i) Apendicitis aguda en fase gangrenada con peritonitis localizada y plastrón local, y ii) Despliegue de serosa de asa yeyunal después de la liberación del plastrón. Ahora, teniendo en cuenta la evolución médica del paciente y las complicaciones como sepsis avanzada, cuadro de perforación intestinal prolongada, entre otras complicaciones, se debió reintervenir en varias ocasiones quirúrgicamente. Además, la clínica continuó brindando monitoreo frecuente, valoración constante y ajustes según fue necesario de conformidad al cuadro sintomatológico que presentaba.

En punto a lo anterior, se adjunta Historia Clínica en donde se evidencian todas las ordenes concedidas al paciente. Luego, si el reproche es sobre las **perforaciones espontáneas de intestinales, se indica** este tipo de diagnóstico no implica necesariamente un defecto en la cirugía laparoscópica, sino que puede ser un término utilizado para describir una complicación relacionada con un cuadro inflamatorio severo o un proceso infeccioso activo como la **enteritis**, y otras complicaciones presentadas por el paciente; es decir, se trató de un evento totalmente ajeno al actuar de los galenos que la atendieron, pero más aun totalmente ajeno a los profesionales adscritos a la Clínica que represento. Por lo tanto, de ninguna manera se puede atribuir algún tipo de responsabilidad a mi prohijada, pues su actuar estuvo perfectamente ejecutado, lo que consecuentemente indica que deben ser negadas todas las pretensiones de la demanda.

Frente a este particular será preciso advertir que la responsabilidad médica es una institución jurídica que le permite al paciente y a los familiares reclamar el resarcimiento de perjuicios causados como consecuencia de un acto médico culposo, producido por parte de una institución prestadora de servicios de salud. Por tanto, para obtener una declaratoria de responsabilidad de esta índole, es necesario que el demandante pruebe la existencia de un acto médico producido con culpa y la presencia de un daño que tenga un nexo causal con dicho acto médico. No obstante, se debe tener en cuenta que en el régimen de responsabilidad médica se le permite al presunto causante del daño enervar dicha pretensión que busca la declaratoria de responsabilidad, mediante la acreditación de un actuar diligente y cuidadoso durante los procedimientos suministrados a los pacientes. Es decir, si la institución prestadora de servicios de salud y los galenos logran probar el curso de un proceso judicial que su actuar fue diligente, enervará la responsabilidad que el demandante busca declarar en contra suya.

El anterior argumento ha sido recogido en una diversidad de providencias provenientes de las altas Cortes. En este sentido, estas han explicado en una multiplicidad de ocasiones que, al ser las obligaciones de los médicos obligaciones de medio, el hecho de demostrar debida diligencia en los servicios de salud suministrados los exonera de cualquier pretensión indemnizatoria. Es importante tener en cuenta la siguiente sentencia de la H. Corte Constitucional, en donde se expone lo dicho de la siguiente forma:

*“(...) La comunicación de que la obligación médica **es de medio y no de resultado**, es jurídicamente evidente, luego no hay lugar a deducir que se atenta contra el derecho a la vida de la paciente al hacérsele saber cuál es la responsabilidad médica (...)”*²(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

Otro pronunciamiento del más alto tribunal constitucional se refirió en el mismo sentido al decir:

*“(...) **Si bien las intervenciones médicas son de medio y no de resultado**, es necesario advertir que la responsabilidad respecto de actuaciones de*

² CORTE CONSTITUCIONAL, sentencia T-313 de 1996, M.P. Dr. Alejandro Martínez Caballero.

medio implica que se apoyen de toda la diligencia, prudencia y cuidado, so pena de poner en riesgo irresponsablemente derechos constitucionales fundamentales. Aquí indudablemente el derecho a la salud es fundamental en conexidad con el derecho a la vida (...) (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

Así mismo, la H. Corte Suprema de Justicia en fallo reciente se pronunció de la siguiente forma:

*“(...) **El médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo**; de suerte que, en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación (...)*” (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

Ahora bien, resumiendo la jurisprudencia anteriormente expuesta, no queda duda que para el más alto tribunal constitucional y para el más importante juzgador de la Jurisdicción Ordinaria en su especialidad civil, existe un criterio unánime que explica que la regla general es que las obligaciones de los médicos son de medio y no de resultado. Teniendo en cuenta lo anterior, resulta pertinente ilustrar cómo las más altas cortes de Colombia han explicado que una declaratoria de responsabilidad médica puede ser enervada a partir de la prueba de la debida diligencia del demandado. De este modo, la H. Corte Suprema de Justicia ha sido claro en establecer:

*“(...) **De esa manera, si el galeno fija un objetivo específico, lo cual ocurre con intervenciones estéticas, esto es, en un cuerpo sano, sin desconocer su grado de aleatoriedad, así sea mínimo o exiguo, se entiende que todo lo tiene bajo su control y por ello cumplirá la prestación prometida. Pero si el compromiso se reduce a entregar su sapiencia profesional y científica, dirigida a curar o a aminorar las dolencias del paciente, basta para el efecto la diligencia y cuidado, pues al fin de cuentas, el resultado se encuentra supeditado a factores externos que, como tales, escapan a su dominio, verbi gratia, la etiología y gravedad de la enfermedad, la evolución de las mismas o las condiciones propias del afectado, entre otros (...)***

*El criterio de normalidad está ínsito en la lex artis, y permite inferir ese carácter antijurídico cuando supera ese criterio, cuando la lesión excede el parámetro de normalidad, en cuanto en todo momento el médico debe actuar con la diligencia debida. **En consecuencia, se exige por parte del demandante o del paciente afectado que demuestre, en definitiva, tanto la lesión, como la imprudencia del facultativo en la pericia**, en tanto constituye infracción de la idoneidad ordinaria o del criterio de la normalidad previsto en la Lex Artis, las pautas de la ciencia, de la ley o del reglamento médico (...)*³(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

En los mismos términos, en reciente pronunciamiento de la H. Corte Suprema de Justicia reiteró la naturaleza de la prestación del servicio médico y la obligación recae en el demandante para acreditar la culpa:

“(...) Suficientemente es conocido, en el campo contractual, la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada, salvo cuando en virtud de las “estipulaciones especiales de las partes” artículo 1604, in fine, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios.

*La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento. **Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume (...)***⁴(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

Previo al análisis que se realizará respecto de la diligencia de **CLINICA NSDR.**, es menester precisar el contenido obligacional al que están sometidos los médicos y las instituciones de

³ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sentencia SC3272-2020. M.P. Dr., Luis Armando Tolosa Villabona.

⁴ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sentencia SC7110—2017. M.P. Dr. Luis Armando Tolosa Villabona.

salud y el régimen jurídico que de este se desprende. Esto es, la sujeción a una obligación de medios en la práctica de los actos médicos y el régimen subjetivo de responsabilidad que le es aplicable en consecuencia. Así se encuentra en el Art. 26 de la ley 1164 de 2007, el fundamento legal de la obligación de medios del médico en los siguientes términos:

*“(...) ARTÍCULO 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. **Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional (...)**” (Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

De acuerdo con los mandatos legales y jurisprudenciales citados, resulta claro que las obligaciones médicas adquiridas por **CLINICA NSDR.**, son obligaciones de medio y no de resultado. Es por ello por lo que en ninguna de sus actuaciones puede garantizarse un resultado determinado, pero sí pueden probar en debida forma que las mismas se sujetaron a los más altos estándares médicos, mostrando un alto grado de diligencia y cuidado en sus actividades, como en efecto sucedió.

De este modo, aplicando la teoría al caso concreto, sea lo primero señalar al despacho que la obligación de los profesionales encargados de la atención médica a CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D), era de medio y no de resultados, por lo cual, aun habiendo obrado de manera perita, cuidadosa y diligente, como en efecto aquí ocurrió, con la realización de múltiples intervenciones quirúrgicas y medidas médicas para salvaguardar la integridad del paciente, el desenlace adverso no puede ser atribuido a una negligencia o impericia de los profesionales de la clínica. La actuación médica fue consistente con los estándares científicos y técnicos, procurando en todo momento la estabilización y recuperación del paciente, a pesar de la complejidad de su cuadro clínico.

Para entender de forma puntual lo acontecido con el paciente CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D), es necesario hacer un análisis cronológico de lo ocurrido con su atención médica desde el día 16 de junio del 2017.

- **El 16 de junio de 2017 – Ingreso por remisión a la CLINICA NSDR**

El 16 de junio de 2017 el paciente es remitido por el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo a CLINICA NSD, con síntomas de dolor abdominal. A muy pocas horas del ingreso a ésta última institución, el paciente fue intervenido quirúrgicamente, **lo que demuestra una respuesta rápida y oportuna del equipo médico**, acorde con la situación clínica del paciente en ese momento. Al respecto, se indica que se encontraron los hallazgos de i) Apendicitis aguda en fase gangrenada con peritonitis localizada y plastrón local, y ii) Despliegue de serosa de asa yeyunal después de la liberación del plastrón.

HALLAZGOS

APENDICITIS AGUDA EN FASE GANGRENADA CON PERITONITIS LOCALIZADA Y PLASTRÓN LOCAL.
DESPULMIENTO DE SEROSA DE ASA YEYUNAL DESPUES DE LA LIBERACION DEL PLASTRON.

Ahora, como se evidencia en Historia Clínica aportada, la Descripción Quirúrgica fue la siguiente:

ANÁLISIS

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA: ASEPSIA ANTISEPSIA.
CAMPOS DE CIRUGIA.
ACCESO LAPAROSCÓPICO UMBILICAL CON TÉCNICA ABIERTA
INSUFLACION DE NEUMOPERITONEO Y HALLAZGOS.
SE PROCEDE A DISECCION DEL MESO APENDICE. Y LIBERACION DE PLASTRON.
SE REALIZA ENTERORRAFIA POR LAPAROSCOPIA DE DESULMIENTO DE SEROSA DE ASA YEYUNAL INMISCUIDA EN PLASTRON CON VICRYL 3 - 0.
SE REALIZA APENDICECTOMIA CON DOBLE HEMOLOCK PROXIMAL Y HEMOLOCK DISTAL.
SE EXTRAE PIEZA QUIRURGICA POR PUERTO UMBILICAL.
SE REALIZA DRENAJE DE PERITONITIS LOCALIZADA.
RETIRO SEGURO DE PUERTOS Y EVACUACION DE NEUMOPERITONEO.
CIERRE POR PLANOS, FASCIA CON VICRYL 1, PIEL CON PROLENE 3 - 0.

A partir de la descripción quirúrgica anteriormente citada, se evidencia que el procedimiento realizado consistió en una apendicectomía laparoscópica con hallazgos de **plastrón apendicular y compromiso de asa yeyunal**, lo que requirió una enterorrafia para la corrección de la lesión observada. Asimismo, se evidencia la presencia de peritonitis localizada, la cual fue abordada mediante drenaje adecuado.

En este sentido, se resalta que la intervención se llevó a cabo bajo los protocolos establecidos de asepsia y antisepsia, utilizando técnicas de acceso laparoscópico con insuflación de neumoperitoneo y extracción segura de la pieza quirúrgica, lo que demuestra que se siguieron los estándares médicos pertinentes para la atención del paciente.

Es importante mencionar que la existencia de un **plastrón apendicular** sugiere que **el proceso inflamatorio tenía una evolución prolongada, debido a una perforación apendicular**. Al respecto, en el artículo “Tratamiento y seguimiento del plastrón apendicular” del Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Donostia. San Sebastián, se dispone:

*El **plastrón apendicular** es una forma de presentación poco frecuente de la apendicitis. Se trata de una masa inflamatoria debida a **perforación apendicular**, en la que pueden participar tanto asas de intestino delgado como epiplón, así como otros órganos (Negrilla y sublinea fuera de texto original).*

Ahora, se precisa que la **perforación apendicular** es una complicación grave de la apendicitis aguda, que ocurre cuando el apéndice inflamado se rompe o perfora. Al respecto, se indica que “*los factores asociados a la perforación apendicular que tienen mayor impacto son el tiempo transcurrido del **inicio de la sintomatología** hasta la resolución quirúrgica*”. Esta información resulta de vital importancia en el presente caso, ya que el motivo de ingreso del paciente a la institución fue **"dolor abdominal en flanco derecho y náuseas de 48 horas de evolución"**. Como se evidencia, ya había transcurrido un tiempo significativo entre el inicio de los síntomas y el ingreso a la clínica que represento.

PACIENTE MASCULINO, 16 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES RÉLEVANTES, INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS REMITIDO DE YUMBO - VALLE, CON DX: DOLOR ABDOMINAL EN ESTUDIO, PCTE REFIERE CUADRO CLÍNICO DE 2 DÍAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL, TIPO COLICO, LOCALIZADO EN EPIGASTRIO, CONTINUO, CON

Es importante señalar que el retraso en la atención médica no fue atribuible a la institución, sino a la decisión del propio paciente de no ingresar de inmediato a urgencias. Tal como se evidencia en la historia clínica, el paciente presentó síntomas de dolor abdominal dos (2) días antes de decidir acudir a la atención médica. Este tiempo transcurrido antes de la intervención quirúrgica podría haber sido un factor determinante en el desarrollo de la **perforación apendicular**, complicación que generalmente se asocia con la demora en la atención de una apendicitis aguda. En perjuicio de lo expuesto, no puede dejarse de lado la falta al deber objetivo de cuidado por parte de los padres del menor, los señores GUILLERMO HERNANDEZ y NELLY SILVA, quienes, como sus representantes legales

y responsables de su bienestar, tenían la obligación de velar por la salud de su hijo en todo momento. Es particularmente relevante resaltar que el menor presentó síntomas de dolor abdominal con dos días de antelación antes de buscar atención médica, lo cual evidenciaría la falta de diligencia en la actuación de los padres al no haber tomado las medidas necesarias para acudir a urgencias a tiempo. El deber de cuidado de los padres incluye la obligación de actuar con prontitud frente a señales claras de malestar o enfermedad en sus hijos, lo que en este caso no ocurrió, lo cual pudo haber influido en la evolución clínica del menor y el desarrollo de complicaciones.

