



Proceso	Ordinario
Demandante	Jairo León Jaramillo Jaramillo y otros
Demandados	Centro Cardiovascular Colombiano y otro
Radicado	No. 05001-31-03-008-2012-00539-01
Procedencia	Juzgado Veinte Civil del Circuito de Medellín
Instancia	Segunda
Ponente	Luís Enrique Gil Marín
Asunto	Sentencia No. 021
Decisión	Confirma
Tema	Responsabilidad civil
Subtemas	Responsabilidad médica. Culpa probada. Nexo causal. Valoración de la prueba pericial. Testigo técnico. Carga de la prueba. Jurisprudencia.

TRIBUNAL SUPERIOR

SALA SEGUNDA DE DECISION CIVIL

Medellín (Ant.), diecinueve de agosto de dos mil veintiuno

I. OBJETO

Se resuelve el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, en contra de la sentencia proferida por el **JUZGADO VEINTE CIVIL DEL CIRCUITO DE MEDELLÍN**, en el proceso ordinario instaurado por los señores **JAIRO LEÓN JARAMILLO JARAMILLO, ÁNGELA MARÍA JARAMILLO JARAMILLO, SOFIA HELENA JARAMILLO**

JARAMILLO, MARTHA LIGIA JARAMILLO JARAMILLO y LEÓN DE JESÚS JARAMILLO TORO, en contra de **EL CENTRO CARDIOVASCULAR COLOMBIANO CLÍNICA SANTA MARÍA Y LA ASEGURADORA COLSEGUROS S.A.**

II. ATENCEDENTES

Pretensiones: Como principales solicitan: i) Se declare que las demandadas son civil, solidaria y extracontractualmente responsables de los perjuicios causados a los demandantes, por falla en la prestación de los servicios de salud que llevó al deceso de la señora Libia Elisa Jaramillo Ochoa, madre y cónyuge de los demandantes; ii) se condene a los demandados a pagar \$211.010.000.00, discriminados así: a) Perjuicio moral indirecto 50 SMLMV para cada uno de los demandantes; b) Perjuicio moral directo 50 SMLMV para todos los demandantes y que corresponde a los padecimientos de la paciente; c) Daño emergente \$5.000.000.00 a favor del señor Jairo León Jaramillo Jaramillo; d) Lucro cesante \$24.000.000.00, para el señor Jairo León Jaramillo Jaramillo, y \$12.000.000.00, para la señora Martha Ligia Jaramillo Jaramillo; iii) que estas sumas o las que se lleguen a demostrar sean indexadas al momento del fallo o del pago; iv) se ordene al Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María, presente excusas públicas a los familiares de la víctima y, v) se condene en costas a la parte demandada.

Como pretensiones subsidiarias solicita: i) Se declare a las demandadas civil, solidaria y extracontractualmente responsables de los perjuicios causados a los actores, por

falla en la prestación de los servicios de salud que llevó al deceso de la señora Libia Elisa Jaramillo Ochoa, madre y cónyuge de los pretensores; ii) se condene a las accionadas a pagar \$211.010.000.00, discriminados así: a) Perjuicio moral indirecto 50 SMLMV para cada uno de los demandantes; b) Perjuicio moral directo 50 SMLMV para todos los demandantes y que corresponde a los padecimientos de la paciente; c) Daño emergente \$5.000.000.00 a favor del señor Jairo León Jaramillo Jaramillo; d) Lucro cesante: \$24.000.000.00, para el señor Jairo León Jaramillo Jaramillo y \$12.000.000.00, para la señora Martha Ligia Jaramillo Jaramillo; iii) que esas sumas o las que se lleguen a demostrar sean indexadas al momento del fallo o del pago; iv) se condene al Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María a presentar excusas públicas a los familiares de la víctima y, v) se condene en costas a la parte demandada.

Elementos fácticos: Afirman los demandantes que la señora Libia Elisa Jaramillo Ochoa como beneficiaria de su hija Martha Ligia Jaramillo Jaramillo, estaba afiliada al régimen contributivo de la “EPS SURA”; contaba con la edad de 77 años, era casada con el señor León de Jesús Jaramillo Toro, de cuya unión procrearon a Jairo León Jaramillo Jaramillo, Ángela María del Socorro Jaramillo Jaramillo, Sofía Elena Jaramillo Jaramillo y Martha Ligia Jaramillo Jaramillo, mayores de edad; el 19 de abril de 2010, ingresó a las instalaciones de la institución médica demandada porque presentaba insuficiencia de la válvula mitral, donde le fue realizada arteriografía coronaria, anastomosis aortocoronaria de dos arterias coronarias SOD, reemplazo de válvula mitral

con prótesis o bioprótesis, reparación de hernia diafragmática vía torácica; cabe resaltar, que la paciente acudió a realizarse una coronografía pre-quirúrgica, la cual mostró compromiso de dos vasos; la hospitalización pre-quirúrgica se manejó con antibióticos para controlar una infección en el tracto urinario y compensar cuadro de disnea; el 11 de mayo de 2010, ingresó a cirugía para reemplazo de válvula mitral con bioprótesis y revascularización miocárdica, para el manejo del post operatorio fue ingresada a la unidad de cuidados intensivos; durante la evolución la paciente presentó múltiples complicaciones que requerían de traqueometría (TQT) ventilación mecánica, antibiótico – terapia por cuadro séptico y manejo en unidad de cuidados intensivos, derivada de anastomosis aortocoronarias de dos arterias y reemplazo biprotesco de la válvula mitral; la paciente falleció el 28 de agosto de 2010 a eso de las 5:30 a.m., luego de presentar “*fibrilación ventricular*”; sin embargo, el 27 de agosto de 2010 a las 18:25, el personal profesional de la UCI evidencia niveles de digoxina de 9 ng/m.l siendo valores normales hasta 0.2 ng/m.l, 11 horas antes del deceso; en la historia clínica no se evidencia un adecuado seguimiento a los niveles de digoxina que mostraba el estado de intoxicación que venía presentado la paciente; máxime, que sus familiares manifestaron y previnieron a los médicos de turno, que se encontraba con una sintomatología extraña (desorientada, con náuseas, vómito, diarrea), e igualmente, informaron al personal sanitario de la IPS, quienes manifestaban “*desconocer la causa que los origina*”; puesto que la paciente venía en franca recuperación y hasta se habló de traslado a cuidados especiales; los familiares investigaron sobre dicha

sintomatología y encontraron que podía presentar una intoxicación por *"digitálicos"* y, por ello, le manifestaron al personal sanitario sobre las sospechas; a lo que hicieron caso omiso indicando que *"eso no era así, que no había necesidad de hacer los exámenes digoxina y que los médicos eran ellos"*; sin embargo, conforme la historia clínica los síntomas que presentaba la paciente coincidían con lo investigado por la familia *"confusión, pulso irregular, inapetencia, náuseas, vómitos, diarrea y palpitaciones"*, y los que fueron advertidos por los acompañantes como viene de indicarse; la historia clínica evidencia que el personal médico incurrió en varios actos u omisiones como consta en el registro clínico y de los cuales pasa a resaltar 16 eventos que dan cuenta que la causa única que originó la muerte de la paciente fue la *"intoxicación por digitálicos"*, por acción y/u omisión, creando un nexo causal entre ambos elementos de la responsabilidad, los cuales pueden ser demostrados por tres (3) criterios a saber: a) Clínicos: signos y síntomas descritos en la historia clínica; b) Electrocardiográficos: segmento St en cubeta (véase Pág. 701 h.c.) y, c) Paraclínicos: niveles reportados como mayores de 9 ng/ml, cuando los normales son hasta máximo 2 ng/ml en pacientes con fibrilación auricular; estamos frente a un tema de responsabilidad civil médica, donde igualmente se demanda a la compañía de seguros COLSEGUROS S.A., quien es la aseguradora con la que la IPS contrató la póliza de *"responsabilidad civil contra terceros"*; no obstante las normas que regentan la materia, no fue posible aportar la prueba documental al ser negada por la IPS por tratarse de información reservada.

