



República de Colombia
Corte Suprema de Justicia
Sala de Casación Civil



ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO

Magistrado ponente

SC1815-2017

Radicación n.º 11001-31-03-011-2002-01182-01

(Aprobado en sesión de veintiséis de octubre de 2016)

Bogotá, D. C., quince (15) de febrero de dos mil diecisiete (2017).-

Decide la Corte el recurso extraordinario de casación que los demandantes **GLADYS EUGENIA VILLAMIZAR GARZÓN** y **ANDRÉS FELIPE YEPES VILLAMIZAR** interpusieron frente a la sentencia del 31 de marzo de 2012, proferida por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, Sala Civil, en el proceso ordinario que los recurrentes

y **JOSÉ HILARIO YEPES QUINTERO, CLARA INÉS NÚÑEZ DE YEPES** y **LEONARDO DUMAS YEPES NÚÑEZ** adelantaron en contra de **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** y **CLÍNICA DE MARLY S.A.**, dentro del cual, esta última, llamó en garantía a **JOSÉ BERNARDO SILVA FLÓREZ**.

ANTECEDENTES

1. En la demanda y su reforma (fls. 75 a 90 y 217 a 218, cd. 1 A), se solicitó, en síntesis, declarar a las accionadas solidariamente responsables de los perjuicios materiales, morales y a la *“vida en relación”*, causados a los actores, como consecuencia de la muerte de José Luis de Jesús Yepes Núñez (q.e.p.d.), *“producida por la intervención médico quirúrgica que le fue practicada el día 31 de julio de 1999”*; y condenarlas al resarcimiento de la totalidad de esos daños, conforme a la especificación expresada en el mismo libelo introductorio, así como al pago de las costas del proceso.

2. En sustento de esas reclamaciones, se esgrimieron los hechos que pasan a compendiarse:

2.1. El señor José Luis de Jesús Yepes Núñez nació el 20 de agosto de 1971; falleció el 31 de julio de 1999, cuando tenía 27 años y 11 meses de edad; era hijo de José Hilario Yepes Quintero y Clara Inés Núñez de Yepes; hermano de Leonardo Dumas Yepes Núñez; esposo de Gladys Eugenia Villamizar Garzón; y padre de Andrés Felipe Yepes Villamizar.

2.2. En vida, el nombrado se desempeñó como médico anesthesiologist and, at the moment of his death, he provided his professional services to “ANESTECOOP”, where he received a monthly income of \$2.510.937.00; to the “SOCIEDAD MÉDICA DE ZIPAQUIRÁ LTDA.”, from which he earned \$740.008.00 in the same period of time; and to the “EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE” which, on average per month, he cancelled the amount of \$1.218.090.00.

Moreover, he performed labors in an independent form, which reported him an additional \$1.000.000.00.

2.3. The plaintiff Gladys Eugenia Villamizar Garzón celebrated with COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA S.A., previously SALUD COLMENA MEDICINA PREPAGADA S.A., the contract of “*medicina prepagada*” No. 00001096551, being one of the beneficiaries her husband, José Luis de Jesús Yepes Núñez, since the 1º of March of 1998.

2.4. On July 30 of 1999, at 11:45 A.M., the señor Yepes Núñez, with support in said contract, entered the emergency service of the CLÍNICA DE MARLY, affected by a strong abdominal pain in the right iliac fossa, nausea, vomiting, fever and diarrheal depositions, symptoms on the basis of which he was diagnosed with the ailment of “*apendicitis aguda*” and he was ordered to be intervened surgically, surgery that was practiced there itself, at 12:45 p.m., by the doctor Carlos Ibla Niño and with the participation, as anesthesiologist, of the doctor José Bernardo Silva Flórez.

2.5. No obstante la presanidad del paciente y la carencia de *“antecedentes anestésicos”*, él falleció durante el referido procedimiento, como quedó registrado en la historia clínica No. 140401, de la que se extracta que *“el ‘accidente anestésico’ que [le] produjo (...) [la] muerte (...) tuvo como causa: a.- La broncoaspiración (...). b.- El lavado bronquial. c.- La extubación realizada al final del procedimiento quirúrgico”*.

2.6. El deceso del enfermo *“es imputable a la Sociedad COLMENA S.A., quien tenía a su cargo la obligación de prestar un servicio médico adecuado a su afiliado[,] y a la CLÍNICA DE MARLY[,] que fue la sociedad que ejecutó directamente la prestación de dicho servicio”*.

2.7. La muerte del nombrado *“habría podido ser evitada, si los procedimientos antes mencionados se hubiesen practicado con la oportunidad, diligencia y cuidado necesarios para no poner en riesgo la vida del paciente”*.

2.8. Con ocasión del fallecimiento del citado causante:

2.8.1. Su cónyuge, la señora Gladys Eugenia Villamizar Garzón, incurrió en diversos gastos, que constituyen un *“daño emergente”*.

2.8.2. Ella y el hijo común de la pareja, entonces menor de edad, Andrés Felipe Yepes Villamizar, experimentaron, de un lado, un *“lucro cesante”*, representado en los dineros que dejaron de percibir, con los que el *de cujus* ayudaba a su sostenimiento; de otro, daño moral,

*“derivado(...) de la aflicción y dolor sufrido por la muerte de su esposo y padre”; y, finalmente, “perjuicios a su vida en relación, por la alteración a su vida cotidiana y condiciones de existencia, al verse avocados a asumir su nuevo rol de viuda y huérfano” y a continuar privados “de la(...) satisfacci[ón] y ventaja(...) de compartir su vida con **JOSÉ LUIS DE JESÚS YEPES NÚÑEZ**”.*

2.8.3. Los restantes accionantes sufrieron *“perjuicios morales”, debido a la “aflicción y dolor, causados por la muerte de su hijo y hermano”.*

3. El Juzgado Once Civil del Circuito de Bogotá, al que por reparto correspondió el conocimiento del asunto, admitió el libelo introductorio con auto del 16 de enero de 2003 (fl. 92, cd. 1), que notificó personalmente a las demandadas, por intermedio de sus representantes legales, así: a la CLÍNICA DE MARLY S.A., el 31 de enero del mismo año (fl. 96, cd. 1); y a COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA S.A., el 13 de febrero siguiente (fls. 110, cd. 1).

4. Las convocadas, en ejercicio del derecho de defensa, realizaron los siguientes actos:

4.1. COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.:

4.1.1. Contestó la demanda, escrito en el que se opuso a sus pretensiones, se pronunció de distinta manera sobre los hechos en ella invocados y formuló las siguientes excepciones de mérito:

1. *Cumplimiento del contrato que [la] vinculaba con el doctor Y[e]pe[s] Núñez, por cuanto él contó en el momento en que lo requirió, con los servicios médicos en los términos del [mismo] (...).*

2. *Ausencia de dolo o culpa de SALUD COLMENA. SALUD COLMENA, de acuerdo con su obligación contractual y la general de no causar daño, no realizó actuaciones ni tuvo omisiones, que puedan imputársele bajo esa calificación, y que estén relacionadas con el daño que se alega.*

3. *Ausencia de participación en los hechos que generaron el daño, porque SALUD COLMENA no particip[ó] ni debía participar en el acto quirúrgico ni en el anestésico del que se derivó, según la demanda, la lamentable muerte del doctor Y[e]pe[s] Núñez.*

4. *Inexistencia de perjuicios morales y de relación, en materia contractual, de acuerdo con la ley, la jurisprudencia y la doctrina, y el hecho declarado en la demanda de que [esa fue] la relación existente entre los demandante[s], el doctor Y[e]pe[s] Núñez y SALUD COLMENA.*

5. *Inexistencia del deber legal de responder por los actos de terceros, puesto que Clínica Marly S.A. no es una entidad que estuviera o debiera estar al cuidado de SALUD COLMENA, o bajo su control o vigilancia (fls. 152 a 171, cd. 1 A).*

4.1.2. Con carácter previo, propuso la excepción de “prescripción”, fincada en que para cuando se dio inicio al litigio, ya habían “transcurrido más de 3 años”, contados a partir de “la fecha de la intervención quirúrgica y fallecimiento a los que se refiere la demanda” (fls. 12 a 15, cd. 2).

4.2. CLÍNICA DE MARLY S.A.:

4.2.1. Replicó el libelo, en desarrollo de lo cual pidió que se despacharan desfavorablemente las súplicas en él

elevadas por los actores, se refirió, como quiso, respecto de los fundamentos fácticos allí aducidos y esgrimió, con el carácter de meritorios, los mecanismos defensivos que nominó como **“ILEGITIMIDAD SUSTANTIVA DE LA SOCIEDAD ‘CLÍNICA DE MARLY S.A.’ COMO DEMANDADA”** y **“PRESCRIPCIÓN”** (fls. 197 a 204, cd. 1 A).

4.2.2. Planteó las **“EXCEPCIONES PREVIAS”** de **“Inexistencia jurídica de la sociedad ‘CLÍNICA MARLY’ que se señala como demandada”** y **“No comprender la demanda a todos los litis consortes necesarios”** (fls 5 y 6, cd. 2).

4.2.3. En escritos separados, llamó en garantía, por una parte, a JOSÉ BERNARDO SILVA FLÓREZ (fls. 1 a 3, cd. 3) y, por otra, a SALUD COLMENA MEDICINA PREPAGADA S.A., ahora COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA S.A. (fls. 12 a 14, cd. 3).

5. Las excepciones previas formuladas por las dos demandadas, fueron denegadas mediante providencias del 23 de octubre y 4 de diciembre de 2003 (fls. 25 a 27, cd. 2).

6. El llamamiento a JOSÉ BERNARDO SILVA FLÓREZ se aceptó mediante auto del 26 de mayo de 2003 (fls. 8 y 9, cd. 3), que se le notificó a él personalmente en diligencia cumplida el 21 de julio siguiente (fl. 11 *ib.*), quien, por intermedio de apoderada judicial, en un solo escrito, lo contestó y, además, se pronunció sobre la demanda, oponiéndose a las pretensiones de uno y otra, refiriéndose de diferente forma sobre sus hechos y alegando las excepciones

que denominó **“ADECUADA PRÁCTICA MÉDICA – CUMPLIMIENTO DE LA LEX ARTIS”, “AUSENCIA DE CULPA” y “AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD”** (fls. 83 a 97, cd. 3).

7. El juzgado del conocimiento, mediante auto del 3 de abril de 2003, negó el llamamiento en garantía que se hizo a SALUD COLMENA MEDICINA PREPAGADA S.A., habida cuenta que dicha sociedad figuraba como demandada en el proceso (fl. 15, cd. 4).

8. Agotado el trámite respectivo, el Juzgado Primero Civil del Circuito de Descongestión de esta capital dictó sentencia el 30 de julio de 2010, proveído en el que negó la totalidad de las súplicas del libelo introductorio, se abstuvo de pronunciarse sobre las excepciones propuestas por las accionadas y el llamado en garantía y condenó en las costas a los gestores del litigio (fls. 1292 a 1313 vuelto, cd. 1 C).

9. En virtud de la apelación que contra dicho fallo interpusieron los demandantes, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, Sala Civil, en el suyo, que data del 31 de marzo de 2011, lo confirmó e impuso el pago de las costas, en segunda instancia, a los recurrentes, y del llamamiento en garantía, a quien lo formuló (fls. 166 a 190 vuelto, cd. 9).

LA SENTENCIA IMPUGNADA

Para arribar a la decisión ratificatoria que expidió, el *ad quem* expuso los argumentos que a continuación se sintetizan:

1. Reconoció la concurrencia de los presupuestos procesales, en particular, la competencia de la especialidad civil de la jurisdicción ordinaria para resolver los litigios sobre responsabilidad médica, salvo los asignados a la especialidad laboral y a la jurisdicción contencioso administrativa; y descartó la presencia de nulidades, que pudieran afectar lo actuado.

2. Luego de ubicar la acción como de responsabilidad civil contractual, de especificar los elementos estructurales de la misma y de destacar que en el proceso se cuestionó que los servicios que la CLÍNICA DE MARLY le prestó al señor Yepes Núñez, hubiesen tenido como causa el contrato de “*medicina prepagada*” invocado por los actores, el Tribunal asumió el estudio del caso concretó por temas separados, de la siguiente manera:

2.1. “La responsabilidad de Salud Colmena Medicina Prepagada S.A.”.

2.1.1. No hay lugar a predicar que la citada accionada incumplió las obligaciones que, para ella, se derivaron del contrato que celebró con la señora Gladys Eugenia Villamizar Garzón, toda vez que en la demanda, “*por ningún lado se afirm[ó] que el óbito hubiese obedecido a la falta de prestación de un servicio o tratamiento al que tuviese derecho*” la víctima, “*o que se le hubiese impuesto la [c]línica*”, sino que, por el contrario, de “*las pruebas recaudadas, especialmente [d]el interrogatorio de parte que rindió la cónyuge del fallecido*”, se infiere la cabal

satisfacción de los deberes negociales de aquélla, en tanto que puso *“a disposición (...) un establecimiento clínico”* para la atención del nombrado beneficiario y pagó *“los servicios prestados”*, todo con sujeción a lo establecido en la cláusula segunda del correspondiente acuerdo de voluntades, que reprodujo, cumplimiento ratificado por buena parte de la prueba documental allegada al expediente.

2.1.2. Añádese que en la cláusula novena de la convención de que se trata, *“la aludida contratante indicó ‘expresamente que si eventualmente llegare a presentarse alguna reclamación de carácter judicial o extrajudicial por efecto de los actos médicos o de los servicios prestados, tal reclamación sólo podrá dirigirse contra el profesional o la entidad que hubiere prestado el respectivo servicio y que en ningún caso se invocará responsabilidad de Salud Colmena’ (fl. 142, cdno. 1); manifestación (...) que ante su validez, impide a la señora Villamizar Garzón enfilar pretensión alguna frente a la reseñada sociedad, por la inadecuada prestación de servicios médicos que alega por parte de la Clínica de Marly”*.

2.1.3. La solicitud de ineficacia de la referida estipulación, que el apoderado de los convocantes elevó en la audiencia de alegaciones surtida dentro del trámite de la apelación (art. 360, C. de P.C.), no puede prosperar, porque no se planteó desde el principio, sino a esas alturas, sin que sea admisible que tal reproche pudiera hacerse en segunda instancia, porque aceptar que ello fuese así, implicaría *“violar el derecho de contradicción y defensa que le asiste a los demandados, en la medida que se les sorprendería con un aspecto novedoso”*.

2.1.4. Esa “disposición contractual, (...) en puridad no riñe con la ley, porque a vuelta de leer el artículo 17 del Decreto 1570 de 1993, modificado por el Decreto 1486 de 1994, no se vislumbra que la misma vaya en contra de la legalidad, por el contrario se ajusta a ella, pues la norma no dice otra cosa que ‘las empresas, dependencias y programas de medicina prepagada, responderán civil y administrativamente, por todos los perjuicios que ocasionan a los usuarios en los eventos de incumplimiento contractual y especialmente en los siguientes casos: 1) cuando la atención de los servicios ofrecidos contrarie lo acordado en el contrato y (2) cuando se preste el servicio de forma directa, por las faltas o fallas ocasionadas por algunos de sus empleados, sean éstos del área administrativa o asistencial...’ (se destaca); canon que para nada sale de la órbita de los términos en que las partes pacten la prestación del servicio, de modo que a ello(...) debe estarse”.