No obstante, se puede apreciar que la clínica actuó con rapidez y diligencia en el manejo del caso. La institución no podía proceder a la intervención quirúrgica sin antes realizar las valoraciones y exámenes necesarios para evaluar el estado del paciente de manera adecuada. Sin embargo, a las muy pocas horas de su ingreso, el paciente fue operado, lo que refleja la prontitud con la que se actuó una vez que se contó con la información suficiente para tomar la decisión quirúrgica.

- El 21 de junio de 2017 – Segundo acto quirúrgico.

El 21 de junio de 2017, a las 9:19 horas, en la anotación de evolución médica, especialidad: cirugía general, se evidencia la siguiente valoración clínica: "Evolución irregular, cursando con íleo vs. obstrucción intestinal o peritonitis residual":

ANÁLISIS
 EVOLUCION IRREGULAR.
 CURSANDO CON ILEO VS OBSTRUCCION INTESTINAL O PERITONITIS RESIDUAL
 RELACION DE DIAGNÓSTICOS

NOMBRE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO DX	TIPO	ESTADO	DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA
OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	Z988	Evolución	En Estudio	--

PLAN
 AMERITA RELAPAROSCOPIA.
 PROCEDER SEGUN HALLAZGOS.
 SE SOLICITA TURNO POR URGENCIAS Y CAMA EN UCIN POSOPERATORIA
 JUSTIFICACIÓN PARA QUE EL PACIENTE CONTINUE HOSPITALIZADO HOY
 RELAPAROSCOPIA
 ÓRDENES MÉDICAS
 PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

21/06/2017 09:26 Laparoscopia Diagnostica (18600)
 COLECCION ABDOMINAL RESIDUAL VS OBSTRUCCION INTESTINAL
 ORDENADO
 Firmado por: BEATRIZ ADRIANA MARIÑO VIVEROS, CIRUGIA GENERAL, Reg: 769508

Como se evidencia, en atención a la evolución irregular del paciente evidenciada el 21 de junio de 2017, el equipo médico definió un plan integral y detallado para abordar las complicaciones identificadas. Entre las decisiones adoptadas se establecieron las siguientes:

1). Plan clínico: i). Se concluye que el paciente **amerita relaparoscopia**, con la instrucción de proceder conforme a los hallazgos intraoperatorios, y ii). Justificación para que el paciente continúe hospitalizado, requiriendo vigilancia estricta en el **UCIN postoperatorio**.

2). Órdenes y Procedimientos Quirúrgicos: **Procedimiento quirúrgico Laparoscopia diagnóstica**, cuyo objetivo principal era determinar la causa del cuadro clínico persistente del paciente, ante la sospecha de **colección abdominal residual o una obstrucción intestinal**.

Estas decisiones médicas evidencian la actuación diligente del equipo de salud, quienes no sólo monitorearon constantemente el estado del paciente, sino que actuaron de forma oportuna ante la sospecha de complicaciones graves. Esto demuestra un manejo cuidadoso y profesional que buscaba preservar la integridad del paciente y manejar las posibles contingencias clínicas con criterio y celeridad.

Ahora, se aclara que, en el período previo a la reintervención, se registraron varios intentos de manejo clínico, que incluyeron la administración de medicación analgésica, el ajuste de la dieta, el uso de la sonda nasogástrica (SNG) para aliviar la distensión y la toma de paraclínicos para evaluar el estado del paciente. Sin embargo, a pesar de estas medidas, la evolución no fue favorable, lo que llevó a la decisión de realizar la reintervención. Demostrando así, que se siguió un protocolo adecuado de observación y manejo del paciente, lo cual es un indicio de que la clínica actuó dentro de las pautas médicas estándar antes de proceder a la reintervención

Así las cosas, el 21 de junio de 2017, a las 21:50 Horas, y ante la falta de mejoría clínica, el paciente es nuevamente intervenido quirúrgicamente:

ACTO QUIRÚRGICO: 2 Ubicación: HOSP. PISO 3º - A Sede: CLINI REMEDIOS INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA

al 5º día

Fecha de Ingreso al Quirófano: 21/06/2017 21:40 Fecha de Salida al Quirófano: 22/06/2017 00:38
 Fecha - Hora Inicio Cirugía: 21/06/2017 21:50 Fecha - Hora Fin Cirugía: 22/06/2017 00:30
 Fecha - Hora Inicio Anestesia: 21/06/2017 21:45 Fecha - Hora Fin Anestesia: 22/06/2017 00:35

Paciente: Hospitalizado
 Tipo de Cirugía: Urgente Causa de la Urgencia: URGENCIA MEDICA
 Reintervención: Si Causa de la Reintervención: HEMATOMA
 Técnica Anestésica: General Quirófano: SALA 6
 Consentimiento Informado: Si
 Profilaxis Quirúrgica: Si Ampicilina sulbactam

Reursar HC del 17 al 21 que paso?

DESCRIPCIÓN OPERATORIA

DESCRIPCIÓN #: 1
 FECHA DE REGISTRO: 22/06/2017 00:48

DIAGNÓSTICOS PREQUIRÚRGICOS:					
FECHA-HORA	CÓDIGO	NOMBRE DIAGNÓSTICO	TIPO	ESTADO	PRIMARIO/SEGUNDARIO
22/06/2017 00:28	K650	PERITONITIS AGUDA	Quirúrgico	En Estudio	Secundario
22/06/2017 00:28	Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	Quirúrgico	Confirmado	Primario

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA

A que nivel?

Desinfección y antisepsia, campos quirúrgicos, se retira sutura de herida quirúrgica umbilical. Hay salida abundante de material intestinal. Se realiza, se introduce trocar, Neumoperitoneo, se coloca otro puerto epigástrico. Se inicia aspirado de líquido intestinal y lavado de cavidad. Por la contaminación y el estado de las asas intestinales se decide conversión a laparotomía mediana supraumbilical. Se drena peritonitis, se lava profusamente cavidad abdominal (12 litros de solución salina). Se evidencia perforación intestinal. Se decide resección segmentaria: ligadura del meso, resección, anastomosis término terminal con sutura continua de vicryl 3-0. Se sutura defecto del meso. Se avanza SNY para nutrición quedando a 20 cm más allá del Treitz. Se revisa nuevamente cavidad sin identificar lesiones adicionales. Se seca cavidad. Se verifica hemostasia. Conteo de compresas reportado completo. Sutura de fascia con vicryl 1. Intradérmica prolene 3-0.

HALLAZGOS

Peritonitis generalizada, con abundante líquido intestinal y membranas, adherencias inflamatorias interasas y de asas a pared, perforación en borde mesentérico de ileon a aprox. 80 cm de valvula ileocecal. Muñon apendicular indemne.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

CÓDIGO	NOMBRE PROCEDIMIENTO	VÍA	REGIÓN TOPOGRÁFICA	CLASE DE HERIDA
459100	Anastomosis De Intestino Delgado A Intestino Delgado (7740)	B	Abdomen	Sucia
54140D	Drenaje Peritonitis Generalizada	B	Abdomen	Sucia
542100	Laparoscopia Diagnostica (18600)	A	Abdomen	Sucia
541200	Laparotomia Exploratoria (7121)	B	Abdomen	Sucia
54500A	Lisis De Adherencias Peritoneales Por Laparotomia	B	Abdomen	Sucia

Se indica que, pese a que la laparoscopia es un procedimiento mínimamente invasivo, como cualquier intervención quirúrgica, implica riesgos inherentes, incluyendo la posibilidad de lesiones intestinales, que pueden ocurrir incluso cuando se sigue una técnica adecuada. En este caso, la presencia de un plastrón apendicular y la peritonitis generalizada influyen en las condiciones del paciente, complicando la intervención. No obstante, la clínica actuó con **buena praxis** en este caso, pues a pesar de las complicaciones inherentes al procedimiento, se tomaron medidas adecuadas y diligentes durante la reintervención.

La clínica actuó con **buena praxis** en este caso, pues a pesar de las complicaciones inherentes al procedimiento, se tomaron medidas adecuadas y diligentes durante la reintervención. La resección segmentaria, la ligadura del meso y la anastomosis término-terminal fueron procedimientos técnicos apropiados y necesarios para manejar la perforación intestinal. Además, la decisión de colocar la sonda nasoyeyunal (SNY) para la

nutrición, así como la revisión minuciosa de la cavidad abdominal, refleja una evaluación exhaustiva del paciente para asegurar que no hubiera lesiones adicionales.

ANÁLISIS
DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA: Asepsia y antisepsia, campos quirúrgicos, se retira sutura de herida quirúrgica umbilical. Hay salida abundante de material intestinal. Se drena, se introduce trócar, Neumoperitoneo, se coloca otro puerto epigástrico. Se inicia aspirado de líquido intestinal y lavado de cavidad. Por la contaminación y el estado de las asas intestinales se decide conversión a laparotomía mediana supraumbilical. Se drena peritonitis, se lava profusamente cavidad abdominal (12 litros de solución salina). Se evidencia perforación intestinal. Se decide resección segmentaria: ligadura del meso, resección, anastomosis termino terminal con sutura continua vicryl 3-0. Se sutura defecto del meso. Se avanza SNY para nutrición quedando a 20 cm más allá del Treitz. Se revisa nuevamente cavidad sin identificar lesiones adicionales. Se seca cavidad. Se verifica hemostasia. Conteo de compresas reportado completo. Sutura de fascia con vicryl 1. Intradérmica prolene 3-0.

La **verificación de hemostasia**, el **conteo de compresas** y la **sutura adecuada** de las diferentes capas de la cavidad abdominal, con materiales adecuados (como Vicryl y Prolene), son evidencias de que se tomaron todas las precauciones para evitar complicaciones postoperatorias, como infecciones o hemorragias. Todo esto muestra que la clínica siguió un protocolo adecuado y que las decisiones tomadas fueron en beneficio del paciente, lo que respalda la **buena praxis médica**.

Después de esta cirugía, dada la gravedad de la condición clínica del paciente, se ordena su traslado a la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI).

- **El 27 de junio de 2017 – Tercer acto quirúrgico.**

El 27 de junio de 2017., el paciente es nuevamente intervenido quirúrgicamente. Dicha intervención fue una respuesta a las complicaciones presentadas. El procedimiento practicado fue: 1) Enterorrafias múltiples 2) Reducción intestinal con resección intestinal por Laparotomía 3) Sistema de cicatrización asistida por vacío (sistema VAC):

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS				
CÓDIGO	NOMBRE PROCEDIMIENTO	VÍA	REGIÓN TOPOGRÁFICA	CLASE DE HERIDA
46730A	Enterorrafias Múltiples	A	Abdomen	Sucia
468012	Reduccion Intestinal Con Reseccion Intestinal Por Laparotomia	A	Abdomen	Sucia
C4GE31	Sistema de Cicatrización Asistida por Vacío	B	Abdomen	Sucia

COMPLICACIONES: No
INFORMACIÓN ADICIONAL

Ahora, si bien en la Descripción Quirúrgica dispuesta en la HC se indica que “la nota operatoria fue realizada mucho después del procedimiento quirúrgico por congestión del

servicio”. Se indica que, en este caso, la nota menciona que el retraso en el registro se debió a la congestión del servicio, un factor que es completamente válido en entornos hospitalarios con alta demanda y urgencias médicas constantes. La congestión en los servicios de salud, en especial en unidades críticas o de emergencia, es un fenómeno recurrente que puede afectar la disponibilidad de los profesionales para completar tareas administrativas de forma inmediata, sin que esto implique una negligencia en el proceso de atención al paciente.

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA

NOTA OPERATORIA REALIZADA MUCHO DESPUES DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO POR CONGESTION DEL SERVICIO***
 SE RETIRAN SUTURAS PREVIAS DE LAPAROTOMIA Y SE ACCEDE A CAVIDAD. IDENTIFICACION DE HALLAZGOS.
 PROCEDIMIENTOS VIA A: DRENAJE DE PERITONITIS Y TOMA DE MUESTRA PARA CULTIVO. LISIS DE MULTIPLES ADHERENCIAS DESDE EL TRETZ HASTA LA VALVULA ILOCECAL. DESMANTELAMIENTO Y RESECCION DE ANASTOMOSIS PREVIA.
 DECOMPRESION INTESTINAL MANUAL CON SALIDA DE 1000 CC DE LIQUIDO DE RETENCION A TRAVES DE SONDA NASOGASTRICA. SE REALIZA NUEVA ANASTOMOSIS MANUAL TERMINOTERMINAL CON SUTURA CONTINUA DE PDS 3-0 + ENTERORRAFIAS SEROMUSCULARES CON PUNTOS SEPARADOS. SE RETIRAN HEMOLOCKS PREVIOS Y SE LIGA NUEVAMENTE MUÑON CON SEDA 0. LAVADO CON 10 LITROS DE SSN TIBIA HASTA RETORNO LIMPIO.
 PROCEDIMIENTOS VIA B: SE ARMA SISTEMA DE VACIO CON PLASTICO MULTIPERFORADO, ESPONJAS DE POLIURETANO, TEGADERM, SENA TRACK, QUE SE CONECTA A CANESTER DE 1000 CC Y A CONSOLA. PRESION CONTINUA 100 MMHG.
 PROXIMA REVISION TENTATIVAMENTE PARA DENTRO DE 72 HORAS

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

CÓDIGO	NOMBRE PROCEDIMIENTO	VÍA	REGIÓN TOPOGRÁFICA	CLASE DE HERIDA
46730A	Enterorrafias Múltiples	A	Abdomen	Sucia
468012	Reduccion Intestinal Con Reseccion Intestinal Por Laparotomia	A	Abdomen	Sucia
C4GE31	Sistema de Cicatrización Asistida por Vacío	B	Abdomen	Sucia

COMPLICACIONES: No
 INFORMACIÓN ADICIONAL

Cabe destacar que, aunque la nota operatoria haya sido registrada posteriormente, el contenido de la misma está bien estructurado y acorde con lo sucedido en el procedimiento quirúrgico. La descripción de los hallazgos encontrados durante la intervención, los procedimientos realizados, y las decisiones médicas tomadas están claramente detalladas, lo cual demuestra que, a pesar de cualquier eventual demora en el registro, no hubo descuido en la documentación del evento. La información reflejada en la nota operatoria es precisa y coherente con el desarrollo de la cirugía y las complicaciones posteriores, lo que refuerza la idea de que, más allá de cualquier aparente retraso temporal, la calidad del seguimiento médico no se vio afectada.