A raíz del fallecimiento de la señora Libia Elisa Jaramillo Ochoa, la familia ha tenido que soportar un daño moral que de acuerdo con la jurisprudencia deberá ser indemnizado, no solo con la acreditación de su grado de consanguinidad, sino de acuerdo al principio de proporcionalidad e integridad; con la deficiente prestación del servicio se ocasionó perjuicios patrimoniales y extra-patrimoniales, directos e indirectos, a los demandantes que detalladamente se indican en las pretensiones; en cuanto a los patrimoniales, los señores Jairo León Jaramillo Jaramillo y Martha Ligia Jaramillo Jaramillo, han soportado pérdidas en sus negocios por la angustia y sufrimiento, no solo por el deceso de su madre, sino por el acompañamiento que le brindaron a su padre como seres humanos e hijos, dolor, sufrimiento, angustia y zozobra que han sobrellevado, pues se trataba de una pareja que después de 50 años de casados convivían felices y bajo el mismo techo; además, la familia tuvo que soportar cinco (5) meses con su ser querido hospitalizado, y tratar de llevar el duelo que dicho evento causa de manera natural a las personas; encuentra un sinnúmero de falencias en la prestación del servicio que se presume llevó al deceso de la paciente; en cuanto al personal médico y de enfermería de la IPS demandada para los cuidados de los pacientes, la IPS solo cuenta con una auxiliar de enfermería por cada 2 o 3 pacientes, 2 enfermeras jefes y 2 médicos para 16 pacientes, y los fines de semana solo un médico que no ostenta la calidad de especialista (intensivista) para el cuidado y manejo del paciente crítico; observando el lunes o martes después de festivo, a varios pacientes complicados, entre ellos, la señora Libia Elisa Jaramillo Ochoa por falta de manejo por especialistas; el personal profesional y asistencial

de la IPS no realizó la terapia adecuada una vez se logró documentar electrocardiográficamente la “*cubeta digitalica*” que sería, esperar la confirmación de los niveles de laboratorio e iniciar la conducta adecuada para la patología como resinas tipo colestiramina, colocación de un marcapasos temporal, utilización de medicamentos útiles ante las arritmias como el esmolol o el diltiazem; inclusive la lidocaína hubiese sido una buena alternativa y, en último caso, no haber utilizado los anticuerpos antidigital, que son el antídoto en estos casos para controlar el cuadro clínico y evitar el hecho dañino en la paciente.

Admisión de la demanda: Se admitió el 12 de julio de 2012 (folios 214 cuaderno principal); la aseguradora Colseguros S.A., hoy Allianz Seguros S.A., la replicó, se opuso a las pretensiones y como medios de defensa propone: ***(i) inexistencia de responsabilidad; (ii) diligencia y cuidado; (iii) la obligación médica es de medio y no de resultado; iv) la culpa médica debe ser probada; v) indebida y exagerada tasación de los perjuicios aducidos y, v) ausencia de solidaridad.*** Frente al llamamiento en garantía, esgrimió: ***i) ausencia de cobertura del contrato de seguro celebrado; ii) límite de valor asegurado y, iii) deducible pactado.***

Por su parte, el Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María, formuló las siguientes excepciones: ***i) ausencia de nexo causal; ii) inexistencia de la culpa imputada en la demanda y, iii) tasación anti técnica de perjuicios.***

Llamamiento en garantía: El Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María, llamó a ALLIANZ SEGUROS S.A., antes ASEGURADORA COLSEGUROS S.A., para que en el evento de que se profiera alguna condena en su contra, efectuó las erogaciones dinerarias a que hubiere lugar.

Como soporte para el llamamiento en garantía afirma que celebró con la aseguradora un contrato de seguro de responsabilidad civil, que consta en la Póliza No. RCCH-219, con vigencia del 06 de marzo de 2010 al 06 de marzo de 2011, prorrogado hasta marzo de 2013; la póliza estaba vigente para el 28 de agosto de 2010, época de ocurrencia de los hechos y para el año 2011, fecha de la reclamación extrajudicial; el contrato amparaba la responsabilidad civil profesional en que pudiera incurrir la llamante; el límite asegurado por evento y por vigencia era de \$1.500.000.000.00 y el valor del deducible para toda y cada pérdida era del 15%, mínimo \$3.000.000.00 (véase folios 1 y 2 cuaderno 2).

Admitido el llamamiento en garantía (folio 19 cuaderno 2) y notificado a la llamada, se pronunció y frente al llamamiento propuso las excepciones de: **(i) ausencia de cobertura del contrato de seguro; (ii) límite de valor asegurado y, (iii) deducible pactado.** Frente a la demanda principal esgrimió: **(i) inexistencia de responsabilidad; (ii) diligencia y cuidado; (iii) la obligación médica es de medio y no de resultado; (iv) la culpa médica debe ser probada y, (v) indebida y exagerada tasación de los perjuicios aducidos.**

Sentencia: Se profirió el 12 de marzo de 2019, con la siguiente resolución:

"Primero: Se declara la prosperidad de la excepción de mérito "inexistencia de la culpa imputada en la demanda" propuesta por las demandadas.

"Segundo: En consecuencia, se deniegan las pretensiones de la demanda, en este litigio ordinario de responsabilidad civil médica promovido por Jairo León, Marta Ligia, Sofía Elena y Ángela María del Socorro Jaramillo Jaramillo y el señor León de Jesús Jaramillo Toro, en contra del Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María (hoy Clínica Cardio Vid) y la Aseguradora Colseguros S.A (hoy Allianz Seguros S.A.) en su doble calidad de codemandada y llamada en garantía.

"Tercero: Las costas estarán a cargo de la parte demandante y en favor de los codemandados. Las mismas se liquidarán en esta instancia, según lo previsto en el artículo 366 del C. G del Proceso".

Empieza planteando como problema jurídico a dilucidar el verificar si están acreditados los presupuestos axiológicos para la prosperidad de la acción. Frente al daño señaló que consiste en la violación al derecho a la vida, como bien superior objeto de merecimiento indemnizatorio y que es reclamado por los actores porque a raíz del fallecimiento, se les ha causado un perjuicio, cuya reparación debe ser reconocida por la administración de justicia; en este caso, la muerte de la señora Libia Elisa Jaramillo Ochoa no admite discusión, pues de dicho acontecimiento da cuenta el registro

civil de defunción visible a folio 12 del expediente; este daño normativamente lo atribuye a la IPS demandada, quien dispuso las atenciones médicas a la paciente, quien estaba llamada a ofrecerlo con observancia de los principios de calidad y eficiencia; en cuanto al juicio de reproche indicó que es necesario analizar la historia clínica, de la cual indica que la paciente ingresó a las instalaciones de la IPS demandada el 19 de abril de 2010, con diagnóstico de *“complicación mecánica de prótesis de válvula cardíaca”*; entre sus antecedentes advierte cirugía valvular, bioprótesis mitral desde hace 14 años, prolapso mitral, osteoporosis severa (fracturas espontáneas); fibrilación auricular paroxística, colon irritable y glaucoma; el 04 de mayo de 2010, registró que la paciente se encontraba *“en regulares condiciones, con sensación de palpitaciones que se han aumentado, sin compromiso en la presión arterial, pero con desaturación y disnea; fibrilación auricular, con respuesta ventricular alta”*; ordenó traslado a la unidad coronaria para monitoreo y un electrocardiograma de ritmo o de superficie SOD; de igual forma, se trató con betametil digoxina intravenosa; el 11 de los mismos, se llevó a cabo la cirugía de reemplazo valvular mitral y puentes coronarios, siendo trasladada luego de la intervención a la unidad de cuidados intensivos, para monitorear su evolución; posterior a la cirugía la paciente presentó síndrome de bajo gasto POP – cardíaco, FA – fibrilación auricular- crónica; el 13 de julio de 2010, aparece consignado retroperitoneal izquierdo periesplénico espontáneo con distensión de asas y hematoma de muslo izquierdo con shock hemorrágico por caída importante de la presión arterial; el 20 de los corrientes, se aprecia síndrome de disfunción multiorgánica –SDOM- cardiovascular + renal