2.2. “El vínculo existente entre Salud Colmena Medicina Prepagada S.A. y la Clínica de Marly S.A., y de esta última con la señora Gladys Eugenia Villamizar Garzón, en su condición de parte en el contrato gestión para la prestación de servicios de medicina prepagada que suscribió con la primera de las sociedades demandadas”.

2.2.1. Para atender, precisamente, las obligaciones derivadas de los contratos de medicina prepagada, COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA S.A., antes SALUD COLMENA MEDICINA PREPAGADA S.A., celebró con CLÍNICA DE MARLY S.A. un contrato “de prestación de servicios de salud”, en virtud del cual la última “se obligó a ‘...prestar a los afiliados de los Planes de Medicina Prepagada de

*la ENTIDAD, los SERVICIOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO INTRAHOSPITALARIO, ...con la mayor diligencia, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios, siempre y cuando esté dentro de las posibilidades locativas y técnicas de la INSTITUCIÓN' (fls. 143 a 144, cdno. 1)" y "...con plena autonomía científica, técnica y administrativa de los profesionales y las entidades prestador[a]s de los servicios, de tal manera que Salud Colmena no responderá por los perjuicios que eventualmente llegaren a derivarse de la prestación de los servicios de [s]alud y complementarios' (fl. 140, **ib.**). 'En consecuencia, la INSTITUCIÓN, el médico tratante y el personal médico, paramédico o administrativo asumen, en forma total y exclusiva, la responsabilidad que se derive por sus actos u omisiones, así como por la calidad e idoneidad de los servicios que ellos presten a los afiliados de la ENTIDAD. (...) En ningún caso existirá relación laboral entre LA ENTIDAD y el personal médico, paramédico o administrativo a los que la INSTITUCIÓN encomiende la prestación de los servicios incluidos en el objeto del presente contrato' (fls. 159 y 160, cláusula 12 del contrato de prestación de servicios)".*

2.2.2. Es factible afirmar, "con toda seguridad, que la atención que recibió el señor Yepes Núñez en la Clínica de Marly fue con motivo del contrato respecto del cual se acaba de hacer mérito", sin que sea admisible el argumento defensivo propuesto por la propietaria de ese establecimiento de comercio, sociedad CLÍNICA DE MARLY S.A., consistente en que ese acuerdo de voluntades, para entonces, no se encontraba vigente y que, por lo tanto, lo que ella hizo, fue facilitar las instalaciones del señalado hospital, para la

realización de la intervención quirúrgica que requería el paciente, rechazo que obedece a las siguientes razones:

a) La “*citada entidad de medicina prepagada*” fue la que canceló los servicios médicos brindados al señor Yepes Núñez, en la Clínica de Marly.

b) Así lo reconoció la señora Villamizar Garzón, en el interrogatorio de parte que absolvió, del que el Tribunal reprodujo diversos apartes.

c) En “*el registro que se le hizo al paciente fallecido, se expres[ó]: ‘AFILIADO A: (...) SALUD COLMENA MED. PREPAGADA’ (fls. 1092 y 1095, **ib.**)*”.

d) La prolongación de la vigencia del contrato de prestación de servicios médicos, la “*corroboración (...) la Liquidación Parcial de las Cuentas en Participación de la Clínica*”, la “*certificación de la revisora fiscal de la otrora Salud Colmena Medicina Prepagada S.A.*”, la copia de la “*guía médica para los planes de medicina prepagada*” y la “*relación de pagos que se hicieron a la Clínica de Marly S.A. por concepto de facturas de prestación de servicios atañederas al mes de junio a julio de 1999*”.

2.3. “La incidencia del proceder del médico anesthesiólogo en la responsabilidad de la referida [c]línica”.

2.3.1. La circunstancia de que entre el doctor José Bernardo Silva Flórez y la CLÍNICA DE MARLY S.A. no exista una relación laboral, propiamente dicha, no libera a la última de la responsabilidad que se le endilga, en el supuesto de que

aquél resulte culpable, pues siguiendo la jurisprudencia, se detecta que entre ellos sí existió un vínculo, que *“brota justamente de la adscripción que tenía el mencionado facultativo con la [c]línica convocada”*, de modo que al actuar como anestesiólogo en la cirugía que se le practicó a Yepes Núñez, actuó *“como representante de la misma”*, tal y como lo indicó en su declaración el cirujano, doctor Carlos Ibla Niño, exposición que el *ad quem* transcribió en lo pertinente.

2.3.2. Se suma a lo anterior que, de conformidad con el testimonio del doctor Juan Carlos Téllez, médico igualmente adscrito a la Clínica de Marly en la época de los hechos, la obligada al pago de los honorarios de quienes tenían esa condición, era la clínica, quien, a la vez, se encargaba de recaudar y de recibir el valor de los servicios prestados a los afiliados a la entidad de medicina prepagada, de ésta, con la que, por ende, los galenos *“adscritos”* no tenían ningún vínculo, hechos ratificados con el documento obtenido en la diligencia de exhibición que se practicó en las instalaciones de la CLÍNICA DE MARLY S.A., identificado como *“(...) ‘RESUMEN DE MOVIMIENTOS DE Terceros Recaudados’ durante los años de 1998 y 1999, de los facultativos que participaron en el procedimiento que se le practicó al fallecido señor Yepes (fls. 788 a 815, ib.)”*.

2.3.3. Del mismo modo, debe tenerse en cuenta *“la obligación de seguridad”* que recae en toda clínica, por el sólo hecho de realizarse en sus instalaciones una intervención quirúrgica, derivada del *“contrato de hospitalización”*, que explicó con ayuda de la jurisprudencia.

2.3.4. De acuerdo con *“esos lineamientos, la realidad es, que quien debe en principio ser juzgada por el accidente anestésico que sufrió el señor José Luis de Jesús Yepes Núñez, es la Clínica de Marly S.A., porque no solo facilitó sus instalaciones para la cirugía para la que fue programado, sino que tal intervención fue realizada por sus especialistas, quienes si en gracia de discusión se aceptara que no estaban vinculados laboralmente con esa sociedad, s[i] se encontraban a su servicio, como quiera que fue a través de ellos, que suministró la atención a que se obligó mediante el contrato de prestación de servicios que celebró con Salud Colmena Medicina Prepagada, hoy Colmédica Medicina Prepagada S.A.”.*

2.3.5. Al respecto, no sobra precisar que el señor Yepes Núñez no era *“paciente privado”* del doctor Carlos Ibla Niño, sino *“paciente de la [c]línica”*; y que la responsabilidad endilgada a las demandadas, en los términos de la reforma de la demanda, *“no solo dimana del acto anestésico propiamente dicho (...), sino (...) por una inadecuada prestación de los servicios del referido establecimiento clínico”.*

2.4. *“La responsabilidad de la Clínica de Marly S.A. por la muerte del señor José Luis de Jesús Yepes Núñez”.*

2.4.1. Empezó el Tribunal por memorar las específicas causas del *“accidente anestesiológico”* que sufrió el paciente y que, en últimas, provocó su fallecimiento, y por fijar, con apoyo en distintos fallos de esta Corporación, los linderos de la responsabilidad endilgada.

2.4.2. Descartó el argumento *“según el cual[,] se debe dar aplicación a la regla prevista en el inciso 3º del artículo 1604 del Código Civil”*, debido a que la muerte del señor Yepes Núñez no se derivó del tratamiento médico de la apendicitis que se le diagnosticó, sino de los errores en que se incurrió al colocársele la anestesia para la realización de la intervención quirúrgica a que fue sometido, como si se tratara de actos médicos completamente desligados, pues lo cierto es que la cirugía fue consecuencia directa de dicha enfermedad, sin que haya lugar, como lo pretende el apelante, a *“escindir (...) los actos quirúrgicos y anestésicos propiamente dichos, cuando los dos van ligados a una sola finalidad, que es la mejoría del paciente”*.

2.4.3. Tampoco *“puede abrirse paso el argumento atañadero a que la Clínica de Marly S.A. adquirió con Salud Colmena Medicina Prepagada S.A. una obligación de resultado”*, según voces de la cláusula décimo segunda del contrato de prestación de servicios médicos entre ellas celebrado, que transcribió, *“toda vez que esa no es la inteligencia de dicha disposición contractual, que mira más a una cláusula exonerativa de responsabilidad, a través de la cual, la empresa de medicina prepagada aspira a liberarse de la que se produzca por la prestación de servicios brindada, temática por completo ajena a si la obligación de la Clínica es de medio o es de resultado, pues tal cuestión está plenamente definida en la estipulación segunda del mismo negocio jurídico, en la que la primera de las sociedades anotadas se comprometió, itérase, a prestar los citados servicios con la mayor diligencia, no para la obtención de un fin específico”*.

2.4.4. Luego de reproducir *in extenso* un fallo de esta Corporación, en el que se precisó la naturaleza de la responsabilidad médica y se aseveró que “... **‘La negligencia existirá allí donde el diagnóstico o el tratamiento sea claro o único (un hecho objetivo), o cuando se manifieste un comportamiento negligente en su formulación o antes de ésta (por ejemplo, cuando la existencia de varios diagnósticos posibles se deba a una actuación negligente previa del profesional médico que omite realizar ciertas comprobaciones o exámenes necesarios y exigidos por la lex artis que habrían permitido descartar alguno de ellos’** (resáltase)”, el sentenciador de segunda instancia agregó: “supuestos que debe decirse desde ya, no ocurrieron en el asunto sub examine, pues lo cierto es, que habida cuenta de las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se le aplicó al señor Yepes Núñez la anestesia general, el proceder del [d]octor José Bernardo Silva Flórez, no puede calificarse sino como el esperado del médico medio o del buen médico, que procura con la diligencia que le es exigible, suministrarle a su paciente los medicamentos necesarios para insensibilizarlo en aras de ‘...evitarle dolor o al menos hacer menos traumática la práctica o la intervención quirúrgica’ a que debe someterse en gracia de alguna enfermedad que padece, lo que también se predica del resto de las actuaciones que realizaron tras la ocurrencia del accidente anestésico; conclusión que debe decirse, se apoya en la totalidad de los medios probatorios que militan en el proceso, sin dejar de lado ninguno de ellos, dentro de los cuales, como técnicos que son, importa destacar la historia clínica del pluricitado señor Yepes, el dictamen pericial y el testimonio del doctor Carlos Ibla Niño”.

2.4.5. El *ad quem* ponderó, por separado, cada uno de los elementos de juicio atrás relacionados y, soportado en ese análisis probatorio, explicitó las siguientes conclusiones:

a) La falta de evaluación de la vía aérea del paciente, no es una omisión de la que pueda colegirse que por la dificultad que ella ofrecía, era aconsejable la “*intubación despierto*”, en tanto que en el proceso no se comprobó que el señor Yepes Núñez en verdad presentara “*esa característica*” y, por el contrario, existían elementos que permitían pensar que “*tenía una vía área sin dificultad para la intubación orotraqueal*”.

b) Prueba de lo anterior, según lo admitió el experto, es que él pudo ser intubado, sin que ninguna circunstancia hubiese afectado tal procedimiento, de modo que se realizó sin problema.

c) Esa anomalía -vía aérea difícil-, de haber existido, no fue la causa de la broncoaspiración del contenido gástrico que presentó el intervenido, “*porque lo difícil o fácil de una vía [aé]rea, como lo expuso el experto, redundante es en la ausencia de complicaciones que tendrá el paciente a la hora de respirar por medio del tubo que se le introduce a fin de facilitar esa función vital*”, mientras que la referida reacción “*es atribuible a la ausencia de sus reflejos protectores que le impiden expulsar el vómito*”, deducciones que encuentran explicación en las respuestas que el perito ofreció en su trabajo y que, adicionalmente, aparecen refrendadas por el hecho de que luego de ocurrida la broncoaspiración, el señor Yepes Núñez

pudo respirar, como da cuenta de ello la “*epicrisis de la historia clínica*” y la declaración del doctor Ibla Niño.

d) Los antecedentes del paciente daban cuenta de que él ya había sido sometido a una cirugía bajo anestesia general (“*varicocelelectomía*”), sin complicaciones, a lo que se añade que de haber existido la advertida condición especial, resultaría inentendible que el propio paciente, siendo médico anesthesiólogo y, por ende, conocedor de la importancia de esa circunstancia, no la hubiese advertido al doctor Silva Flórez, pese a que se encontraba consciente y lúcido cuando ingresó a la cirugía, o que su esposa, la demandante Gladys Eugenia Villamizar Garzón, no hubiese hecho lo propio.

e) La inadecuada verificación del “*examen preanestésico*” queda desvirtuada, si se tiene en cuenta la urgencia en la que se encontraba el paciente, situación especial que autorizaba que “*la diligencia profesional*” fuera “*menor*”. De suyo que, “*dadas las condiciones especiales del señor Yepes, con un diagnóstico de apendicitis aguda perforada, con grave riesgo de desencadenar en peritonitis, justificaban que el examen de la vía [aé]rea no se hubiese realizado, o al menos [que] no se hubiese consignado nada al respecto (fl. 655, cdno. 1ª, **in fine**)*”.

f) El hecho de que el enfermo hubiese vomitado antes de haber ingresado a la clínica, de un lado, no le permitía “*al anesthesiólogo determinar que en el curso de la cirugía, iba a regurgitar*”; y, de otro, sí se tuvo en cuenta, al punto que fue a consecuencia de él, que el doctor Silva Flórez optó por

“el método de inducción de secuencia rápida”, decisión que en el dictamen pericial se calificó de acertada.

g) Según se explicó en la prueba científica, el vómito previo experimentado por el paciente, no conducía a colegir que el procedimiento más adecuado era la *“intubación despierto”*, porque ella, de todas maneras, podía producir el riesgo de la regurgitación.

h) El médico anestesiólogo se informó, a través del propio paciente, sobre su tiempo de ayuno, que estableció en 18 horas, como lo dejó consignado en el *“Registro Transoperatorio”*, cálculo que coindice con los datos de la *“epicrisis de la historia clínica”* y con la declaración del doctor Ibla Niño, circunstancia que orientó a aquél para *“escoger el método de anestesia de que se duelen los recurrentes”*.

i) Tomar como definitivas, conclusiones aisladas del dictamen pericial, como que la valoración preanestésica no fue adecuada, o que era menos riesgoso practicar la intubación con paciente despierto, es valorar dicha prueba sesgadamente, pues ellas *“son (...) resultado de preguntas parciales formuladas por el mandatario de los recurrentes, y en ese orden, respuestas de ese talante”*, sin que pueda desconocerse que el experto, al comparar el procedimiento utilizado por el doctor Silva Flórez y el sugerido por los actores, conceptuó: *“... ‘Si se tiene en cuenta solamente el riesgo de bronco aspiración la técnica más segura es la intubación despierto, sin embargo hay que tener en cuenta que la intubación ‘per se’ provoca un estímulo nociceptivo muy potente que puede acarrear problemas*

cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto), neurológicos (accidentes cerebro-vasculares) y respiratorios (desde lesiones traumáticas de la vía [aé]rea hasta laringoespasmo y bronco aspiración) por lo cual se utiliza la intubación de secuencia rápida, con paciente dormido para abolir el est[í]mulo de laringoscopia e intubación. Esto en pacientes que no tienen signos de obstrucción intestinal ni alteraciones de la vía [aé]rea’ (se subraya, fl. 735, cdno. 1A)”, como era el caso de señor Yepes Núñez, según ya se estableció.