Además, la hora del registro no impidió una atención adecuada y oportuna al paciente, ya que las intervenciones quirúrgicas y los tratamientos posteriores fueron llevados a cabo de acuerdo con los protocolos establecidos. Por lo tanto, la cuestión de un registro posterior debe analizarse en un contexto en el que se valore la calidad y precisión de la información contenida en la nota, así como las circunstancias excepcionales que pudieron haber influido en el cumplimiento de los plazos establecidos. En este sentido, lo más

relevante es que la atención al paciente fue adecuada, y el manejo médico continuó siendo oportuno y adecuado a lo largo de todo el proceso.

- **El 30 de junio de 2017 – Cuarto acto quirúrgico.**

El 30 de junio de 2017, a las 23:10 Horas, el paciente es llevado por cuarta vez a cirugía. En la nota quirúrgica se registra lo siguiente:

DESCRIPCIÓN OPERATORIA					
DESCRIPCIÓN #: 1					
FECHA DE REGISTRO: 01/07/2017 01:31					
DIAGNÓSTICOS PREQUIRÚRGICOS:					
FECHA-HORA	CÓDIGO	NOMBRE DIAGNÓSTICO	TIPO	ESTADO	PRIMARIO/SEGUNDARIO
01/07/2017 01:22	K650	PERITONITIS AGUDA	Quirúrgico	Confirmado	Primario
DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA					
ASEPSIA ANTISEPSIA. TIPOS DE CIRUGIA. RETIRO DE SISTEMA DE VACIO PREVIO. DRENAJE DE PERITONITIS GENERALIZADA Y REVISION SISTEMATICA DE LA CAVIDAD. SECCION DE ADHERENCIAS PERITONEALES. SE PROCEDE A RESECCION INTESTINAL DE APROXIMADAMENTE 30 CM DE INTESTINO DELGADO INCLUYENDO ANASTOMOSIS PREVIA NO FILTRADA Y AREAS DE PERFORACION MULTIPLES EN ILEON. SE REALIZA ILEOSTOMIA EN DOBLE BOCA DE CAÑON EN EL FLANCO DERECHO Y SE MADURA CON VICRYL 3 - 0. SE REALIZA LAVADO PERITONEAL CON 6000 CC DE SSN. SE COLOCA NUEVO SISTEMA DE VACIO ABDOMINAL GENADYNE, PLASTICO FENESTRADO Y DOBLE ESPUMA VERDE. SE CUBRE CON ADHESIVO Y SE CONECTA A SUCCION A -100MMGH CON ADECUADO VACIO.					
HALLAZGOS					
PERITONITIS FECAL DE 4 CUADRANTES. AREAS DIFUSAS DE NECROSIS Y PERFORACION EN ILEON DISTAL, ANASTOMOSIS PREVIA INDENME, SE DECIDE RESECCION INCLUYENDO LA ANASTOMOSIS E ILEOSTOMIA. PERDIDA DEL DOMICILIO ABDOMINAL.					
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS					
CÓDIGO	NOMBRE PROCEDIMIENTO		VÍA	REGIÓN TOPOGRÁFICA	CLASE DE HERIDA
462200	Ileostomia Continente (7711)		A	Abdomen	Sucia

Al respecto, se indica que, la **resección segmentaria** es una “cirugía para extirpar una parte de un órgano”, tal como lo dispone el Instituto Nacional del Cáncer. Esto se refiere a la eliminación de una porción (segmento) del intestino que está afectada por una enfermedad o complicación (por ejemplo, una perforación, una obstrucción o un tumor). La resección implica cortar y retirar la parte dañada del intestino.

Respecto de la anotación de “**Áreas de perforación múltiples en íleon**”, ella indica que se encontraron varias **perforaciones** (agujeros) en el **íleon**. Las perforaciones pueden ser causadas por infecciones graves, obstrucciones o enfermedades inflamatorias.

En cuanto a la **ileostomía**, se indica que es un procedimiento quirúrgico en el cual se realiza una abertura en el abdomen (llamada estoma) para permitir que el contenido intestinal se elimine directamente desde el íleon (la última parte del intestino delgado) hacia el exterior del cuerpo, en lugar de a través del recto. Al respecto American Cancer Society ha dispuesto mediante artículo titulado ¿Qué es una ileostomía?, lo siguiente:

“Una ileostomía es una abertura en el vientre (pared abdominal) que se hace mediante una cirugía. Por lo general, se necesita una ileostomía porque un problema está causando que el íleon no funcione correctamente, o una enfermedad está afectando una parte del colon y esta debe extirparse. El extremo terminal del íleon (la parte más baja del intestino delgado) es reubicado a través de esta abertura para formar un estoma, usualmente en el lado inferior derecho del abdomen”

Este procedimiento se suele realizar cuando una parte del intestino no está funcionando correctamente, o cuando hay una obstrucción, perforación o enfermedad que impide el paso normal de las heces.

En el caso descrito, la **ileostomía en doble boca de cañón** significa que se realiza una abertura doble en el íleon, lo que puede implicar que se crea una ileostomía en dos sitios separados, lo cual es necesario en ciertas situaciones, como para dividir el flujo intestinal de manera controlada, o si hay áreas de tejido comprometido que deben ser gestionadas por separado.

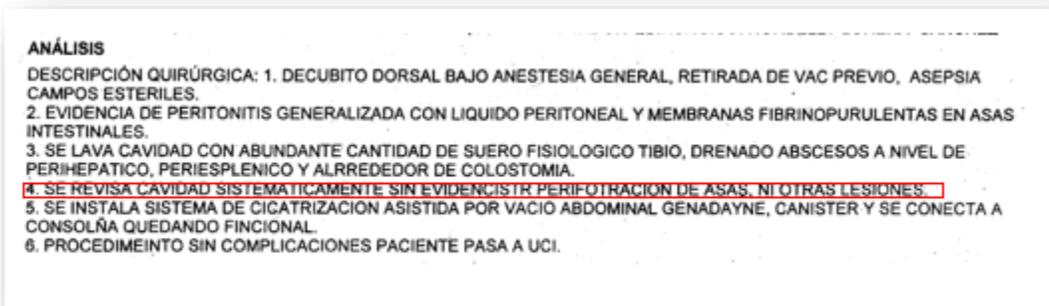
Este procedimiento se realiza cuando se considera necesario para garantizar la salida segura de los contenidos intestinales, evitar la acumulación de materiales fecales en el abdomen y prevenir infecciones graves, como la peritonitis. La creación de la ileostomía también puede ser una medida temporal, especialmente si el intestino necesita tiempo para sanar después de una resección o reparación quirúrgica. En resumen, la ileostomía se crea para asegurar que los desechos del cuerpo puedan ser eliminados de manera controlada y segura, lo cual es esencial cuando hay complicaciones graves en el sistema digestivo como fue el caso.

- **El 03 de julio de 2017 – Quinto acto quirúrgico.**

El 03 de julio de 2017 a las 8:00 a.m. el paciente es intervenido quirúrgicamente por quinta vez. La intervención quirúrgica evidencia un **manejo exhaustivo y sistemático** de la cavidad abdominal para abordar el cuadro de **peritonitis generalizada** y abscesos intraabdominales. Se realizaron los siguientes procedimientos médicos:

- Retiro del sistema de vacío previo.
- Lavado de la cavidad peritoneal con abundante solución salina tibia para minimizar la carga bacteriana.
- Drenaje de abscesos a nivel perihepático, periesplénico y alrededor de la colostomía.
- Revisión completa y sistemática de las asas intestinales, sin evidencia de perforaciones ni lesiones adicionales.

Esto demuestra que los médicos siguieron un protocolo detallado y adecuado, con el fin de garantizar que no quedaran lesiones no tratadas. Ahora, en la descripción quirúrgica se indica que, tras una revisión sistemática de la cavidad abdominal, no se evidenciaron perforaciones en las asas intestinales ni otras lesiones que requirieran intervención adicional.



Respecto de los hallazgos de i). Peritonitis generalizada, ii). Absceso Intraabdominal Perihepático, Periesplénico, y iii). Membranas fibrinopurulentas adheridas a asas, a continuación me permito expresar:

**HALLAZGOS: - PERITONITIS GENERALIZADA
- ABSCESO INTRABDOMINAL PERIHEPÁTICO, PERIESPLENICO
- MEMBRANAS FIBRINOPURULENTAS ADHERIDAS A ASAS.**

Respecto a la persistencia que se presentaba de la peritonitis y las complicaciones podrían estar relacionadas con: i). La infección preexistente que evolucionó pese a los procedimientos realizados; ii). Factores propios de la condición crítica del paciente, como un sistema inmunológico comprometido, la presencia de infecciones multirresistentes y las múltiples intervenciones previas.

- El cuadro de **peritonitis generalizada** es una complicación severa que no siempre puede resolverse con una sola cirugía, especialmente en pacientes con un historial de múltiples intervenciones abdominales.
- Los **abscesos intraabdominales** y las **adherencias fibrinopurulentas** observadas son hallazgos comunes en pacientes con peritonitis prolongada y no pueden ser atribuidos a una actuación médica inadecuada.

Ahora, la utilización del sistema de cicatrización asistida por vacío abdominal (como la que fue utilizada) es una medida terapéutica moderna y adecuada para manejar infecciones complejas y promover la recuperación del paciente.

- **El 07 de julio de 2017 – Sexto acto quirúrgico.**

El 07 de julio de 2017 el paciente es llevado por sexta vez al quirófano, nuevamente con diagnóstico de peritonitis. Se registra la siguiente nota quirúrgica:

DESCRIPCIÓN #: 1
 FECHA DE REGISTRO: 07/07/2017 11:05

DIAGNÓSTICOS PREQUIRÚRGICOS:

FECHA-HORA	CÓDIGO	NOMBRE DIAGNÓSTICO	TIPO	ESTADO	PRIMARIO/ SEGUNDARIO
07/07/2017 11:02	K650	PERITONITIS AGUDA	Quirúrgico	Confirmado	Primario

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA

ASEPSIA ANTISEPISA.
 CAMPOS DE CIRUGIA.
 RETIRO DE SISTEMA DE VACIO PREVIO Y HALLAZGOS.
 SE PROCEDE A DRENAJE DE PERITONITIS RESIDUAL Y LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO CON 3000 CC DE SSN.
 SE REALIZA CIERRE PARCIAL DE LA PIEL CON PROLENE 0 EN PUNTOS SEPARADOS.
 SE COLOCA NUEVO SISTEMA DE VACIO ABDOMINAL GENADYNE, PLASTICO FENESTRADO Y DOBLE APOSITO VERDE.
 CUBRE CON ADHESIVO Y SE CNECTA A -100MMHG.

HALLAZGOS

CAVIDAD PARCIALMENTE BLOQUEADA, CONGELADA EN SU TOTALIDAD. ?
 ALGUNAS MEMBRANAS DE FIBRINA Y ESCASA PERITONITIS RESIDUAL. °
 PERDIDA DEL DOMICILIO ABDOMINAL.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

CÓDIGO	NOMBRE PROCEDIMIENTO	VÍA	REGIÓN TOPOGRÁFICA	CLASE DE HERIDA
541400	Lavado Peritoneal Postquirurgico (7144)	A	Abdomen	Sucia
C4GE31	Sistema de Cicatrización Asistida por Vacío	A	Abdomen	Sucia

COMPLICACIONES: No

INFORMACIÓN ADICIONAL

Recuento de Compresas: Completo

Pérdida Sanguínea: No

El 08 de julio del 2024 a las 13:42 p.m. se realizan las siguientes anotaciones en la evolución por cirugía general:

DX:

1. SHOCK SEPTICO DE ORIGEN ABDOMINAL EN RESOLUCION

2. POP DE APENDICECTOMIA POR LAPAROSCOPIA (16/06/17)

HALLAZGOS: APENDICITIS AGUDA EN FASE GANGRENADA CON PERITONITIS LOCALIZADA Y PLASTRON LOCAL. DESPULMIENTO DE SEROSA DE ASA YEYUNAL DESPUES DE LA LIBERACION DEL PLASTRON

3. PERFORACIONES ESPONTANES INTESTINALES// ENTERITIS?? // MANEJO CON SISTEMA DE VACIO Y LAVADOS SECUENCIALES + ILEOSTOMIA EN ASA DE PROTECCION.

///

S: PACIENTE REFIERE CONTINUAR SINTIENDOSE BIEN, REFIERE SENTIRSE MAS TRANQUILO DESPUES DE SU ULTIMA INTERVENCION QUIRURGICA, SIN EMBARGO PERSISTE CON TRASTORNO DEL SUEÑO, NIEGA EMESIS, NIEGA ALZAS TERMICAS, DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES, NO OTRA SINTOMATOLOGIA.