+ hematológico + pulmonar + hepático, se detectó una infección, *Candida albicans*, generalizada por hongos en la sangre; el 02 de agosto adiado, se presenta un deterioro del estado general de la paciente, asociado a nuevos picos febriles e incremento de RAF (ablación de la frecuencia) con PCR (proteína C reactiva) en ascenso, detectándose gérmenes GRAM negativos, iniciando tratamiento con antibióticos; el 16 de los mismos, presenta dificultades con el proceso de ventilación, requiriendo períodos más prolongados de ventilación mecánica y terapia de reemplazo renal; el 26 de agosto se registra: *“regular, persiste con apatía y posiblemente tiene delirium hipoactivo y viene con aumento de los reactantes de fase aguda, mantiene diuresis buena pero con balance positivo de líquidos sin trastorno de los iones y mantiene alcalemia respiratoria”*; el 27 de agosto de 2010, se advierte cambios electrográficos sugestivos de intoxicación por digitálicos, dada el segmento ST en cubeta, por lo que solicitan niveles de digoxina en la sangre, y suspenden el uso de dicho medicamento; de igual manera, en caso de presentarse una bradicardia extrema solicita el uso de un marcapasos tras-venoso; el 28 de agosto de 2010, en horas de la mañana la paciente entra en ritmo de fibrilación ventricular y fallece a las 5:30 a.m. Luego, pasa a examinar la intoxicación de la paciente con digoxina, de la que afirma la demanda que de haber sido controlado le hubiera evitado la muerte; aborda el examen del dictamen pericial que rindió el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, por intermedio del doctor Rubén Darío Giraldo Castro, para indicar que la objeción por error grave que formuló la parte demandada no está llamada a prosperar porque no se observa un yerro grave determinante de las

conclusiones del experto, o porque se configuró un error en estas, como lo contempla el numeral 4º del art. 238 del C. de P. Civil; a pesar de ello, y por estar expresamente permitido en el numeral 6º de dicha norma, el Juzgado acogerá el dictamen presentado por el CENDES de la Universidad CES, por las siguientes razones: el dictamen de Medicina Legal fue elaborado por un profesional especializado forense, sin que se conozca cuál es su profesión, ni su especialidad, aspectos que generan serias y fundadas dudas en cuanto a la idoneidad, experiencia y credibilidad del creador de la prueba; además, el perito se limitó a transcribir la historia clínica, efectuando un recuento cronológico de las atenciones que recibió la paciente desde su ingreso a la clínica hasta la fecha de su deceso, para concluir sin explicación alguna que: *"el deceso de la señora Libia Eliza Jaramillo Ochoa, fue consecuencia natural y directa del shock cardiogénico por fibrilación ventricular secundario a intoxicación digitalica"*, sin ahondar en las razones que lo llevaron a tal conclusión; de manera que el dictamen no aporta mayores luces, desde el punto de vista médico-científico, en cuanto al tratamiento que se dio al cuadro clínico presentado por la paciente, ni tampoco valoró los aciertos y desaciertos en que eventualmente incurrieron los profesionales de la salud al servicio de la demandada, para confrontarlos con el comportamiento que habría adoptado un médico prudente puesto en las mismas circunstancias en las que estaban los galenos que atendieron a la interfecta; en contraste, el doctor Francisco Gómez Perineau, profesional de la medicina, especializado en cirugía general, vascular y cardiovascular, es un profesional idóneo, especialista en la rama de la medicina, encargada de atender la patología que

aquejaba a la paciente y por su conocimiento técnico pudo explicar científicamente el motivo que produjo su deceso y conceptualizar con detalle sobre el manejo clínico que se le dio durante su estadía en las instalaciones de la demandada.

Como viene de indicarse, no existe duda sobre el daño, que se traduce en el fallecimiento de la pariente de los demandantes; empero, la cuestión discutible radica en establecer si su deceso se debió a la intoxicación por digital, propiamente por el suministro del medicamento “*betametil digoxina*” y si los médicos fueron negligentes en tomar las conductas pertinentes para evitar y mitigar dicha intoxicación; en el dictamen pericial acogido por el Despacho, frente a la causa del deceso de la paciente, el experto indicó: “*a pesar de encontrar un signo electrocardiográfico (sugestivo, pero no patognomónico) de intoxicación por digital y un nivel altos de digoxemia (cantidad de beta-metil digoxina circulante en la sangre de un paciente tratado) considero imposible afirmar que la digoxina fue la causante de este fallecimiento por fibrilación ventricular*”, pues a criterio médico “*la sepsis, los trastornos hidroelectrolíticos, la propia fibrilación auricular no resuelta, hubieran podido determinar el mismo desenlace*”; incluso, frente a la pregunta de cuál fue la causa directa y preponderante del deceso de la paciente, el auxiliar de la justicia fue contundente en afirmar que obedeció a la falla multisistemática, respiratoria, cardíaca, renal y a la sepsis que presentaba la difunta; incluso, la doctora Clara Inés Saldarriaga, en la declaración que rindió al ser interrogada si la enfermedad cardíaca que tenía la paciente y sus complicaciones infecciosas, hemodinámicas y respiratorias,

podían explicar su deceso, señaló: *“Nuevamente respondo que en un paciente críticamente enfermo con compromiso de varios órganos y sistemas, con frecuencia no se puede establecer una sola causa como la que ocasionó la muerte, porque con frecuencia todas las complicaciones están o tienen que ver de alguna manera con el deterioro del estado de salud y la muerte”*, aspectos que con fundamento en lo consignado en la historia clínica no permiten endilgar el fallecimiento de la paciente a la intoxicación por digitálicos; es de aclarar, que el Despacho no pretende desconocer los niveles elevados de digoxina que presentaba la fallecida óbito el 27 de agosto de 2010; sin embargo, en aras de la verdad procesal no se advierte que la referida intoxicación tenga la virtualidad de ser la causa determinante del deceso, lo que se refuerza con lo señalado por el experto, al indicar que *“La suspensión de la digital era necesaria ante la sospecha de que la paciente tuviera una intoxicación por digital. Pero el desenlace fatal de la paciente no puede atribuirse a tal intoxicación, en el contexto general de una paciente gravemente enferma”*.

En cuanto a que no se tomaron las medidas necesarias para mitigar la intoxicación, ante los evidentes síntomas presentados por la paciente, tales como dolor de abdomen, náuseas, emesis, cefalea, visión alterada, entre otros, se advierte, que dicha sintomatología no se presenta únicamente en una intoxicación por digital, máxime que la paciente estaba con vigilancia intensiva en la UCI; al respecto, el experto resaltó: *“...En los pacientes ambulatorios, autónomos, existen síntomas como cefalea, visión distorsionada de ciertos colores, síndrome confusional,*

letargia, náuseas y vómito, dolor abdominal inespecífico, dolores musculares, astenia, adinamia, asociados a la ingesta diaria de digoxina. En los pacientes críticos, en cuidado intensivo, bajo ventilación mecánica, con varias enfermedades intercurrentes graves y bajo el efecto de múltiples medicamentos potentes que afectan la función de varios órganos y sistemas, ninguno de estos síntomas clínicos, puede considerarse como efecto de la digoxina"; seguidamente, señaló: *"considero que, de ninguna manera, tales síntomas y signos debían atribuirse en esta paciente específicamente y en este contexto específico, a una intoxicación por digital";* es pertinente resaltar que, la paciente estaba monitoreada en la unidad de cuidados intensivos y una vez se advirtió en el electrocardiograma el cambio de segmento ST en cubeta, mismo que se puede interpretar como posible intoxicación por digitálicos, se ordenó la suspensión del medicamento digoxina, que era la primera acción a realizar según lo indicó el experto; el galeno Gustavo Roncancio Villamil, con relación a las arritmias que se presentan cuando un paciente muestra una intoxicación por digitálicos, indica que *"el más frecuente es bradiarritmias (disminución de la frecuencia cardiaca por debajo de sesenta latido por minuto) y bloqueo de la unión auriculoventricular"*, reiterando que la paciente no presentaba esos síntomas; así mismo y ante la pregunta, de si la bradicardia es una posible causa de una intoxicación por digitálicos, el perito de la Universidad CES manifestó: *"Sí, es quizá el signo clínico y eléctrico más frecuente en la intoxicación por digitálicos"*; lo que concuerda con lo señalado por los galenos Clara Inés Saldarriaga, Gustavo Roncancio Villamil y Juan David Uribe Molano; entre las conductas típicas propias para revertir los