j) Ningún reproche merece el anesthesiólogo que asistió al nombrado enfermo, por seleccionar, de entre varios sistemas, el que en definitiva utilizó, toda vez que en esa escogencia acató *“las reglas de la lex artis, pues para el efecto tuvo en cuenta ‘...las condiciones clínicas del paciente, escenario perioperatorio y...’ sus habilidades (fl. 729, ib.), más aún cuando ‘no existe ningún método por agresivo que sea que garantice el 100% de seguridad de no regurgitación y broncoaspiración, ni siquiera el método de intubación despierto...’ (f. 664, ib.)”*.

k) En cuanto hace al *“lavado con suero fisiológico”*, no está demostrado que se hubiere realizado, *“al paso que la única evidencia que hay de él, es la epicrisis de la historia clínica, sin que su ocurrencia tenga respaldo en los otros medios de convicción”*, ni siquiera en la declaración del doctor Carlos Ibla Niño, que fue quien elaboró el citado documento, toda vez que al testimoniar, informó que no le constaba esa actuación, pues se encontraba en el *“lavado de manos”*.

l) De todas maneras, si esa labor se practicó, ella no agravó sustancialmente el estado de salud del paciente, pues

éste, luego de su realización, se mantuvo estable al punto que pudo ser operado. Si esa actividad hubiese empeorado sus condiciones, *“la muerte (...) habría sido casi inmediata o pocas horas después de su entrada a la Unidad de Cuidados Intensivos”* y no luego de 12 horas de la regurgitación. *“Es más, los niveles de saturación, según se lee en el Registro Transoperatorio, fueron óptimos desde el proceso de inducción y tras la broncoaspiración. Nótese que los mismos oscila[ro]n entre 90, 93, 85, 98, 97, 95, 82, 80 y 82; que para infortunio de los seres queridos del señor Yepes Núñez[,] no pudieron ser alcanzados por él en la Unidad de Cuidados Intensivos, pese a que antes de la pronta desaturación que presentó a las 23:13 de 54.1%, lograra un estado de sO2 de 81.6% (fl. 1139, cdno. 1B)”*.

m) La *“extubación que presuntamente se hizo cuando los signos vitales no lo permitían”,* tampoco tuvo efectiva ocurrencia, *“como quiera que el galeno a quien se le encomendó el dictamen en ningún momento aseveró que el paciente fue extubado a ese nivel de saturación, por el contrario, al interrogársele: ‘¿Se extubó al paciente por primera vez cuando...mostraba una saturación de O2 de 80% y CO2 E 42?’*, contestó: *‘No es claro que el paciente se haya extubado con esa saturación puesto que la sigla que aparece primero (triángulo con base superior) que es la de la segunda intubación se hace con saturación de O2 de 80% y CO2 E 42. No hay sigla previa de extubación’* (fl. 661, cdno. 1 A); entonces no se entiende con estribo en qué asevera el referido extremo procesal, que a esa saturación se hizo una extubación; en segunda medida, resulta inverosímil que el primero de los eventos haya sucedido y más plausible el segundo, pues recuérdese que tras la extubación pop que se hizo, el señor Yepes Núñez sufrió una desaturación completa, *‘...razón por la cual se hace nuevamente*

una intubación orotraqueal y se traslada a la UCI para manejo de síndrome de dificultad respiratoria del adulto por broncoaspiración masiva...’ (fl. 1094, cdno. 1B)”.

n) *“Y para que no se diga que si no hubieran acaecido estos últimos eventos, el señor Yepes seguiría con vida, no se debe olvidar que las consecuencias de la aspiración de material líquido ácido hacia la vía [aé]rea son desastrosas, como quiera que se ‘produce inflamación química llevando a neumonitis, se ha demostrado experimentalmente que la aspiración de material ácido destruye las estructuras pulmonares que activan toda una cascada inflamatoria’, ‘la injuria se produce muy rápido, el daño se instaura en 20 a 40 segundos’ (fls. 669 a 670, cdno. 1 A), a tal punto, que cuando ‘...el evento ocurre, las medidas son de soporte’ (fl. 664, ib.). Es decir, su sistema respiratorio se afectó tanto con esa aspiración, que no pudo seguir realizando ya su función vital”.*

ñ) *La queja relativa a la ausencia de sonda nasogástrica, igualmente debe ser desechada, pues ella no era necesaria, en tanto que el enfermo no tenía “signos de obstrucción intestinal” y, fuera de eso, dicho elemento podía alterar “el tono del esfínter esofágico inferior que es la protección de la regurgitación”, sin que esté comprobado que dicho elemento, a decir del doctor Carlos Ibla Niño, sirviera para evitar la broncoaspiración.*

3. En definitiva, el Tribunal concluyó:

De acuerdo con lo discurrido, desde ninguna perspectiva hay lugar a achacarle responsabilidad alguna a la Clínica de Marly S.A. por el hecho de la muerte del señor José Luis de Jesús Yepes, pues como se vio, los galenos que lo atendieron

a propósito de la apendicitis que padecía, así como las demás dolencias que lo aqueja[ron] tras la aplicación de la anestesia, y más concretamente, el doctor Silva Flórez, le suministraron los procedimientos adecuados de cara a la lex artis, para procurar su curación, no siendo admisible que frente a la carga de la prueba que tenía la parte recurrente, se le oponga la mala fe que aquél extremo alega de dicha sociedad, la que deriva de hechos como que la copia de la historia clínica que le entregó fue incompleta, que negó la existencia del contrato pese a que se encontraba demostrado que prestó sus servicios al finado con estribo en él, pues al margen de la veracidad de estas situaciones, de ellas no es posible derivar un indicio procesal enfilado a inculpar a dicha sociedad, pues la muerte del señor José Luis de Jesús Yepes Núñez no es un hecho que en fin, se pueda atribuir a su culpa o negligencia, porque ese desenlace funesto extraña que haya habido una injerencia médica de ese linaje, incluso se puede sostener, que el que vomite o no un paciente y que el líquido regurgitado sea broncoaspirado, es un evento que escapa a las manos de la ciencia médica. ¿Cómo exigirle a un galeno que impida que el paciente vomite? A tal grado no se puede, pues son los procesos que escapan del control médico, pero lo que sí puede hacer es adoptar las medidas pertinentes para que ello no ocurra o disminuir tal riesgo, medidas que como quedó demostrado adoptó el doctor José Bernardo Silva Flórez.

LA DEMANDA DE CASACIÓN

CARGO ÚNICO

Con apoyo en la causal primera prevista para el recurso extraordinario de que se trata, el recurrente denunció que la sentencia combatida, en relación con la CLÍNICA DE MARLY S.A., violó indirectamente los artículos 1613, 1614, 2341, 2344 del Código Civil y 16 de la Ley 446 de 1998; y, respecto de COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA S.A., esas mismas normas y, además, los artículos 1602 y 1603 de la obra inicialmente atrás mencionada, 38 de la Ley 153 de 1887 y

1º y 17 del Decreto 1570 de 1993, todo como consecuencia de los errores de hecho y de derecho en que incurrió el Tribunal al apreciar las pruebas del proceso, debiéndose tener en cuenta que la segunda clase de tales yerros, comportó el quebranto de los artículos 174, 177, 187, 249 y 250 del Código de Procedimiento Civil.

En sustento de la acusación, su proponente separó en dos grandes capítulos los desatinos que le imputó al *ad quem*, según su conexidad con la exoneración que se hizo de cada una de las demandadas, así:

I. CLÍNICA DE MARLY S.A.

1. ***“Error de derecho al dejar de apreciar en conjunto la historia clínica, el testimonio del cirujano que la suscribió y los indicios de la conducta procesal de la CLÍNICA DE MARLY”.***

1.1. De entrada, el impugnante afirmó la infracción medio de los artículos 174, 177 y 187 del Código de Procedimiento Civil.

1.2. Enseguida aseveró la ocurrencia, en el caso del señor José Luis de Jesús Yepes Núñez, sin perjuicio de otras fallas médicas, de *“dos negligencias graves en el suministro de la anestesia que están plenamente acreditadas con la historia clínica y con el dictamen pericial”*, a saber, no habersele practicado el *“examen pre anestésico”* y la realización de un *“lavado bronquial con suero fisiológico una vez se presentó la broncoaspiración”*.

1.3. Sobre lo último -el “*lavado bronquial*”- , precisó que pese a que con la demandada se allegó la “*historia clínica (epicrisis)*”, en la que se hizo expresa mención a la ocurrencia de ese hecho, el sentenciador de segunda instancia “*le dio mayor valor al testimonio del mismo médico cirujano, quien resultó ser socio de la Clínica de Marly[,] y, al rendir su declaración, se retractó de lo escrito y dijo que cuando todo ocurría, él estaba lavándose las manos*”, planteamiento en torno del cual reprodujo, en lo pertinente, el contenido de tales probanzas; advirtió que el propio doctor Carlos Ibla Niño, en el segundo de esos medios de convicción, reconoció que fue él quien elaboró el primero, así como la veracidad del mismo; y destacó que el citado juzgador no le dio “*ninguna importancia*” a esa actitud contradictoria del galeno, ponderación que, por lo tanto, “*se aparta totalmente del análisis racional de las pruebas y de las reglas de la sana crítica*”, toda vez que de su examen en conjunto se imponía “[d]arle prevalencia a la epicrisis”, por las siguientes razones:

1.3.1. Refleja lo ocurrido en el momento de la cirugía, amén que, conforme a la jurisprudencia, la “*historia clínica*” tiene “*pleno valor*” en este tipo de procesos.

1.3.2. Fue elaborada por el cirujano, mientras que el “*record anestésico*” proviene del propio “*anestesista*”, quien, “*se supone (...)[,] no iba a registrar su propio error médico*”.

1.3.3. Aquél “*es un profesional que no está en capacidad de saber qué es un lavado con suero fisiológico*” y, por ende,

debió calificarse de *“inadmisible la excusa que expresó en su testimonio de retractación[,] donde di[jo] que estos aspectos solo p[odían] ser declarados”* por el otro especialista.

1.3.4. Con el cambio de versión, lo que el doctor Ibla Niño puso de presente, fue su *“interés de defender patrimonialmente a la Clínica de Marly”*.

1.4. Previa reproducción de un amplio segmento de un fallo de esta Corporación, referido también a un *“accidente anestésico”*, el censor reclamó la aplicación en el caso *sub lite* de los planteamientos allí esgrimidos, *“pues el curso normal de los acontecimientos no permite prever que un paciente que ingresa al quirófano a una cirugía de apendicitis salga muerto”*, resultado *“anormal”* que *“impone que sea el propio deudor (...) el que tenga la obligación de explicar lo ocurrido”*.

1.5. Adicionalmente, el Tribunal no tuvo en cuenta que la demandada CLÍNICA DE MARLY S.A., *“negó haber prestado el servicio con fundamento en el convenio suscrito con COLMENA alegando que el término estaba vencido, no obstante lo cual en el proceso se acreditó que cobró los servicios”*; y *“no entregó copia completa de la historia clínica”*, cuando ella, de un lado, es *“la prueba más importante con la que pueden contar quienes formulan una demanda de responsabilidad médica”* y, de otro, en la de este caso, se registró la ocurrencia del *“lavado gástrico”*.

Sobre el punto, añadió el casacionista que no se está en frente de *“un caso dudoso de negligencia médica”*, o de uno en el que *“los médicos puedan excusarse en la falta de avance científico*

de la medicina”, de modo que no pudieron “prever y evitar” las complicaciones que se presentaron, temática que sustentó con la reproducción de una sentencia del Consejo de Estado.

2. ***“(…) error de hecho por errada apreciación del dictamen médico y la historia clínica, en relación con la no práctica del examen preanestésico y su incidencia en la muerte del paciente”.***

2.1. Precisó el censor, que la postura asumida por la parte demandante a lo largo del proceso fue que, por la conformación morfológica de la cabeza de la víctima, él era un “paciente de difícil intubación”, por lo que revestía menor riesgo que se le practicara una “intubación despierto”, y que la falta de realización de la valoración preanestésica, “generó que se hubiese escogido indebidamente el método de intubación de secuencia rápida, que se practica con el paciente dormido”.

2.2. Igualmente advirtió que “el error médico que se le imputa a los demandados y que está acreditado con el dictamen pericial, no consiste en la inadvertencia de la existencia de la vía [aé]rea difícil del paciente”, sino “simplemente en la falta del examen preanestésico que no permitió escoger adecuadamente el método de intubación menos riesgoso”.

2.3. Con tales bases, compendió las conclusiones a las que, en su concepto, arribó el Tribunal sobre este particular, consistentes en que “la falta del examen físico es irrelevante, o, en otras palabras, que dicho examen no era necesario”; que “con el dictamen y con la historia clínica está

probado que el paciente no tenía una vía respiratoria difícil"; y que *"así estuviera probado que el paciente tuviese intubación difícil, esta no fue la causa de [su] muerte"*. En relación con cada una de ellas, observó:

2.3.1. Sobre la *"irrelevancia"* del mentado examen, el censor consideró que el *ad quem* la sustentó, a la vez, en tres circunstancias, a saber: la inexistencia de antecedentes anestésicos del paciente; la urgencia de la intervención que éste requería, en la medida que *"podía justificar la no práctica del examen físico"*; y la pluralidad de factores que deben tenerse en cuenta para la escogencia de un método de intubación, que en este caso fue adecuado.

Al respecto, el censor puntualizó:

a) Resulta inexacta la experticia médica, porque *"en relación con la intervención por varicocele no está registrado en la historia clínica cuál fue el método de intubación utilizado (...). Esa inexistencia de datos (...), dejó sin fundamento la afirmación del perito según la cual ese antecedente 'sugiere que la vía [aé]rea no presenta[ba] dificultades': ¿cómo podía deducirse lo anterior si no se sabía cuál fue el método de intubación utilizado en ese episodio'. (...). El Tribunal no leyó lo dicho por el perito al aclarar su dictamen. No se percató de que en la historia clínica sólo se hacía referencia a que se le había practicado una operación bajo anestesia general, sin hacerse referencia a cuál método de intubación se aplicó (...)"*.

b) El dictamen no justificó ninguna ligereza en el examen que debía realizar el anestesiólogo, por razón del

cuadro clínico que presentaba el paciente. Las conclusiones generales de esa prueba, en las que se fincó el sentenciador para afirmar tal aserto, fueron modificadas en la aclaración, al punto que el galeno encargado de la misma, concluyó que **“la valoración preanestésica no fue adecuada y suficiente”**.

c) En cuanto a que el “*tiempo de ayuno*” del enfermo, que el anesthesiólogo estableció en 18 horas, correspondió al criterio que lo guio para escoger el método de anestesia que aplicó, el recurrente aseveró que “[e]l perito, en ninguna parte del dictamen hizo la anterior afirmación, por lo cual el Tribunal también incurrió en este caso en notorio error de hecho al apreciar la prueba, adoptando una conclusión -eminentemente técnica- que no se deduce de lo dicho en la pericia”.

d) En punto del criterio del sentenciador de segunda instancia, según el cual, de un lado, todos los métodos de intubación comportan riesgos y, de otro, el escogido por el doctor Silva Flórez fue “*el más adecuado*”, el recurrente reiteró la deficiente realización del examen preanestésico al señor Yepes Núñez; el riesgo que ello implicó, como quiera que pudo implicar “*la escogencia de un método inadecuado*”; y, previa reproducción del dictamen pericial, especificó que el concepto allí plasmado, de que “*el método escogido fue el adecuado*”, se hizo “*con base en las anotaciones existentes en la historia clínica; no se trató de una afirmación incondicional como la entendió el Tribunal. (...) El perito no dijo que el método hubiese sido adecuado, como lo afirmó el Tribunal. Dijo que era adecuado, **teniendo en cuenta la historia clínica**. Y también señaló que si se hubiese hecho examen físico y se hubiese detectado una vía*

aérea difícil, ese no era el método adecuado.(...). En síntesis, concluir que el método de intubación escogido fue el adecuado, desconoce abiertamente lo dicho por el perito, el cual determinó que para hacer esa escogencia era relevante el resultado del examen físico del paciente”.