OBJETIVO

ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, EN MEJORES CONDICIONES GENERALES, COHORTIZADO POR GERMAN KPC, FAMILIAR AFUERA DE CUARTO (MUY PENDIENTE), ALERTA, ACTIVO, AHORA MAS TRANQUILO, AFEBRIL, CON SIGNOS VITALES: TA: 131/70, FC: 94, FR: 15, T: 36.0

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SISTEMA VAC FUNCIONANTE EN HERIDA QUIRURGICA, SIN SIGNOS INFLAMATORIOS NI SALIDA DE MATERIAL PURULENTO, NO PALPO MASAS NI VISCEROMEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EN EL MOMENTO.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

OBSERVACIONES

LABORATORIOS:08/07HEMOGRAMA: LEUCOCITOS: 15.444, NEUTROFILOS: 79%, HEMOGLOBINA: 8.7, HEMATOCRITO: 25, PLAQUETAS: 617.000BUN: 19.0CREATININA: 0.6NA: 132, K: 3.6, CLORO: 99AC LACTICO: 1.38

ANÁLISIS

PACIENTE HOSPITALIZADO EN UCI, CON HISTORIA Y DIAGNOSTICOS CONOCIDOS, COHORTIZADO POR GERMAN KPC, ACTUALMENTE EN SU PRIMER DIA DE POP (07/07) DE SU ULTIMA INTERVENCION QUIRURGICA DE RELAPAROTOMIA CON HALLAZGOS DE CAVIDAD PARCIALMENTE BLOQUEADA, CONGELADA EN SU TOTALIDAD, ALGUNAS MEMBRANAS DE FIBRINA Y ESCASA PERITONITIS RESIDUAL. EVIDENCIANDO ASI CAVIDAD PERITONEAL MAS LIMPIA. EN EL MOMENTO CON BUENA EVOLUCION HACIA LA MEJORIA DE SU POP. HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. DIURESIS POSITIVA. SE CONSIDERA INICIAR DIETA LIQUIDA. CONTINUAR IGUAL MANEJO EN UCI. SE PROGRAMA PARA CX EN SUS PROX 48 HORAS. CONTINUA PENDIENTE TRASLADO A UAPE. AVISAR CAMBIOS.

RELACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

NOMBRE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO DX	TIPO	ESTADO	DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA
APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	K359	Quirúrgico	Confirmado	--
PERITONITIS AGUDA	K650	Quirúrgico	Confirmado	--

PLAN

- INICIAR DIETA LIQUIDA
- SE PASA TURNO QUIRURGICO PARA NUEVO LAVADO EN PROX 48 HORAS
- PTE TRASLADO A UAPE
- CONTINUAR IGUAL MANEJO

JUSTIFICACIÓN PARA QUE EL PACIENTE CONTINUE HOSPITALIZADO HOY

CONDICION CLINICA

ÓRDENES MÉDICAS

Como se evidencia, el paciente estaba presentando perforaciones espontáneas intestinales, posiblemente debido a la enteritis. Esta condición inflamatoria del intestino es capaz de debilitar la pared intestinal, aumentando el riesgo de perforaciones espontáneas. Dichas perforaciones no son atribuibles a un error técnico durante el procedimiento quirúrgico, sino que pueden ser consecuencia de factores fisiológicos y clínicos subyacentes que comprometieron la integridad de los tejidos.

La enteritis, dependiendo de su origen y severidad, puede generar zonas de fragilidad en la mucosa y la pared intestinal, lo que facilita la aparición de perforaciones, especialmente en un contexto postquirúrgico. Esto explicaría la recurrencia de lesiones intestinales, incluso después de las intervenciones quirúrgicas iniciales.

El equipo médico actuó de manera diligente y oportuna para identificar y atender estas complicaciones, cumpliendo con los principios de la lex artis. La situación clínica del paciente no es atribuible a impericia, sino a una complejidad médica que requirió múltiples intervenciones quirúrgicas con el fin de preservar su integridad.

- **El 10 de julio de 2017 – Séptimo acto quirúrgico.**

El 10 de julio de 2017 a las 19:15 H al paciente se realiza séptimo acto quirúrgico correspondiente a los procedimientos de “Sistema de Cicatrización Asistida por Vacío, Lavado Peritoneal Postquirúrgico (7144)”:

TIPO DE EVOLUCIÓN: DESCRIPCIÓN OPERATORIA ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL UBICACIÓN: HOSP. UAPE SEDE:
CLINI REMEDIOS INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA FECHA: 10/07/2017 20:11
SUBJETIVO
Cirugía: Hospitalizado
Tipo de Cirugía: Urgente, Causa de Urgencia: URGENCIA MEDICA
Reintervención: No
Técnica Anestésica: General
Quirófano: SALA 7
Consentimiento Informado: Si
Profilaxis Quirúrgica: Si,
OBJETIVO
EQUIPO DE TRABAJO: ANESTESIOLOGO: DR VALLEJO FABIAN, CIRUJANO 1: DR BARAJAS MANUEL, CIRUJANO 2: DRA ERAZO MARIA PIEDAD, CIRCULANTE DE CIRUGIA: JOHNNY BOLAÑOS, INSTRUMENTADOR QUIRURGICO: VIVIANA POSADA
ANÁLISIS
DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA: previa asepsia y colocación de campos estériles y bajo anestesia general, se realiza retiro de sistema de cicatrización asistido previo, se retiran esponjas, se realiza lavado de cavidad con solución salina, se verifica hemostasia con monopolar, se coloca nuevo sistema de cicatrización asistido por vacío abdominal, se colocan esponjas seguido del drape, se coloca track de succión, se verifica adecuada funcionamiento del sistema.
HALLAZGOS: abdomen congeado, asas parcialmente peritonizadas, escasas membranas de fibrina, líquido turbio en cavidad,
PROCEDIMIENTOS: Sistema de Cicatrización Asistida por Vacío, Lavado Peritoneal Postquirúrgico (7144)
PLAN
PLAN A SEGUIR: cuidados de sistema de cicatrización lavado a requerimiento
Firmado por: ELPIDIO MANUEL BARAJAS FREGOSO, CIRUGIA GENERAL, Reg: 643557

Es relevante señalar que, a pesar de la gravedad de la condición, el equipo médico actuó de manera diligente al realizar el lavado de cavidad, asegurar la hemostasia, y colocar un nuevo sistema de cicatrización asistida por vacío. Estas intervenciones son indicativas de un esfuerzo continuo por controlar y mitigar las complicaciones del paciente.

- **El 14 de julio de 2017 – Octavo acto quirúrgico.**

El 14 de julio de 2017 el paciente es intervenido quirúrgicamente por octava vez. Este procedimiento quirúrgico es parte de los esfuerzos para manejar complicaciones graves postquirúrgicas, como la peritonitis y evisceración, que son secuelas serias de los eventos anteriores. La lavado peritoneal y el uso de colgajos fasciocutáneos para reparar la herida muestran que los equipos médicos estaban actuando de manera adecuada para tratar la infección residual y restaurar la integridad del abdomen del paciente.

ACTO QUIRÚRGICO: 9	Ubicación: HUSP. UAPE	Sede: CLINI REMEDIOS INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA
Fecha de Ingreso al Quirófano: 14/07/2017 20:50	Fecha de Salida al Quirófano: 14/07/2017 22:05	
Fecha - Hora Inicio Cirugía: 14/07/2017 21:00	Fecha - Hora Fin Cirugía: 14/07/2017 21:55	
Fecha - Hora Inicio Anestesia: 14/07/2017 20:55	Fecha - Hora Fin Anestesia: 14/07/2017 22:00	
Paciente: Hospitalizado	Tipo de Cirugía: Urgente	Causa de la Urgencia: URGENCIA MEDICA
Reintervención: Si	Técnica Anestésica: General	Causa de la Reintervención: TRAUMA ABIERTO
Consentimiento Informado: Si	Profilaxis Quirúrgica: No	Quirófano: SALA 4

DESCRIPCIÓN OPERATORIA

DESCRIPCIÓN #: 1
FECHA DE REGISTRO: 14/07/2017 22:03

DIAGNÓSTICOS PREQUIRÚRGICOS:					
FECHA-HORA	CÓDIGO	NOMBRE DIAGNÓSTICO	TIPO	ESTADO	PRIMARIO/ SEGUNDARIO
14/07/2017 21:59	K850	PERITONITIS AGUDA	Quirúrgico	Confirmado	Primario

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA

ASEPSIA ANTISEPSIA.
 TIPOS DE CIRUGIA.
 RETIRO DE SISTEMA DE VACIO Y HALLAZGOS.
 SE PROCE A LAVADO PERITONEAL CON 2000 CC DE SSN.
 SE TALLAN COLGAJOS FASCIOCUTANEOS BILATERALES PARA LOGRAR CIERRE DE PIEL.
 CIERRE DE EVISCERACION CON PUNTOS SEPARADOS DE PROLENE 2 - 0.

HALLAZGOS
 PERDIDA DEL DOMICILIO ABDOMINAL.
 FASCIA RETRAIDA.
 CAVIDAD CONGELADA Y BLOQUEADA.
 OSTOMIA FUNCIONAL.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS				
CÓDIGO	NOMBRE PROCEDIMIENTO	VÍA	REGIÓN TOPOGRÁFICA	CLASE DE HERIDA
P00304	Colgajo Muscular Miocutaneo Y Fasciocutaneo (15142)	A	Abdomen	Limpia
541400	Lavado Peritoneal Postquirurgico (7144)	A	Abdomen	Limpia

COMPLICACIONES: No
INFORMACIÓN ADICIONAL

Después de todas las intervenciones quirúrgicas y un monitoreo continuo, y pese a los constantes y diligentes esfuerzos del equipo médico, el paciente presentó complicaciones críticas que, lamentablemente, culminaron con su fallecimiento el 23 de julio de 2017. Como causa de su muerte se registraron los siguientes diagnósticos:

1. **Septicemia debida a otros organismos gramnegativos:** Una infección generalizada severa en el torrente sanguíneo, causada por bacterias resistentes y altamente agresivas.
2. **Shock séptico:** Estado crítico que ocurre cuando una infección grave provoca una respuesta inflamatoria descontrolada en el cuerpo, comprometiendo el flujo sanguíneo y causando daño tisular irreversible.
3. **Falla orgánica multisistémica:** La incapacidad de múltiples órganos vitales para funcionar adecuadamente debido a la prolongada septicemia y el shock séptico.
4. **Antecedente personal (AP) de apendicitis y peritonitis:** Situaciones médicas previas que complicaron el cuadro clínico y contribuyeron al deterioro progresivo del estado de salud del paciente.

En conclusión, la atención brindada al paciente por parte de la Clínica Nuestra Señora de Los Remedios fue diligente, perita y oportuna. Se dispusieron todos los recursos diagnósticos, procedimientos médicos necesarios y la intervención de diversas especialidades con el objetivo de identificar el origen de la dolencia y proporcionar el tratamiento más adecuado para su condición clínica. El equipo médico actuó con profesionalismo y exhaustividad, siguiendo los protocolos médicos establecidos y manteniendo un claro apego a la *Lex Artis*, garantizando así la mejor atención posible frente a la complejidad del cuadro clínico presentado por el paciente. Por lo tanto, de ninguna manera puede atribuirse responsabilidad alguna a la parte demandada, ya que sus actuaciones fueron ejecutadas de manera correcta, cuidadosa y diligente. En consecuencia, se solicita respetuosamente que sean negadas en su totalidad las pretensiones de la demanda, al carecer de fundamento jurídico y probatorio suficiente.

En los términos expuestos, solicito amablemente al despacho declarar probada la presente excepción.

2. INEXISTENCIA DE LA RELACIÓN CAUSAL ENTRE EL DAÑO ALEGADO POR EL EXTREMO ACTOR Y LA CONDUCTA DESPLEGADA POR EL EXTREMO PASIVO DEL LITIGIO.

Se propone el presente medio exceptivo toda vez que, en atención a los argumentos arriba esbozados, resulta evidente que no existe relación de causalidad alguna entre el supuesto daño sufrido por la parte demandante y la conducta desarrollada por la entidad demandada. De manera específica, debe anotarse que no se estructura este elemento indispensable de la responsabilidad civil que se persigue, comoquiera que los perjuicios que se reclaman no encuentran su origen en ninguna de las conductas desplegadas por los profesionales que tuvieron a su cargo el cuidado y atención médica del menor CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.), ni mucho menos en la CLÍNICA NSDR. Por ende, las perforaciones intestinales que alega el demandante fueron la causa de muerte del paciente Hernández, obedece a perforaciones espontáneas intestinales, posiblemente debido a la enteritis, y no a una errónea intervención quirúrgica como lo indica infundadamente el extremo actor. Además de lo anterior, CLÍNICA NSDR desplegó todas las actuaciones medicas indicadas por la literatura médica para el tratamiento posoperatorio de la paciente, de acuerdo a los signos que fue evidenciando. Por lo anterior, no se debió entonces al actuar de los profesionales que la atendieron.

Lo anterior no puede perderse de vista por el despacho, toda vez que, para la imputación de la responsabilidad pretendida, es necesario acreditar la supuesta falla en que, a juicio de los actores, incurrió la parte pasiva; sin ello, y sin constituirse, en consecuencia, una relación causal que permita endilgar responsabilidad al extremo pasivo, están llamadas al fracaso todas y cada una de las pretensiones del escrito genitor.

Aunado a todo lo dicho, debe hacerse especial hincapié en que situaciones médicas como la comentada, donde la obligación del cuerpo profesional es de medio y no de resultado, el efecto de la intervención médica no pende directamente del actuar cuidadoso y perito del profesional, tal como ha precisado la Corte Suprema de Justicia⁵:

“(…) A pesar de los avances en todos los campos, la complejidad del cuerpo

⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC8219-2016, radicación 11001-31-03-039-2003-00546-01 de 20 de junio de 2016. M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez

humano impide que hoy en día la medicina sea una ciencia exacta, de ahí que se estime que **su práctica, en términos generales, corresponde a una obligación de medio.**

Es por eso que **solo si se verifica una mala praxis surge la obligación de reparar**, entre otros eventos, cuando se deja de actuar injustificadamente conforme a los parámetros preestablecidos, eso sí, **siempre y cuando se estructuren los diferentes elementos de daño, culpa y nexo causal que contempla la ley (...)** (Negritas propias).

Y en el mismo sentido la mentada Corporación ha enseñado⁶:

*“(...) si el compromiso se reduce a entregar su sapiencia profesional y científica, dirigida a curar o a aminorar las dolencias del paciente, **bastaba para el efecto la diligencia y cuidado, pues al fin de cuentas, el resultado se encuentra supeditado a factores externos que, como tales, escapan a su dominio, verbi gratia, la etiología y gravedad de la enfermedad, la evolución de la misma o las condiciones propias del afectado, entre otros (...)**” (Resaltado propio).*

Corolario de lo expuesto, siendo inexistente la falla médica que se alega y el nexo causal necesario para imputar responsabilidad a las demandadas, no existe razón jurídica que permita la imputación de los supuestos fácticos invocados, al extremo pasivo del litigio.

La afirmación del demandante de que las perforaciones intestinales fueron causadas por el uso inadecuado e imperito del trócar durante la cirugía laparoscópica y que la Clínica intentó encubrir estos eventos es infundada y carece de respaldo probatorio en los registros clínicos y las actuaciones médicas realizadas. No existe evidencia concluyente en la historia clínica ni en los informes quirúrgicos que relacione de manera directa y específica el uso del trócar con las perforaciones intestinales. Las perforaciones intestinales pueden tener diversas etiologías, incluyendo procesos inflamatorios, isquemia tisular, o complicaciones derivadas del cuadro infeccioso y séptico avanzado del paciente.

⁶ Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC7110-2017, radicación 05001-31-03-012-2006-00234-01, de 24 de mayo de 2017, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

El paciente presentó un cuadro de peritonitis severa con sepsis abdominal, lo que genera áreas de fragilidad intestinal o incluso necrosis, condiciones que incrementan el riesgo de perforación espontánea. Estas son complicaciones documentadas en la literatura médica en pacientes con sepsis abdominal severa.

DIAGNÓSTICOS PREQUIRÚRGICOS:					
FECHA-HORA	CÓDIGO	NOMBRE DIAGNÓSTICO	TIPO	ESTADO	PRIMARIO/ SEGUNDARIO
14/07/2017 21:59	K650	PERITONITIS AGUDA	Quirúrgico	Confirmado	Primario

Además, el paciente presentaba enteritis, que en términos coloquiales es una inflamación del intestino delgado, que puede ser causada por infecciones, isquemia, reacciones inflamatorias severas, o incluso como complicación postquirúrgica en pacientes críticos. Lo anterior es de vital importancia considerando que el paciente presentaba peritonitis severa, múltiples cirugías abdominales, y un cuadro infeccioso avanzado. **Estas condiciones son suficientes para desencadenar una inflamación secundaria del intestino (enteritis)**, sin necesidad de que esta sea atribuida a un acto quirúrgico previo.

Es así como se evidencia en varias anotaciones de la Historia Clínica, que **el paciente estaba presentando perforaciones espontáneas intestinales, posiblemente debido a la enteritis**. Un ejemplo de ello es la historia clínica del 08 de julio del 2017 en el que se indica el siguiente diagnóstico:

DX:
 1. SHOCK SEPTICO DE ORIGEN ABDOMINAL EN RESOLUCION
 2. POP DE APENDICECTOMIA POR LAPAROSCOPIA (16/06/17)
 HALLAZGOS: APENDICITIS AGUDA EN FASE GANGRENADA CON PERITONITIS LOCALIZADA Y PLASTRON LOCAL.
 DESPULIMIENTO DE SEROSA DE ASA YEYUNAL DESPUES DE LA LIBERACION DEL PLASTRON
 3. **PERFORACIONES ESPONTANES INTESTINALES// ENTERITIS??** // MANEJO CON SISTEMA DE VACIO Y LAVADOS SECUENCIALES
 + ILEOSTOMIA EN ASA DE PROTECCION.
 ///
 S: PACIENTE REFIERE CONTINUAR SINTIENDOSE BIEN, REFIERE SENTIRSE MAS TRANQUILO DESPUES DE SU ULTIMA INTERVENCION QUIRURGICA, SIN EMBARGO PERSISTE CON TRASTORNO DEL SUEÑO, NIEGA EMESIS, NIEGA ALZAS TERMICAS, DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES, NO OTRA SINTOMATOLOGIA.

Esta condición inflamatoria del intestino es capaz de debilitar la pared intestinal, aumentando el riesgo de perforaciones espontáneas. Dichas perforaciones no son atribuibles a un error técnico durante el procedimiento quirúrgico, sino que pueden ser consecuencia de factores fisiológicos y clínicos subyacentes que comprometieron la

integridad de los tejidos.

La enteritis, dependiendo de su origen y severidad, puede generar zonas de fragilidad en la mucosa y la pared intestinal, lo que facilita la aparición de perforaciones, especialmente en un contexto postquirúrgico. Esto explicaría la recurrencia de lesiones intestinales, incluso después de las intervenciones quirúrgicas iniciales.

El equipo médico actuó de manera diligente y oportuna para identificar y corregir estas complicaciones, cumpliendo con los principios de la *lex artis*. La situación clínica del paciente no es atribuible a impericia, sino a una complejidad médica que requirió múltiples intervenciones quirúrgicas con el fin de preservar su integridad.

Desde la primera intervención quirúrgica hasta la última, el equipo médico actuó en todo momento bajo los estándares médicos vigentes, realizando procedimientos orientados a resolver las complicaciones detectadas, incluyendo lavados peritoneales, resecciones intestinales y anastomosis. Además, los procedimientos fueron registrados en la historia clínica de manera detallada y transparente, lo que descarta cualquier intención de encubrimiento. La CLINICA NSDR documentó todas las intervenciones y hallazgos quirúrgicos en la historia clínica. El hecho de que en una cirugía posterior se encuentren nuevas perforaciones no implica negligencia ni encubrimiento, sino la progresión de un cuadro clínico complejo y dinámico.

De este modo, sea lo primero señalar al despacho que la obligación de los profesionales encargados de la atención médica de CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D)., era de medio y no de resultados, por lo cual, aún habiendo obrado de manera perita, cuidadosa y diligente, como en efecto aquí ocurrió. Por ende, las perforaciones intestinales que alega el demandante fueron la causa de muerte del paciente Hernández, obedece a perforaciones espontáneas intestinales, posiblemente debido a la enteritis, y no a una errónea intervención quirúrgica como lo indica infundadamente el extremo actor. Además de lo anterior, CLÍNICA NSDR desplegó todas las actuaciones medicas indicadas por la literatura médica para el tratamiento posoperatorio de la paciente, de acuerdo a los signos que fue evidenciando. Por lo anterior, no se debió entonces al actuar de los profesionales que la atendieron.

Por lo cual, solicito amablemente al despacho, tener por probada la presente excepción.

3. EN TODO CASO, SE TRATARÍA DE UN DAÑO NO INDEMNIZABLE – RIESGO INHERENTE AL PROCEDIMIENTO REALIZADO.

Aun cuando no se ha probado en el caso objeto de asunto y se encuentra en entredicho por el demandante que supuestamente las perforaciones obedezcan a una “lesión causada en el procedimiento quirúrgico”, en el presente caso debe tenerse en consideración que no se le puede endilgar responsabilidad alguna a CLINICA NSDR, como quiera que ello obedece a un riesgo inherente al procedimiento quirúrgico realizado consistente en Apendicectomía Laparoscópica. Mismo que fue puesto en conocimiento del acudiente del menor, quien aceptó la realización del procedimiento a pesar de las complicaciones inherentes que podrían generarse para el caso específico la perforación intestinal, que por tratarse de un riesgo inherente desdibuja la posibilidad de estructurar los presupuestos de la responsabilidad a cargo de la pasiva por ausencia de culpa.

Sobre este particular, la Corte Suprema de Justicia se ha pronunciado acerca de la inexistencia de responsabilidad de una institución prestadora de servicios de salud en caso de un riesgo inherente:

“DAÑO INDEMNIZABLE-Cuando se materializa un riesgo inherente al acto médico, el daño no tiene carácter indemnizable al no preceder de un comportamiento culposo. Estudio en proceso de responsabilidad médica contractual contra médico de confianza, como consecuencia de perforación en el intestino causada a paciente durante la práctica de cirugía de extracción de vesícula.(SC7110-2017; 24/05/2017)” (Subrayado y negrita fuera del texto original)

Posición que ha sido reiterada por en Honorable Consejo de Estado que ha sostenido lo siguiente:

(...) Por otra parte, al hacerse usuario de la atención médica, el paciente

⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. M.P Luis Armando Tolosa Villabona, radicación 2006-00234. Sentencia del veinticuatro (24) de mayo de dos mil diecisiete (2017).

*adquiere el derecho a recibir el mejor tratamiento posible. **Cuando media consentimiento, ello comporta, en principio, la asunción de los riesgos inherentes al tratamiento, dentro de los cuales se encuentran el fracaso terapéutico y ciertos efectos secundarios adversos y a la vez exime de la carga de soportar las consecuencias de la privación del tratamiento,** así como la prestación del mismo por debajo de los estándares de la lex artis. Estos efectos, que escapan de la órbita de lo que el paciente está llamado a soportar incluyen tanto la progresión de una condición patológica curable, en el caso concreto como la aparición de nuevas patologías o secuelas.⁸ (...)*
(Subrayado y negrita fuera del texto original)

Conforme a las sentencias anteriormente referenciadas y aterrizando la teoría al caso concreto, se debe poner en conocimiento del Despacho que la perforación intestinal, presuntamente producto de la Apendicectomía Laparoscópica, situación que no se encuentra probada, en todo caso, no comporta la entidad para estructurar la responsabilidad en contra de la demandada. Lo mencionado, pues en ese evento nos encontramos ante la configuración de un riesgo inherente que el propio acudiente del paciente conoció y consintió con antelación a la intervención. Por lo cual no podrá condenarse a CLINICA NSDR al reconocimiento y pago de las pretensiones formuladas en el escrito de demanda, como quiera que no existirá responsabilidad como consecuencia de la realización de un riesgo inherente al servicio. En efecto, el consentimiento informado para la intervención quirúrgica que conoció y firmó, tal como se evidencia en la Historia Clínica:

TIPO DE EVOLUCIÓN: DESCRIPCION OPERATORIA ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL UBICACIÓN: CIRUGIA SEDE: CLINICA
PRUEBAS FECHA: 16/06/2017 20:30
SUBJETIVO
Cirugía: Hospitalizado
Tipo de Cirugía: Urgente, Causa de Urgencia: URGENCIA MEDICA
Reintervención: No
Técnica Anestésica: General
Quirófano: SALA 2
Consentimiento Informado: Si
Profilaxis Quirúrgica: Si, AMPICILINA SULBACTAM

Como se observa, se contaba con el Consentimiento Informado firmado por la paciente con antelación a su intervención, siendo entonces claro que fue puesto en su conocimiento que

⁸ Consejo de Estado, Consejera Ponente: STELLA CONTO DIAZ DEL CASTILLO Radicación número: 25000-23- 26-000-1995-00964-01(21774), sentencia del veintinueve (29) de septiembre de dos mil quince (2015).

existían complicaciones inherentes a esta intervención quirúrgica. Por lo que, aun conociendo los riesgos inherentes, la acudiente del menor consintió y determinó que sí se iba a someter al procedimiento quirúrgico. Para complementar lo anterior, a continuación, se expondrán las complicaciones que la ciencia médica ha determinado que se pueden generar a raíz de la intervención quirúrgica practicada al paciente: :

En líneas generales el mayor número de complicaciones postoperatorias se dan en pacientes con cuadros de apendicitis complicadas (gangrena, plastrón, peritonitis local o difusa). Las complicaciones descritas en la literatura para PU son las mismas que las descritas en la AL3P: sangrado, colección abdominal, infección de sitio quirúrgico, eventración en sitio de entrada de trocar y lesión por ingreso de trocar.^{1,8,9,17,18} En el presente estudio se presentó un 9,9% de complicaciones en el PU, cifras similares a las publicadas en diferentes estudios que describen porcentajes de complicación que oscilan entre 3,5 y 20% .⁽¹⁸⁻²¹⁾ Se podría considerar que al realizar una incisión más grande a nivel umbilical, la posibilidad de presentar complicaciones relacionadas a la herida operatoria es mayor en el grupo de PU.

Como se observa, la literatura médica ha sido pacífica en determinar que la lesión por ingreso de trocar constituye un riesgo en la cirugía de apendicetomía laparoscopia. Además, no se puede pasar por alto que en el momento oportuno la misma fue puesta en conocimiento por medio del consentimiento informado que el acudiente del menor firmó de manera libre y espontánea, aceptando que conocía de las posibles complicaciones de la intervención quirúrgica.

De todas maneras, no puede endilgarse responsabilidad a la demandada, pues en ese evento nos encontraríamos ante la configuración de un riesgo inherente que el acudiente del paciente conoció y consintió con antelación a la intervención. Por lo cual, no podrá condenarse a CLINICA NSDR al reconocimiento y pago de las pretensiones formuladas en el escrito de demanda, como quiera que no existirá responsabilidad como consecuencia de la realización de un riesgo inherente al servicio. En ese orden de cosas, se precisa que el consentimiento informado ha sido definido como “un acto de la voluntad subsiguiente a un acto de la razón, o lo que es lo mismo, que el consentimiento presupone el conocimiento. De ello se sigue que nadie consiente en aquello que no conoce”⁹.

En concordancia, es preciso traer a colación lo dispuesto en la ley 23 de 1981 en la cual se establecieron normas en materia de ética médica y de la que se resalta lo siguiente:

“(...) ARTICULO 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos

⁹ Consejo de Estado, Consejera ponente: STELLA CONTO DIAZ DEL CASTILLO Radicación número: 25000-23-26-000-1996-12661-01(27493), sentencia del doce (12) de diciembre de dos mil trece (2013).

injustificados.

Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.

ARTICULO 16. La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto.

El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados. (...)"

Por lo tanto, el actuar en la prestación de los servicios y durante toda la atención del paciente se realizó con apego de las normas, de forma oportuna, clara y diligente al informarle de las potenciales complicaciones que podía tener en los procedimientos practicados. Por lo tanto, no puede el Despacho llegar a otra conclusión que no sea la concerniente a que toda la atención medica prestada por la demandada se encuentra ajustada a los parámetros exigidos y si bien pudo haberse producido un daño en el curso de la intervención, este evento era un riesgo propio que en su momento fue puesto en conocimiento de la demandante y ella misma de manera libre y espontánea lo aceptó. Lo que, por sustracción de materia, conlleva a la exoneración de responsabilidad de los aquí demandados.

Entre los riesgos de este tipo de intervención la literatura médica ha determinado que se encuentra la lesión por ingreso de trocar, que fue advertido al acudiente del paciente. Por lo anterior, no puede configurarse la responsabilidad de CLINICA NSDR, como quiera que lo alegado por el extremo actor sí se llegase a demostrar que fue así, constituye un riesgo inherente a la intervención quirúrgica practicada y por tal razón no constituye un daño indemnizable.

Por lo anterior, ruego se declare probada esta excepción.

4. EL PRESENTE CASO DEBE EVALUARSE A LA LUZ DEL RÉGIMEN DE CULPA PROBADA

Como es sabido, la jurisprudencia ha establecido que para la declaratoria de la responsabilidad que hoy se pretende (donde la obligación del cuerpo profesional es de medio y no de resultado), se impone al actor la carga de probar de manera fehaciente la realización de la falla en la prestación del servicio médico, que constituye la causa del daño que se alega. En otras palabras, tratándose de responsabilidad civil médica no existe presunción alguna que exonere al extremo actor de demostrar, además del daño y el nexo causal, el hecho configurativo de una mala práctica en el ejercicio médico. Para el caso particular existe una completa ausencia de medios de prueba que permitan suponer, así sea sumariamente, un error en el tratamiento de la paciente, por el contrario, todos los medios apuntan indiscutiblemente al apegado procedimiento médico profesional que tuvo CLÍNICA NSDR., de hecho, a pesar de lo probado en esta contestación, se debe advertir que de los mismos medios de prueba de la demandante (Historia Clínica del paciente) se concluye que no hay responsabilidad de CLÍNICA NSDR., ya que en ella se evidencia que el actuar del personal médico estuvo ajustado a los más altos estándares de la *Lex Artis*, implementando los procedimientos necesarios para tratar las complicaciones que surgieron y atendiendo al paciente con el cuidado y la diligencia que la situación requería. Por ende, es evidente que ninguna obligación indemnizatoria puede imponerse a mi representada.

Sobre el particular, la Corte Suprema de Justicia ¹⁰ha manifestado:

“(...) la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada, salvo cuando en virtud de las “estipulaciones especiales de las partes” (artículo 1604, in fine, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios.

La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las

¹⁰ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC7110-2017, radicación No. 05001-31-03-012-2006-00234-01. M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

consecuencias de su incumplimiento. Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume (...)”

Así las cosas, cuando jurídicamente se impone al extremo actor del litigio acreditar el hecho generador del daño y no existe presunción de responsabilidad en favor de la víctima, es claro que no puede derivar la misma por la simple causación de un resultado adverso con ocasión al acto médico. Es decir, muy a pesar de que se genere un hecho lamentable a raíz de la intervención médica, ello no puede responsabilizar al profesional de salud encargado, cuando no se evidenció la necesaria falla médica, por cuanto, como se ha manifestado, para estos casos el médico sólo está obligado a actuar con pericia y diligencia.

En este sentido, en el caso concreto, se debe resaltar que, a pesar de las complicaciones que surgieron durante el tratamiento del paciente, en ningún momento se presentó un acto de negligencia, impericia o imprudencia por parte del equipo médico de la *Clínica NSDR*. Como se ha demostrado a lo largo de este proceso, el personal médico actuó de acuerdo con las mejores prácticas, realizando múltiples intervenciones quirúrgicas, llevando a cabo procedimientos diagnósticos adecuados y adoptando medidas oportunas para tratar las complicaciones postquirúrgicas que se presentaron.

Además, los informes médicos y la historia clínica revelan un seguimiento continuo y minucioso del paciente, con una clara intención de solucionar cada uno de los problemas que se fueron presentando, sin que en ningún momento se evidenciara una actuación deficiente en la atención médica.

La afirmación del demandante de que las perforaciones intestinales fueron causadas por el uso inadecuado e imperito del trócar durante la cirugía laparoscópica y que la Clínica intentó encubrir estos eventos es infundada y carece de respaldo probatorio en los registros clínicos y las actuaciones médicas realizadas. No existe evidencia concluyente en la historia clínica ni en los informes quirúrgicos que relacione de manera directa y específica el uso del trócar con las perforaciones intestinales. Las perforaciones intestinales pueden tener diversas etiologías, incluyendo procesos inflamatorios, isquemia tisular, o complicaciones

derivadas del cuadro infeccioso y séptico avanzado del paciente.

El paciente presentó un cuadro de peritonitis severa con sepsis abdominal, lo que genera áreas de fragilidad intestinal o incluso necrosis, condiciones que incrementan el riesgo de perforación espontánea. Estas son complicaciones documentadas en la literatura médica en pacientes con sepsis abdominal severa.

DIAGNÓSTICOS PREQUIRÚRGICOS:					
FECHA-HORA	CÓDIGO	NOMBRE DIAGNÓSTICO	TIPO	ESTADO	PRIMARIO/ SEGUNDARIO
14/07/2017 21:59	K850	PERITONITIS AGUDA	Quirúrgico	Confirmado	Primario

Además, el paciente presentaba enteritis, que en términos coloquiales es una inflamación del intestino delgado, que puede ser causada por infecciones, isquemia, reacciones inflamatorias severas, o incluso como complicación postquirúrgica en pacientes críticos. Lo anterior es de vital importancia considerando que el paciente presentaba peritonitis severa, múltiples cirugías abdominales, y un cuadro infeccioso avanzado. **Estas condiciones son suficientes para desencadenar una inflamación secundaria del intestino (enteritis),** sin necesidad de que esta sea atribuida a un acto quirúrgico previo.

Es así como se evidencia en varias anotaciones de la Historia Clínica, que **el paciente estaba presentando perforaciones espontáneas intestinales, posiblemente debido a la enteritis.** Un ejemplo de ello es la historia clínica del 08 de julio del 2017 en el que se indica el siguiente diagnóstico:

DX:
1. SHOCK SEPTICO DE ORIGEN ABDOMINAL EN RESOLUCION
2. POP DE APENDICECTOMIA POR LAPAROSCOPIA (16/06/17)
HALLAZGOS: APENDICITIS AGUDA EN FASE GANGRENADA CON PERITONITIS LOCALIZADA Y PLASTRON LOCAL.
DESPULIMIENTO DE SEROSA DE ASA YEYUNAL DESPUES DE LA LIBERACION DEL PLASTRON
3. **PERFORACIONES ESPONTANES INTESTINALES// ENTERITIS??** // MANEJO CON SISTEMA DE VACIO Y LAVADOS SECUENCIALES
+ ILEOSTOMIA EN ASA DE PROTECCION.
///
S: PACIENTE REFIERE CONTINUAR SINTIENDOSE BIEN, REFIERE SENTIRSE MAS TRANQUILO DESPUES DE SU ULTIMA INTERVENCION QUIRURGICA, SIN EMBARGO PERSISTE CON TRASTORNO DEL SUEÑO, NIEGA EMESIS, NIEGA ALZAS TERMICAS, DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES, NO OTRA SINTOMATOLOGIA.

Esta condición inflamatoria del intestino es capaz de debilitar la pared intestinal, aumentando el riesgo de perforaciones espontáneas. Dichas perforaciones no son atribuibles a un error técnico durante el procedimiento quirúrgico, sino que pueden ser

consecuencia de factores fisiológicos y clínicos subyacentes que comprometieron la integridad de los tejidos.

La enteritis, dependiendo de su origen y severidad, puede generar zonas de fragilidad en la mucosa y la pared intestinal, lo que facilita la aparición de perforaciones, especialmente en un contexto postquirúrgico. Esto explicaría la recurrencia de lesiones intestinales, incluso después de las intervenciones quirúrgicas iniciales.

El equipo médico actuó de manera diligente y oportuna para identificar y corregir estas complicaciones, cumpliendo con los principios de la *lex artis*. La situación clínica del paciente no es atribuible a impericia, sino a una complejidad médica que requirió múltiples intervenciones quirúrgicas con el fin de preservar su integridad.

En síntesis, ante la ausencia de falla probada de CLÍNICA NSDR., no se configura responsabilidad civil en cabeza de la misma y, por tanto, las pretensiones del escrito demandatorio deben despacharse desfavorablemente. Se itera, de los mismos medios de prueba de la demandante (Historia Clínica del paciente) se concluye que no hay responsabilidad de CLÍNICA NSDR., ya que en ella se evidencia que el actuar del personal médico estuvo ajustado a los más altos estándares de la *Lex Artis*, implementando los procedimientos necesarios para tratar las complicaciones que surgieron y atendiendo al paciente con el cuidado y la diligencia que la situación requería. Por ende, es evidente que ninguna obligación indemnizatoria puede imponerse a mi representada.

En los términos descritos, solicito al despacho declarar probada la presente excepción.

5. IMPROCEDENCIA DE RECONOCIMIENTO Y TASACIÓN EXORBITANTE DE LOS DAÑOS MORALES.

Se propone la presente excepción toda vez que la parte demandante pretende una cuantiosa indemnización con ocasión de unos supuestos perjuicios extrapatrimoniales derivados de la muerte del fallecimiento del menor CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA, desconociendo los rubros tasados y adjudicados por la Corte Suprema de Justicia, en la medida en que para casos análogos, el alto tribunal no ha accedido a indemnizaciones de más de \$60.000.000 para los parientes de primer grado de consanguinidad y para el

caso de marras algunos demandantes pretenden una indemnización de 100 salarios mínimos para cada uno de ellos, que sin duda rebasan los baremos jurisprudencialmente aceptados.

Si bien es cierto que no existen criterios objetivos de aplicación mecánica respecto a los daños morales, cabe resaltar que los tipos de perjuicios extrapatrimoniales que solicita la parte actora sean reparados económicamente, resultan o tratan de una compleja tipología de perjuicios cuya configuración depende de la existencia de una serie de elementos subjetivos y de los que su tasación si bien se encuentra deferida al “*arbitrium judicis*”, es decir, al recto criterio del fallador, las mismas sí deben ser debidamente acreditadas, demostradas y tasadas por quien las pretende, teniendo en cuenta además que, este tipo de perjuicios “*se trata de agravios que recaen sobre intereses, bienes o derechos que por su naturaleza extrapatrimonial o inmaterial resultan inasibles e incommensurables*”.¹¹

Ha señalado igualmente la Corte¹² que, dentro de la concepción jurídica de los perjuicios extrapatrimoniales, específicamente respecto al daño moral, por ejemplo, no hay una valoración pecuniaria en sentido estricto, ya que al pertenecer a la psiquis de cada persona “*(...) es inviable de valorar al igual que una mercancía o bien de capital*”, de ahí entonces que sea razonable estimar que, (i) en cada caso el Juez realice una valoración concreta, con la debida objetividad y conforme lo que se logre probar en el transcurso del proceso; y, (ii) no resulta apropiado que las partes puedan estimar el valor económico de su propio sufrimiento, “*ya que eso iría en contravía de la naturaleza especial del perjuicio inmaterial o espiritual, que escapa al ámbito de lo pecuniario (...)*”.

Lo cierto es que la Corte Suprema de Justicia a lo largo de su Jurisprudencia ha establecido unos parámetros para la cuantificación del perjuicio moral. Con desatención a dichos parámetros el apoderado de la parte demandante solicita se realice el pago de 100 SMMLV a favor de cada uno de los demandantes, esto es NELLY SILVA en su calidad de madre de la víctima, GUILLERMO HERNÁNDEZ en su calidad de padre, GUILLERMO HERNÁNDEZ SILVA en su calidad de hermano, JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ SILVA en su calidad de hermano, OSCAR ANDRÉS HERNÁNDEZ SILVA en su calidad de hermano, SANDRA PATRICIA HOYOS SILVA en su calidad de hermana, STHEFANIA BECERRA

¹¹ Sentencia de casación civil de 13 de mayo de 2008, Exp. 1997-09327-01.

¹² Sala de Casación Civil, Corte Suprema de Justicia, 11 de mayo de 2017, Radicado: 11001-02-03-000-2017- 00405-00.

HOYOS en su en calidad de sobrina, y GABRIELA ALEJANDRA VALDEZ HOYOS en su calidad de sobrina del fallecido, montos que superan el valor reconocido por la Corte en casos similares a aquel que nos convoca en este trámite¹³ desconociendo así que tal corporación en distintos pronunciamientos en lo que se han presentado casos de muerte, la Corte Suprema de Justicia ha reconocido el equivalente a \$60.000.000, veamos: “(...) *Bajo ese contexto, la tasación realizada por esta Corte en algunos eventos donde se ha reclamado indemnización del perjuicio moral para los padres, hijos y esposo(a) o compañero(a) permanente de la persona fallecida o víctima directa del menoscabo, se ha establecido regularmente en \$60.000.000., lo cual implica prima facie que dicha cuantía podrá ser guía para su determinación (...)*”¹⁴.

Así pues, señor Juez, es evidente que no puede acogerse la pretensión tal como se ha solicitado por la parte demandante, pues indudablemente el fallador debe atender los límites indemnizatorios definidos por la Corte Suprema de Justicia para el tipo de perjuicios reclamados por los demandantes. Así las cosas, no puede si quiera pasarse por alto que quien aduce la generación de este tipo de perjuicios, está obligado a demostrar plenamente la aflicción sufrida, tanto física como sentimental, para que siquiera, se pueda considerar si tienen lugar o no la obtención de un resarcimiento económico. En tal sentido, tiene dicho la Corte lo siguiente¹⁵ :

*“(...) Y aunque tal regla está prevista para la cuantía de los procesos, en general, **permite ver que el sistema procesal es reacio a aceptar pretensiones de indemnización inmaterial por montos exagerados, a voluntad de las partes**, ya que así se generan distorsiones en las instancias y recursos que razonablemente deben tener los trámites judiciales (...)”*
(Subraya y negrillas fuera del texto original).

Es importante destacar que la eventual indemnización en el presente caso debe ser cuidadosamente ponderada por el Despacho, teniendo en cuenta que reclaman indemnización parientes en segundo y tercer grado del fallecido, es decir, hermanos y sobrinos. Esta circunstancia, conforme a la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia,

¹³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 30 de septiembre de 2016. Radicación nº 2005-00174. M.P. Ariel Salazar Ramírez.

¹⁴ Corte Suprema de Justicia, Sentencias SC15996-2016 y SC9193-2017.

¹⁵ Sala de Casación Civil, Corte Suprema de Justicia, 11 de mayo de 2017, Radicado: 11001-02-03-000-2017-00405-00.

implica una reducción proporcional del monto indemnizatorio debido a la menor intensidad de los lazos afectivos, teniendo en cuenta la sentencia SC5686-2018, Consecuentemente, en este caso específico, no es viable reconocer los perjuicios reclamados y menos aún en la proporción solicitada, ya que: i) no hay prueba de su causación y no existe normatividad que permita su presunción, y; ii) es evidente como las estimaciones económicas de la parte demandante frente a este tipo de perjuicio son abiertamente indebidas e injustificadas de conformidad con los parámetros jurisprudenciales de la Corte Suprema de Justicia para casos de igual gravedad al que nos ocupa, luego desconocer los límites establecidos por la Corte Suprema para este tipo de perjuicios en casos similares desconoce el carácter resarcitorio que persiguen dichos perjuicios para convertirse en fuente de enriquecimiento, situación vedada en nuestro ordenamiento jurídico.

Por todo lo anteriormente expuesto, solicito amablemente se declare probada esta excepción.

6. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN AL EXTREMO ACTOR.

El extremo actor pretende que se condene al extremo pasivo de la litis al pago de los perjuicios extrapatrimoniales en la modalidad daño a la vida en relación. Sin embargo, es menester resaltar que es jurídicamente improcedente condenar a los demandados al pago de suma alguna a título de daño a la vida de relación, toda vez que este concepto no tiene ninguna viabilidad jurídica. Lo anterior, por cuanto el daño a la vida en relación es una tipología de perjuicios que ha sido desarrollada jurisprudencialmente en favor de la víctima directa del daño, en tanto que su naturaleza es justamente indemnizar a la víctima directa por los daños sufridos, de modo que es improcedente dicho reconocimiento a cualquier otro reclamante distinto de la víctima directa del daño como pretende la parte actora, y en todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la petición elevada por los demandantes resulta exorbitante y supera los baremos establecidos por la Corte Suprema de Justicia.

Lo primero que se debe tomar en consideración es que el daño a la vida de relación se presenta cuando la víctima sufre una alteración psicofísica que le impide o dificulta gozar de actividades rutinarias o bienes de la vida que disfrutaba antes del hecho lesivo. Así, este perjuicio se ve reflejado en el deterioro de la calidad de vida de la víctima y la pérdida de la

posibilidad de tener contacto con las demás personas o relacionarse con ellas.

Al respecto, ha delimitado la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, que:

*“(..). Este tipo de agravio [refiriéndose al daño a la vida de relación] tiene su expresión en la esfera externa del comportamiento del individuo, situación que también lo diferencia del perjuicio moral propiamente dicho” y, además, en las situaciones de la vida practica o en el desenvolvimiento que el afectado tiene en el entorno personal, familiar o social se manifiesta **en impedimentos, exigencias, dificultades, privaciones, vicisitudes, inmutaciones o alteraciones, temporales o definitivas, de mayor o menor grado, que él debe soportar o padecer,** las cuales, en todo caso, no poseen un significado o contenido monetario, productivo o económico (...).” SC665-2019 MP Octavio Tejeiro Duque.*

En otro pronunciamiento la Corte también ha precisado como el daño a la vida de relación no es el mismo dolor o congoja (daño moral) que padece la víctima sino esas dificultades o privaciones a las que se ve expuesta de manera injustificada después del agravio sufrido, veamos:

“(..). a diferencia del daño moral, que corresponde a la órbita subjetiva, íntima o interna del individuo, el daño a la vida de relación constituye una afectación a la esfera exterior de la persona, que puede verse alterada, en mayor o menor grado, a causa de una lesión infligida a los bienes de la personalidad o a otro tipo de intereses jurídicos, en desmedro de lo que la Corte en su momento denominó ‘actividad social no patrimonial’.

*Dicho con otras palabras, esta especie de perjuicio puede evidenciarse en **la disminución o deterioro de la calidad de vida de la víctima, en la pérdida o dificultad de establecer contacto o relacionarse con las personas y cosas, en orden a disfrutar de una existencia corriente, como también en la privación que padece el afectado para desplegar las más elementales conductas que en forma cotidiana o habitual marcan su realidad.** Podría decirse que quien sufre un daño a la vida de*

*relación se ve forzado a llevar una existencia en condiciones más complicadas o exigentes que los demás, como quiera que debe enfrentar circunstancias y barreras anormales, a causa de las cuales hasta lo más simple se puede tornar difícil. Por lo mismo, recalca la Corte, la calidad de vida se ve reducida, al paso que las posibilidades, opciones, proyectos y aspiraciones desaparecen definitivamente o su nivel de dificultad aumenta considerablemente. Es así como de un momento a otro la víctima encontrará injustificadamente en su camino obstáculos, preocupaciones y vicisitudes que antes no tenía, lo que cierra o entorpece su acceso a la cultura, al placer, a la comunicación, al entretenimiento, a la ciencia, al desarrollo y, en fin, a todo lo que supone una existencia normal, con las correlativas insatisfacciones, frustraciones y profundo malestar (...)*¹⁶
(énfasis añadido)

Por lo anterior se puede afirmar que el daño a la vida de relación guarda estrecha relación con la afectación que sufrirá la víctima en su desarrollo social y cotidiano, la existencia de barreras para el goce de sus actividades placenteras. Sin embargo, esta tipología de perjuicio no se presume, sino que le compete a quien lo reclama demostrar las circunstancias que soportan su pretensión. Nótese como en otros pronunciamientos la Corte Suprema se refirió a la necesidad de la prueba del daño a la vida de relación, en los siguientes términos:

*“(...) Como todos los perjuicios[refiriéndose al daño a la vida de relación], dado que el resarcible es aquel de carácter cierto, recae sobre quien demanda su reparación la carga de demostrar la estructuración de esta tipología (...)*¹⁷

*“(...) De las pruebas reseñadas tampoco se desprende que el homicidio haya ocasionado **una afectación al plan de vida** de sus hermanos, como para tener por probada la causación de un daño a la vida en relación que deba ser indemnizado, entendido éste como «una **modificación***

¹⁶ CSJ, SC del 13 de mayo de 2008, Rad. n.º 1997-09327-01 reiterada en sentencia SC16690-2016, MP. Alvaro Fernando García Restrepo.

¹⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación civil, Sentencia SC665-2019, Rad. 0500131030162009-00005-01, M.P. Octavio Augusto Tejeiro Duque.

sustancial en las relaciones sociales y desenvolvimiento de la víctima en comunidad, comprometiendo su desarrollo personal, profesional o familiar, como ocurre con quien sufre una lesión invalidante a consecuencia de la cual debe privarse de ciertas actividades lúdicas o deportivas (...)¹⁸.

De las decisiones antes reseñadas se pueden enfatizar que: (i) el daño a la vida de relación debe encontrarse debidamente probado, en ninguna manera puede presumirse, y; (ii) a partir de las pruebas debe quedar demostrado que, con el hecho dañoso, el reclamante se ha visto sometido a mayores cargas, dificultades o privaciones, de lo contrario no se cumplen los supuestos para su resarcimiento. En este aspecto, vale resaltar que no se ha probado la causación del daño a la vida de relación pues solo existe un relato del extremo actor a través de los hechos de la demanda, pero no existe otro tipo de pruebas que tiendan a demostrar con certeza que en efecto el desarrollo de los demandantes se ha visto afectado y mucho menos su proyecto y desarrollo de vida. Así como tampoco se ha demostrado verse privada de actividades placenteras y mucho menos encontrarse sometida a cargas o alteraciones que trastorquen el decurso normal de su vida.

Además, la petición elevada por los demandantes resulta exorbitante y supera los baremos establecidos por la Corte Suprema de Justicia. Según el precedente jurisprudencial, se contempló una indemnización de en treinta millones de pesos (\$30.000.000) por concepto de daño a la vida de relación de du cónyuge por fallecimiento de su pariente (SC665-2019).

Por otro lado, debe indicarse que la Corte Suprema de Justicia ha indicado que el daño a la vida en relación sólo se le debe reconocer a la víctima directa. En otras palabras, el daño a la vida en relación sólo se debe reconocer a quien sufrió una alteración física o psíquica por el accidente, esto es, a la víctima directa. En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia precisó:

“b) Daño a la vida de relación:

Este rubro se concede únicamente a la víctima directa del menoscabo a la integridad psicofísica como medida de compensación por la pérdida

¹⁸ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACIÓN PENAL, M.P. EUGENIO FERNÁNDEZ CARLIER. Sentencia SP12969-2015, Radicación N° 44595, reitera sentencia CSJ SP, 17 abr. 2013, rad. 40.559.

del bien superior a la salud, que le impedirá tener una vida de relación en condiciones normales".²¹ (Subrayado y negrilla fuera del texto original).¹⁹

De lo anterior se colige que la etiología de dicho perjuicio está estructurada para ser declarado únicamente en cabeza de la víctima directa. De modo que, cualquier otra reclamación en cabeza de persona distinta de la víctima directa del daño está llamada a fracasar. Así las cosas, es improcedente cualquier tipo de reconocimiento por esta tipología de perjuicios a los demandantes pues está claro que no puede pagarse suma alguna a ningún otro reclamante diferente a la víctima directa por este concepto, puesto que ello implicaría transgredir la naturaleza misma del perjuicio.

Según la jurisprudencia citada, es inviable el reconocimiento del daño a la vida de relación en las sumas pretendidas por el extremo actor, debido a que los demandantes no fueron víctimas directas del accidente de tránsito y por ende aquellas que se vieran afectadas en su integridad psicofísica con una transcendencia de tal magnitud que puedan encausarse por fuera del perjuicio moral que aquí se pretende, situación que debe considerarse por el Despacho ya que incluso en gracia de discusión el daño a la vida de relación no puede confundirse con el perjuicio moral derivado de la tristeza que podría implicar determinado daño, de lo contrario se estaría ordenando una doble indemnización por un mismo menoscabo; y en todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la petición elevada por los demandantes resulta exorbitante y supera los baremos establecidos por la Corte Suprema de Justicia.

Por lo anteriormente expuesto, solicito al Despacho declarar probada esta excepción.

7. IMPROCEDENTE RECONOCIMIENTO DEL DAÑO A LA SALUD.

En el presente caso no sólo es jurídicamente inadmisibles predicar responsabilidad alguna en cabeza de los demandados por concepto de daño a la salud. Sino que, además, tampoco es jurídicamente viable imponer condena alguna tendiente al pago por concepto de esta tipología de perjuicio, toda vez que el mismo en la jurisdicción ordinaria, especialidad civil no constituye un daño resarcible.

¹⁹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC5340-2018 de 7 de diciembre de 2018. Magistrado Ponente: Arnoldo Wilson Quiroz Monsalvo.

De cara a lo antes expuesto, es importante destacar que la Corte Suprema de Justicia en la sentencia del 05 de agosto de 2014, que contiene la jurisprudencia más reciente de esa corporación respecto de la tipología y la reparación del daño inmaterial, estableció:

“(...) De ahí que el daño no patrimonial se puede presentar de varias maneras, a saber: i) mediante la lesión a un sentimiento interior y, por ende, subjetivo (daño moral); ii) como privación objetiva de la facultad de realizar actividades cotidianas tales como practicar deportes, escuchar música, asistir a espectáculos, viajar, leer, departir con los amigos o la familia, disfrutar el paisaje, tener relaciones íntimas, etc., (daño a la vida de relación); o, iii) como vulneración a los derechos humanos fundamentales como el buen nombre, la propia imagen, la libertad, la privacidad y la dignidad, que gozan de especial protección constitucional (...)”²⁰

En ella se concretó el género de los daños inmateriales mediante las siguientes especies: daño moral, daño a la vida de relación y el daño a los derechos humanos fundamentales como el buen nombre, la propia imagen, la libertad, la privacidad y la dignidad, que gozan de especial protección constitucional.

De lo anterior, resulta claro que el daño a la salud no es un perjuicio inmaterial reconocido por la Corte Suprema de Justicia, es decir en la Jurisdicción Ordinaria en su especialidad civil. Razón por la cual, NO es un perjuicio susceptible de ser valorado en este proceso. Comoquiera que el presente asunto se tramita ante la jurisdicción ordinaria y no ante la jurisdicción de lo contencioso administrativo deberá el Despacho desconocer esta pretensión por cuanto esta categoría de daño no es indemnizable en la jurisdicción donde cursa el proceso de marras, así las cosas como las alteraciones en la salud o secuelas que sufre la víctima se ha estudiado de cara al daño a la vida de relación, es improcedente ordenar una indemnización por daño a la salud de manera autónoma, porque ello constituiría una doble indemnización que responde a un mismo presupuesto fáctico, es decir se avalaría un enriquecimiento injustificado al indemnizar dos veces el mismo daño

²⁰ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Radicado 11001-31-03-003-2003-00660-01. MP Ariel Salazar Ramírez.

pero bajo denominaciones distintas.

En todo caso, no tiene sentido que los demandantes soliciten rubro alguno por daño a la salud, dado que quien realmente sufrió el daño fue el menor CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.), quien lamentablemente ya ha fallecido. Los demandantes, como simples familiares, no vivieron el daño de manera directa y no pueden ser considerados beneficiarios de una indemnización por un perjuicio que no afectó su propio bienestar o integridad física. En este sentido, no se puede atribuir a los familiares una afectación personal que justifique la pretensión de un resarcimiento económico por daño a la salud del menor fallecido.

En conclusión, es claro señor Juez que el daño a la salud no se encuentra reconocido en la jurisdicción ordinaria en su especialidad civil, y comoquiera que el presente caso se encuentra cursando ante dicha jurisdicción, es evidente su improcedencia. En todo caso, no tiene sentido que los demandantes soliciten indemnización por daño a la salud, ya que el afectado fue el menor CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D), quien falleció. Los demandantes, como familiares, no sufrieron el daño de forma directa y no pueden reclamar por un perjuicio que no les afectó personalmente.

Por lo anteriormente expuesto, solicito señor Juez, se declare probada esta excepción.

8. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito al señor Juez decretar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en el curso del proceso y que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo del extremo pasivo y que pueda configurar otra causal que la exima de toda obligación indemnizatoria, ello en atención a lo reglado por el artículo 282 del Código General del Proceso.

VI. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS DEL EXTREMO ACTOR

- **Oposición a la prueba por oficios:**

La parte actora dentro de su escrito de demanda solicita que se sirva oficiar a COOMEVA E.P.S. S.A.- COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A para que allegue al presente proceso lo siguiente: *“copia del contrato o convenio que tiene o tenía suscrito con la Clínica Nuestra Señora de Los Remedios para la atención de sus afiliados en la época del fallecimiento del menor CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.)”*

Sin embargo, de acuerdo con el artículo 173 del Código General del Proceso *“(…) El juez se abstendrá de ordenar la práctica de las pruebas que, directamente o por medio de derecho de petición, hubiera podido conseguir la parte que las solicite, salvo cuando la petición no hubiese sido atendida, lo que deberá acreditarse sumariamente”*. Por lo tanto, de acuerdo con los documentos obrantes dentro del plenario no existe ninguno que acredite que la parte haya intentado conseguir, mediante petición, la prueba solicitada. Por lo cual, el Despacho debe abstenerse de ordenar su práctica.

VII. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1 DOCUMENTALES

- Historia clínica de CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.)
- Informes de laboratorio de CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.)
- Informe de patología de CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.)
- Ordenes medicas de CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D.)

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de **NELLY SILVA**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La demandante podrá ser citada en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

- 2.2. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de **GUILLERMO HERNÁNDEZ**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La demandante podrá ser citada en la dirección de notificación relacionada en la demanda.
- 2.3. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de **GUILLERMO HERNÁNDEZ SILVA**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La demandante podrá ser citada en la dirección de notificación relacionada en la demanda.
- 2.4. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de **JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ SILVA**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La demandante podrá ser citada en la dirección de notificación relacionada en la demanda.
- 2.5. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de **OSCAR ANDRÉS HERNÁNDEZ SILVA**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La demandante podrá ser citada en la dirección de notificación relacionada en la demanda.
- 2.6. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de **SANDRA PATRICIA HOYOS SILVA**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho

expuestos en este litigio. La demandante podrá ser citada en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

2.7. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de **STHEFANIA BECERRA HOYOS**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La demandante podrá ser citada en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

2.8. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de **GABRIELA ALEJANDRA VALDEZ HOYOS**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La demandante podrá ser citada en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

2.9. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante de legal de **COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.**, o quien haga de sus veces, en su calidad de Demandado, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El demandado podrá ser citada en la dirección de notificación relacionada en su contestación a la demanda.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

3.1. Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del representante legal de **CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación a la demanda.

4. TESTIMONIALES

- 4.1. Sírvase citar y hacer comparecer al Cirujano Dr. **ELPIDIO MANUEL BARAJAS FREGOSO**, con el objetivo de que se pronuncie sobre la atención médica brindada al menor CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D), así como las intervenciones quirúrgicas realizadas.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de los procedimientos quirúrgicos realizados, su corrección técnica y la pericia aplicada en cada uno de ellos, demostrando que las intervenciones fueron realizadas con el máximo estándar de calidad médica. El Dr. ELPIDIO MANUEL BARAJAS FREGOSO podrá explicar las decisiones clínicas adoptadas durante el proceso quirúrgico y cómo estas se ajustaron a las mejores prácticas y protocolos, contribuyendo a esclarecer el alcance de la responsabilidad médica en este caso.

La citación del testigo podrá realizarse a través del suscrito.

- 4.2. Sírvase citar y hacer comparecer a la medico general Dra. **MARIA PIEDAD ERAZO RAMIREZ**, con el objetivo de que se pronuncie sobre la atención médica brindada al menor CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D), así como las intervenciones quirúrgicas realizadas.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de los procedimientos quirúrgicos realizados, su corrección técnica y la pericia aplicada en cada uno de ellos, demostrando que las intervenciones fueron realizadas con el máximo estándar de calidad médica. La Dra. MARIA PIEDAD ERAZO RAMIREZ podrá explicar las decisiones clínicas adoptadas durante el proceso quirúrgico y cómo estas se ajustaron a las mejores prácticas y protocolos, contribuyendo a esclarecer el alcance de la responsabilidad médica en este caso.

La citación del testigo podrá realizarse a través del suscrito.

- 4.3. Sírvase citar y hacer comparecer al médico intensivista Dr. **DIEGO FERNANDO**

MORENO, con el objetivo de que se pronuncie sobre la atención médica brindada al menor CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D), así como las intervenciones quirúrgicas realizadas.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de los procedimientos quirúrgicos realizados, su corrección técnica y la pericia aplicada en cada uno de ellos, demostrando que las intervenciones fueron realizadas con el máximo estándar de calidad médica. El Dr. **DIEGO FERNANDO MORENO** podrá explicar las decisiones clínicas adoptadas durante el proceso quirúrgico y cómo estas se ajustaron a las mejores prácticas y protocolos, contribuyendo a esclarecer el alcance de la responsabilidad médica en este caso.

La citación del testigo podrá realizarse a través del suscrito.

- 4.4.** . Sírvase citar y hacer comparecer al Dr. LUIS ALFREDO VELEZ VIZCAINO, con el objetivo de que se pronuncie sobre la atención médica brindada al menor CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D), así como las intervenciones quirúrgicas realizadas.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de los procedimientos quirúrgicos realizados, su corrección técnica y la pericia aplicada en cada uno de ellos, demostrando que las intervenciones fueron realizadas con el máximo estándar de calidad médica. El Dr. LUIS ALFREDO VELEZ VIZCAINO podrá explicar las decisiones clínicas adoptadas durante el proceso quirúrgico y cómo estas se ajustaron a las mejores prácticas y protocolos, contribuyendo a esclarecer el alcance de la responsabilidad médica en este caso.

La citación del testigo podrá realizarse a través del suscrito.

- 4.5.** . Sírvase citar y hacer comparecer al Cirujano General Dr. **JOSE FERNANDO GUITARRERO PINZON**, con el objetivo de que se pronuncie sobre la atención

médica brindada al menor CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D), así como las intervenciones quirúrgicas realizadas.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de los procedimientos quirúrgicos realizados, su corrección técnica y la pericia aplicada en cada uno de ellos, demostrando que las intervenciones fueron realizadas con el máximo estándar de calidad médica. El Dr. JOSE FERNANDO GUITARRERO PINZON podrá explicar las decisiones clínicas adoptadas durante el proceso quirúrgico y cómo estas se ajustaron a las mejores prácticas y protocolos, contribuyendo a esclarecer el alcance de la responsabilidad médica en este caso.

La citación del testigo podrá realizarse a través del suscrito.

- 4.6.** Sírvase citar y hacer comparecer a la cirujana general Dra. **BEATRIZ ADRIANA MARIÑO**, con el objetivo de que se pronuncie sobre la atención médica brindada al menor CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D), así como las intervenciones quirúrgicas realizadas.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de los procedimientos quirúrgicos realizados, su corrección técnica y la pericia aplicada en cada uno de ellos, demostrando que las intervenciones fueron realizadas con el máximo estándar de calidad médica. La Dra. BEATRIZ ADRIANA MARIÑO podrá explicar las decisiones clínicas adoptadas durante el proceso quirúrgico y cómo estas se ajustaron a las mejores prácticas y protocolos, contribuyendo a esclarecer el alcance de la responsabilidad médica en este caso.

La citación del testigo podrá realizarse a través del suscrito.

- 4.7.** Sírvase citar y hacer comparecer al cirujano general Dr. **PEDRO HURTADO**, con el objetivo de que se pronuncie sobre la atención médica brindada al menor CRISTHIAN DAVID HERNÁNDEZ SILVA (Q.E.P.D), así como las intervenciones quirúrgicas realizadas.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de los procedimientos quirúrgicos realizados, su corrección técnica y la pericia aplicada en cada uno de ellos, demostrando que las intervenciones fueron realizadas con el máximo estándar de calidad médica. El Dr. **PEDRO HURTADO** podrá explicar las decisiones clínicas adoptadas durante el proceso quirúrgico y cómo estas se ajustaron a las mejores prácticas y protocolos, contribuyendo a esclarecer el alcance de la responsabilidad médica en este caso.

La citación del testigo podrá realizarse a través del suscrito.

4.6 La señora Dra. DARLYN MUÑOZ NIEVES, quien tiene domicilio en la ciudad de Popayán y puede ser citada en la Carrera 32 bis No. 4 16 Popayán y correo electrónico darlingmarcela1@gmail.com, para que declare sobre las particularidades de la responsabilidad civil médica, y si en el caso particular la misma fue configura, y sobre los demás aspectos que resulten relevantes al presente proceso judicial, y en general sobre lo referido en las excepciones propuestas en este escrito.

5. DICTAMEN PERICIAL

Comedidamente anuncio que me valdré de un dictamen pericial elaborado por un médico especialista afín a las patologías sufridas por la demandante con ocasión a los hechos ocurridos entre 16 de junio del 2017 y el 23 de julio del 2017 , para analizar la historia clínica, las versiones dadas por la demandante, analizar los documentos que fueron suministrados a mi representado, corroborar los hitos temporales en la atención médica, es decir, realizando un análisis exhaustivo y detallado de las pruebas que obran en el expediente, para explicar las patologías padecidas por la paciente, los tratamientos dados por el personal médico, el pronóstico de su enfermedad y, finalmente, que evalúe la prestación de los servicios médicos que se le brindaron al paciente por parte de mi representada CLÍNICA NSDR. a fin de que nos informe si se actuó conforme a la Lex Artis.

En virtud de lo anterior, respetuosamente solicito al Despacho que se le conceda a mi

representada un término no inferior a un mes con el fin de aportar dictamen pericial realizado por un perito experto en el tema, el anterior termino, se justifica teniendo en cuenta la complejidad de dicho dictamen, pues se hace necesario realizar un estudio minucioso a fin de lograr la reconstrucción requerida. El dictamen es conducente, pertinente y útil, por cuanto pretende ilustrar al despacho, de forma médica, técnica y científica, sobre la prestación de los servicios médicos que se le brindaron al paciente por parte de mi representada CLÍNICA NSDR.

De conformidad con lo expuesto, respetuosamente solicito al Honorable Juez, proceder de conformidad.

VIII. ANEXOS

- Documentos relacionados en el acápite de pruebas.
- Poder especial y sustitución que me faculta para actuar.
- Certificado de existencia y representación legal de mi representada, expedido por la Cámara de Comercio.

IX. NOTIFICACIONES

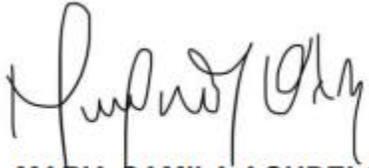
La parte actora en el lugar indicado en la demanda.

La parte convocante en el lugar indicado en el escrito de la contestación de la demanda y del llamamiento en garantía.

Mi representada, INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA, en la Calle 8 #2950, Cali, Valle del Cauca. Correo electrónico: juridico@clinicadelosremedios.org

La suscrita en la dirección electrónica: camilaortiz2797@gmail.com.

Atentamente,



MARIA CAMILA AGUDELO O.

C.C. No 1.016.094.369 de Bogotá D.C.

T.P. No. 347.291 del C.S. de la J.