efectos de una intoxicación, se observa que los galenos adoptaron las acciones necesarias para monitorear el estado de la paciente, además de suspender el suministro del medicamento, solicitar la disponibilidad del marcapasos, el cual sería utilizado de presentar una bradicardia como principal arritmia en caso de intoxicación por digital, pero no fue utilizado porque la paciente presentó una fibrilación ventricular; a lo que se suma, que al interior del proceso no está probado que el uso de los antidigitálicos estaba autorizado por el INVIMA para la fecha de los hechos, agosto de 2010, como lo afirman el perito Francisco Gómez y los testigos técnicos Clara Inés Saldarriaga, Gustavo Roncancio Villamil y Arley Andrés Pineda Flórez; es significativo concluir esta valoración probatoria con lo aducido por el auxiliar de la justicia, quien al ser preguntado si la intoxicación digital es un riesgo inherente y previsible en una intervención quirúrgica de cambio de válvula protésica, respondió: *“En efecto, una cirugía cardiaca, cualquiera que ella sea, pero particularmente, una ejecutada sobre la válvula mitral, con antecedentes preoperatorios de fibrilación auricular previa, conlleva altas posibilidades de desencadenar una fibrilación auricular postoperatoria que a su vez, puede desencadenar una respuesta ventricular rápida y con ello, necesitar el uso de digoxina; la administración de digoxina conlleva un riesgo de intoxicación”*; bajo estas circunstancias, indica que no se encuentra acreditado que la causa determinante del deceso de la paciente fue una intoxicación por digital y, mucho menos, que se produjo porque los profesionales que la atendieron en la IPS demandada fueron inexpertos o negligentes en las atenciones médicas dispensadas, pues no se demostró que los síntomas que presentaba la paciente

fueran inequívocos de dicha patología, o que dada la negligencia de los galenos que la trataron no fue posible descubrirla antes del 27 de agosto de 2010, como lo señala la parte demandante; consecuente con lo expuesto, se declarará la prosperidad de la excepción denominada "*inexistencia de la culpa imputada en la demanda*", propuesta por la codemandada Clínica Cardio VID; por consiguiente, resulta innecesario analizar el vínculo jurídico de ésta con la codemandada Colseguros, hoy Allianz Seguros S.A.; igualmente y tal como lo dispone el inciso 3º del art. 282 del C. General del Proceso, se torna inocuo continuar con el análisis de los demás medios de defensa, toda vez que el aludido tiene la virtualidad de enervar las pretensiones de la demanda; no se analizará lo concerniente a las infecciones nosocomiales, ni la pérdida de oportunidad que en esta audiencia trae a colación la parte actora, porque las alegaciones de conclusión no son la ocasión para adicionar hechos y pretensiones de la demanda.

Apelación: Lo interpuso la parte demandante y como disenso indicó: Desde el 19 de abril de 2010, que ingresó la paciente a la IPS demandada y durante el término de la hospitalización hasta el 28 de agosto de dicha anualidad, cuando falleció, transcurrieron 131 días; tiempo determinante para establecer la negligencia y falta de cuidado de los accionados como hecho generador de la responsabilidad que se les endilga; como se indicó en la demanda, a la paciente se le suministraba digoxina desde el primer implante coronario que se le practicó, medicamento que ingería vía oral una vez por día y que se le continuó suministrando durante su hospitalización, antes y después de

la intervención quirúrgica del 11 de mayo de 2010 y hasta el día de su deceso; cabe resaltar, que durante la evolución en el posoperatorio la paciente presentó múltiples complicaciones en su salud, que según la parte demandada son los motivos o causas que llevaron inevitablemente a su fallecimiento, lo que aparece desestimado con las pruebas aportadas al plenario; conforme con los testimonios de Ángela María Duque Betancur, de los médicos Juan David Uribe, Gustavo Roncancio, Clara Inés Saldarriaga Giraldo, Juan Camilo – cirujano cardiovascular, la prueba pericial practicada por el Instituto de Medicina Legal, que no se logró desvirtuar con el dictamen presentado por el CES y, por lo tanto, debe ser desechado; dichos hallazgos demuestran que a la paciente durante los 10 años anteriores a su muerte siempre se le suministró la digoxina y estuvo en constantes controles con su cardióloga de base, sin que presentara complicación alguna; resulta claro que la paciente obtuvo las infecciones que la atacaron bajo la óptica de los profesionales que representan los intereses de la demandada, los cuales la trataron diligentemente; lo que da fe que la paciente batalló con los riesgos inherentes a una estadía prolongada en el centro hospitalario y, que un solo descuido, como fue no controlar los niveles de digoxina durante 131 días, materializó un efecto adverso que generó su muerte; además, era una persona de la tercera edad con falla renal, a quien no le dosificaron su medicación porque no advirtieron que se intoxicaba con su propio medicamento cuando iba a salir de cuidados intensivos; la paciente presentó todos los síntomas inherentes a una intoxicación digitálica y el a quo los desatendió, indicando que no eran consecuencia únicamente de la intoxicación digitálica; aspectos que se

pueden verificar en la Guía Práctica Clínica del Ministerio de Salud para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la falla cardiaca en población mayor de 18 años; particularidades que se deben analizar en sede de segunda instancia bajo la óptica de la responsabilidad que se endilga a la parte demandada, teniendo de presente todos sus elementos, los cuales aparecen debidamente acreditados en el plenario como viene de indicarse; así como la pérdida de oportunidad como daño autónomo, solicitado en las alegaciones de conclusión; a pesar que el proceso se tramitó bajo las normas del C. de P. Civil, en la demanda se presentó el juramento estimatorio y el mismo encontró su contraposición en la excepción de mérito denominada por la demandada "*tasación anti-técnica de perjuicios*"; por lo que conforme con lo previsto en el art. 206 del C. General del Proceso, se tendrá que determinar la tasación acorde con el material probatoria allegado, para adoptar una decisión justa y proporcional con soporte en el principio de reparación integral.

Las pruebas no fueron analizadas bajo un razonamiento lógico y de sana crítica, lo que llevó a proferir una sentencia contraria a las pretensiones de la demanda, lo que es desacertado porque todos los juicios de valor que se discutieron no fueron más que las conductas negligentes y omisivas de los profesionales de la salud adscritos a la clínica demandada, quienes cometieron varias imprecisiones – errores de diagnóstico en la última etapa hospitalaria – y no controlaron los niveles de digoxina en la paciente, deber inherente a la función médica; siendo pertinente exigir a los galenos demostrar la diligencia y cuidado, pues si bien éstos

trataron las múltiples afecciones que presentó la paciente durante su estancia hospitalaria, omitieron controlar los efectos del medicamento digitálico, deber que no cumplieron; durante la hospitalización la paciente no presentó falla cardíaca, ni alteración de los signos cardíacos, no obstante el perito del CES manifestó que la causa de la muerte había sido la falla multisistémica de la paciente, la cual generó una bradicardia; lo coincidente es que la paciente en la última semana de vida, tal como lo narran los testigos, solo contaba con soporte nutricional; incluso, el doctor Roncancio manifestó que todas las infecciones estaban a resolución; el electrocardiograma muestra un ST en cubeta; que es sugestivo de intoxicación, se confirma intoxicación digitálica por examen de laboratorio que arroja resultado de 9.2ng/ml y esa misma noche, la paciente presenta bloque cardíaco y, a pesar de ello, el a quo concluye que *“no se logró demostrar que la causa de la muerte fuera la intoxicación digitalica”*; por tanto, el daño era relevante y atribuible a la accionada porque descuidó los efectos del medicamento que suministraba a la paciente, quien por sus condiciones debía ser controlada la toxicidad del medicamento, el cual solo se excreta vía renal, lo que fue inobservado por el fallador; las pruebas no fueron apreciadas de manera objetiva, porque la no previsibilidad de la intoxicación desencadenó en un shock cardiogénico; incluso, la prueba testimonial y la historia clínica, llevan sin lugar a dudas a evidenciar que la paciente no tenía comorbilidades antes de su muerte; lo que desvirtúa que la causa de la muerte fuera la falla multisistémica porque según los testigos al momento de la intoxicación la paciente no contaba con medicamentos, lo que da a entender que no tenía infección; está demostrada con suficiencia la culpa

médica, esto es la falta de diligencia y cuidado en la dispensación de los servicios médicos de salud, y la omisión en el seguimiento de los niveles de digoxina, lo que aumentó el riesgo de muerte de la paciente; el dictamen del CENDES confunde al Despacho porque si bien el experto es cirujano cardiovascular, no es el idóneo para analizar el manejo clínico de pacientes y, menos, cuando se trata de medicamentos y de sus efectos; mírese como el testigo, el doctor Juan Camilo, quien asistió la cirugía de la paciente refiere que él no maneja la digoxina, pues estos profesionales son expertos en cirugía y no en clínica; por último, solicita se decrete la práctica de un nuevo dictamen por un médico especialista en cardiología, para que se pronuncie sobre la causa de la muerte de la paciente, los efectos, control y dispensación del medicamento digitalico que se le suministraba. Por estas razones, solicita se revoque la sentencia de primer grado y en su lugar, se acceda a las pretensiones de la demanda.

Durante el traslado en segunda instancia para sustentar el recurso de apelación, se pronunció afirmando que, la paciente ingresó a la clínica el 19 de abril de 2010, por diagnóstico de insuficiencia de la válvula mitral –cronografía pre-quirúrgica que mostró compromiso de vasos, se le realizaron varios procedimientos no obstante lo cual en la hospitalización pre-quirúrgica fue manejada con antibióticos para controlar una infección en el tracto urinario y compensar cuadro de disnea; una vez controlado el cuadro infeccioso fue intervenida el 11 de mayo de 2010, para reemplazo de la válvula mitral con bioprótesis y revascularización miocardia, siendo remitida para su recuperación a UCI conforme lo ordenan los protocolos médicos; desde el ingreso de la

paciente a la IPS demandada y el término de la hospitalización que se extendió hasta el 28 de agosto de 2010, cuando falleció; transcurrieron 131 días, tiempo determinante para establecer la negligencia y falta de cuidado de la accionada como hecho generador de la responsabilidad que se le endilga; como se indicó en la demanda, a la paciente se le suministraba digoxina desde el primer implante coronario que se le practicó, medicamento que ingería vía oral una vez por día y que se le continuó suministrando durante su hospitalización, antes y después de la intervención quirúrgica del 11 de mayo de 2010 y hasta el día de su deceso; cabe resaltar, que durante la evolución en el posoperatorio la paciente presentó múltiples complicaciones en su salud, que según la parte demandada son los motivos o causas que llevaron inevitablemente a su fallecimiento, lo que aparece desestimado con las pruebas aportadas al plenario; el a quo consideró que la encausada actuó con diligencia y cuidado en la recuperación del estado de salud de la paciente y que en Colombia no existen protocolos médicos en cuanto el manejo de la digoxina, su aplicación, suministro y seguimiento; resulta evidente en la historia clínica que el personal adscrito a la entidad demandada incurrió en varios actos u omisiones con relación a la paciente; pasando el recurrente a enlistar 16 eventos que considera pertinentes, y según los cuales estima que establecen que la causa única que originó el deceso de la paciente fue la intoxicación por digitalicos; creando un nexo causal entre los elementos de la responsabilidad, los cuales pueden ser demostrados por tres (3) criterios a saber: a) clínicos: signos y síntomas descritos en la historia clínica; b) electrocardiográficos: segmento St en cubeta (véase Pág.

701 h.c.) y, c) paraclínicos: niveles de digoxina reportados como mayores de 9ng/ml, cuando los normales son hasta máximo 2ng/ml en pacientes con fibrilación articular; todo lo cual aparece evidenciado en la historia clínica; las infecciones que atacaron a la paciente se dieron bajo la óptica de los profesionales que representan los intereses de la encausada, quienes las trataron diligentemente; lo que da cuenta que la paciente batalló con los riesgos inherentes a la hospitalización.

Frente a la responsabilidad de las demandadas, es evidente lo acontecido días antes del deceso de la paciente, cuando se le diagnosticó una encefalopatía sin soporte médico, y a pesar de presentar síntomas conclusivos de intoxicación digitálica; las infecciones tratadas por el médico Roncancio a excepción de la urinaria, son asociadas como éste lo indicó al servicio prestado, es decir, infecciones intrahospitalarias, que hicieron tránsito en la paciente por su prolongada de estancia en la unidad hospitalaria; sin que fueran las determinantes de su fallecimiento como lo señaló el a quo; los exámenes de digoxina sirven para confirmar una sospecha que debió advertir el grupo médico, evitando el bloqueó cardiaco y su muerte; en el presente caso, se puede evidenciar que horas antes del fallecimiento de la paciente, ésta comportaba un cuadro de intoxicación digitálica, lo que es objeto de reproche frente a la atención médica y que el juzgador inobservó; para lo cual pasa a transcribir algunos de los actos consignados en la historia clínica, páginas 710 a 714; no obstante que los signos de la paciente fueron claros, el personal de la medicina no los asoció a su intoxicación, únicamente cuando el médico tratante doctor Uribe, observó los resultados del EKG, ordenó

el examen de digoxemia, pero era demasiado tarde para la paciente; cuando existe insuficiencia renal se debe ajustar la dosis minuciosamente porque el cuerpo no elimina correctamente el fármaco y su toxicidad y la digoxemia se sale fácilmente del rango terapéutico, pues su uso debe ser monitoreado en población geriátrica y con insuficiencia renal, tomando controles de 6 a 8 horas después de cada su ministro; la repercusión cardíaca conforme viene de indicarse puede llevar a trastornos externos del ritmo cardíaco y/o a un efecto inotrópico negativo que se traduce en hipotensión arterial, oligoanuria e incluso shock cardiogénico; en la intoxicación aguda la muerte puede presentarse entre las 4 y 6 primeras horas. Por estas razones, solicita se revoque la decisión de primer grado y, en consecuencia, se declare la responsabilidad civil contractual o extracontractual del extremo pasivo.

Por su parte, la compañía de seguros indicó que, la parte actora pretende se declare responsable a la entidad hospitalaria demandada por la supuesta culpa en la prestación del servicio de salud proporcionado a la señora Jaramillo Ochoa en el año 2010; responsabilidad que es de carácter subjetivo y, por tanto, el extremo activo tiene que demostrar no solamente la culpa sino los demás elementos estructurales del tipo de responsabilidad que reclama; carga que no fue satisfecha; la impugnación solo se dirige frente al juicio de culpa omitiendo lo referente al nexo causal que tampoco se acreditó; ni se realiza ningún cargo frente a la falta de valoración o indebida valoración de la prueba técnica testimonial y pericial – CENDES – que verifica la ausencia de

culpa y nexo causal; por lo tanto la sentencia debe ser confirmada.

Aunque el recurrente demuestre una falencia, al encontrar demostrada la ausencia de culpa, no se puede estructurar la responsabilidad jurídica porque la prueba técnica confirma que no existe nexo de causalidad, toda vez, que la muerte de la paciente se explica por la avanzada edad, graves condiciones de base y los riesgos inherentes al tratamiento que necesariamente se tenía que realizar para intentar recuperar su estado de salud, y no por las supuestas acciones culposas que aduce la parte actora; los 16 puntos en que se fundamenta la impugnación refieren al juicio de culpa, y ninguno de ellos está llamado a prosperar porque los desvirtúa la prueba técnica practicada, la testimonial y, en especial, la pericial elaborada por el CENDES y a la que el fallador le otorgó plena eficacia probatoria; la providencia impugnada es coherente con los medios de convicción allegados y que llevaron al juzgador a las conclusiones que advirtió al adoptar la decisión; el recurrente debe acreditar que el fallo de primer grado tuvo errores de procedimiento o de juzgamiento, apoyado en los elementos jurídicos y probatorios que respalden sus reparos; pero éste se limitó a insistir en sus alegaciones de conclusión y no desvirtuó la ausencia de culpa, ni demostró el nexo de causalidad, ni probó que la valoración de la prueba testimonial y pericial por el fallador fue equivocada; conforme con las pruebas adosadas al expediente, esto es, la prueba testimonial, pericial y documental como la historia clínica, se puede concluir que las atenciones brindadas por los médicos tratantes a la paciente, fueron adecuadas y conforme al

cuadro clínico presentado en cada una de las atenciones; además, se debe tener presente que la sentencia está revestida con una presunción legal de acierto que debe desvirtuar el recurrente. Así las cosas, solicita se confirme la sentencia de primer grado.