2.3.2. Con relación a que el intervenido “no tenía una vía respiratoria difícil”, entre otras razones, porque fue efectivamente intubado, el impugnante, de entrada, afirmó que esa conclusión del *ad quem* se opone al dictamen pericial, pues allí “no [se] dijo que fuera imposible [i]ntubarlo y menos cuando estaba dormido. Lo que señaló el perito fue que, si el paciente tiene vía aérea difícil, lo mejor era [i]ntubarlo despierto”.

Adicionalmente, trajo a colación el interrogatorio de parte que absolvió GLADYS EUGENIA VILLAMIZAR GARZÓN, quien sostuvo que su esposo sí tenía la señalada dificultad y que él solicitó que se le hiciera “intubación despierto”, manifestaciones que fueron desconocidas por el Tribunal, pese a que tuvo en cuenta dicha probanza para deducir responsabilidad de la citada actora.

2.3.3. Finalmente, en cuanto hace a que la condición de tener el señor Yepes Núñez una vía respiratoria difícil, no fue una circunstancia “**relevante como causa del daño**”, el inconforme, luego de transcribir las apreciaciones del juzgador de instancia, destacó que según la experticia médica, “no puede deducirse que la intubación con el paciente dormido fuera irrelevante en el caso de que se presentara regurgitación o vómito. Lo que el perito expres[ó] (...) [fue] todo lo

contrario: que si el paciente hubiese estado despierto no se habría producido la broncoaspiración. (...). Tampoco puede deducirse que la broncoaspiración hubiese sido intrascendente porque el paciente ‘pudo respirar a través del tubo idotraqueal’. Lo que, por el contrario, señaló el cirujano en la epicrisis, es que la situación del paciente no era normal luego de la broncoaspiración, no obstante lo cual, dado el cuadro que presentaba, procedió a operarlo; lo que manifestó el cirujano es que presentaba una desaturación de oxígeno importante que mejoró transitoriamente”.

En tal orden de ideas, el censor coligió que el Tribunal apreció indebidamente dicha probanza, “*porque omit[ió] referirse a todas sus conclusiones en forma completa; cit[ó] parcialmente y de manera descontextualizada las manifestaciones del perito para deducir de su dictamen conclusiones que no son concordantes con la apreciación racional y conjunta de ese medio probatorio; de este modo, concluye que la omisión del anestesiólogo (no practicar adecuadamente la valoración preanestésica) no generó ningún riesgo p[ara] el paciente”.*

3. **“Error de hecho”** debido a la incorrecta **“apreciación del dictamen pericial, la historia clínica (epicrisis) y el testimonio del cirujano que la suscribió en relación con la incidencia de lavado con suero fisiológico, practicado después de la broncoaspiración”.**

3.1. Pese a que, en un principio, el perito simplemente conceptuó que el referido “lavado bronquial” pudo “*empeorar el cuadro*” del paciente, luego concluyó que ese procedimiento fue “*totalmente improcedente y **agravó** la situación*” del señor

Yepes Núñez, por lo que constituyó *“un error médico relevante en la producción del daño”*.

3.2. A continuación, reprodujo la experticia en lo relacionado con esta temática y adujo que “[l]a manifestación del Tribunal según la cual en este caso el lavado no empeoró la situación no puede extraerse del dictamen, puesto que el perito lo único que h[izo fue] señalar las graves consecuencias que tiene este equivocado procedimiento”.

3.3. Añadió, por una parte, que de dicha probanza no podían extractarse circunstancias que sirvieran para atenuar tal gravedad, pues *“el perito no señaló que la leve mejoría o el lapso transcurrido entre la broncoaspiración y la muerte evidenciaran que el lavado con suero fisiológico no tuvo ninguna consecuencia o no empeoró el cuadro del paciente”*; y, por otra, que dicha inferencia del *ad quem* luce equivocada, toda vez que “[u]na cosa es que el contacto del material regurgitado (jugo gástrico) con el pulmón genere una lesión inmediata (de ahí lo grave de expandir ese material con un lavado) y otra cosa es que el paciente muera inmediatamente [si] se produce la lesión pulmonar; esto no lo dijo el perito”.

II. Yerrores en relación con la responsabilidad reclamada en frente de COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.

1. Error de hecho por *“indebida interpretación”* del contrato que la citada demandada celebró con la señora GLADYS EUGENIA VILLAMIZAR GARZÓN, consistente en

“oponerle a los demandantes una cláusula de exoneración de responsabilidad, desconociendo que éstos reclaman perjuicios personales o iure proprio[,] razón por la cual el fundamento de la responsabilidad” que solicitaron “es el artículo 2341 del código civil (citado expresamente en los fundamentos de derecho de la demanda)[,] norma que regula la obligación de reparar perjuicios a cargo de quien causa un daño a otro, cuando no media entre el responsable y la víctima ningún tipo de contrato”.

En refuerzo de lo anterior, el censor reprodujo en lo pertinente las pretensiones de la demanda y su hecho 18, tras lo cual destacó que en ese libelo no se adujo ningún incumplimiento contractual, ni sus proponentes actuaron en la condición de herederos de la víctima, de lo que se sigue que la responsabilidad por ellos suplicada es de *“linaje extracontractual”*, naturaleza que le impedía al *ad quem* *“exonerar a COLMÉDICA con base en la estipulación pactada en un contrato”*, planteamiento que el recurrente sustentó con la reproducción, en extenso, de un fallo de esta Corporación, relacionado con el tema.

2. Error *“al pasar por alto que las normas (...) del decreto 1570 de 1993, que regulan la responsabilidad de las empresas de medicina [p]repagada[,] se entienden incorporadas”* a los contratos que, con ese fin, ellas celebran, de modo que el *ad quem* *“dejó de considerar, con base en dichos preceptos, que las estipulaciones contractuales del contrato de afiliación resultaban concordantes con las citadas disposiciones”*.

Explicó el censor, que en el fallo cuestionado se predicó que *“una exoneración de responsabilidad de linaje contractual (...) prevista en una norma legal”*, tiene aplicación *“incluso sin que la estipulación se pacte”*, o, en otros términos, que es factible colegir *“que -por tener origen en la ley- sus efectos se extienden a quienes demandan el pago de perjuicios extracontractuales”*.

Tras memorar lo que el *ad quem* dijo en torno del artículo 17 del citado decreto, el impugnante afirmó que *“COLMÉDICA es responsable de los daños sufridos por Gladys Eugenia Villamizar y Andrés Felipe Yepes, porque dicha sociedad prestó el servicio médico en desarrollo del cual falleció su esposo y su padre. Una sociedad que presta un servicio médico y causa un daño en desarrollo de dicho servicio tiene la obligación de reparar los daños con fundamento en el citado artículo 2341, que fue el precepto legal inaplicado por el Tribunal”*, sin que ese deber se desvanezca por el hecho de que la empresa de medicina prepagada haya prestado el servicio a través de otra, con la cual contrató para el efecto, figura que no reduce el compromiso de aquélla *“a poner a disposición de los usuarios un centro clínico y a pagar los servicios prestados por éste”*, como equivocadamente lo entendió dicha autoridad.

Especificó el censor, que según voces del artículo 16 del Decreto 1570 de 1993, son tres las modalidades que existen para que las empresas de medicina presten los servicios médicos a que se obligan: *“(1) en forma directa; (2) a través de profesionales de la salud o instituciones de salud adscritas o (3) a través de la libre elección por parte del usuario”*; y que en el caso sobre el que versó este litigio, COLMÉDICA optó por la

segunda, esto es, prestó los servicios médicos *“a través de la sociedad CLÍNICA DE MARLY que era un establecimiento adscrito (...) en virtud de un contrato celebrado entre estas dos sociedades”*.

Así las cosas, el recurrente coligió, en primer lugar, que *“[n]o puede desdoblarse la responsabilidad porque quien contrajo la obligación de prestar el servicio fue COLMÉDICA y el paciente no celebró ningún contrato con la CLÍNICA DE MARLY o con los médicos que lo atendieron”*, supuesto en el que, de todas maneras, *“COLMÉDICA en su condición de prestadora del servicio es responsable de los daños que se causen como consecuencia de la prestación del mismo”*.

Y, en segundo lugar, que el Tribunal interpretó incorrectamente el artículo 17 de la citada compilación legal, que reprodujo, puesto que la *“obligación de las empresas de MEDICINA PREPAGADA es la prestación de un servicio de salud, tal como lo dispone el artículo 1 del mismo decreto (...), razón por la cual ella debe responder (...) por los perjuicios que se causen como consecuencia de la prestación de ese servicio, sin importar que el mismo se preste directamente o a través de una entidad adscrita, puesto que en ambos casos se está prestado un servicio de salud”*.

Clarificó que la *“precisión que la norma (...) hace[,] en relación con la responsabilidad de la empresa de MEDICINA PREPAGADA por los daños que causen sus propios empleados del área administrativa o asistencial[,] no puede entenderse como una exoneración legal de responsabilidad por los daños que cause una empresa de tal naturaleza cuando la prestación de los servicios no se haga a través de sus propios empleados”*.

Añadió que esa interpretación *“desconoce abiertamente el tenor literal de la norma[,] porque ella no dispone que estas empresas respondan exclusivamente en los dos eventos allí enumerados: dispone que responden particularmente en esos casos, sin excluir los demás eventos en los que su responsabilidad se derive del incumplimiento de su obligación legal que -se itera- es la de prestar servicios de salud”*.

Insistió en que, *“[d]e ninguna manera[,] puede considerarse que el decreto hubiese consagrado una exclusión de responsabilidad para las empresas de medicina prepagada[,] cuando incumplen la obligación de prestar adecuadamente el servicio a un paciente, si dicho servicio se presta a través de una entidad adscrita. Ese no es el alcance que puede dársele a esta norma porque contradice abiertamente su tenor literal”*.

III. Al cierre de la demanda, su proponente solicitó casar la sentencia del Tribunal y que la Corte, colocada en sede de instancia, revoque la dictada por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Descongestión de esta ciudad, el 30 de julio de 2010, para, en su lugar, *“declarar la responsabilidad civil extracontractual de las sociedades demandadas”,* debido a la *“muerte del galeno José Luis de Jesús Yepes Núñez y, consecuentemente, condenarlas a pagar los perjuicios reclamados (...)”*.

CONSIDERACIONES

1. El quid del debate planteado en las instancias, fue que el deceso de la precitada víctima, ocurrido en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica de Marly de esta capital,

el 31 de julio de 1999, horas después de haber sido intervenido quirúrgicamente como consecuencia de la apendicitis aguda y perforada que se le diagnosticó, obedeció a que el método de intubación utilizado por el médico que le aplicó la anestesia -*“de secuencia rápida”*- no fue el correcto, debido a que en el examen preanestésico que le realizó, omitió valorar que él presentaba una *“vía aérea difícil”*, situación que aconsejaba el método de *“intubación con paciente despierto”*.

Adicionalmente se imputaron a ese especialista, como errores adicionales que complicaron la situación clínica del paciente, las siguientes fallas: que una vez acaeció la broncoaspiración que lo afectó, efectuó un *“lavado bronquial con suero fisiológico”*, como aparece registrado en la *“epicrisis”*, procedimiento contraindicado cuando el material aspirado es líquido, como en el caso de que aquí se trata, pues puede ocasionar que los fluidos tengan un mayor esparcimiento y lleguen a lugares más recónditos de los pulmones; y que lo extubó, cuando los indicadores de oxigenación eran demasiado bajos.

2. El Tribunal, en su fallo, respecto de tales deficiencias, observó:

2.1. Sobre la primera, que en el proceso no se probó que el señor Yepes Núñez en verdad tuviera una *“vía aérea difícil”*, sino que, por el contrario, habían elementos de juicio que permitían pensar que ello no era así, en especial, que en ocasión anterior fue intervenido quirúrgicamente con

anestesia general y no presentó complicaciones, que era anesthesiólogo y no reportó tal defecto y que, en la práctica, fue intubado sin complicaciones.

Además destacó que esa deficiencia, si existió, no fue la causa de la broncoaspiración que aquél sufrió, pues la dificultad que pueden presentar las vías respiratorias del paciente, es una circunstancia directamente relacionada con el grado de complejidad que puede ofrecer su intubación y no con el hecho de que regurgite o vomite.

2.2. En torno de la segunda, que no se probó la realización del *“lavado bronquial”*, pues la única mención sobre su verificación aparece en la *“epicrisis”*, sin que el médico cirujano que la elaboró, doctor Carlos Ibla Niño, en la declaración que rindió en el curso del proceso, hubiese ratificado su práctica, amén que tal procedimiento, de haber tenido ocurrencia, no complicó la situación del intervenido, pues ningún efecto perjudicial le sobrevino de forma inmediata, como quiera que durante todo el proceso quirúrgico, que fue posterior, respiró satisfactoriamente.

2.3. Y, finalmente, en lo concerniente con la extubación, descartó que la misma se hubiese efectuado en un momento inapropiado.

3. En casación, los recurrentes mantuvieron el debate sólo en relación con la deficiencia del examen preanestésico y con la indebida realización del *“lavado bronquial”*.

Para controvertir las conclusiones que sobre esos aspectos del litigio extrajo el *ad quem*, el censor le enrostró la deficiente ponderación, una vez por errores de derecho y otras de hecho, del dictamen pericial, de la epicrisis, del testimonio del ya nombrado doctor Ibla Niño y de los indicios derivados de la conducta asumida por la CLÍNICA DE MARLY S.A., al negar la existencia del contrato de prestación de servicios médicos que celebró con la otra demandada y al entregar incompleta la historia clínica.

En resumen, el casacionista adujo la falta de apreciación conjunta de esos medios de convicción (error de derecho) y/o la deficiente valoración de los mismos por separado, como quiera que se alteró su genuino contenido y significado (error de hecho), desatinos que, en su opinión, condujeron al *ad quem* a desconocer que la valoración preanestésica no comprendió el examen de la vía aérea del paciente; a no ver que, en virtud de ello, el anestesiólogo equivocó la escogencia del método de intubación; a ignorar la práctica del “*lavado bronquial*”; y a minimizar indebidamente la incidencia de este procedimiento, en el resultado final, que fue el fallecimiento del enfermo.

4. Como buena parte de los cuestionamientos que el censor le formuló al Tribunal, refirieron la desfiguración de los medios de convicción atrás relacionados, estima la Corte necesario reproducirlos, claro está, en lo pertinente, esto es, en lo concerniente con los dos aspectos fácticos materia del cargo, según ya se puntualizó, a efecto de establecer su verdadero contenido objetivo, para, con tal base, determinar

si dicha autoridad incurrió o no en los desafueros que se le atribuyeron y si, en ese caso, los errores que cometió, tienen la trascendencia necesaria para ocasionar la rotura de su fallo.

4.1. El “RESUMEN DE EGRESO” o “epicrisis” que elaboró el doctor Carlos Ibla Niño, en su condición de médico tratante (cirujano) del señor José Luis Yepes Núñez, y que figura en el folio 36 del cuaderno No. 1 A, reza lo siguiente:

Paciente de 28 años de edad quien ingresa por el servicio de urgencias por presentar cuadro clínico de apendicitis aguda perforada de unas 36 horas de evolución.

Paciente había estado en su casa recluso y comenzó a presentar particularmente 12 horas antes dolor abdominal en fosa iliaca derecha acompañada de fiebre y malestar general y vómito. Razón por la cual consulta.

Al examen de ingreso paciente en buenas condiciones generales, joven[,] bien nutrido[,] con signos vitales normales[,] cabeza normal, cuello normal[,] tórax sin alteraciones[,] abdomen blando[,] doloroso en fosa iliaca derecha donde hay defensa muscular voluntaria y se palpa la presencia de masa inflamatoria.

El CH mostró 16000 glóbulos blancos con desviación marcada a la izquierda y formas en banda.

Con el DX de Apendicitis aguda perforada y absceso en fosa iliaca derecha y pélvica se decide llevar a cirugía.

Bajo anestesia general[,] en el momento de la intubación para iniciar el proceso operatorio[,] se presenta regurgitación o vomito de contenido gástrico el cual[,] al parecer[,] (...) produce en ese momento broncoaspiración, inmediatamente

se procede a practicar lavado bronquial con suero fisiológico y aspiración. Se notó antes de iniciar el tto operatorio una desaturación de oxígeno importante que mejoró transitoriamente y de manera parcial con la ventilación a través de la máquina de anestesia.

Dada la condición especial del paciente y de su cuadro clínico se decide practicar una incisión de Rocky an Davis (sic) para apendicectomía y drenaje[,] evidentemente se encuentra colección purulenta la cual se drena completamente de la fosa iliaca derecha[,] completamente tabicada[,] sin evidencia de peritonitis generalizada.

Se encuentra un apéndice necrosado el cual se retira y se hace ligadura de la base del apéndice sin invaginación.

Se recubre con epiplón, cierre de la pared.

Al intentar la extubación pop se nota una desaturación completa del paciente[,] razón por la cual se hace nuevamente una intubación orotraqueal y se traslada a la UCI para manejo de síndrome de dificultad respiratoria del adulto por broncoaspiración masiva.

Se realiza una Rx de tórax que demuestra compromiso severo de ambos campos pulmonares[,] con blanqueamiento completo de los dos campos, igualmente se realiza una broncoscopia para lavado bronquial e identificación de lesión asociada y destapar los bronquios principales y hasta donde sea posible en las ramificaciones intrapulmonares.

Se encuentra una severa congestión y hemorragia en los bronquios observados y se practica lavado selectivo de bronquios primarios y secundarios.

Sin embargo, la mejoría es mínima y se observa una hipoxemia muy severa a pesar de concentraciones altas de oxígeno con pip elevado y volúmenes pulmonares adecuados.

Igualmente en la fase inicial[,] en las pocas horas de su traslado a la UCI[,] se observa una cianosis marcada en el cuerpo y una tendencia a la hipotensión importante.

Se maneja a base de monitoria clínica con Swan Ganz con parámetros[,] demostrando una persistencia de hipoxemia muy severa no corregible a pesar de los esfuerzos con el ventilador y con una hipotensión severa que al final no responde a ninguna de las ayudas farmacológicas para estabilidad hemodinámica.

A las 14 horas del accidente anestésico el paciente hace paro cardiorespiratorio de[1] cual no revierte.

Fallece en la UCI.

CARLOS IBLA

4.2. El precitado profesional rindió declaración en audiencia practicada el 28 de abril de 2005, en la que relató todos los antecedentes del caso del doctor Yepes Núñez, que lo condujeron a diagnosticarle “apendicitis aguda” y a ordenar su “traslado inmediato al servicio de urgencias de la Clínica de Marly”.

Precisó que el “anestesiólogo disponible era el Dr. JOSÉ BERNARDO SILVA, con quien hablé previamente y le informé que se trataba de un paciente que además era un sobrino de mi esposa y que quería que le hiciera una revisión pre-quirúrgica ya que requería se le hiciera una cirugía en las horas de la mañana. En urgencias le canularon una vena, le iniciaron administración de líquidos y el Dr. SILVA, el anestesiólogo, baj[ó] a valorarlo y posteriormente se ordenó el traslado a sala de cirugía que en Marly queda[n] en el segundo piso. Yo subí un rato más tarde a cirugía, al poco tiempo subí, me cambié para el traje de entrar a cirugía, ingresé a la sala. Vi que todo estaba preparado para iniciar el procedimiento y me retiré hacia el servicio de los lavaderos de las manos de los cirujanos para cumplir con el requisito del lavado de

manos. Durante ese período, se realizó el proce[s]o de inducción anestésica y cuando ingresé a la sala me informó el Dr. SILVA de una posible broncoaspiración con material de contenido gástrico. Lo vi haciendo las maniobras correspondientes cuando esta situación sucede y decidí realizar el procedimiento quirúrgico ya que se trataba de un proceso infeccioso evolutivo, practicándole una apendicectomía bajo anestesia general. Al terminar la cirugía notamos desaturación de oxígeno, razón por la cual me retiré de la sala de cirugía para buscar a la esposa de JOSÉ LUIS, y comentarle el evento que se había presentado. Con ella conversamos un rato en el área quirúrgica y le expliqué que el paciente quedaría en el área de cuidado intensivo dada la gravedad del episodio o evento que sucedió. Posteriormente en cuidado intensivo se realizaron los estudios para confirmar y evaluar la magnitud del daño causado por la broncoaspiración, nos colaboraron el médico de cuidado intensivo, neumología, y el grupo de anestesiólogos disponibles en recuperación. Estuvimos viéndolo todo el día y como a la media noche viendo que la evolución era bastante mala y a la madrugada se me informó del fallecimiento de JOSÉ LUIS”.

Indicó que en “el folio 36 aparece [la] epicrisis, no está firmada por mí, pero yo la dicto”, y que “es un resumen de los eventos y circunstancias que rodean una hospitalización, es el resumen de toda la historia”.

Respecto de la regurgitación y broncoaspiración que experimentó el paciente, manifestó que quien se dio cuenta de su ocurrencia fue el anestesiólogo, que estaba “en esa faena de intubación orotraqueal”; y que ello significa que “antes

de la colocación del tubo se produ[jo] el vómito”, por lo que debió proceder a la intubación en forma inmediata.

Luego de referirse a la “*desaturación*” que presentó el intervenido, como consecuencia del daño pulmonar ocasionado por la broncoaspiración, y al control que se hizo de la misma durante la cirugía, especificó que la “*extubación traqueal significa que se retira el tubo, la extubación postoperatoria significa que el anestesiólogo retira el tubo o quiere valorar la respuesta postoperatoria respiratoria del paciente. Y si no tiene niveles adecuados de oxigenación espontánea por respiración espontánea vuelve a intubar*”. En un aparte posterior, clarificó que él no estuvo presente al momento de la extubación del señor Yepes Núñez, pues había salido a conversar con su esposa, como ya lo relató.

Tras ponérsele de presente, que en la historia clínica se registró que en la unidad de cuidados intensivos se realizó una “*broncoscopi[a] para lavado bronquial*”; y preguntársele quién la realizó, el testigo señaló que “*se solicitó interconsulta con el servicio de neumología de la clínica y nos asistió, no me recuerdo el nombre de la doctora que estaba también de turno, nos asistió y la realizó una neumóloga del servicio de neumología de la clínica, no recuerdo el nombre de la doctora*”. En relación con este mismo tema, la declaración continuó en los siguientes términos:

PREGUNTADO: sírvase decirnos si dicho procedimiento denominado broncoscopi[a] para lavado bronquial, es distinto al lavado bronquial con suero fisiológico y aspiración al que se refiere la historia cuando se está hablando de la

broncoaspiración. CONTESTO: básicamente es el mismo procedimiento guiado por visión directa, a través del broncoscopio. PREGUNTADO: en la historia clínica se señala primero que en el momento de la broncoaspiración, ‘inmediatamente se procede a practicar lavado bronquial con suero fisiológico y aspiración’. Luego se indica que en la unidad de cuidados intensivos se hizo una ‘broncoscopia para lavado bronquial e identificación de la lesión’. Sírvase precisarnos si se trató de dos procedimientos distintos. CONTESTO: Primero más que lavado es una limpieza a través del tubo, eso fue lo que se hizo en salas de cirugía. Son hechos en distintos sitios, por personas distintas, pero básicamente es dirigido a hacer limpieza traqueobronquial. Todo va dirigido a eso. PREGUNTADO: en la historia clínica se habla específicamente de que al momento de la broncoaspiración se procedió a practicar un lavado bronquial con suero fisiológico y aspiración. Usted puede explicarnos en qué consiste ese procedimiento. CONTESTO: eso se lo dejo al anesthesiólogo, a mí no me consta, porque yo estaba haciéndome lavado de manos, estaba simplemente haciendo aspiración a través del tubo, pero eso a mí no me consta porque es de anestesia.

En un segmento posterior, sobre el mismo punto, el testigo complementó:

PREGUNTADO: Ud. nos informa, de acuerdo con preguntas anteriores, que Ud. entró en el quirófano cuando se había presentado ya la complicación. Ud. podría indicarnos qué maniobras o más bien podría indicarnos si Ud. vio al Dr. JOSÉ BERNARDO SILVA llevando algún tipo de maniobra para atender esta complicación. CONTESTO: me consta que el Dr. SILVA tenía al paciente entubado y estaba aspirando la tráquea, a través del tubo. PREGUNTADO: después de atendida la complicación del paciente, a través de las maniobras que Ud. nos narra, qué sucedió. CONTESTO: en ese momento todo el personal de sala de cirugía estaba colaborando con el Dr. SILVA en atender el evento o accidente, que había sucedido. Esperé unos minutos vestido de cirujano, esperando la estabilización[,] porque la decisión

de intervenir era absoluta. Durante el acto operatorio no puedo dar fe del manejo anestésico[,] porque estaba concentrado en mi actitud quirúrgica.

Adelante, al ser interrogado sobre si “el resumen de la historia clínica que Ud. reconoció como suya, lo hizo con fundamento en lo que a Ud. personalmente le consta o con lo que le contaron o dijeron otras personas”, respondió: “con las dos fuentes de información”; y especificó que “la epicrisis es un resumen de todos los acontecimientos, información y conceptos consignados en la historia clínica”.

Sobre el riesgo de no operar a un paciente con un diagnóstico similar al que se le dictaminó al señor Yepes Núñez, manifestó que “la apendicitis es un proceso inflamatorio, purulento en cavidad cerrada y la evolución es hacia la peritonitis generalizada, septicemia[,] falla multisistémica y muerte”, riesgos que, sin duda, aquél hubiese corrido, de no haber sido intervenido (fls. 419 a 424, cd. 1 A).

4.3. El dictamen pericial relacionado con la atención médica que se brindó al señor Yepes Núñez, fue rendido por el médico anesthesiólogo, especialista en “intubación difícil”, doctor Miguel Ángel Rojas Díaz, quien fue escogido de la lista que, a solicitud del juzgado del conocimiento, remitió la “SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN”, obrante a folio 440 del cuaderno No. 1 B.

La experticia, en lo pertinente, es del siguiente tenor:

CUESTIONARIO 1

ELABORADO POR EL APODERADO DE LA PARTE ACTORA:
DOCTOR MARTÍN BERMÚDEZ MUÑOZ

1. *Sírvase determinar, con base en los documentos de la historia clínica, si al doctor José Luis Yepes se le realizó valoración preanestésica.*

Sí se le realizó el día 30 de julio de 1999. No hay reporte de hora.

En particular, determine en qué consistió dicha valoración, cuál fue el interrogatorio realizado al paciente, qué examen físico se hizo en la valoración, si se consignaron los antecedentes del paciente y en qué documentos está consignada dicha valoración.

En la historia clínica hay una valoración preanestésica hecha por el doctor José Bernardo Silva, que incluye identificación, edad, antecedentes de importancia, revisión por sistemas y examen físico, laboratorios y diagnóstico.

Como antecedentes consignados en el documento están: Quirúrgicos: varicoselectomía bajo anestesia general sin ninguna complicación.

Patológicos: Úlcera duodenal y arritmia cardíaca.

Farmacológicos: Orazole.

En la revisión por sistemas, como dato importante: vómito.

En el [e]xamen físico están consignados los signos vitales. No hay datos de peso, talla, ni examen de cabeza. Cardiopulmonar normal. Abdomen con dolor localizado en fosa iliaca derecha.

Laboratorios: cuadro hemático.

Diagnóstico: apendicitis. Estado [f]ísico (clasificación Asa I).

2. *Sírvase determinar, en el evento en que se haya realizado valoración preanestésica, si en ésta se valoró la vía aérea y se tuvo en cuenta la conformación morfológica de la mandíbula del paciente y si se determinó la posibilidad de intubación difícil.*

No hay datos en la valoración preanestésica. El antecedente de un procedimiento bajo anestesia

general sin antecedentes de complicaciones anestésicas, incluida la vía aérea, y ausencia de traumas maxilofaciales sugiere que la vía aérea no present[aba] dificultades. El hallazgo de conformación morfológica de la mandíbula como dato único en el examen físico, no implica posibilidad de intubación difícil.

3. Con base en las dos respuestas anteriores, determine si la valoración preanestésica fue adecuada y suficiente, dadas las condiciones y particularidades del paciente.

A pesar de que en la valoración preanestésica no hay datos consignados acerca de la vía aérea (lo cual no quiere decir que no se hayan contemplado), la valoración preanestésica se ajusta a las normas de evaluación necesarias en un paciente joven y previamente sano, con diagnóstico de apendicitis perforada y absceso localizado.

4. Sírvase determinar si en un proceso inflamatorio e infeccioso de origen abdominal, es cierto que 8 horas de ayuno, garantizan que el estómago esté vacío.

No lo garantizan.

5. Sírvase determinar si el procedimiento de intubación empleado fue adecuado y si, atendiendo el estado de la ciencia médica empleada en estos casos (*lex artis*), existían otras posibilidades de intubación y de técnica anestésica que disminuyeran o no pusieran en riesgo la vida y la salud del paciente.

Sí. El procedimiento de intubación empleado fue adecuado.

Cuando se enfrenta a un paciente joven sin antecedentes de importancia, con patología abdominal aguda localizada (nota del cirujano), sin compromiso importante del estado general, con examen físico normal excepto el abdomen (según la nota de ingreso, del cirujano y del anesthesiólogo), no historia de vía aérea difícil (no hay ningún dato en la historia clínica), con posible estómago lleno, existen tres posibilidades de técnica anestésica, todas igualmente válidas en este caso: Anestesia general con inducción de secuencia

rápida. Anestesia general con intubación despierto. (De primera elección cuando hay signos de obstrucción intestinal o distensión abdominal). Anestesia regional central.

Ninguna asegura al 100% que el paciente no regurgite ni broncoaspire.

Para determinar lo anterior, sírvase absolver los siguientes interrogantes:

a.- Resulta adecuado que, una vez determinado que se está ante una intubación difícil[,] ¿se escoja la secuencia rápida?