El extremo pasivo adujo que, el sistema que gobierna el presente proceso de responsabilidad médica es subjetivo con culpa probada, no siendo aplicable ninguna presunción de culpa y, por tanto, la parte actora debe acreditar con pruebas idóneas la falla en el servicio, lo que no aconteció; amén, de demostrar todos y cada uno de los elementos de la responsabilidad que predica; los reproches que dieron origen a la presente acción y que fueron plasmados en la demanda no están demostrados conforme a lo señalado en la sentencia que puso fin a la primera instancia; en tanto que no existió prueba de la culpa endilgada al centro hospitalario; además, el recurso de apelación se enfocó en apreciaciones subjetivas sin soporte técnico – científico, que permita variar los colofones de la sentencia; por el contrario, está probada la realización de conductos idóneos en la atención a la paciente, así como la ausencia causal entre dicha atención y el fallecimiento de la paciente; careciendo la culpa y el nexo causal de soporte o evidencia en el presente litigio; amén, que no se realizó reparo alguno frente al dictamen presentado por el CENDES, donde el experto señala que no existió culpa ni causalidad imputable a la demandada; la causa de la muerte de la paciente no se debió a una intoxicación por digitálicos como lo señala de forma errada el recurrente, ya que fue por causa multisistémica; respiratoria, cardíaca - renal y la sepsis generada por la enfermedad de

base de la paciente, tal como lo señaló el experto del CENDES; la prueba adosada da cuenta que la muerte fue el resultado lamentable de su deteriorado estado de salud y de la gran cantidad de comorbilidades que presentaba; la enfermedad de base, a pesar del tratamiento por varios años, fue la única causa del fallecimiento; conforme con lo señalado por el experto, las atenciones recibidas por la paciente fueron acordes con los protocolos médicos y no se evidencia ningún error en las conductas desplegadas por los profesionales de la medicina; a la paciente se le suministró digoxina como medicamento indicado para su patología, siendo el único medicamento que podía mejorar la situación compleja que presentaba y hasta momentos previos al fallecimiento no tenía síntomas y signos que hicieran inferir una reacción adversa a su suministro; amén, que la familia estaba enterada de los riesgos que se podían presentar en virtud de la patología de la paciente; por lo que la sentencia de primer grado resulta acorde con las pruebas oportuna y legalmente allegadas al plenario. En caso de una hipotética condena se debe tener presente la póliza de responsabilidad civil que dio origen al llamamiento en garantía. Solicita se confirme la sentencia de primera instancia.

III. CONSIDERACIONES

Problemas jurídicos: El recurso de apelación de cara a la sentencia de primer grado plantea los siguientes problemas jurídicos que el Tribunal debe resolver: ¿la sentencia de primer grado no realizó una debida valoración del caudal probatorio? ¿se acreditó que la causa de la muerte de la señora Libia Elisa Jaramillo Ochoa fue la intoxicación que le

produjo la ingesta de digitálicos? ¿las pretensiones de la demanda están llamadas a prosperar?

Relación de causalidad y responsabilidad del médico:

La responsabilidad del médico es de medio, salvo cuando se garantiza un resultado; de lo anterior se deriva que no se presume la culpa en el demandado, correspondiendo, en consecuencia, al demandante probarla, para cuyo efecto debe acreditar la imprudencia, negligencia, descuido o impericia del galeno. En este sentido se ha pronunciado la jurisprudencia en los siguientes términos:

"Es en la sentencia de 5 de marzo de 1940 (G.J. t. XLIX, págs. 116 y s.s.), donde la Corte, empieza a esculpir la doctrina de la culpa probada, pues en ella, además de indicar que en este tipo de casos no sólo debe exigirse la demostración de "la culpa del médico sino también la gravedad", expresamente descalificó el señalamiento de la actividad médica como "una empresa de riesgo", porque una tesis así sería "inadmisibles desde el punto de vista legal y científico" y haría "imposible el ejercicio de la profesión".

"Este, que pudiera calificarse como el criterio que por vía de principio general actualmente sostiene la Corte, se reitera en sentencia de 12 de septiembre de 1985 (G.J. No. 2419, págs. 407 y s.s.), afirmándose que "...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". Luego en sentencia de 26 de noviembre de 1986 (G.J. No. 2423, págs. 359 y s.s.), se

ratificó la doctrina, inclusive invocando la sentencia de 5 de marzo de 1940, pero dejando a salvo, como antes se anotó, en el campo de la responsabilidad contractual, el caso en que en el "contrato se hubiere asegurado un determinado resultado" pues "si no lo obtiene", según dice la Corte, "el médico será culpable y tendrá que indemnizar a la víctima", a no ser que logre demostrar alguna causa de "exoneración", agrega la providencia, como la "fuerza mayor, caso fortuito o culpa de la perjudicada". La tesis de la culpa probada la consolidan las sentencias de 8 de mayo de 1990, 12 de julio de 1994 y 8 de septiembre de 1998"¹.

Más recientemente, la corte reiteró este criterio, indicando: *"... con independencia de que la pretensión indemnizatoria tuviera como causa un contrato o un hecho ilícito, aspecto este que es ajeno al recurso de casación, la Corte tiene explicado que si bien, en principio, la responsabilidad médica parte de la culpa probada, lo cierto es que, frente a la lex artis, "el meollo del problema antes que en la demostración de la culpa está es en la relación de causalidad entre el comportamiento del médico y el daño sufrido por el paciente"^{2/3}.*

Antes de determinar si el médico incurrió en alguna conducta imprudente, de la que se derive su culpabilidad, es imprescindible averiguar en primer lugar sobre la causa del daño, como lo reitera la jurisprudencia que viene de transcribirse, donde a la vez la Corte acude a su propio

¹ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA – SALA DE CASIACION CIVIL. Sentencia del 30 de enero de 2001. M. P. José Fernando Ramírez Gómez.

² Sentencia 001 de 30 de enero de 2001, expediente 5507.

³ Sentencia del 19 de diciembre de 2005. M. P. Jaime Alberto Arrubla Paucar.

precedente, en el que había precisado: "... lo nuclear del problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y el daño padecido por el acreedor, pues es aquí donde entran en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa"⁴.

Es razonable que antes que la culpa, se determine la relación de causalidad, pues hasta tanto no se pruebe que el daño fue cometido por el médico o la institución demandada, resulta innecesario abordar el examen de los demás elementos axiológicos que configuran la responsabilidad invocada.

El caso concreto: Como eje central de la pretensión, el hecho undécimo de la demanda, expresa que conforme a los fundamentos que vienen de esgrimirse, bien sea por acción u omisión, la causa única que originó la muerte de la paciente fue la intoxicación por digitálicos; siendo este el punto cardinal de la inconformidad del recurrente contra la sentencia de primer grado.

De entrada se advierte, que al contrario de lo afirmado por el extremo activo, en el proceso no se probó que la intoxicación digitálica que pudo sufrir la señora Libia Elisa Jaramillo Ochoa fue la causa determinante de su deceso, tal y como se pasa a indicar con soporte en las pruebas oportunamente adosadas al plenario: En la historia clínica aparece

⁴ Sentencia del 30 de enero de 2001.

consignado como causa básica de la muerte “*Shock Cardiogénico*”, (folio 406 Vto., cuaderno 3, pruebas de la parte demandante), en la evolución de la paciente, antes de su deceso, en el acápite denominado “*objetivo*” aparece consignado que a las 04:20 horas la paciente presenta fibrilación ventricular, se anotan los medicamentos suministrados, los procedimientos y tratamientos realizados e indica que se desfibrila sin éxito, se continúa con los procedimientos y fallece a las 05:30 minutos (folio 403 cuaderno 3, pruebas de la parte demandante); no obstante, que el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, a través de un Profesional Especializado Forense, en el dictamen que rindió señaló: “... *el deceso de la señora LIBIA ELIZA JARAMILLO OCHOA, fue consecuencia natural y directa del SHOCK CARDIOGÉNICO por fibrilación ventricular secundario a intoxicación digitálica*” (folio 410 cuaderno 3, pruebas de la parte demandante); se advierte que esta aseveración carece de sustento técnico – científico porque el experto no precisó los estudios que realizó, métodos que utilizó y hallazgos que lo llevaron a esa conclusión; pues como lo indicó al inicio del dictamen, se limitó a leer la histórica clínica de la paciente; amén, que no señaló si la causa de la muerte vertida en la historia clínica era o no correcta, como tampoco cuáles fueron las razones científicas para determinar como lo hizo, que el shock cardiogénico que se consignó como causa del deceso en el historial clínico, fue por fibrilación ventricular secundario a intoxicación digitálica; además, tal aseveración no fue corroborada por ningún otro elemento de convicción; amén, que en el dictamen presentado como prueba de la objeción a la anterior experticia, el cual fue realizado por el CENDES a través de la

Universidad CES, y elaborado por el doctor Francisco Gómez Perineau, médico especialista en cirugía general, cardiovascular y cirugía vascular, docente universitario; al dar respuesta a la pregunta No. 25, consistente en determinar cuál fue la causa directa y preponderante en virtud de la cual falleció la paciente, respondió: *"La Falla Multisistemática, respiratoria, cardíaca renal y la sepsis"* (folio 465 Vto., cuaderno 3, pruebas de la parte demandante); igualmente, en la aclaración y complementación al dictamen, en torno a la respuesta No. 25, en relación a *"Cuál de las fallas que usted presenta como multisistémica permanecía en la paciente al momento de evidenciar la intoxicación digitalica"*, aclaró manifestando: *"Anemia severa, insuficiencia renal, hipoxemia, sepsis sin foco conocido, fibrilación auricular"*; así mismo, al responder la pregunta 27, esto es, *"aclarar, ¿cómo el médico intensivista no determinó la sepsis como causa directa de muerte y sí la intoxicación digitalica?"*, apuntó: *"En la relación última de diagnóstico, el médico señala estos tres: Fibrilación y aleteo auricular, shock cardiogénico, infección bacteriana no especificada. En una paciente crítica, la fibrilación auricular, el aumento progresivo de los leucocitos y de la PRC, el aumento progresivo del nitrógeno ureico la BUN son indicadores de una sepsis, insuficiencia renal y falla cardíaca"* (folio 480 y ss., cuaderno 3, pruebas de la parte demandante).

Igualmente, la doctora Clara Inés Saldarriaga Giraldo, médica especialista en cardiología y medicina interna, en cuanto a la causa del deceso de la paciente, señaló que no puede responder con certeza, debido a la complejidad del

caso; esto es, la historia clínica de la paciente donde reportan que presentó una fibrilación ventricular; más adelante afirmó *“Nuevamente respondo que en un paciente críticamente enfermo con compromiso de varios órganos y sistemas, con frecuencia no se puede establecer una sola causa como la que le ocasionó la muerte, porque con frecuencia todas las complicaciones están o tienen que ver de alguna manera con el deterioro del estado de salud y la muerte”* (folio 3 Vto., cuaderno 4, pruebas Centro Cardiovascular); por su parte, el galeno Gustavo Eduardo Roncancio Villamil, especialista en medicina interna y enfermedades infecciosas, quien trató a la paciente en varias oportunidades; frente a las causas que pudieran favorecer su deceso, afirmó: *“Uno: el mal estado previo de la paciente a la cirugía, en lo que se refiere a comorbilidades; cuando se van a someter los pacientes a cirugía cardiovascular se suelen usar diversos sistemas de cálculo de riesgo o score, cuando se evalúan los score de esta paciente de posibilidad de muerte y complicaciones en cirugía cardiovascular se encontró que la paciente tenía signos de mal pronóstico como eran infección previa, disfunción renal, estado nutricional, edad, los cuales al unirse disminuyen la posibilidad de que la cirugía sea efectiva y que no hayan complicaciones. Dos: en el posoperatorio cursa con falla renal, lo cual en todos los estudios se relaciona con aumento en la posibilidad de muerte en cuidado intensivo. Tres: infección por bacterias multiresistentes, que se presentaron a pesar de manejos antibióticos, y que incluso el administrar estos antibióticos, que eran necesarios para curar las infecciones de la paciente, favoreció la formación de resistencia. Cuatro: Para controlar todas estas comorbilidades se tuvo que acudir a terapia de reemplazo*

renal (hemodiálisis), a ventilación mecánica prolongada, a uso de catéteres centrales y periféricos, y es claro en la literatura que todas estas invasiones al prolongarse favorecen la presencia de complicaciones, especialmente infecciosas, el problema era que la paciente la requería. Quinto: Precisamente por todo lo anterior se requirieron múltiples medicamentos para tratar los sistemas comprometidos, cardíaco, pulmonar, gastrointestinal, nutricional e infecciones" (folio 7 cuaderno 4, pruebas Centro Cardiovascular); así mismo, el galeno Juan Camilo Rendón Isaza, cirujano general y cardiovascular, quien atendió a la paciente e hizo parte del staff médico que practicó la cirugía a la que fue sometida, como ayudante del cirujano principal; sobre los riesgos de la cirugía practicada en mayo de 2010, en el Centro Cardiovascular, indicó: "al grupo de cirugía cardiovascular, y particularmente a mí me preocupaba con esta paciente varias cosas, primero: que había tenido varias hospitalizaciones, llegando a estar inclusive en la unidad coronaria, requiriendo soporte de medicamentos denominados inotrópicos que son para ayudar a mejorar la contracción del corazón. Segundo había tenido varias infecciones urinarias a repetición que aumentan el riesgo quirúrgico. Tercero, en una de las ecocardiografías previas al procedimiento se reportaba una hipertensión pulmonar severa. Cuarto. La falla renal de la paciente. Quinto. La osteoporosis severa. Sexto. Que era una intervención de una cirugía combinada de válvula de y revascularización coronaria. Cuando todo esto lo junta uno en un contexto encuentra que la mortalidad de estos pacientes puede estar entre un treinta o un cuarenta por ciento, lo cual es un valor muy alto comparado con las tasas de morbi mortalidad de

pacientes llevados a este mismo procedimiento, sin presentar las patologías que tenía la paciente, este alto riesgo se le explicó a la familia y a la paciente misma, quienes eran conscientes y habían aceptado la realización del mismo. En cuanto al riesgo en este caso, uno es mortalidad que quiere decir que puede ser durante o después de la cirugía, para calcular esto se encuentran bases de datos a nivel internacional que pueden calcular un estimado de la mortalidad; a lo otro a lo que se ve uno enfrentado es a la morbilidad, que pueden ser complicaciones derivadas del procedimiento o de la atención misma después de operar, y esto depende mucho de las condiciones pre operatorias de la paciente y el tipo de procedimiento que se vaya a realizar, básicamente es lo que uno le explica a los pacientes. Esas morbilidades pueden ser sangrados, infecciones, complicaciones de todos los órganos del cuerpo principalmente riñón, pulmones, también puede haber complicaciones de tipo cerebral, y en ocasiones también la muerte del paciente” (folio 24 cuaderno 4, pruebas Centro Cardiovascular); además, el doctor Juan David Uribe Molano, médico internista - intensivista, quien se desempeñaba como jefe de la unidad de cuidados intensivos de la clínica demandada y atendió en la unidad de cuidados intensivos a la paciente en diferentes momentos, afirmó que “...Nosotros los médicos que trabajamos en cuidados intensivos cardiovascular, no somos capaces de predecir quien va a desarrollar la condición o no, pero si sabemos que existen factores de riesgo que doña Libia los tenía, como son: ser mujer, edad mayor de 65 años, que necesite cirugía combinada del corazón, o sea, dos procedimientos durante la misma cirugía como fue el caso de doña Libia, que tenga una

fracción de eyección menor del 40%, que tenga hipertensión pulmonar, que sea diabético o que haya tenido un infarto reciente, y reciente es en los últimos 30 días. Ella presentó un síndrome de bajo gasto y digamos que esa condición la cual se presenta y se quita, hizo que junto con otras condiciones de salud, tuviera una estancia larga en cuidado intensivo. Recuerdo que tuvo múltiples infecciones, no soy capaz de mencionarlas todas, pero sé que tuvo infección urinaria, tuvo una neumonía asociada con la ventilación mecánica, tuvo infecciones en la sangre que es lo que los médicos llamamos bacteriemia, presentó varios episodios de falla renal aguda y además presentó un sangrado intrabdominal, en un sitio específico del abdomen que se llama retro-peritoneo, también tuvo trombosis en algunas venas de las extremidades inferiores y finalmente falleció. Sé todo esto porque la vi en diversas ocasiones en cuidados intensivos, diversas o muchas”; más adelante en cuanto si la paciente presentó niveles elevados de digoxina, afirmó: “No, nosotros no encontramos durante su estancia signos que nos sugirieran niveles elevados de digoxina”; seguidamente y al ser interrogado si con la realización de los tratamientos la paciente recuperó su estado de salud, mejoró su pronóstico de vida o recuperó condiciones favorables para su recuperación, manifestó: “No, no las recuperó. Primero, doña Libia nunca logró salir de cuidado intensivo después de la cirugía, que yo recuerde no se logró liberar de la ventilación mecánica, adicionalmente tuvo una condición que se presenta en el 20% al 30% de los pacientes con una estancia mayor a 7 días en cuidado intensivo que nosotros llamamos debilidad aguda asociada al cuidado intensivo. Además tuvo falla renal aguda con necesidad de terapia de reemplazo

renal, la cual empeora su pronóstico vital con un riesgo de muerte cercano al 50%. Usualmente cuando los pacientes tienen estancias prolongadas en cuidado intensivo, con disfunción o mal funcionamiento de 2 ó 3 órganos, la probabilidad de estar vivos a 6 meses es inferior al 60%"; al ser interrogado sobre la expectativa de vida de la paciente teniendo en cuenta las patologías que presentaba, señaló "Yo no soy capaz de contestar esa pregunta con certeza pero soy capaz de decir que la supervivencia a largo plazo en un adulto mayor de 75 años y que cumplía criterios de fragilidad, no es una expectativa larga y que depende en gran medida de la capacidad que tenga de rehabilitarse y de mejorar la función de sus órganos"; a la pregunta sobre las consecuencias que se dieron en la paciente, por el hecho de haber sido necesario dentro del tratamiento que se le brindó en la unidad de cuidados intensivos, retirar los antiagregantes respondió "Normalmente después de que a un paciente le ponen puentes a las arterias coronarias, el 10% de estos se tapa entre el primer mes y el primer año después de su implantación. Ese porcentaje del 10% puede ser mayor cuando los puentes son hechos con venas, como era el caso de doña Libia, y cuando yo no puedo suministrar medicamentos como la aspirina"; en cuanto si esa situación favorece el riesgo de trombosis de los puentes aortocoronarios y, consecuentemente la generación de fibrilaciones en una paciente como la señora Libia Jaramillo, puntualizó "El hecho de no utilizar dichos medicamentos favorece la oclusión de los puentes y dicha oclusión genera enfermedad coronaria activa, la cual puede producir la fibrilación ventricular. Usualmente la enfermedad coronaria activa es la principal causa de fibrilación ventricular en el

mundo"; frente a si la fibrilación ventricular puede explicar el deceso de la paciente, dijo *"Si uno presenta fibrilación ventricular y dicha fibrilación no se recupera con los tratamientos, no existe otra opción que la muerte"* (folio 32 y ss., cuaderno 4, pruebas Centro Cardiovascular).

En relación a la versión que rindió la señora Ángela María Duque Betancur, enfermera profesional y licenciada en enfermería cardiorrespiratoria, se advierte que a pesar de su profesión, no es un testigo técnico, porque no atendió a la paciente y, por esta razón, no es un testigo presencial del comportamiento de los galenos de la institución demandada con la paciente, que es el soporte de las pretensiones; a lo que se agrega, que aunque su profesión esta relacionada con el área de la salud no es médica. De su dicho se puede advertir que sus aseveraciones tienen como soporte lo observado en los momentos precisos en que visitó la paciente en la clínica, sin contar con los elementos necesarios para determinar cualquier tipo de sintomatología y, mucho menos, algún diagnóstico; amén, que ni siquiera observó la historia clínica, pues solo tuvo acceso a las radiografías y conoció de algunos procedimientos a los que se iba a someter (folio 2 Vto., cuaderno No., 3, pruebas parte demandante); es decir, no se percató de todos los medicamentos, tratamientos, exámenes, procedimientos, síntomas, anotaciones de enfermería, signos, diagnósticos, hallazgos, antecedentes, comorbilidades, complicaciones que tuvo y seguimientos realizados y practicados a la paciente y que constan en la historia clínica, para con base en los mismos y en sus conocimientos científicos y experiencia, poder establecer sus consideraciones con un determinado grado de certeza; por lo

tanto, con su dicho no se acredita que efectivamente en la paciente se produjo una intoxicación por digitálica y, mucho menos, que ésta fue la causa determinada de su deceso.

De las pruebas escrutadas y analizadas, se advierte, que en el proceso no se acreditó que la causa determinante del deceso de la señora Libia Elisa Jaramillo Ochoa, fue la intoxicación por digitálica, como lo afirma el extremo activo.

Es pertinente precisar que la presencia de un error en la atención médica, por sí solo no es suficiente para generar responsabilidad, porque además ese error tiene que ser inexcusable para que se configure la culpa; la que por sí sola no es suficiente para generar una responsabilidad indemnizatoria; pues además tiene que causar un daño y éste también tiene que estar debidamente probado.

Finalmente, el recurso de apelación plantea una posible pérdida de oportunidad, pretensión que como acertadamente lo señaló el a quo no fue objeto de la demanda; pues en verdad, los alegatos de conclusión o el recurso de apelación, no es la oportunidad para reformar la demanda introduciendo nuevas pretensiones o hechos, desconociendo el derecho del debido proceso, pilar fundamental de cualquier ordenamiento procesal, pues se desconocería en forma grave el derecho de defensa de la parte demandada, porque no podría controvertir ni solicitar la practica de pruebas.

Conclusión: La parte demandante no cumplió con la carga de la prueba que le incumbía y que le imponía el art. 177 del C. de P. Civil, hoy 167 del C. General del Proceso, pues no

probó la relación causal, lo que impone confirmar la sentencia de primer grado.

Se condenará a los demandantes a pagar las costas de segunda instancia a favor de la parte demandada. Como agencias en derecho causadas en segunda instancia se fijará por el Magistrado Ponente la suma de UN MILLÓN OCHOCIENTOS DIECISIETE MIL CINCUENTA Y DOS PESOS (\$1.817.052), que equivale a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes (Acuerdo PSAA16-10554, del 5 de agosto de 2016, expedido por el Consejo Superior de la Judicatura), que se liquidarán conjuntamente con las de primer grado.

RESOLUCIÓN:

A mérito de lo expuesto **LA SALA SEGUNDA DE DECISIÓN CIVIL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

F A L L A:

- 1.** Por lo dicho en la parte motiva se confirma la sentencia de fecha y procedencia indicadas en la parte considerativa.
- 2.** Se condena a los demandantes a pagar las costas de segunda instancia a favor de la parte demandada. Como agencias en derecho causadas en segunda instancia se fija por el Magistrado Ponente la suma de UN MILLÓN OCHOCIENTOS DIECISIETE MIL CINCUENTA Y DOS PESOS

(\$1.817.052), que equivale a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes (Acuerdo PSAA16-10554, del 5 de agosto de 2016, expedido por el Consejo Superior de la Judicatura), que se liquidarán conjuntamente con las de primer grado.


3. Se ordena devolver el expediente al Juzgado de origen.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Los Magistrados



LUIS ENRIQUE GIL MARÍN



MARTHA CECILIA LEMA VILLADA



RICARDO LEÓN CARVAJAL MARTÍNEZ