No. En este caso no se ha determinado una intubación difícil. Para determinar una posible vía aérea difícil existen elementos de la historia clínica, tanto de los antecedentes como del examen físico. A este paciente se le había dado previamente anestesia general para una varicocelectomía sin eventos adversos en el manejo de la vía aérea (anestesia general sin complicaciones). Desde el punto de vista del examen físico NO hay datos consignados en la evaluación preanestésica.

Si el paciente tenía alguna alteración morfológica de la mandíbula (no est[á] consignado en la historia clínica) este único dato no es condición de vía aérea difícil.

Al revisar el registro anestésico del paciente, en las dos ocasiones en que se intubó, se hizo sin dificultad alguna. Cuando se enfrenta a una vía aérea difícil anticipada no se escoge la secuencia rápida.

b.- En el caso del doctor José Luis Yepes, teniendo en cuenta sus antecedentes[,] ¿no era más seguro realizar una intubación con el paciente despierto?

No, puesto que el paciente no presentaba signos de obstrucción intestinal o distensión abdominal. De hecho la intubación con el paciente despierto es m[á]s segura (sin que sea el 100%) y se usa como primera elección en pacientes con estómago lleno y signos de íleo obstructivo o distensión abdominal, o en pacientes con posible vía aérea difícil.

Precise el método empleado en el presente caso e indique, teniendo cuenta el estado de la ciencia médica (lex artis) y las circunstancias que se presentaron, cuál era la técnica más segura y recomendable a aplicar. En el evento en el que no se haya empleado la técnica más adecuada, explique cuál era el procedimiento a seguir.

En el presente caso se utilizó una técnica con inducción de secuencia rápida. Según las condiciones del paciente era la más adecuada (no había signos de obstrucción intestinal o peritonitis generalizada para pensar en intubación despierto).

(...)

d.- Teniendo en cuenta que, según la historia clínica, el doctor José Luis Yepes vomitó en las horas de la mañana anteriores[,] ¿esta información no debía inducir a pensar que el procedimiento a emplear era la intubación despierta?

No necesariamente. La situación es de un paciente con posible estómago lleno, con patología abdominal localizada sin distensión ni signos de obstrucción intestinal.

Es importante resaltar que la intubación despierto a pesar de ser m[á]s segura, no le asegura el que no regurgite y broncoaspire. No es infrecuente que durante la intubación despierta, el paciente haga intentos de vómito, además en la técnica habitual existe un intervalo de varios minutos riesgosos donde las cuerdas vocales, y parte de la tr[á]quea deben anesthesiarse (para poder colocar el tubo que es un estímulo molesto muy intenso, por lo que si no se hace así, el paciente virtualmente hace todo lo posible por evitar su introducción). Esto hace que las cuerdas no permitan defenderse (porque no se cierran) de la broncoaspiración masiva si hay regurgitación (que es muy fácil que ocurra si hay obstrucción intestinal severa) o vómito.

e.- En la historia clínica[,] el día de la realización del procedimiento de anestesia, figuran las siguientes anotaciones:

12:50 Inducción

12:55 Intubación orotraqueal.

Con base en lo anterior ¿resulta adecuado que se realice intubación orotraqueal cinco minutos después de haberse colocado los inductores y el relajante despolarizante?

En la inducción de secuencia rápida es vital la preoxigenación con oxígeno al 100% por máscara facial por lo menos 3 minutos previos, con el objetivo de desnitrogenar el pulmón y aumentar las reservas de oxígeno y así evitar la hipoxemia (disminución del oxígeno de la sangre) el tiempo que no va a estar ventilado, al utilizar los inductores intravenosos y el relajante neuromuscular. Además hay que darle latencia a cada una de las drogas (dextrotubocuraruba: 3 minutos, Fentanyl: 2.5 minutos, Tiopental sódico: 1 minuto, Succinilcolina: 1 minuto) lo importante es que estas dos [últimas drogas se apliquen lo más rápidamente posible, casi en forma simultánea y que desde el momento de la administración del relajante neuromuscular no pase más de un minuto para la intubación, lo cual corresponde a lo escrito en el registro anestésico.

(...)

7. Conforme la historia clínica y la epicrisis, qué manejo de la vía aérea se realizó realmente al comprobar broncoaspiración?

Se aspiró la vía aérea? Se lavó la vía aérea? Se hizo lavado con solución salina? Este procedimiento presenta el riesgo de diseminar en el árbol bronquial el contenido de la broncoaspiración?

En el registro anestésico está consignado el evento: intubación orotraqueal (se observa jugo gástrico en glotis) se aspira vía aérea. No hay datos de que se haya hecho lavado.

En la epicrisis (hecha por el cirujano) está consignado que se hizo lavado, lo cual no coincide con el registro anestésico.

Es cierto que el lavado puede empeorar el cuadro.

Determine si este manejo fue adecuado y cuál era el procedimiento a seguir en ese evento.

El manejo cuando se detectó el evento (broncoaspiración) fue el adecuado.

(...)

14. Según la historia clínica, el doctor José Luis Yepes falleció por un paro cardiorrespiratorio, después de 14 horas de haber sufrido un accidente anestésico, que ocurre en el momento de la intubación. Determine, a modo de conclusión[,] ¿en qué consistió el accidente anestésico que refiere la historia clínica y, según los protocolos médicos y las particularidades del paciente, de qué manera podría haberse evitado dicho accidente?

El doctor José Luis Yepes presentó regurgitación y broncoaspiración en la inducción anestésica, que se manejó con aspiración inicial por tubo orotraqueal y luego oxigenación y ventilación mecánica, que concuerda con la literatura médica.

El paciente presenta un síndrome de dificultad respiratoria severa en el postoperatorio inmediato que lleva a una hipoxemia severa persistente y deterioro multisistémico progresivo a pesar de mediación agresiva de soporte, por lo que fallece 14 horas después.

La broncoaspiración como complicación en anestesia es un evento raro. Un estudio reportó que la aspiración pulmonar ocurrió en 1 entre 1216 anestесias. Para cirugía electiva la incidencia de aspiración fue 1 en 3886, comparado con 1 en 895 para cirugías de emergencia (...).

Las medidas preventivas para que no ocurriera el evento (tipo de inducción, posición, maniobras) no aseguran el 100% y cuando el evento ocurre, las medidas son de soporte (...).

Este paciente tenía un cuadro abdominal agudo localizado con posible estómago lleno, sin signos de obstrucción intestinal ni peritonitis generalizada, ni datos de vía aérea difícil, por lo cual se planteó inducción de secuencia rápida, que está soportada por la literatura médica como adecuada.

No existe ningún método por agresivo que sea que garantice el 100% de seguridad de no regurgitación y

broncoaspiración, ni siquiera el método de intubación despierto que aunque es m[á]s segur[o] y se utiliza de primera elección en pacientes con estómago lleno y signo de obstrucción intestinal y distensión abdominal o en pacientes con vía aérea difícil (que no era la condición clínica del paciente).

El curso que present[ó] este paciente es atípico en cuanto a lo agresivo de su evolución, pues hubo un síndrome de dificultad respiratoria de adulto que evolucion[ó] a muerte en solo unas pocas horas, lo cual no es el curso normal de una aspiración como esta, donde ni el anestesiólogo consideró como severa (no se describe aspiración de gran cantidad de contenido) ni el neumólogo observa gran evidencia de aspirado haciendo una broncoscopi[a] dos horas y media después.

CUESTIONARIO PERITO No. 2
ELABORADO POR EL APODERADO DE COLMÉDICA
MEDICINA PREPAGADA:
DR. CARLOS E MANRIQUE N.

(...)

B. Si los procedimientos y tratamientos que se hicieron en el manejo del episodio de regurgitación son los que ordinariamente se hacen ante estos episodios durante un acto quirúrgico.

Sí, son los que se hacen ordinariamente.

(...)

G. Si el método o procedimiento de inducción anestésico usado en la operación a que se refiere la demanda es adecuado, según los protocolos médicos, (...) la situación y antecedente que presentaba el paciente cuando fue admitido y valorado en urgencias antes de la operación.

Sí, es adecuado.

CUESTIONARIO No. 3
ELABORADO POR LA APODERADA DEL DR. JOSÉ
BERNARDO SILVA:

DRA. CATALINA ROSERO DÍAZ DEL CASTILLO

(...)

2. De acuerdo con la valoración preanestésica del paciente y su diagnóstico de apendicitis ¿cuál era la conducta a seguir por parte del [a]nesthesiólogo a cargo del paciente?

Ante este cuadro clínico y su evolución se maneja como una urgencia con posible estómago lleno para lo cual hay tres posibilidades:

-Anestesia general con inducción de secuencia rápida.

-Inducción con intubación despierto.

-Anestesia regional.

Debido a las condiciones del paciente (no signos de patología abdominal generalizada, no signo de obstrucción ni distensión abdominal, no signo de aparente vía difícil) la primera elección era anestesia general con inducción de secuencia rápida (...).

3. ¿Existe la posibilidad de que durante la inducción anestésica, el paciente regurgite o broncoaspire?

Sí. La aspiración es un riesgo (aunque poco frecuente) para todo paciente que es sometido a anestesia general o recibe drogas que alteren los reflejos normales protectores de la vía aérea.

4. Dentro de las medidas y procedimientos utilizados en [a]nesthesiología para disminuir las posibilidades de una broncoaspiración ¿se encuentra la denominada inducción de secuencia rápida?

Sí.

5. ¿En qué consiste la inducción de [s]ecuencia [r]ápida?

La inducción es el período en el que el anesthesiólogo lleva al paciente desde el estado de vigilia (reflejos íntegros) al estado de sueño fisiológicamente controlado, esto se hace con una combinación de drogas hipnóticas y relajante muscular para optimizar la vía aérea y evitar la regurgitación y broncoaspiración; es de [s]ecuencia [r]ápida cuando en la hipnosis y relajación muscular se utilizan drogas que actúan rápidamente y permiten que en muy corto

tiempo se pueda establecer una vía aérea permeable (intubación traqueal) segura y así evitar la broncoaspiración (...).

6. ¿Cuál es el propósito que se persigue cuando se utiliza la inducción de [s]ecuencia [r]ápida?

Disminuir el tiempo en que el paciente esté desprotegido de sus reflejos y así pueda broncoaspirar.

7. De acuerdo con la condición clínica del paciente José Luis Yepes ¿estaba indicada la técnica de inducción anestésica denominada (...) de [s]ecuencia [r]ápida?

Sí estaba indicada.

8. Según la historia clínica ¿en el caso del paciente José Luis Yepes, existía alguna evidencia de dificultad en la intubación?

No había evidencia de intubación difícil.

9. ¿Existe alguna técnica que elimine en un 100% el riesgo de regurgitación durante la inducción anestésica?

La intubación despierta es una técnica que brinda más seguridad, puesto que el paciente permanece despierto, se utiliza anestesia local, pero no se puede afirmar que sea 100% segura. Como no se puede afirmar en el manejo de ninguna técnica anestésica.

10. ¿[C]uáles eran las características de material regurgitado por el paciente José Luis Yepes?

Según el registro anestésico era jugo gástrico.

11. ¿Cuáles son las maniobras indicadas en caso de aspiración de material líquido?

Cuando la broncoaspiración es presenciada las maniobras indicadas son: aspiración rápida de la faringe, posición cabeza más baja para evitar que el líquido ingrese en la vía aérea, intubación urgente, inflar el neumotaponador y protección de la vía aérea, nuevamente aspiración a través del tubo y luego oxigenación al 100% y ventilación con presión positiva (...).

12. ¿En qué momento está indicada la aspiración de la vía aérea en caso de regurgitación?

Inmediatamente se diagnostique y se intube.

13. Según la historia clínica, en el caso del paciente José Luis Yepes ¿se realizó aspiración de la vía aérea. Sírvase señor [p]erito informar en qué momento se realizó y qué profesional lo hizo?

Sí. Cuando se evidenció en la laringoscopia y se intubó.

14. ¿En qué momento está indicado el lavado bronquial en caso de regurgitación?

El uso del broncoscopio y lavado después de la aspiración es muy limitado. Para pacientes que se conoce que han aspirado material particulado (cuerpos extraños, dientes, sólidos) la broncoscopia puede ser el único camino para remover estos elementos. En otras ocasiones se utiliza para tomar muestras y hacer diagnóstico. El lavado selectivo segmentario no está indicado puesto que la irrigación puede forzar a que el material aspirado se vaya más distal en vías aéreas pequeñas y así más difícil de movilizar (...).

15. Según la historia clínica ¿en el caso del paciente José Luis Yepes, se realizó lavado bronquial? Sírvase señor [p]erito informar en qué momento se realizó y qué profesional lo hizo.

Se le practicó broncoscopia y lavado bronquial dos horas y media después del evento de broncoaspiración (3.30 pm). Lo hizo el neumólogo.

16. Según la historia clínica ¿cuáles fueron las maniobras ejecutadas por el anestesiólogo cuando se presentó la regurgitación del paciente?

Intubación, aspiración, ventilación y oxigenación.

(...)

20. ¿Cuáles son las consecuencias de la aspiración del material líquido ácido?

Se produce inflamación química llevando a neumonitis.

Se ha demostrado experimentalmente que la aspiración de material ácido destruye las estructuras pulmonares que activan toda una cascada inflamatoria (...).

21. A pesar de la adecuada aspiración del material líquido regurgitado ¿es posible que se produzca lesión pulmonar?

Sí, debido a que la injuria se produce muy rápido, el daño se instaura en 20 a 40 segundos.

Los datos experimentales muestran que esta injuria puede ser bifásica con un segundo pico que ocurre 4-6 horas después (...).

4.4. Por solicitud de las partes, la experticia que se deja reproducida fue aclarada y complementada en los siguientes términos:

1.- SOLICITUDES DE COMPLEMENTACIÓN A LAS PREGUNTAS DADAS AL CUESTIONARIO ELABORADO POR LA PARTE ACTORA:

(...)

A la respuesta dos: El perito se servirá aclarar sobre esta respuesta:

Toda vez que al responder esta pregunta el perito señala que no hay datos en la historia clínica de que [se] hubie[r]e realizado una valoración preanestésica que incluyera la valoración de la vía aérea, el perito se servirá complementar su dictamen respondiendo las siguientes preguntas:

¿Consta en la historia clínica que se hubiera practicado al paciente otro examen que permitiera determina[r] la ‘ausencia de traumas maxilofaciales’? En caso afirmativo[,] el perito se servirá señalar en qué consistió ese examen y cuáles fueron sus conclusiones.

No consta.

¿[C]uáles son los datos que constan en la historia clínica de donde el perito deduce que el paciente tuvo un procedimiento bajo anestesia general sin antecedentes de complicaciones

anestésicas, incluida la vía aérea? ¿Consta en la historia clínica en qué condiciones y de que le fue suministrada la anestesia en dicho evento?

En la valoración anestésica, en antecedentes anestésicos: General: SI; Complicaciones: NO; Quirúrgicos: Varicocelotomía. No existen más datos (Folio # 3).

¿Una valoración preanestésica que hubiese incluido valoración de la vía aérea habría permitido determinar las dificultades en la vía aérea a las que se refiere su respuesta?

En pacientes que no tienen patologías grandes o anomalías anatómicas importantes de la vía aérea superior, hay insuficiente evidencia publicada que evalúa el efecto del examen físico para predecir la presencia de vía aérea difícil. Sin embargo existen reportes que muestran, que hallazgos del examen físico de la vía aérea pueden estar relacionados a la presencia de vía aérea difícil.

El examen de la vía aérea dentro del examen físico deber ser hecho, cuando es posible, antes del inicio de la anestesia. El objetivo de este examen es detectar características físicas que puedan indicar la presencia de vía aérea difícil. Múltiples características de la vía aérea deben ser evaluadas (apertura bucal, tamaño de los dientes, relación entre maxilar superior e inferior, visibilidad de la úvula, forma del paladar, distancia entre mentón y tiroides, tamaño del cuello, movimientos de cabeza).

¿Cuáles son las dificultades en la vía aérea que pueden presentarse en un paciente y si alguna de ellas puede determinar la posibilidad de intubación difícil?

Para contestar la pregunta me remito a la definición de Vía Aérea Difícil expresada por la Sociedad Americana de Anestesiólogos: ‘Dificultad en la Vía Aérea se define como la situación clínica en la cual un anestesiólogo convencionalmente entrenado experimenta dificultad en la ventilación con máscara y/o dificultad en la intubación traqueal’. La dificultad en la vía aérea representa una interacción compleja entre factores del paciente, escenario clínico y habilidades del médico.

Los hallazgos específicos, en el examen físico, que pueden indicar una dificultad en la vía aérea incluyen:

- 1. Incapacidad para abrir la boca.**
- 2. Deficiente movilidad de la columna cervical.**
- 3. Retroceso de la barbilla (micrognatia).**
- 4. Macroglosia (lengua grande).**
- 5. Incisivos prominentes.**
- 6. Cuello corto.**
- 7. Obesidad mórbida.**

¿La conformación morfológica de la mandíbula no implica, en ningún caso, ningún grado de dificultad en la intubación? ¿En ningún caso esta característica puede determinar (...) [en] un paciente consecuencias frente a la intubación que permitan considerar que debe tomarse precauciones o medidas especiales en su intubación anestésica?

Es una parte dentro de la evaluación de la vía aérea, en el examen físico la presencia de un cuerpo mandibular corto, menos de tres anchos de dedo, medidos desde el mentón hasta el cartílago tiroides (distancia tiromentoniana) puede sugerir dificultad para visualizar la laringe. En este caso es preciso tomar precauciones para la intubación.

A la respuesta tres: Al responder esta pregunta el perito incluye una hipótesis subjetiva que afecta su respuesta:

‘A pesar de que en la valoración preanestésica no hay datos consignados en la vía aérea (lo cual no quiere decir que no se hayan contemplado)...’.

Esta consideración (...) no desarrolla lo que expresamente señala la historia clínica, que es el documento sobre el cual debe rendirse el dictamen, para poder considerarlo como una opinión técnica, objetiva e imparcial.

En tal virtud solicito que el perito responda la misma pregunta partiendo de que no está acreditado que se hubiere realizado una valoración preanestésica del paciente que incluyera la valoración de la vía aérea, razón por la cual no se examina la conformación morfológica de la mandíbula del paciente ni se hace ninguna consideración acerca de si dicha conformación

puede conllevar a que se tome algún tipo de medida de intubación.

Teniendo en cuenta los anteriores parámetros el perito responderá nuevamente la pregunta tal y como textualmente fue formulada y aparece transcrita en el dictamen.

Al responder el perito determinará si un anesthesiólogo particularmente cuidadoso, habría realizado la valoración preanestésica incluyendo la vía aérea y habría determinado si la conformación morfológica era relevante, o simplemente se habría conformado con conocer que el paciente tuvo, según la respuesta anterior, un antecedente de procedimiento, ‘bajo anestesia general sin antecedente de complicaciones anestésicas’.

Teniendo en cuenta que en la valoración preanestésica los espacios de la evaluación de la vía aérea están en blanco, la valoración preanestésica no fue adecuada y suficiente.

Las vías respiratorias de un paciente se valoran por medio de un interrogatorio y examen físico y en ocasiones por la observación de radiografías y pruebas de funcionamiento pulmonar, todo esto para determinar la posibilidad de vía aérea difícil.

(...)

A la respuesta cinco: *El perito parte aquí nuevamente de datos subjetivos no plasmados en la historia clínica, lo que lo lleva(...) a dejar de responder la pregunta que puntualmente se le formuló. Solicitó que se complemente y aclare su respuesta de la siguiente manera:*

Teniendo en cuenta las tres posibilidades de técnicas aludidas en la respuesta, el perito responderá:

a.- Si de acuerdo con su pregunta, ninguna de las tres técnicas asegura al 100% que el paciente no regurgite ni broncoaspire, ¿la técnica ‘con intubación despierto’ disminuye ese riesgo? ¿disminuye ese riesgo en caso de que el paciente tenga dificultades en la vía aérea, o ‘vía aérea difícil’? ¿disminuye ese riesgo en caso de que el paciente tenga

traumas maxilofaciales? ¿disminuye ese riesgo en caso de que presente dificultades derivadas de la conformación morfológica de su mandíbula? ¿disminuye ese riesgo cuando el paciente tiene estómago lleno?

Sí disminuye el riesgo.

Según la respuesta dada a esta pregunta, la presencia de vómito o distensión abdominal no imponían determinar que la intubación despierto era la técnica más segura?

Si el paciente cumple todas las condiciones anteriores y tiene signos de obstrucción intestinal, la técnica más segura es la intubación despierto (negrillas por la Corte, para significar que es la respuesta dada por el perito).

Si se tiene en cuenta solamente la posibilidad de broncoaspiración[,] la técnica de intubación despierto sí era la más segura.

b.- Al responder la pregunta de literal 'a' el perito afirma que no resulta adecuado que una vez determinado que se está ante una intubación difícil se escoja la secuencia rápida. Sin embargo, el perito no señala el fundamento de esta respuesta. Por tal razón, el perito deberá sustentar técnicamente por qué razón responde lo anterior.

La inducción de secuencia rápida se practica en pacientes en quienes se considera que pueden intubarse rápido las vías respiratorias y controlarse con laringoscopia directa, pero que tienen riesgo de aspiración pulmonar de contenido gástrico.

El objetivo de la inducción con secuencia rápida es garantizar y controlar pronto la vía aérea.

(...).

Cuando se ha determinado previamente que se está ante una vía aérea difícil, no se utiliza la secuencia rápida porque se pueden presentar complicaciones en el acceso a la vía aérea (trauma en el paciente inconsciente, hipoxemia, aspiración, muerte).

c.- Señala el perito que 'al revisar el registro anestésico del paciente, en las dos ocasiones en que se intubó, se hizo sin dificultad alguna y afirma que 'cuando se enfrenta una vía aérea difícil anticipada no se escoge la secuencia rápida'.

El perito deberá aclarar su respuesta para fundamentar:

- A qué registros anestésicos se refiere, si estos forman parte de la historia clínica y fueron examinados por el anesthesiologo que atendió al paciente.

Registro intraoperatorio de junio 30/99 en donde el paciente se intubó en dos ocasiones 12:55 y 2:40 (Folio # 28).

- Deberá allegar dichos registros para confrontar la información suministrada.
(Folio # 28).

- Deberá señalar, con base en lo anterior, si en esos registros anestésicos se señala la técnica utilizada con el paciente.

En el registro intraoperatorio de cirugía están consignadas las drogas utilizadas. No hay dato de dificultad en la intubación en la sección eventos transoperatorios.

(...)

Literal 'b': en relación a esta respuesta, el perito explicará el fundamento técnico con base en el cual afirma que 'de hecho la intubación con el paciente despierto es m[á]s segura (sin que sea el 100%).

¿Por qué razón la intubación del paciente despierto es más segura en pacientes con estómago lleno?

En una persona despierta con anatomía normal, ni la regurgitación ni el vómito llevan a la aspiración de contenido gástrico por la presencia de los reflejos protectores de la vía aérea que están íntegros.

¿Por qué razón la intubación del paciente despierto es m[á]s segura (...) en pacientes con posible vía aérea difícil?

Porque una vez que el paciente esté anestesiado y paralizado, si tiene vía aérea difícil no se podría ventilar ni oxigenar, lo cual puede desencadenar una cascada de eventos catastróficos que pueden llevarlo a la muerte.

El perito al responder sobre la técnica utilizada señala simplemente que esta era la ‘m[á]s adecuada’ pero omite señalar cuál era la ‘m[á]s segura’. El perito responderá cuál era la técnica ‘m[á]s segura’ si se tiene en cuenta que el paciente podía presentar el estómago lleno y que había presentado signos de vómito. Así mismo responderá cuál habría sido la técnica más segura en el evento de que se hubiere evidenciado que el paciente tenía ‘vía aérea difícil’.

La intubación despierto.

(...)

En relación con la respuesta al literal ‘d’: manifiesta el perito que ‘no necesariamente’ la información relativa al vómito en las horas de la mañana podría inducir a pensar que el procedimiento a emplear debía ser el de la intubación despierto. Debe el perito precisar esa expresión, señalando si esa información registrada acerca del vómito podría tener alguna incidencia en la técnica anestésica a emplear o a escoger.

Sí. La información acerca del vómito en las horas de la mañana, no activo, nos habla de posible estómago lleno y alteración de la función gastrointestinal, lo cual indica intubar al paciente lo m[á]s rápidamente posible una vez sea anestesiado (inducción de secuencia rápida).

Hace referencia el perito a las dificultades o riesgos que puede presentar la intubación despierto. El perito comparará esos riesgos con los que comporta la intubación con secuencia rápida[,], que fue la que efectivamente se realizó, y señalará cuáles son mayores puntualmente respecto de la seguridad del paciente y de la posibilidad de que se ponga en peligro su vida.

Si se tiene en cuenta solamente el riesgo de broncoaspiración la técnica más segura es la intubación despierto, sin embargo hay que tener en cuenta que la intubación ‘per se’ provoca un estímulo nociceptivo muy potente que puede acarrear problemas cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto), neurológicos (accidentes cerebro-vasculares) y respiratorios (desde lesiones traumáticas de la vía

aérea hasta laringoespasma y broncoaspiración) por lo cual se utiliza la intubación de secuencia rápida, con paciente dormido para abolir el estímulo de la laringoscopia e intubación. Esto en pacientes que no tienen signos de obstrucción intestinal ni alteraciones de la vía aérea.

La técnica de intubación despierto es la técnica de elección en casos que el paciente tiene antecedentes de vía aérea difícil, trauma maxilofacial, vómito activo y distensión abdominal (signos de obstrucción intestinal). Según la historia clínica el paciente había vomitado en la mañana, no había vómito activo y no tenía distensión abdominal; por lo tanto la técnica de secuencia rápida era la m[á]s indicada en este caso.

Precisará teniendo en cuenta lo anterior, si el anestesiólogo no está en la obligación de escoger la técnica más segura. Y si no está en la obligación de emplear el método que disminuye el riesgo de broncoaspiración, toda vez que la morbilidad de esta es superior al 50%?

Sí, el anestesiólogo sí está en la obligación de escoger la técnica más segura valorando riesgo beneficio, de acuerdo a las condiciones clínicas del paciente, escenario perioperatorio y habilidades del anestesiólogo.

(...)

A la respuesta siete: El perito deberá complementar su respuesta explicando por qué ‘es cierto que el lavado puede empeorar el cuadro’. Deberá responder si el lavado con solución salina presenta el riesgo de diseminar en el árbol bronquial el contenido de la broncoaspiración y deberá indicar cuáles son las consecuencias que ello acarrea o puede acarrear.

Por cuestión mecánica, el lavado puede extender el material ácido del jugo gástrico hacia sitios más periféricos en la vía aérea donde no habida daño, incrementando el riesgo de daño pulmonar y aumentando la inflamación.

(...).

5. Sin dejar de lado que la crítica del recurrente también refirió la preterición de los indicios a que él aludió, derivados de la conducta asumida por la demandada CLÍNICA DE MARLY S.A., la Corte se ocupará de la apreciación que de los elementos de juicio relacionados en precedencia efectuó el Tribunal, habida cuenta que las conclusiones a que arribará sobre tal ponderación, serán suficientes para orientar su decisión.

5.1. El punto del que debe partirse a efecto de evaluar la actividad que, como anesthesiólogo, desplegó el doctor José Bernardo Silva Flórez en el caso del señor José Luis de Jesús Yepes Núñez, es que aquél sí le realizó a éste el correspondiente examen preanestésico.

Así se desprende del relato que el doctor Carlos Ibla Niño, cirujano que intervino al paciente, efectuó en la declaración que rindió dentro del proceso, en la que precisó que él fue la persona que contactó al doctor Silva Flórez, por corresponder al anesthesiólogo de turno, y le solicitó que le realizara al nombrado una *“revisión pre-quirúrgica”*, toda vez que tenía que operarlo. El testigo aseveró, además, que el citado especialista, en efecto, bajó a efectuar dicho examen y que luego de su realización, fue que se dio la orden de pasar al señor Yepes Núñez a sala de cirugía.

En armonía con ello, el perito especificó que en la historia clínica quedó registrada la **“valoración preanestésica”** practicada al enfermo por el mencionado galeno el día 30 de julio de 1999, la cual **“incluye**

identificación, edad, antecedentes de importancia, revisión por sistemas y examen físico, laboratorios y diagnóstico”.

5.2. También está comprobado con el dictamen pericial y, más exactamente, con su complementación, que uno de los aspectos a evaluarse dentro de la referida prueba, era la vía respiratoria del paciente.

Explicó el experto, doctor Rojas Díaz, que ese específico examen *“deber ser hecho, cuando es posible, antes del inicio de la anestesia”* y que su *“objetivo (...) es detectar características físicas que puedan indicar la presencia de vía aérea difícil. Múltiples características de la vía aérea deben ser evaluadas (apertura bucal, tamaño de los dientes, relación entre maxilar superior e inferior, visibilidad de la úvula, forma del paladar, distancia entre mentón y tiroides, tamaño del cuello, movimientos de cabeza)”*.

Más adelante indicó, que las *“vías respiratorias de un paciente se valoran por medio de un interrogatorio y examen físico y en ocasiones por la observación de radiografías y pruebas de funcionamiento pulmonar, todo esto para determinar la posibilidad de vía aérea difícil”*.

Es claro, entonces, que dentro de la revisión preanestésica, una de las valoraciones específicas que, en principio, debe realizarse, es la de la *“vía aérea”*, con el único propósito de establecer si se trata de una *“vía aérea difícil”*, concepto que significa *“(...) la situación clínica en la cual un anestesiólogo convencionalmente entrenado experimenta dificultad en la ventilación con máscara y/o dificultad en la*

intubación traqueal”, según la definición de la “*Sociedad Americana de Anestesiólogos*”, invocada por el perito.

Como el mismo experto luego lo detalló, frente a hallazgos como “[i]ncapacidad para abrir la boca”, “[d]eficiente movilidad de la columna cervical”, “[r]etroceso de la barbilla (*micrognatia*)”, “[m]acroglosia (*lengua grande*)”, “[i]ncisivos prominentes”, “[c]uello corto” u “[o]becidad mórbida”, entre otros, es factible pensar que la vía aérea del paciente puede ofrecer dificultades, particularmente, al momento de la intubación, razón por la cual deben tomarse precauciones. Una causa adicional para ello, puede ser “*la presencia de un cuerpo mandibular corto, menos de tres anchos de dedo, medidos desde el mentón hasta el cartílago tiroides (distancia tiromentoniana)*”, en tanto que “*puede sugerir dificultad para visualizar la laringe*”.

5.3. Teniendo en mente esas precisiones técnicas, no resulta del todo acertado sostener que la “*evaluación preanestésica*” que el doctor Silva Flórez le realizó al señor Yepes Núñez, no comprendió la valoración de sus vías respiratorias.

De seguro que la apreciación directa que el anestesiólogo tuvo del paciente, le permitió establecer si existían malformaciones externas notorias en cabeza y cuello; y que el diálogo que los dos sostuvieron, le sirvió al primero para evaluar la vía aérea del segundo, en particular, el registro que hizo de antecedentes anestésicos, según el cual, el examinado ya había sido intervenido quirúrgicamente bajo anestesia general, sin que presentara complicaciones.

Lo exacto, entonces, sería decir, que la evaluación de la vía respiratoria del enfermo que efectuó el médico anestesiólogo, no comprendió el examen físico detallado de ella.

En ese contexto es que debe calificarse tal comportamiento del citado especialista, amén que resulta igualmente trascendente tener de presente, que la atención que requirió el señor Yepes Núñez fue de “urgencia”, al punto que su ingreso a dicho servicio se dio a las 11:38 a.m.(fl. 29, cd. 1 A) y que la inducción anestésica se verificó a las 12:45 p.m. (fl. 31, cd. 1 A), es decir, algo más de una hora después, tiempo en el cual, de un lado, se le practicaron los exámenes y la evaluación diagnóstica, cuyo resultado fue, según la “epicrisis”, que presentaba “[a]pendicitis aguda perforada y absceso en fosa iliaca derecha y pélvica” (fl. 36, cd. 1 A), razón por la que se ordenó intervenirlo quirúrgicamente; y, de otro, se lo preparó para la cirugía.

5.4. En este orden de ideas, es viable comprender que el doctor Silva Flórez no omitió el examen físico de la vía aérea del paciente, por negligencia, inadvertencia o por falta de cuidado. No. Fue porque, en las circunstancias en las que éste se encontraba, atrás detalladas, estimó que no era necesario, menos cuando se trataba de un paciente joven, sin malformaciones físicas visibles, en condiciones generales de salud buenas, salvo por la específica afección que en ese momento lo aquejaba, y con el antecedente de habersele administrado anestesia general, sin complicaciones.

A eso fue lo que se refirió el perito en el dictamen pericial, cuando consideró que “[a] *pesar de que en la valoración preanestésica no hay datos consignados acerca de la vía aérea (lo cual no quiere decir que no se hayan contemplado)*, la valoración preanestésica se ajusta a las normas de evaluación necesarias en un paciente joven y previamente sano, con diagnóstico de *apendicitis perforada y absceso localizado*”, sin que ese concepto comporte apreciaciones subjetivas del perito, o desvirtúe la objetividad e imparcialidad de su trabajo, como lo dio a entender la parte demandante, al solicitar la aclaración de esta específica respuesta.

De suyo que el doctor Silva Flórez, con base en los elementos de juicio de que dispuso, llegó al convencimiento de que el paciente no tenía una “*vía aérea difícil*”, determinación que, como ya se explicó, únicamente significó que, en concepto de aquél, éste no ofrecía dificultades para el suministro de oxígeno por máscara o para la intubación.

Y los hechos, que aquí hablan por sí solos, le dieron la razón.

El señor Yepes Núñez no experimentó tales complicaciones, al punto que el proceso operatorio se realizó soportado, precisamente, en la ventilación artificial que se le brindó durante todo el tiempo que duró la cirugía, no obstante que ya se había producido la broncoaspiración; y que él fue intubado dos veces, sin registro de dificultad alguna. De lo anterior dan cuenta la historia clínica, la

declaración del doctor Ibla Niño y el dictamen pericial, considerada su aclaración y complementación.

5.5. Todo conduce a concluir que, ciertamente, el señor Yepes Núñez no presentaba una *“vía aérea difícil”* y que, por lo mismo, de un lado, no había lugar a optar por la *“intubación con paciente despierto”* y, de otro, fue acertado el método de *“intubación de secuencia rápida”* que utilizó el doctor Silva Flórez, en consideración a la probabilidad de que el paciente tuviera el *“estómago lleno”*, no obstante el tiempo de ayuno reportado por él.

Al respecto, de la apreciación conjunta del dictamen pericial, su complementación y aclaración, se saca en claro que en el caso del señor Yepes Núñez, el anestesiólogo tenía a su alcance tres posibilidades: *“[a]nestesia regional central”*, *“[a]nestesia general con inducción de secuencia rápida”* y *“[a]nestesia general con intubación despierto”*.

Igualmente se colige que de esas alternativas, sólo las dos últimas servían para defenderlo de una posible regurgitación o vómito, por cuanto la segunda, *“se practica en pacientes en quienes se considera que pueden intubarse rápido las vías respiratorias y controlarse con laringoscopia directa, pero que tienen riesgo de aspiración pulmonar de contenido gástrico. (...) El objetivo de la inducción con secuencia rápida es garantizar y controlar pronto la vía aérea”*; y la tercera, es la elegible *“en casos que el paciente tiene antecedentes de vía aérea difícil, trauma maxilofacial, vómito activo y distensión abdominal (signos de obstrucción intestinal)”*.

En consonancia con lo anterior, el perito, por una parte, conceptuó que la técnica “*con inducción de secuencia rápida*” utilizada en este caso, “[s]egún las condiciones del paciente[,] era la más adecuada”, pues “no había signos de obstrucción intestinal o peritonitis generalizada para pensar en intubación despierto”; y, por otra, reiteró, en repetidas ocasiones, que este último sistema “se usa como primera elección en pacientes con estómago lleno y signos de íleo obstructivo o distensión abdominal, o en pacientes con posible vía aérea difícil” (se subraya), condiciones estas últimas que no se dieron, por lo que dicha técnica no resultaba aplicable.

Llegados a este punto, tórnase importante advertir que la cuestión aquí, como en todos los casos de responsabilidad médica, es determinar si las actuaciones realizadas en desarrollo de la atención que se brindó a la víctima, guardan o no conformidad con la *lex artis*, sin que, por lo tanto, haya lugar a especular sobre si, con la utilización de unos procedimientos distintos, se hubiera evitado la afectación sufrida por el paciente o conseguido otro resultado.

En el caso de que se trata, no hay duda, porque así lo reconoció expresamente el perito, que la técnica de intubación con paciente despierto, era más segura a efecto de evitar una eventual broncoaspiración.

Pese a lo anterior, de esa específica circunstancia, no puede deducirse que dicho método era el que debió utilizarse, pues como el mismo experto lo explicó, él constituye la “*primera elección*” solamente en casos en los que el paciente

evidencie una “*vía aérea difícil*”, obstrucción intestinal o distensión abdominal, anomalías que el señor Yepes Núñez no presentó.

Es que, como se desprende de la experticia misma, vista integralmente, múltiples son los factores que deben tenerse en cuenta para definir la forma de administración de la anestesia general, decisión que, por ende, no depende solamente del riesgo de que ocurra una broncoaspiración, pues si así fuera, no habrían diversos métodos sino que, en todos los casos, se optaría por la intubación con paciente despierto, en tanto que éste es el que reduce mayormente las posibilidades de que acaezca ese accidente anestésico, conclusión que es inaceptable desde todo punto de vista, por reñir abiertamente con la *lex artis*.

5.6. Deviene de todo lo anterior, que en ningún error incurrió el Tribunal cuando, con apoyo en las pruebas atrás relacionadas, coligió que el examen preanestésico practicado al señor José Luis Yepes Núñez, consideradas las circunstancias en las que se realizó, satisfizo las exigencias mínimas que le eran propias; que en el proceso no se acreditó que dicho paciente presentara una “*vía aérea difícil*”; que, por el contrario, se demostró que ello no era así, tal y como en su momento lo infirió el médico anestesiólogo que lo atendió, con apoyo en los criterios de evaluación que tuvo a su disposición, sin que fuera necesario para arribar a esa deducción, el examen físico detallado de las vías respiratorias de aquél; y que el método de “*anestesia con intubación de*

secuencia rápida” que dicho profesional aplicó, dadas las condiciones del enfermo, fue apropiado.

5.7. En lo que se refiere al *“lavado bronquial con suero fisiológico”* que, a decir de la *“epicrisis”*, el médico anestesiólogo realizó apenas detectó que el señor Yepes Núñez había broncoaspirado, es verdad irrecusable, como lo aseveró el *ad quem*, que el único medio de prueba que hizo alusión a ese procedimiento, fue el aludido documento.

Pero resulta que en relación con tal mención, su autor, el cirujano Carlos Ibla Niño, en la declaración que bajo juramento rindió en el curso de proceso, precisó que *“más que lavado [fue] una limpieza a través del tubo (...) lo que se hizo en salas de cirugía”*, que no le constaba la realización del lavado como tal y que lo que sí apreció directamente, fue *“que el Dr. SILVA tenía al paciente [i]ntubado y estaba aspirando la tráquea, a través del tubo”*.

Ahora bien, si la *“epicrisis”*, como el mismo doctor Ibla Niño explicó en su testimonio, *“es el resumen de toda la historia”* clínica de paciente, se impone colegir la inexactitud de aquél documento en ese punto, pues ningún sentido tiene que mientras la referida historia no hace alusión de su ocurrencia, según lo acotó el perito en su dictamen al observar que en *“el registro anestésico est[á] consignado el evento: intubación orotraqueal (se observa jugo gástrico en glotis) se aspira vía aérea. No hay datos de que se haya hecho lavado”*, la síntesis que se realizó de ella, de la historia, sí lo refiera, inconsistencia que resulta comprensible debido a que, como

igualmente lo puntualizó el citado galeno en la comentada versión juramentada, para efectuar el compendio que realizó en el caso del señor Yepes Núñez, se basó tanto en los hechos directamente percibidos por él, como en las informaciones que le suministraron otras personas.

De seguro, pues, que no habiendo sido ese un acontecimiento observado por el cirujano, como él lo declaró, su inclusión en la epicrisis obedeció a un error de información o a la incorrecta comprensión por su parte, de los datos que le suministraron terceras personas. Pareciera más lo segundo, toda vez que, se reitera, sobre las maniobras efectuadas por el anestesiólogo una vez se presentó la broncoaspiración, el doctor Ibla Niño depuso que lo que se hizo en sala de cirugía, *“más que lavado”*, fue *“una limpieza a través del tubo”*.

De lo precedentemente expresado, se concluye que la analizada glosa de la *“epicrisis”*, consistente en que el anestesiólogo, una vez diagnosticó la broncoaspiración, efectuó un lavado bronquial con suero fisiológico, quedó infirmada, de un lado, con la historia clínica misma, que no registra la práctica de ese procedimiento, y, de otro, con la declaración que el doctor Carlos Ibla Niño rindió en el curso de lo actuado, de lo que se sigue que, por lo tanto, no luce desatinada la conclusión fáctica del Tribunal, de que en el proceso no se demostró la realización de esa actividad médica.

Sobre el punto, cabe añadir que ninguna razón le asiste al recurrente cuando reclamó que se diera “*prevalencia a la epicrisis*”, pues su planteamiento, por una parte, denota que confundió, como si se tratara de un mismo elemento de juicio, ese documento con la historia clínica, en sí misma considerada, y, por otra, evidencia notoria imprecisión, en la medida que desconoce que la “*epicrisis*” es apenas, como ya se consignó, un resumen de la historia clínica del paciente que elabora el médico tratante cuando concluye la atención del mismo, y no al momento de los hechos, como lo acotó en su declaración el anestesiólogo Juan Carlos Téllez Rodríguez (fls. 435 a 437, cd. 1 B).

No estando acreditada la efectiva verificación del referido “*lavado bronquial*”, por sustracción de materia, no hay lugar a auscultar los efectos que él pudo producir en la salud del paciente y, fundamentalmente, en el desenlace final de su caso.

5.9. Se descarta, pues, que el *ad quem* hubiese incurrido en error de hecho, por tergiversación, al apreciar las analizadas pruebas, vistas por separado, o de derecho, por no ponderarlas aunadas, pues de ellas, miradas aisladamente o sopesadas en conjunto, se infiere con total nitidez, que fue acertada la conducta que desplegó el doctor Silva Flórez, en su condición de anestesiólogo tratante, al realizar el evaluación preanestésica, al determinar como método aplicable la “*anestesia con intubación de secuencia rápida*” y al atender la broncoaspiración experimentada por el

paciente, en tanto que inmediatamente percibió su ocurrencia, se limitó a aspirar la vía aérea.

5.10. Tales inferencias fácticas del Tribunal, por su contundencia e importancia, mal podrían considerarse menguadas por la supuesta configuración de los indicios invocados por el recurrente, pues éstos, de ser ciertos, están desprovistos de la fuerza demostrativa suficiente para enervar las constataciones de esa autoridad.

6. Corolario de todo lo hasta aquí expuesto, es que el Tribunal acertó cuando determinó, en últimas, que los médicos que atendieron al señor José Luis de Jesús Yepes Núñez, *“a propósito de la apendicitis que padecía, así como [de] las demás dolencias que lo aqueja[ron] tras la aplicación de la anestesia, y más concretamente, el doctor Silva Flórez, le suministraron los procedimientos adecuados de cara a la lex artis, para procurar su curación”*; y que no es admisible la *“mala fe”* alegada por los recurrentes, en frente de la CLÍNICA DE MARLY S.A., derivada *“de hechos como que la copia de la historia clínica que le entregó fue incompleta, [o] que negó la existencia del contrato pese a que se encontraba demostrado que prestó sus servicios al finado con estribo en él, pues al margen de la veracidad de estas situaciones, de ellas no es posible derivar un indicio procesal enfocado a inculpar a dicha sociedad”*.

7. Esa conclusión, por sí sola, desvirtúa la prosperidad de la acción, en tanto que entraña la insatisfacción del elemento culpa, que es estructural de todo tipo de responsabilidad, ya sea contractual o extracontractual.

8. Siendo ello así, estima la Corte, adicionalmente, que las acusaciones que integran la segunda parte del cargo estudiado, dirigidas a controvertir la absolución que se hizo de la demandada COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA S.A., carecen por completo de trascendencia, pues así se admitiera que el Tribunal se equivocó al exonerarla de responsabilidad, con apoyo en la cláusula décima del “*CONTRATO DE GESTIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MEDICINA PREPAGADA*”, que tenía celebrado con la demandante GLDYS EUGENIA VILLAMIZAR GARZÓN, no habría lugar a variar la decisión confirmatoria del fallo desestimatorio adoptado en primera instancia, puesto que en favor de dicha accionada operaría igualmente la ausencia del requisito axiológico anteriormente indicado.

9. El cargo, en definitiva, no prospera.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Corte Suprema de Justicia, en Sala de Casación Civil, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley, **NO CASA** la sentencia del 31 de marzo de 2012, proferida por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, Sala Civil, en el proceso que se dejó plenamente identificado en los comienzos de este proveído.

Costas en casación, a cargo de sus proponentes. Tásense. Como agencias en derecho, inclúyase la suma de

\$6.000.000.00, toda vez que la parte opositora replicó en tiempo la demanda con la que se sustentó dicha impugnación extraordinaria.

Cópiese, notifíquese, cúmplase y, en oportunidad, devuélvase el expediente al Tribunal de origen.

ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO
Presidente de Sala

MARGARITA CABELLO BLANCO

AROLDO WILSON QUIROZ MONSALVO

LUIS ALONSO RICO PUERTA

ARIEL SALAZAR RAMÍREZ

LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA