

**TEMA: RESPONSABILIDAD MÉDICA** – En el desarrollo de su actividad sea por negligencia, impericia, imprudencia o violación a su reglamentación, afecta negativamente a los pacientes, debe indemnizarlos siempre y cuando se acredite por la víctima los elementos de la responsabilidad médica; es decir: culpa médica, manifestada en el desconocimiento de los protocolos médicos; el daño y que el daño fue causado por ese desconocimiento o culpa médica. / **NEXO CAUSAL** - Su objetivo es determinar los hechos o actuaciones que probablemente tuvieron injerencia en la producción del daño, por cuanto de faltar no sería posible su materialización. **PRUEBA PERICIAL** – Categoría que describe jurisprudencialmente, a aquel sujeto que posee conocimientos especiales en torno a una ciencia o arte, que lo hace particular al momento de relatar los hechos que interesan al proceso, de acuerdo con la teoría del caso. /

**HECHOS:** El demandante (JFMP) pretende que se declare civilmente responsable a la Clínica de Fracturas de Medellín SA., afirma que fue diagnosticado con “desgarro del cartílago articular de la rodilla” dado a un accidente de trabajo, previa consulta por Ortopedia, fue sometido a cirugía post trauma, tras múltiples complicaciones consecuencia de la “ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA IZQUIERDA” no tratada oportunamente por la Clínica, le fue amputado el miembro inferior izquierdo. Solicita el reconocimiento de perjuicios patrimoniales por lucro cesante pasado y futuro; además extrapatrimoniales por daño moral, este último, es solicitado igualmente para cada uno de sus padres, sus hermanos y su novia. El Juzgado Quince Civil del Circuito de Oralidad de Medellín profirió sentencia desestimatoria de las pretensiones. El problema jurídico consiste en verificar si se acreditó el nexo causal como elemento axiológico de la responsabilidad.

**TESIS:** (...) La responsabilidad médica está compuesta por los elementos de la acción resarcitoria, por cuanto se encuentra soportada en idénticos presupuestos; cuando se ha infligido daño a una persona nace el deber indemnizatorio. Los involucrados en la prestación del servicio de salud no están exentos de dicho compromiso; si en desarrollo de su actividad sea por negligencia, impericia, imprudencia o violación a su reglamentación, afecta negativamente a los pacientes, debe indemnizarlos siempre y cuando se acredite por la víctima los elementos de la responsabilidad médica. (...) Para derivar responsabilidad civil de los médicos o de las instituciones o entidades prestadoras de servicios de salud, el demandante debe probar (i) culpa médica, manifestada en el desconocimiento de los protocolos médicos o *lex artis* (no sometidos a modelos prefigurados); (ii) daño; y (iii) que el daño fue causado por ese desconocimiento o culpa médica (nexo de causalidad). El nexo causal, como condición necesaria para la configuración de la responsabilidad, puede ser develado en términos que la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, en “las reglas de la vida, el sentido común y la lógica de lo razonable, pues estos criterios permiten particularizar, de los antecedentes y condiciones que confluyen a la producción de un resultado, cuál de ellos tiene la categoría de causa.” (...) En la búsqueda del nexo causal concurren elementos fácticos o materiales y jurídicos, resultando indefectible la prueba material, para lograr una condena indemnizatoria. En sentencia SC3919-2021 la Corte expresó, “El aspecto material se conoce como el juicio *sine qua non* y su objetivo es determinar los hechos o actuaciones que probablemente tuvieron injerencia en la producción del daño, por cuanto de faltar no sería posible su materialización. Para estos fines, se revisa el contexto material del suceso, analizado de forma retrospectiva, para establecer las causas y excluir aquellas que no guardan conexión, en términos de razonabilidad. Con posterioridad se hace la evaluación jurídica, con el fin de atribuir sentido legal a cada gestión, a partir de un actuar propio o ajeno, donde se hará la ponderación del tipo de conexión y su cercanía.”(...) La respuesta se encuentra en la prueba pericial cuya contradicción se surtió con la intervención de los peritos y en la declaración de uno de los médicos tratantes en su calidad de “testigo técnico”; categoría que se describe jurisprudencialmente como, “aquel sujeto que posee conocimientos especiales en torno a

una ciencia o arte, que lo hace particular al momento de relatar los hechos que interesan al proceso, de acuerdo con la teoría del caso”...“es la persona experta de una determinada ciencia o arte que lo hace especial y que al relatar los hechos por haberlos presenciado se vale de dichos conocimientos especiales” (CSJ SP, 11 abr 2007, rad. 26128). (...) Según concepto emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social el 6 de febrero de 2019, la Constitución Política de Colombia en los artículos 161, 182 193 y 204, consagran dentro de los derechos fundamentales, el derecho al libre desarrollo de la personalidad y a la libertad de conciencia, de cultos y de información, derechos que soportan el consentimiento informado para la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS. La Ley 23 de 1985, al referirse a las relaciones médico – paciente en los artículos 14, 15 y 18, advirtió la necesidad del consentimiento, para realizar los diferentes tratamientos médico - quirúrgicos que se requieran, así: “Artículo 14. El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata.” (...) Quedando probado que el procedimiento quirúrgico efectuado al paciente fue ajustado a la lex artis conforme criterios técnico científicos; su realización implicaba un riesgo informado y consentido, sin que ello implique la inobservancia del deber de cuidado, omisión, negligencia o impericia médica. (...) De la revisión de la historia clínica, se advierte que al demandante, se le realizaron múltiples intervenciones quirúrgicas, confirmándose y descartándose en reiteradas ocasiones la presencia de infecciones que aparecían y desaparecían en episodios temporales diferentes, aparición de nuevos diagnósticos referentes a la artrosis de la rodilla izquierda hasta llegar a la implantación de prótesis interna de rodilla que en términos del Dr. Ochoa Sierra, se efectuó “porque el síndrome doloroso produjo pérdida de la movilidad, la principal razón de la prótesis es para que le controlara el dolor y le devolviera movilidad, no por el hecho que tenga artrosis, ese no es el principal diagnóstico que lleva al paciente a remplazo articular, es el síndrome doloroso no controlado y la dificultad en la movilidad, pero la infección está controlada.”(...) No se probó que la infección post quirúrgica que tuvo lugar luego de la artroscopia realizada el 7 de diciembre de 2011 fuera una de las concausas de la amputación de la pierna izquierda realizada a JULIÁN FELIPE MANZARARES POSADA en el mes de mayo de 2019; conforme lo expresado por el perito JUAN CARLOS TOBÓN PEREIRA(...) Como esta Sala de Decisión Civil, analizado el acervo probatorio de acuerdo con las reglas de la sana crítica, no encontró acreditado el nexo causal como elemento axiológico de la responsabilidad civil médica, CONFIRMARÁ la sentencia de primera instancia.

MP. RICARDO LEÓN CARVAJAL MARTÍNEZ

FECHA: 26/08/2024

PROVIDENCIA: SENTENCIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO  
TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN  
SALA CIVIL DE DECISIÓN

Medellín, veintiséis (26) de agosto de dos mil veinticuatro (2024)

<b>Proceso:</b>	Verbal- responsabilidad médica
<b>Radicado:</b>	05001-31-03-015-2019-00455-01
<b>Demandante:</b>	Julián Felipe Manzanares Posada
<b>Demandado:</b>	Clínica de Fracturas de Medellín
<b>Providencia:</b>	Sentencia
<b>Tema:</b>	No se probó el nexo causal como elemento constitutivo de la responsabilidad médica.
<b>Decisión:</b>	Confirma sentencia
<b>Sustanciador/ponente:</b>	Ricardo León Carvajal Martínez

De conformidad con la Ley 2213 de 2022 se procede a decidir por escrito, el recurso de apelación interpuesto por la parte actora frente a la sentencia proferida el 7 de febrero de 2024 por el JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO DE MEDELLÍN, en el proceso verbal adelantado por JULIÁN FELIPE, SEBASTIÁN MAURICIO y LUZ ADRIANA MANZANARES POSADA, CARLOS HUGO MANZANARES ÁLVAREZ, LIGIA ISABEL POSADA y SANDRA PATRICIA SALDARRIAGA contra la CLÍNICA DE FRACTURAS DE MEDELLÍN SA.

## 1. ANTECEDENTES

- 1.1 JULIÁN FELIPE MANZANARES POSADA con diagnóstico de "**desgarro del cartílago articular de la rodilla**" dado accidente de trabajo ocurrido el 8 de noviembre de 2010, previa consulta por Ortopedia, fue sometido el 7 de diciembre de 2010 a cirugía post trauma en la CLÍNICA DE FRACTURAS DE MEDELLÍN SA, hallando "**LESIÓN CONDRAL GRADO II-III/IV SOBRE LA FACETA MEDIAL DE LA PATELA, SIN HUESO EXPUESTO, CON POCOS FLPAS INESTABLES, DE 20 MM DE DIÁMETRO**" y le realizaron, "**CONDROPLASTIA DE ABRASIÓN CON SHAVER Y**

**RADIOFRECUENCIA, ACOMPAÑADA DE MICRO-FRACTURA DE LA LESIÓN CONDRALE PATELAR, SINOVECTOMÍA PERIPATELAR."**

- 1.2 En citas de control post quirúrgico el 22 y 23 de diciembre de 2011, médicos de la CLÍNICA DE FRACTURAS DE MEDELLÍN le diagnosticaron "**INFECCIÓN ATÍPICA DE RODILLA**", ordenando como única conducta intento de remitir para manejo por medicina del dolor, "**EL PACIENTE DEBE IRSE PARA LA CASA CON MEDICAMENTOS Y CONSULTAR EL PRÓXIMO LUNES 7 AM EN LA CLÍNICA BOLIVARIANA.**"
- 1.3 El 26 de diciembre siguiente fue hospitalizado en la Clínica Universitaria con diagnóstico, "**COMPLICACIONES DE PROCEDIMIENTOS NO ESPECIFICADOS**"; el 31 de diciembre fue sometido a artroscopia, identificándose infección por "**STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO SENSIBLE**"; se practicó procedimiento de bloqueo iliofascial de Dallens el 7 de enero de 2012.
- 1.4 Reingresó a hospitalización en el HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE el 12 de enero de 2012; sometido a nuevas artroscopias el 14 y 20 de enero, se encontraron graves fibrosis y adherencias de rodilla izquierda; posteriormente fue hospitalizado en la CLÍNICA DEL ROSARIO y CLÍNICA LAS VEGAS hasta que el 7 de febrero de 2014, se le realizó "**PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA.**"
- 1.5 Dadas múltiples complicaciones derivadas de la osteomielitis crónica, consecuencia de la "**ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA IZQUIERDA**" no tratada oportunamente por la CLÍNICA DE FRACTURAS DE MEDELLÍN entre el 22, 23 y 26 de diciembre de 2011 y por los múltiples procedimientos quirúrgicos, le fue amputado el miembro inferior izquierdo el 14 de mayo de 2019.
- 1.6 El informe pericial rendido por médico especialista en medicina interna señala que, "**la cirugía realizada a JULIÁN FELIPE MANZANARES**

***POSADA el 7 de diciembre de 2011, denominada ARTROSCOPIA, se considera una cirugía limpia, de un riesgo de infección del 1 al 5%, por lo cual se hacía necesario utilizar profilaxis previa al procedimiento; profilaxis con antibióticos que no se le ordenó a JULIÁN FELIPE MANZANARES POSADA...una vez se le dio de alta...no le dieron instrucciones de alarma con respecto a síntomas y signos referentes a la aparición de un proceso infecciosa...en las citas de control posquirúrgico del día 22 y 23 de diciembre de 2011, cuando al paciente le diagnostican INFECCIÓN ATÍPICA DE RODILLA, la conducta médica asistencial que se debió realizar era la hospitalización...no fue hospitalizado, se intentó remitir para manejo por medicina del dolor...fue sumamente desacertado, no solo por no haber procedido con la internación sino también por el enfoque clínico centrado solo en el manejo del dolor...al sospecharse un proceso tan grave como la artritis séptica...la cual puede estar consolidada desde 72 horas después en el caso de staphylococcus aureus...no se implementó ningún tipo de tratamiento antibiótico...el tratamiento debió iniciarse previa ARTROTOMÍA desde el 23 de diciembre de 2011...la ARTRITIS SÉPTICA puede provocar graves consecuencias como la destrucción parcial de la articulación con secuelas irreversibles, por lo tanto, si se retrasa el diagnóstico o el inicio del antibiótico apropiado como en este caso, la articulación se afecta gravemente...no encontré un factor de riesgo predisponente en el paciente, por tanto, puede existir la probabilidad de que se trate de una infección transoperatoria susceptible de prevención."***

- 1.7 La historia clínica Psiquiátrica y Psicológica de SAMEIN demuestra que como consecuencia de los múltiples procedimientos quirúrgicos, la prótesis de rodilla izquierda y la amputación del miembro inferior izquierdo, JULIÁN FELIPE padece de "TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE" y "PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD" representados en su vida física, emocional y repercutiendo en su calidad de vida, lo que afecta a sus

padres CARLOS HUGO MANZANARES ÁLVARES y LIGIA ISABEL POSADA DE MANZANARES, hermanos SEBASTIÁN MAURICIO y LUZ ADRIANA MANZANARES POSADA y novia SANDRA PATRICIA SALDARRIAGA.

- 1.8** Al momento de los hechos tenía 26 años y laboraba en CASA BRITÁNICA - RENAULT devengando \$740.000; dado lo relatado, no pudo seguir trabajando ni produciendo ingresos económicos; la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ emitió dictamen el 15 de abril de 2015 donde determinó PCL del 51,46% (calificación realizada antes de la amputación de su miembro inferior izquierdo).
- 1.9** Pretenden la declaratoria de responsabilidad civil de la demandada, "**que la ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA IZQUIERDA no tratada oportunamente a JULIÁN FELIPE MANZANARES POSADA entre los días 22, 23 y 26 de diciembre de 2011, las múltiples complicaciones derivadas de la osteomielitis crónicas que padeció, los múltiples procedimientos quirúrgicos practicados y consecuentemente, el TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE ACTIVIDADES DEBIDO A LA DISCAPACIDAD que terminó con la amputación del miembro inferior izquierdo supracondílea el 14 de mayo de 2019...son consecuencia de las culpas en que incurrió la CLÍNICA DE FRACTURAS DE MEDELLÍN**"; el reconocimiento de perjuicios patrimoniales para JULIÁN FELIPE por lucro cesante pasado \$85.617.821 y futuro \$141.312.312; extrapatrimoniales por daño moral para JULIÁN FELIPE en el equivalente a 100 SMLMV, para cada uno de sus padres 100 SMLMV, para cada uno de sus hermanos 50 SMLMV y para su novia 15 SMLMV.

## 2. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

Admitida la demanda<sup>1</sup>, se pronunció la parte demandada proponiendo las excepciones:

**2.1 Inexistencia de culpa:** Está demostrado que el paciente sufrió una infección por una bacteria adquirida en la comunidad; no está probado que fue adquirida en el quirófano o durante el transoperatorio; no hay evidencia de alguna actuación culposa de la CLÍNICA DE FRACTURAS que ocasionara la infección (riesgo inherente previamente aceptado por el paciente) o las conductas que la siguieron.

**2.2 Inexistencia del nexo causal:** En gracia de discusión si se probara actuación culposa en la atención recibida por el paciente el 7 de diciembre de 2011, se debe demostrar su relación causal con el presunto daño. Las actuaciones posteriores a julio de 2012, tuvieron relación con el desenlace de salud del paciente que fue sometido a tratamientos, intervenciones quirúrgicas y terapias en instituciones diferentes; no obra historia clínica.

## 3. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El Juzgado Quince Civil del Circuito de Oralidad de Medellín profirió sentencia desestimatoria de las pretensiones el 7 de febrero de 2024; el problema jurídico consiste en prever si se encuentran satisfechos los presupuestos de la responsabilidad civil que ocasionó los perjuicios reclamados.

Cualquiera que sea el tipo de la responsabilidad invocada, la parte demandante debe demostrar la existencia de 3 elementos, contrato válido o hecho, daño derivado de la inejecución o ejecución defectuosa de ese contrato y que ese daño sea causado al deudor o acreedor contractual (nexo de causalidad).

---

<sup>1</sup>providencia del 20 de marzo de 2019 (archivo 1, PDF 72, cuaderno principal, expediente electrónico).

La responsabilidad médica se encuentra sometida al régimen de culpa probada, ubicándose la relación médico- paciente como de medios; es el demandante el que tiene la carga de la prueba de sus elementos constitutivos, no se puede suponer por la sola existencia del hecho y del daño, uno debe ser consecuencia del otro, requiriéndose el conocimiento de expertos en la materia.

La acción contractual está bien dirigida contra la IPS que debe cumplir sus funciones con estándares de calidad en asuntos administrativos y asistenciales.

Conforme decisión de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en expediente de radicado 2001-01054, el daño debe ser real y certero para poder imputar la causalidad los demandantes no lo demostraron.

De la prueba documental, pericial y testimonial, aplicando las reglas de la ciencia, ***"en el caso que nos ocupa se trata de intervenciones medico científicas sobre las cuales este juzgador pudo abstraer la ausencia de nexos causal, se partió de las historias clínicas y con la ausencia de la experticia del Dr Fernando Cuntuy pudo llegar a la conclusión anterior de la siguiente forma: lo primero es que se parte de una inicial intervención por un accidente laboral contenida en el folio 13 en el que se describe la lesión o trauma...a folios 19 posteriormente se concluye la no necesidad de intervención quirúrgica...a folios 25 se ordena cirugía...diciembre 7 de 2011 se presenta intervención y en diciembre 23 de 2011 se evalúa el paciente y se ordena intentar hospitalización para hacer consulta posteriormente"***; es frente a la última fecha que se considera el inadecuado manejo frente a la posible obtención de una bacteria y es en la prueba pericial aportada inicialmente que se determina que existió una conducta inadecuada por el no tratamiento de dicho germen dentro del período de la consulta el 22 y 23 de diciembre de 2011.

Todo el tratamiento que se hizo con el manejo de la lesión de JULIÁN FELIPE fue el indicado; inicialmente, se trató de no intervenir sino de manejar fisioterapia y posteriormente se concluyó la necesidad de la cirugía; pero no se observa que en

ese transcurso de atención médica se haya probado que el paciente adquirió la bacteria con ocasión a ese manejo médico.

Ambos peritos manifestaron al unísono que esa bacteria al parecer podía ser contagiada en la clínica o a nivel externo (que es lo más probable).

Conforme la historia clínica, fue adecuado el manejo del trauma y al momento de sospechar la posible ocurrencia de la infección (que no fue probado que hubiera sido obtenida en el procedimiento), se ordenó lo pertinente; es la ausencia de la prescripción del tratamiento profilácticos tendientes a superar la obtención de la bacteria lo que genera la discusión; se verificó que conforme las conclusiones conceptualmente lógicas del Dr. Fernando que (i) no está indicado el tratamiento antibiótico empírico antes de la intervención quirúrgica ante la existencia de infecciones (sólo en la presencia de choque séptico el cual no era el caso del paciente) y (ii) la indicación al paciente que acudiera a una clínica de mayor nivel era lo pertinente; la atención dada al paciente está acorde al protocolo conforme su diagnóstico; la IPS presta servicios ambulatorios no de emergencia ni hospitalarios.

Debió la actora demostrar daño, culpa y nexo de causalidad; el Juez debe analizar la incidencia causal del infractor del daño; la conducta de la demandada no es incisiva en el daño generado; el tratamiento ordenado y practicado por la demandada fue el procedente e intervino hasta donde le competía; la atención de una mayor complejidad no le era posible.

#### **4. APELACIÓN**

El Juez de primera instancia presentadas las alegaciones, cerró el ciclo probatorio y volvió a convocar de oficio a los peritos, sin lograr claridad o certeza de la culpa de la demandada y del nexo de causalidad; al emitir sentencia debió analizar la teoría de la adecuación jurídica del nexo causal que como precedente jurisprudencial ha señalado la Corte Suprema de Justicia en las discusiones de responsabilidad médica por aspectos científicos contradictorios entre dos peritos.

Existen serios indicios que llevan a demostrar con alta probabilidad, la culpa y el nexo causal.

Se rompieron los principios de igualdad probatoria, gratuidad de la Justicia y equidad al momento de no resolver el auxilio al amparo de pobreza al demandante cuando se le manifestó con pruebas un ingreso mínimo por la pensión de invalidez; no tenía forma de pagar los honorarios extras que exigía el CENDES de la Universidad CES para convocar de nuevo al perito JUAN CARLOS TOBÓN PEREIRA citado de oficio para superar las dudas del Despacho; el Juez manifestó que bastaba con el perito de la parte demandada, Dr. FERNANDO COUTIN, violando el debido proceso.

El Juez de primera instancia no valoró adecuadamente la historia clínica del 14, 22 y 23 de diciembre de 2011.

JULIAN FELIPE MANZANARES POSADA acudió al servicio de ORTOPEDIA de ARTROSCOPIA a la CLÍNICA DE FRACTURAS DE MEDELLÍN SA; fue sometido a una cirugía limpia el 7 de diciembre de 2011 por diagnóstico de DESGARRO DEL CARTÍLAGO ARTICULAR DE LA RODILLA debido a la contusión de rodilla izquierda que padeció por accidente de trabajo acaecido el 8 de noviembre de 2010; el mismo día se le dio de alta con orden, "**CITA NUEVA EN 7 DÍAS, MIERCOLES 14, PARA RETIRAR PUNTOS**"; como cirugía limpia, se esperaba que no fuese a complicarse con una infección, el paciente "**no tenía factores de riesgo para infectarse.**"

El 14 de diciembre de 2011 a las 11:07 horas fue atendido y se registró, "**Evaluación: CIRUGÍA EL 07 DE DICIEMBRE DE 2011, RODILLA IZQUIERDA. RETIRO DE PUNTOS. RELATA DOLOR MODERADO**" **RX: NO Finalidad Causa: NO APLICA. Causa Externa: OTRO TIPO DE ACCIDENTE. Diagnóstico principal: S833 DESGARRO DEL CARTÍLAGO ARTICULAR DE LA RODILLA, PRESENTE. Diagnóstico Relacionados: NO PRESENTA. Tipo de diagnóstico: CONFIRMADO REPETIDO, tipo de discapacidad: DE LA LOCOMOCIÓN, Grado de discapacidad: SEVERA. Conductas: Se envía: 1. 10 SESIONES DE**

**TERAPIA. 2. INSTRUCCIONES PRECISAS. 3. CITA NUEVA, NO ORDEN**"; no se realizó examen físico; la demandada no explicó por qué si el paciente "**RELATA DOLOR MODERADO**" (que como lo manifestaron los peritos es uno de los síntomas de un proceso infeccioso de rodilla); no se descartó si era consecuencia del proceso postquirúrgico o el inicio de uno infeccioso.

El 22 de diciembre de 2011 a las 12:25 horas se registró atención, "**Evaluación: CONTINUA CON MUCHO DOLOR SOBRE RODILLA IZQUIERDA. RX: NO Finalidad Causa: NO APLICA. Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL. 4 Diagnóstico principal: S833 DESGARRO DEL CARTÍLAGO ARTICULAR DE LA RODILLA, PRESENTE. Diagnóstico Relacionados: NO PRESENTA. Tipo de diagnóstico: CONFIRMADO REPETIDO, tipo de discapacidad: DE LA LOCOMOCIÓN, Grado de discapacidad: SEVERA. Conductas: Se envía: ORDENO HEMOGRAMA COMPLETO Y SEDIMENTACIÓN 2. PCR 3. CITA NUEVA.**"

La historia clínica demuestra una evolución tórpida del paciente que "**CONTINUA CON MUCHO DOLOR SOBRE RODILLA IZQUIERDA**" y discapacidad de la locomoción "**SEVERA**"; síntomas que no relacionaron al dolor relatado desde la revisión anterior; ordenar exámenes por sospecha de un proceso infeccioso en la rodilla, es suficiente para demostrar que el paciente venía con serios signos y síntomas y no faltaba más que confirmarla.

El 23 de diciembre de 2011 el paciente "**fue a realizarse las órdenes de laboratorio**" y para revisión porque no soportaba el dolor en la rodilla, "**Motivo de Consulta: Paciente POP artroscopia rodilla izquierda, el 7-12-2011 por antecedente de condromalacia. Desde la cirugía relata dolor en rodilla, constante, edema y calor. Ha venido a consulta y ayer por urgencia y le ordenaron bayro (que es un medicamento para el dolor) Aun sin fisioterapia, comienza en febrero...Examen físico: Rodilla con edema, brillante, hipomóvil por dolor con contractura, en flexión de 60° casi fija, alodinia al tacto y al frío con respuesta sistémica y cambio de temperatura. No logro determinar efusión de la rodilla por edema...Concepto Médico: Paciente con síndrome**

**regional doloroso complejo severo, artrofibrosis secundaria, requiere hospitalización y manejo agudo por clínica de dolor, RFA para excluir asociación a una infección atípica de rodilla**"; la infección de rodilla postquirúrgica que venía manifestándose por su sintomatología "**Desde la cirugía relata dolor en rodilla, constante, edema y calor**", desde el 7 de diciembre de 2011.

El dolor relatado el 22 y 23 de diciembre de 2011 no era similar al del 14 de diciembre; el proceso infeccioso venía incrementándose desde el día de la cirugía.

Horas más tarde, en la atención brindada el 23 de diciembre de 2011 a las 17:17 horas con un tercer médico, "**Evaluación: ARTROSCOPIA RODILLA IZQUIERDA, EL 7-12-2011, DOLOR DESDE ENTONCES. EVALUADO HOY EN LA MAÑANA CON DIAGNÓSTICO DE SINDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO. DOLOR PARA LOS MOVIMIENTOS DE RODILLA Y ALODINIA. DESDE HOY EN LA MAÑANA SE INTENTA REMITIR A HOSPITALIZACIÓN PARA MANEJO POR MEDICINA DEL DOLOR. LA DOCTORA SANDRA CASTAÑO DE EPS SURA NOS INFORMA QUE NO HA SIDO POSIBLE LA REMISIÓN PARA HOY. QUE EL PACIENTE DEBE IRSE PARA LA CASA CON MEDICAMENTOS Y CONSULTAR EL PRÓXIMO LUNES 7 AM EN LA CLÍNICA BOLIVARIANA. CONSULTAR POR URGENCIAS, ATENCIÓN AUTORIZADA POR EL DR. RICARDO RESTREPO DE LA CLÍNICA BOLIVARIANA... Conducta: Se envía: ORDEN MEDICAMENTOS NO POS -W02 3642 – Dic 23/2011 Observaciones: ACETAMINOFEN CON CODEINA 30 MG. 30 TAB. UNA CADA 6 HORAS. BAYRO IM AMP 5, UNA IM AL DÍA**"; se omitió la indicación, "**requiere hospitalización y manejo agudo por clínica de dolor, RFA para excluir asociación a una infección atípica de rodilla.**"

La conducta de la demandada se limitó a gestionar la remisión del paciente a otra institución hospitalaria "**...PARA MANEJO POR MEDICINA DEL DOLOR**" y no realizó el "**HEMOGRAMA COMPLETO Y SEDIMENTACIÓN**" y la "**PCR**" ordenada desde el 22 de diciembre de 2011.

La responsabilidad institucional en la remisión de pacientes urgentes está establecida en el artículo 3º del Decreto 412 de 1992 ratificado por el artículo 2.5.3.2.4 del Decreto 780 de 16; la demandada sí es responsable por la falta de diagnóstico y tratamiento oportuno de la **"INFECCIÓN INTRA ARTICULAR DE RODILLA POST QUIRÚRGICA"** que venía evolucionando desde el día de la artroscopia; tenía **"...la responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que el mismo haya sido dado de alta, si no ha sido objeto de una remisión"**; lo envió para su casa sin pruebas de diagnóstico, privándolo de un tratamiento oportuno; al remitir al paciente el 23 de diciembre tenía su responsabilidad hasta el lunes 26 de diciembre de 2011, toda vez que **"...su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo ingrese a la entidad receptora"** (la receptora es la Clínica Bolivariana).

El análisis de los registros de historia clínica de la entidad demandada demuestran que la demandada violó los artículos 10, 15 y 16 de la Ley 23 de 1981, los cuales expresan, **"ARTICULO 10. El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada a su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente."** **"Artículo 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados."** **"Artículo 16. La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados."**

La entidad hospitalaria no realizó una evaluación adecuada de salud, lo expuso a riesgos injustificados; a sabiendas que el riesgo previsto de una artroscopia es la **"INFECCIÓN INTRA ARTICULAR DE RODILLA POST QUIRURGICA"** que debió evitar, advertir y no lo hizo, a sabiendas de la sintomatología y la signología que manifestaba y presentaba el paciente.

La historia clínica realizada por la CLÍNICA UNIVERSITARIA DE LA UPB prueba que JULIAN FELIPE fue hospitalizado el 26 de diciembre de 2011 a las 7:00 horas con diagnóstico, **"COMPLICACIONES DE PROCEDIMIENTOS NO**

**ESPECIFICADOS**"; hubo ausencia de estudios con el fin de diagnosticar a tiempo la **"INFECCIÓN INTRA ARTICULAR DE RODILLA POST QUIRURGICA"** dado que la demandada realizó una mala remisión; en los días de hospitalización se confirmó infección **"ARTRITIS SEPTICA DE RODILLA"** y fue sometido a múltiples procedimientos y tratamientos identificándose, **"STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO SENSIBLE."**

El 12 de enero de 2012 fue hospitalizado en el HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE, los médicos de Infectología y Ortopedia deciden llevarlo a nuevas artroscopias el 14 y 20 de enero de 2012, encontrándosele graves fibrosis y adherencias de rodilla izquierda.

Dadas complicaciones de **"ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA"**, fue sometido a múltiples hospitalizaciones en CLÍNICA EL ROSARIO y en la CLÍNICA LAS VEGAS; por concepto del Grupo de Reemplazos Articulares el 7 de febrero de 2014 le fue realizada, **"PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA."**

Existe gran contradicción entre los peritos, pero de la historia clínica se concluye que el dictamen que se acerca a la veracidad es el del especialista en medicina interna Dr. JUAN CARLOS TOBÓN PEREIRA; se discute si la amputación de la pierna del paciente fue consecuencia directa de la infección postquirúrgica o la infección post quirúrgica fue una de las concausas de la amputación, **"LLEVÓ A UNA AFECTACIÓN TAL DE LA RODILLA DEL PACIENTE Y QUE JUNTAMENTE CON OTRAS CONCAUSAS POSTERIORES A LA INFECCIÓN, EL PACIENTE TERMINÓ CON UNA AMPUTACIÓN"**; las consecuencias derivadas del proceso infeccioso tuvieron relación con la pérdida de la funcionalidad de la rodilla izquierda y su correspondiente Pérdida de Capacidad Laboral del 51,46%, que luego de esta calificación terminó con prótesis de rodilla.

El informe pericial del Dr. JUAN CARLOS TOBÓN PEREIRA indicó que la cirugía realizada a JULIAN FELIPE MANZANARES POSADA el 7 de diciembre de 2011 se considera limpia, de un riesgo de infección entre el 1 al 5% siendo necesario utilizar profilaxis con antibióticos previa al procedimiento (que no se ordenó).

Expuso que una vez se le dio de alta luego de la ARTROSCOPIA, no le dieron instrucciones de alarma respecto a los síntomas o signos de un proceso infeccioso; que en las citas de control post quirúrgico de 22 y 23 de diciembre de 2011, cuando al paciente le diagnostican "**INFECCIÓN ATÍPICA DE RODILLA**", la conducta que se debió realizar era la de hospitalización, "**no fue hospitalizado, se intentó remitir para manejo por medicina del dolor, pero según registro de historia clínica, no fue posible**"; la finalidad de "**HOSPITALIZACIÓN PARA MANEJO POR MEDICINA DEL DOLOR**" influyó para que la EPS no le proporcionara de manera inmediata la hospitalización, "**pues en ese caso requerían especialista en MEDICINA DEL DOLOR, cuya disponibilidad a nivel hospitalario no es fácil.**"

Afirmó el perito que el inicio del proceso de replicación bacteriana se ha demostrado que inicia desde una hora luego de la contaminación, "**la cual puede estar consolidada desde 72 horas hasta varios días después en el caso del Sthaphylococcus Aureus**"; que hubo una alta probabilidad que el Sthaphylococcus Aureus fuera adquirido en el transcurso de la cirugía; "**No se implementó ningún tipo de tratamiento antibiótico**" aquel 22 o 23 de diciembre de 2011 a sabiendas del diagnóstico de la ARTRITIS SÉPTICA; "**el tratamiento debió iniciarse previa ARTROTOMÍA desde el 23 de diciembre de 2011...ni se practicó intervención quirúrgica, ni hubo abordaje terapéutico alguno.**"

La ARTRITIS SÉPTICA puede provocar graves consecuencias como la destrucción parcial de la articulación con secuelas irreversibles, si se retrasa el diagnóstico o el inicio del antibiótico apropiado como en este caso, la articulación se afecta gravemente; el paciente fue sometido a múltiples procedimientos quirúrgicos como consecuencia de la destrucción parcial de la articulación de la rodilla, luego de la infección; lo que padecía el paciente cuando fue sometido a artroscopia el 7 de diciembre de 2011 era un simple "**DESGARRO DEL CARTÍLAGO ARTICULAR DE LA RODILLA.**"

Desde diciembre 14 de 2011 empezó su mala evolución hasta llevarlo a un reemplazo articular por complicaciones debido a "**Trombosis Venosa Profunda por inmovilidad crónica**"; se infectó con una "**OSTEOMIELITIS por los fijadores**

**externos y pines"** a los que se sometió y se complicó con **"lesión nerviosa del ciático por los múltiples procedimientos"**, afectando gravemente la articulación y así terminar en amputación.

El perito manifestó que la relación de los hallazgos posteriores al primer período post infeccioso de la cirugía fueron eventos que en la historia clínica no se relacionan a la cirugía del 7 de diciembre de 2011; la gonartrosis que padeció fue debido a múltiples orígenes, la causa inicial fue la infección local, quedó con articulación disfuncional, luego prótesis articular fallida; **"con relación a la infección, no se evidencia una causa efecto directo de la amputación; pero sí de la afectación de la articulación, llevando al paciente a una rodilla disfuncional que termina con prótesis articular que posteriormente fue fallida."**

La prótesis sí fue consecuencia del inadecuado manejo de la infección, en la que de base había un trauma, **"Se considera que hubo retraso en el diagnóstico y por tanto, en el inicio del tratamiento de antibiótico; cada día que pasa sin tratamiento o sin una intervención invasiva oportuna, implica destrucción articular."**

En relación al dictamen pericial aportado por la parte demandada, solicita negarle efectos, el Juez de primera instancia no se pronunció sobre la falta de imparcialidad del perito (invocada conforme el artículo 235 del GGP); el ortopedista Dr. FERNANDO COUITAN, al momento de emitir el informe pericial estaba vinculado laboralmente en la Clínica Bolivariana; a sabiendas que fue a esa clínica donde fue remitido y atendido el paciente desde el día 26 de diciembre de 2011.

El memorado perito afirma, **"Esta infección se puede calificar como una infección posoperatoria; mas no necesariamente como causalidad del procedimiento"**, respuesta que permite deducir la alta probabilidad de que la artritis séptica que padeció el paciente luego del 11 de diciembre de 2011 fue adquirida con ocasión de la cirugía o que existió la posibilidad de evitarla con la profilaxis antibiótica, como lo aseveró el Dr. JUAN CARLOS TOBÓN PEREIRA.

Al preguntársele si es probable que la infección presentada en el paciente hubiera tenido inicio con posterioridad a la consulta del 14 de diciembre, **"Si es probable, pero tampoco hay forma de una manera contundente asegurarlo"**; remitió a 16 factores de riesgo y los orígenes adicionales en una infección relacionada a un procedimiento quirúrgico; el paciente tenía obesidad, lo que debió considerarse oportunamente para no someterlo al riesgo.

No es de recibo lo que este perito manifestó, **"la atención realizada al paciente está acorde a los protocolos de sospecha de una infección de rodilla"**, supuestamente que por que la Clínica de Fracturas de Medellín es un servicio ambulatorio y no de urgencias u hospitalario, por lo cual al sospechar complicaciones, **"solicitar paraclínicos y remitir a un servicio hospitalario de mayor complejidad fue una decisión acertada por el grupo de médicos de la institución"**; se demostró con la historia clínica que al paciente se le solicitó una remisión por el síndrome de dolor complejo no por la infección atípica de rodilla.

La Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC13925-2016, **"Lo que interesa para endilgar responsabilidad: Es que el perjuicio se origine en los procesos y mecanismos organizacionales constitutivos de la culpa en la operación y que éstos sean jurídicamente reprochables por infringir los deberes objetivos de cuidado...Desde que el paciente entra en contacto con el sistema de salud, es atendido por agentes administrativos, médicos y paramédicos que interactúan entre sí para la ejecución de procesos de diagnóstico, tratamiento, quirúrgicos, de recuperación, seguimiento y control...En el análisis de un sistema existen dos niveles de descripción: el de los procesos llevados a cabo por cada elemento del sistema y el de los procesos que tienen lugar en el sistema como un todo, y que están determinados por las interrelaciones entre los elementos...La identificación del proceso unitario depende de la especificación de un fragmento espaciotemporal en el que se seleccionan los elementos, las decisiones, las operaciones y los flujos de comunicación correspondientes a cada proceso con relevancia para incidir en el resultado final que se investiga, por fuera del**

***cual quedarán otros tantos que el observador considera intrascendentes...El del sistema como un todo: La información que está al alcance de cada organización pasa a desempeñar un papel trascendental al momento de atribuir responsabilidad. Frente a un dominio de información incompleta o asimétrica que afecta el equilibrio de la competencia perfecta, no es posible exigir el cumplimiento de estándares de responsabilidad basados en una racionalidad ideal máxima...Por ello, la violación del estándar de conducta exigible sólo puede determinarse a partir de un parámetro de diligencia adecuada en relación con el tráfico en que se produce el acontecimiento dañoso, lo que permite identificar la culpa de la organización...Para la atribución de responsabilidad organizacional no basta con analizar la conducta aislada de los elementos del sistema, sino que debe valorarse el nivel organizativo como un todo. La culpa de la persona jurídica se establece en el marco de una unidad de acción selectivamente relevante que tiene en cuenta los flujos de la comunicación entre los miembros del sistema...Por ello, el juicio de reproche ha de tomar en consideración, además de las acciones y omisiones organizativas, las fallas de comunicación del equipo de salud que originan eventos dañosos cuando tales falencias podían preverse y fueron el resultado de la infracción de deberes objetivos de cuidado...Los cortocircuitos en la comunicación durante el proceso de atención pueden presentarse en: Las remisiones del paciente de un profesional a otro; cuando se imparten órdenes; cuando se prescriben las fórmulas médicas; cuando el paciente es dado de alta; cuando se dan indicaciones o se omiten cuidados y tratamientos, etc...Un quiebre en la comunicación de los profesionales de la salud aumenta enormemente las probabilidades de errores previsibles que la organización tenía el deber de evitar."***

Con relación a la amputación del miembro inferior, surgen dos preguntas, ***"¿Hubiese llegado el paciente a una amputación si no hubiese presentado una artritis séptica por infección de rodilla luego de la artroscopia realizada el 7 de diciembre de 2011? o ¿Hubiese llegado el paciente a una amputación si se hubiese diagnosticado y tratado a tiempo la artritis séptica por infección de rodilla luego de la artroscopia realizada el 7 de diciembre de 2011?"***

El perito FERNANDO COUTIN, en contradicción a lo reportado en la historia clínica y a lo valorado por el perito JUAN CARLOS TOBÓN PEREIRA, manifestó que no se visualizó proceso infeccioso inicial posterior a la cirugía del 7 de diciembre de 2011; que en la artroscopia como cirugía limpia, el riesgo de infección era bajo, por lo tanto, no se usan antibióticos profilácticos; que la finalidad de la artroscopia era la remodelación de la lesión meniscal, producto del antecedente del accidente laboral del paciente; que el tratamiento con antibióticos no está indicado, aún con la sospecha sino cuando el paciente empieza a manifestar síntomas de un choque séptico; pero sólo basta consultar en qué consiste un choque **"afección grave que se produce cuando una infección en todo el cuerpo lleva a que se presente presión arterial baja peligrosa...un síndrome clínico de disfunción de órganos potencialmente letal causada por una respuesta desregulada a la infección..."**; para cuestionarse si hay que estar ad portas de la muerte para recibir tratamiento con antibiótico, aún ante la sospecha.

El Dr. FERNANDO COUTIN describió la situación del paciente en dos momentos, (i) después de la artroscopia se presentó una artritis séptica de rodilla, hasta la prótesis de rodilla y (ii) desde el año 2019 con fijación externa y pines de rodilla hasta la amputación del Miembro inferior; ambos se presentaron de manera independiente, **"luego de la prótesis de rodilla vinieron otras complicaciones vasculares que, por los fijadores externos con pines, presentó infección con OSTEOMIELITIS, luego necrosis para terminar en amputación"**; tanto testigo técnico como peritos fueron enfáticos en determinar que no hubo relación directa de la Osteomielitis crónica de tibia que llevó a la amputación con la artritis séptica por infección luego de artroscopia, pero ante la cuestión, **"¿la artritis séptica por infección luego de artroscopia pudo haber sido una de las concausas que conllevó al segundo momento de padecimientos del paciente, esto es, la Osteomielitis crónica de tibia que llevó a la amputación?"**, respondió el Dr. JUAN CARLOS TOBÓN PEREIRA que la relación de los hallazgos posteriores al primer periodo post infeccioso de la cirugía, fueron eventos que en la historia clínica no se precisan con relación a la cirugía del 7 de diciembre de 2011; sin embargo, la gonartrosis se debió a múltiples orígenes, **"la causa inicial fue la infección local"**

***que quedó con articulación disfuncional, luego prótesis articular, la cual fue fallida y con relación a la infección no se evidencia una causa efecto directo de la amputación, pero sí de la afectación de la articulación, llevando al paciente a una rodilla disfuncional que termina con prótesis articular que posteriormente fue fallida."***

La prótesis sí fue consecuencia de inadecuado manejo de la infección, en la que de base había un trauma y la ARTRITIS SÉPTICA POR ARTROSCOPIA; la prótesis de rodilla predispuso a la Osteomielitis indirecta; la afirmación del Dr. JUAN CARLOS TOBÓN PEREIRA fue muy contundente, ***"hubo retraso en el diagnóstico y por tanto, en el inicio del tratamiento de antibiótico; cada día que pasa sin tratamiento o sin una intervención invasiva oportuna, implica destrucción articular."***

Existen pruebas que conducen a demostrar los elementos de la responsabilidad, entre ellos el nexo causal.

## 5. PROBLEMAS JURÍDICOS A RESOLVER

**¿Se acreditó el nexo causal como elemento axiológico de la responsabilidad médica?**

## 6. CONSIDERACIONES

### 6.1 Preliminar

La tacha de parcialidad del perito FERNANDO COUTIN MORENO, Médico Cirujano, Ortopedista y Especialista en Cadera y Rodilla de la UPB efectuada por la parte actora, debe apreciarse por el Juez de acuerdo con las reglas de la sana crítica, asignándole el valor probatorio al dictamen o demeritándolo en caso que concurra alguna de las causales de recusación previstas en el artículo 141 del CGP.

En el Dr. FERNANDO COUTIN MORENO no concurre ninguna, la Clínica Universitaria Bolivariana con la que actualmente se encuentra laborando, no es demandada en el presente proceso y el perito no se encontraba vinculado a la institución a la fecha en que la entidad prestó los servicios médicos a JULIÁN FELIPE MANZANARES POSADA.

La ampliación oficiosa del dictamen pericial a la que no pudo accederse por la incapacidad económica de la parte demandante, pudo ser descartada por el A quo sin que ello vulnere garantía procesal; si el Juez consideró suficiente el acervo probatorio para definir la litis; agotada la práctica de las pruebas solicitadas a instancia de las partes a quienes corresponde la carga de la prueba en los términos de los artículos 164 y 167 del CGP, no era deber del Juez proceder con una práctica oficiosa.

## **6.2 ¿Nexo causal como elemento axiológico de la responsabilidad médica?**

La responsabilidad médica está compuesta por los elementos de la acción resarcitoria, por cuanto se encuentra soportada en idénticos presupuestos; cuando se ha infligido daño a una persona nace el deber indemnizatorio.

Los involucrados en la prestación del servicio de salud no están exentos de dicho compromiso; si en desarrollo de su actividad sea por negligencia, impericia, imprudencia o violación a su reglamentación, afecta negativamente a los pacientes, debe indemnizarlos siempre y cuando se acredite por la víctima los elementos de la responsabilidad médica.

Para derivar responsabilidad civil de los médicos o de las instituciones o entidades prestadoras de servicios de salud, el demandante debe probar (i) culpa médica, manifestada en el desconocimiento de los protocolos médicos o *lex artis* (no sometidos a modelos prefigurados); (ii) daño; y (iii) que el daño fue causado por ese desconocimiento o culpa médica (nexo de causalidad).

El nexos causal, como condición necesaria para la configuración de la responsabilidad, puede ser develado en términos que la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia<sup>2</sup>, en ***"las reglas de la vida, el sentido común y la lógica de lo razonable, pues estos criterios permiten particularizar, de los antecedentes y condiciones que confluyen a la producción de un resultado, cuál de ellos tiene la categoría de causa."***

Para tal fin, ***"debe realizarse una prognosis que dé cuenta de los varios antecedentes que hipotéticamente son causas, de modo que con la aplicación de las reglas de la experiencia y del sentido de razonabilidad a que se aludió, se excluyan aquellos antecedentes que sólo coadyuvan al resultado pero que no son idóneos per se para producirlos, y se detecte aquél o aquellos que tienen esa aptitud"*** (SC, 15 en. 2008, rad. 2000-673-00-01; en el mismo sentido SC, 6 sep. 2011, rad. 2002-00445-01).

En la búsqueda del nexos causal concurren elementos fácticos o materiales y jurídicos, resultando indefectible la prueba material, para lograr una condena indemnizatoria.

En sentencia SC3919-2021 la Corte expresó, ***"El aspecto material se conoce como el juicio sine qua non y su objetivo es determinar los hechos o actuaciones que probablemente tuvieron injerencia en la producción del daño, por cuanto de faltar no sería posible su materialización. Para estos fines, se revisa el contexto material del suceso, analizado de forma retrospectiva, para establecer las causas y excluir aquellas que no guardan conexión, en términos de razonabilidad. Con posterioridad se hace la evaluación jurídica, con el fin de atribuir sentido legal a cada gestión, a partir de un actuar propio o ajeno, donde se hará la ponderación del tipo de conexión y su cercanía."***

Siendo coherente con jurisprudencia de la Sala Civil que en sentencia SC13925 de 24 de agosto de 2016, ***"Aun cuando el hecho causa y el hecho resultado"***

---

<sup>2</sup> SC3919-2021 Radicación n° 66682-31-03-003-2012-00247-01 Magistrado ponente AROLDO WILSON QUIROZ MONSALVO

***pertenecen al mundo de la realidad natural, el proceso causal va a ser en definitiva estimado de consuno con una norma positiva dotada de un juicio de valor, que servirá de parámetro para mensurar jurídicamente ese encadenamiento de sucesos. Para la debida comprensión del problema, ambos niveles no deben confundirse. De este modo, las consecuencias de un hecho no serán las mismas desde el punto de vista empírico que con relación al área de la juridicidad. En el iter del suceder causal el plexo jurídico sólo toma en cuenta aquellos efectos que conceptúa relevantes en cuanto pueden ser objeto de atribución normativa, de conformidad con las pautas predeterminadas legalmente, desinteresándose de los demás eslabones de la cadena de hechos que no por ello dejan de tener, en el plexo ontológico, la calidad de 'consecuencias'.<sup>3</sup>***

Este doble análisis resulta exigible en la evaluación de la configuración del nexo causal de cara al resultado dañoso de una omisión médica; la falta de una conducta, cuando era exigible, evidencia una consecuencia de la que deviene una situación perjudicial para la víctima; por ello, es necesario que el aspecto fáctico sea probado a través de cualquiera de los medios reconocidos en el estatuto procesal.

Los argumentos de la apelación soportan la tesis que existe prueba de la responsabilidad civil, incluyendo el nexo de causalidad; no se realizó procedimiento profiláctico con antibióticos previo a la artroscopia realizada el 7 de diciembre de 2011; el 14 de diciembre siguiente pese la indicación de dolor moderado no se descartó proceso infeccioso; el 22 de diciembre el paciente se presentó con dolor severo e inamovilidad y se ordenó sedimentación, hemograma completo y PCR que no se realizaron inmediatamente; el 23 siguiente se realizó remisión para hospitalización con diagnóstico preciso de manejo por medicina del dolor; la remisión inadecuada generó un diagnóstico tardío de artritis séptica por *Sthaphylococcus Aureus* infección post quirúrgica que junto con otras concausas produjo la amputación de la pierna izquierda de JULIÁN FELIPE MANZANARES POSADA.

---

<sup>3</sup> Goldemberg, La relación de causalidad en la responsabilidad civil, Ed. Astrea, Buenos Aires, 2011, p. 8

Así, para determinar la convergencia del nexo causal, ¿la infección post quirúrgica que tuvo lugar luego de la artroscopia realizada el 7 de diciembre de 2011, fue una de las concausas de la amputación de la pierna izquierda de JULIÁN FELIPE MANZARARES POSADA?

La respuesta se encuentra en la prueba pericial cuya contradicción se surtió con la intervención de los peritos y en la declaración de uno de los médicos tratantes en su calidad de "testigo técnico"; categoría que se describe jurisprudencialmente como, "**aque! sujeto que posee conocimientos especiales en torno a una ciencia o arte, que lo hace particular al momento de relatar los hechos que interesan al proceso, de acuerdo con la teoría del caso**"... "**es la persona experta de una determinada ciencia o arte que lo hace especial y que al relatar los hechos por haberlos presenciado se vale de dichos conocimientos especiales**" (CSJ SP, 11 abr 2007, rad. 26128).

A diferencia de un testigo común, la declaración surtida por un perito técnico debe rendirse y apreciarse de manera diferente, mientras al testigo común se le prohíben apreciaciones o impresiones personales en su declaración, al testigo experto le está permitido siempre que lo sea con ocasión a su saber profesional o académico y se relacionen con los hechos objeto del testimonio a efectos de lograr su ilustración. El perito, dada la labor encomendada, realiza valoración posterior de documentos, exámenes físicos, apreciaciones clínicas y el testigo técnico se vale de su conocimiento directo o personal de la situación para dar una opinión vinculada directamente a partir de sus conocimientos especializados.

En audiencia, el Dr. FERNANDO COUTIN MORENO, Médico Cirujano, Ortopedista, Especialista en Cadera y Rodilla de la UPB, indicó tener conocimiento de los hechos por los cuales fue llamado a audiencia; dada su especialidad técnica científica relató, "**Tenemos un paciente que tuvo un trauma en la rodilla, inicialmente no se identificaron lesiones importantes, no se encontró una efusión articular o sangrado, posteriormente se le realizó una resonancia donde se identificó una contusión ósea que es un cuadro clínico donde hay un sangrado dentro del hueso pero no hay ninguna lesión articular, este es un paciente que además**

**tenía como antecedente obesidad y una alineación vara (que la rodilla no tiene una alineación normal y tiene una sobrecarga sobre la parte interna), entonces identificaron que tenía una lesión meniscal degenerativa, se hizo un procedimiento quirúrgico que se considera limpio, una artroscopia de la rodilla...";** coherente con su dictamen donde indicó, **"Paciente con antecedente de obesidad grado I y trauma durante jornada laboral el 8/11/2010 con diagnóstico de contusión ósea, microfracturas trabeculares y edema medular...asociado a una enfermedad degenerativa previa que no tiene causalidad con su accidente laboral y que específicamente es una meniscopatía medial degenerativa estable con degeneración mixoide del cuerno posterior del menisco, sin rupturas del mismo, y edema en la carilla lateral de la patela sin lesión inestable del cartílago articular (diagnóstico clínico y radiológico, radiografías y resonancia magnética nuclear simple) por lo cual recibió manejo conservador durante 12 meses con analgesia, antiinflamatorios, no apoyo, rehabilitación, fisioterapia y progresión a la marcha. Por persistencia de su sintomatología gonalgia bilateral de predominio izquierdo se decide manejo quirúrgico encontrando por diagnóstico artroscópico la presencia de una lesión degenerativa condral de 20 mm de diámetro grado II/IV..."**

El representante legal de la CLÍNICA DE FRACTURAS -ELKIN GARCÉS- Médico Cirujano, al respecto, **"es un paciente que se atendió y operó en nuestra institución a finales del 2011, uno de nuestros galenos ortopedistas...el señor MANZANARES al parecer tuvo inicialmente un accidente de trabajo, fue manejado de forma ambulatoria y conservadora durante algunos meses y durante ese trayecto fue trasladado para que su manejo fuera a través de la EPS al parecer porque el origen de su enfermedad y por el estado que tenía previo de su rodilla por algunas preexistencias iniciales...finalmente el ortopedista le ofreció una alternativa quirúrgica, la cual se llevó a cabo a finales del 2011 le hizo una artroscopia de rodilla, sin ninguna complicación..."**

Revisada la historia clínica de la IPS SURA del 22 de noviembre de 2010 (14 días posterior al accidente), **"...cambios mixoides en el menisco medial que no son**

**por at (accidente de trabajo)...atrofia de cuádriceps**"; 23 de febrero de 2011, **"peso:108 kg, pesaba 104 antes del at..."**, 18 de abril de 2011, **"el jueves 7 de abril de 2011, staff de rodilla del HPTU con asistencia de los dres JAIRO ESTRADA, CARLOS OCHOA, JOHN BYRON ALZATE, EDUARDO GONZALEZ, ALEJANDRO JARAMILLO, CHRISTIAN PÉREZ, conclusiones: 1 este paciente no es quirúrgico. 2. La lesión ocurrida en el at es una contusión ósea en el platillo lateral que tiende a resolverse con manejo conservador. 3. Tiene condromalacia patelar como condición preexistente sin relación de causalidad con el at. Plan ordeno 10 sesiones de tf"**; la Clínica Bolivariana el 29 de diciembre de 2011, **"...el paciente se queda por eps sura...tiene preexistencia de condromalacia no derivada del accidente de trabajo"**; el 31 de diciembre de 2011 **"programado para artroscopia operatoria de rodilla izquierda. Evaluación preanestésica en HC electrónica asa2, por obesidad moderada IMC 30..."**; la Clínica de Fracturas el 30 de agosto de 2011 previa radiografía, **"paciente arp, rodilla izquierda, no mejoría con la terapia, doy orden de cirugía artroscopia de rodilla izquierda..."**

Significa que JULIÁN FELIPE MANZANARES POSADA con antecedente de obesidad y alineación vara de sus rodillas, tenía una lesión meniscal degenerativa previa (cambios mixoides en el menisco medial y condromalacia patelar); luego del trauma ocasionado por un accidente laboral sufrió contusión ósea de su rodilla izquierda con microfracturas y edema medular (asociado a preexistencia); diagnósticos que fueron tratados con terapia (de manera conservadora), sin resultado, para posterior realización de artroscopia en la Clínica de Fracturas.

La Clínica de Fracturas realizó procedimiento de artroscopía el 7 de diciembre de 2011, con evaluación preanestésica del 2 de diciembre de 2011 donde se prescribió medicación preanestésica **"metoclopramida..."** y en cirugía se **"colocan 2 gm dipirona, 75 mg diclofenaco 100 gr.."** y se practica, **"anestesia general, torniquete a 300mmHg, 30 minutos; dos portales y portal accesorio; hallazgos: lesión condral grado II-III/IV sobre la faceta medial de la patela, sin hueso expuesto, con pocos FLAPS inestables, de 20mm de diámetro, resto sano. Condroplastia de abrasión con saber y radiofrecuencia, acompañada de**

**microfractura de la regio condral patelar, sinovectomia peripatelar, lavado y cierre, piel, vendaje blando**"; se envía **"de alta en buenas condiciones generales, hielo, apoyo parcial con muletas, baydol, traidol; cita nueva en 7 días miércoles 14 para retirar puntos, instrucciones precisas"**; nota de enfermería **"...se entregan órdenes médicas y se dan instrucciones post operatorias."**

El día de la cirugía el paciente firmó, **"CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRÁCTICA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y PROCEDIMIENTOS EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY 23 DE 1981"** para que el Dr. GABRIEL URIBE practicara el procedimiento denominado artroscopia de rodilla izquierda, indicándose sobre los riesgos generales, **"hematomas, infecciones en hueso y tejidos blandos, mala consolidación ósea, rigidez articular, lesiones nerviosas, vasculares, atrofia muscular, dehiscencia e la sutura, cicatrices retráctiles, otras deformidades de cicatrices antiestéticas, reacciones alérgicas a medicamentos o materiales de curación, estrías, celulitis, asimetrías, irregularidades de la piel, reacciones alérgicas a las suturas, presencia de granulomas de cuerpo extraño al igual que riesgos específicos que implica este procedimiento particularmente sobre la posibilidad que se presenten necrosis de piel o grasa, rechazo de material de osteosíntesis, embolismo graso, trombo embolismo pulmonar. Complicaciones del procedimiento específico que se va a realizar...4. Se me han explicado que existen riesgos potenciales difíciles de prever y por esta razón no pueden ser advertidos..."**

Sobre la asepsia relativa al procedimiento quirúrgico del 7 de diciembre de 2011 el perito JUAN CARLOS TOBÓN PEREIRA Médico Internista y Nefrólogo, en dictamen pericial refirió las medidas preventivas para evitar infecciones transoperatorias, **"evitar la contaminación, mediante un estricto cumplimiento de la norma de asepsia y antisepsia en el área quirúrgica y sala de hospitalización, eliminar focos sépticos y bucofaríngeos, emplear una técnica quirúrgica depurada, controlar la flora bacteriana de los órganos, aislar los pacientes portadores de una infección postoperatoria, manipular**

***cuidadosamente y utilizar los diversos tipos de catéteres y sondas y profilaxis con antibióticos***"; sobre esta última, solicitó aclaración la parte actora preguntando, ***¿aquella profilaxis previa al procedimiento, se me ordenó? No encuentro evidencia en el registro de la historia clínica de la cual dispongo***"; sin embargo, en el dictamen del Dr. FERNANDO COUTIN MORENO sobre la obligatoriedad de uso previo artroscopía de antibiótico profiláctico expresó, ***"Existe una amplia controversia en la literatura médica en relación al uso rutinario de profilaxis antibiótica en la artroscopia simple de la rodilla, a la fecha no hay estudios nivel de evidencia I que avalen de forma contundente y rutinaria el uso de antibióticos profilácticos preoperatorios en la artroscopia de rodilla simple. Estos están indicados de forma rutinaria en la artroscopia de la rodilla donde se realizan procedimientos que requieran el uso de implantes, aloinjertos, autoinjertos, reconstrucciones ligamentarias, osteotomías o procedimientos adicionales. Los antibióticos profilácticos no se usan de forma rutinaria para la artroscopia de rodilla porque el procedimiento se considera limpio. Esto está respaldado por la baja tasa de infección postoperatoria reportada en la literatura. El uso de antibióticos también aumenta los costos e introduce un riesgo de reacciones alérgicas y el desarrollo de organismos resistentes a los antibióticos (Law et al 2009, Allum 2002)...En la actualidad las guías que rigen la profilaxis antibiótica en cirugía (Sociedad Estadounidense de Farmacéuticos del Sistema de Salud (ASHP), la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América (IDSA), la Sociedad de Infecciones Quirúrgicas (SIS) y la Sociedad de Epidemiología de la Atención Médica de América (SHEA)), clasifican la artroscopia como una cirugía limpia y recomiendan el no uso de antibiótico profiláctico con un nivel de evidencia tipo C. Esta misma recomendación se hace en la Guía de práctica clínica para la Profilaxis quirúrgica antimicrobiana publicada en 2021 por la asociación colombiana de infectología."***

De manera que, la artroscopía practicada a JULIÁN FELIPE MANZANARES POSADA en la Clínica de Fracturas, es una cirugía limpia, con riesgos inherentes que fueron conocidos y aceptados por el paciente con anterioridad, entre ellos el riesgo de hematomas, infecciones en hueso y tejidos blandos, mala consolidación

ósea, rigidez articular, lesiones nerviosas, vasculares y atrofia muscular; la profilaxis no es una medida de asepsia previa recomendada en este procedimiento médico, no es indicado el uso de antibióticos en artroscopías que no impliquen implantes, injertos, reconstrucciones, entre otros.

Según concepto emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social el 6 de febrero de 2019, la Constitución Política de Colombia en los artículos 161, 182 193 y 204, consagran dentro de los derechos fundamentales, el derecho al libre desarrollo de la personalidad y a la libertad de conciencia, de cultos y de información, derechos que soportan el consentimiento informado para la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS. La Ley 23 de 1985, al referirse a las relaciones médico – paciente en los artículos 14, 15 y 18, advirtió la necesidad del consentimiento, para realizar los diferentes tratamientos médico - quirúrgicos que se requieran, así:

***“Artículo 14. – El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata.”***

***“Artículo 156. - El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que pueden afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.***

***“Artículo 167. – La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados.”***

***“Artículo 188. – Si la situación del enfermo es grave el médico tiene la obligación de comunicarla a sus familiares o allegados y al paciente en***

***los casos en que ello contribuya a la solución de sus problemas espirituales y materiales."***

Quedando probado que el procedimiento quirúrgico efectuado al paciente fue ajustado a la *lex artis* conforme criterios técnico- científicos; su realización implicaba un riesgo informado y consentido, sin que ello implique la inobservancia del deber de cuidado, omisión, negligencia o impericia médica.

Posterior a la artroscopía realizada el 7 de diciembre de 2011, el 14 de diciembre siguiente, asiste a la Clínica de Fracturas donde se efectúa, "***retiro de puntos***" relatando, "***dolor moderado***" a lo que el médico le prescribe, "***10 sesiones de terapia, instrucciones precisas, nueva cita (no orden).***"

El 22 de diciembre, asiste a la Clínica de Fracturas por urgencia relatando, "***continúa mucho dolor sobre la rodilla izquierda***" a lo que el médico de turno a las 10:14 horas le "***ordenó hemograma completo y sedimentación, PCR, cita médica***"; en la tarde se realiza anotación, "***...desde hoy en la mañana se intenta remitir a hospitalización para manejo por medicina del dolor. La doctora Sandra Castaño de EPS SURA nos informa que no ha sido posible la remisión para hoy que el paciente debe irse para la casa con medicamentos y consultar el próximo lunes 7 am en la Clínica Bolivariana, consultar por urgencias, atención autorizada...formulo acetaminofén con codeína y bayro IM.***"

El 23 de diciembre se presenta nuevamente a la Clínica, con concepto médico, "***paciente con síndrome regional doloroso complejo severo, artrofibrosis secundaria, requiere hospitalización y manejo agudo por clínica del dolor. RFA para excluir asociación de una infección atípica de rodilla.***"

La conducta asumida por los médicos el 14, 22 y 23 de diciembre, es explicada por el perito FERNANDO COUTIN MORENO, a quien se le preguntó, "***¿en la consulta de revisión que tuvo lugar el día 14 de diciembre de 2011, se describen signos o síntomas de infección en el paciente? no, en la revisión de consulta posoperatoria de esta fecha no se describen signos y síntomas específicos***

***de infección articular como complicación directa del procedimiento. Sólo la presencia de dolor moderado, el cual no es un síntoma o signo patognomónico de artritis séptica; ¿cuál considera usted que era el propósito de ordenar la realización de exámenes de hemograma con sedimentación y PCR en la cita del 22 de diciembre de 2011?, ¿fue adecuada y oportuna esa ordenación en ese momento? el objetivo de solicitar paraclínicos de reactantes de fase aguda como hemoleucograma, velocidad de sedimentación globular y proteína c reactiva, tiene como objetivo identificar la elevación de estos resultados para identificar una posible infección como la artritis séptica. El haber solicitado estos paraclínicos en el posoperatorio inmediato es un actuar oportuno y ordenado dentro de la práctica clínica, pero si el resultado esta elevado, no necesariamente hace diagnóstico de infección ya que pueden estar elevados durante el posoperatorio; ¿en la consulta de diciembre 23 de 2011, se sospechó de la existencia de una infección?, ¿cuál fue la conducta ordenada por el médico a cargo?, ¿considera Usted que esa conducta fue adecuada y oportuna? si se sospechó la presencia de una infección, claramente el médico ortopedista describe dentro del interrogatorio la presencia de dolor, edema y calor. Además, describe la presencia de al examen físico de edema, cambios en la coloración y la imposibilidad de identificar la presencia de efusión articular de la rodilla por la presencia de edema. La conducta del médico fue solicitar paraclínicos de reactantes de fase aguda para excluir la presencia de una infección atípica de la rodilla y la remisión a un servicio de hospitalización para tratar además de la posible infección, un síndrome doloroso regional complejo severo y una artrofibrosis secundaria. Por ende es una conducta adecuada y oportuna; ¿Era prudente que los médicos de Clínica de Fracturas de Medellín iniciaran tratamiento antibiótico empírico al paciente, antes de que este se realizara los exámenes que le fueron ordenados el 22 y 23 de diciembre?, ¿cuándo estaba indicado el inicio de antibioticoterapia empírica? no está indicado el inicio de terapia antibiótica en ortopedia ante la sospecha de infecciones y mucho menos ante la sospecha de infecciones profundas o articulares, incluso en la presencia de paraclínicos alterados donde se presenta una elevación de los reactantes de fase aguda, tampoco está indicado el inicio de terapia antibiótica empírica.***

***Solo está indicado el inicio de estos medicamentos en la presencia de choque séptico o sepsis, el cual no es el caso de este paciente. El tratamiento antibiótico debe ser iniciado luego de la toma de muestras para cultivos obtenidos mediante artrocentesis, artroscopia o artrotomía de la articulación y bajo una técnica quirúrgica estéril, además este tratamiento debe ser guiado con el resultado de los cultivos y el reporte de sensibilidad y resistencia a los antibióticos (antibiograma). Incluso el inicio de tratamiento antibiótico empírico, retrasa el diagnóstico adecuado de una infección y estos se deberán suspender por un periodo denominado como lavado o depuración del antibiótico en el paciente, que varía entre 3 a 7 días, para luego poder tomar los cultivos de la articulación."***

El perito JUAN CARLOS TOBÓN PEREIRA, "***¿cuáles debieron ser las conductas médicas y asistenciales a realizar?, ¿así se procedió el 23 de diciembre de 2011? evidentemente se describe en la nota de evolución correspondiente a la consulta en la CLÍNICA DE FRACTURAS, signos inflamatorios en la articulación comprometida, ante la sospecha de proceso infeccioso se decidió hospitalizar al paciente, no estaba indicado el inicio de antibioticoterapia pues era necesario inicialmente documentar marcadores de inflamación / infección con reactantes de fase aguda acompañado con imágenes de la articulación, se procedió en cuanto a la intención de la hospitalización; ¿se agrava las condiciones del pronóstico futuro del proceso infeccioso de la rodilla entre el día 23 y 26 de diciembre de 2011? como indiqué previamente, lo importante es hacer una aproximación microbiológica, es decir, intentar aislar el germen culpable, saber qué es lo que estamos tratando y no incurrir en terapias inefectivas, ya si los signos inflamatorios son evidentes y está en riesgo la vida del paciente sí se torna necesario iniciar terapia antimicrobiana empírica. Los signos inflamatorios clínicos y paraclínicos en este caso, con sufrimiento de una articulación URGENTIZAN la conducta quirúrgica, específicamente una ARTROTOMÍA. En resumen, más que el inicio de un antibiótico, es definir una intervención oportuna con un abordaje terapéutico adecuado."***

El procedimiento de evaluación y remisión del paciente a la Clínica Bolivariana realizado por la Clínica de Fracturas fue adecuado, el representante legal de la entidad, Dr. ELKIN GARCÉS (Médico Cirujano), indicó que JULIÁN FELIPE MANZANARES POSADA **"fue remitido a una institución de mayor complejidad para que le descartaran que fuera algún tipo de complicación distinta..."**, teniendo en cuenta que la entidad no cuenta con servicio de laboratorio ni hospitalización.

Para el diagnóstico de síndrome doloroso regional complejo severo que presentó el paciente al momento del tamizaje, no era indicado el uso empírico de antibióticos; pero, teniendo en cuenta su signología y sintomatología, le ordenó la realización de exámenes diagnósticos para descartar la presencia de una posible infección; no obra en el expediente prueba de que el paciente se hubiera realizado el 23 de diciembre de 2011 los exámenes ordenados.

Reprochó la parte actora con la apelación, que en la orden de remisión realizada por la demandada únicamente se refirió tratamiento del dolor o paliativo, lo que dio lugar a que la Clínica Bolivariana abordara inadecuadamente el estudio de la infección que posteriormente se identificó en el paciente; al respecto, debe advertirse que los exámenes ordenados eran diagnósticos, sin que el paciente se los hubiera realizado el 22 (día en que fueron ordenados) ni el 23 de diciembre (día de la remisión); el único diagnóstico confirmado de JULIÁN FELIPE al momento de su remisión era el síndrome doloroso regional complejo, con otros por descartar.

No hubo mal manejo por la demandada, en la Clínica Bolivariana, se practicaron pruebas diagnósticas, nueva artroscopía con toma de cultivos y se detectó, el 31 de diciembre siguiente la infección **"STAPHULOCOCCUS AUREUS METICILINO SENSIBLE"**; sobre la remisión que se realizó del paciente a la Clínica Bolivariana el 26 de diciembre de 2011, el testigo técnico Dr. Carlos Alberto Ochoa Sierra, Ortopedista, Especialista en Rodilla y Cadera de la Universidad CES y la UPB, expresó, **"el paciente entra a la clínica bolivariana, se demoran casi una semana para descartar la infección...cuando vieron los exámenes altos...uno de los médicos sospecha de una artritis séptica y ahí fue donde le realizaron"**

***la intervención; el diagnóstico de infección se hizo dentro de los 8 días, un término razonable...la fiebre se presentó después de la cirugía...él no tenía pus, cuando no hay pus, se sigue la sospecha pero no se define hasta que lleguen los cultivos; lo más importante es que la infección no es el diagnóstico de remisión, el diagnóstico de remisión es el síndrome doloroso, el dolor intenso que el paciente tenía después de una cirugía que debe hacer sospechar que tiene una infección atípica...no es la artritis séptica la que dio lugar a la remisión (porque si se hubiera sospechado desde el primer día esa era una remisión urgente) pero aquí no es una artritis séptica certera y segura...el paciente ya venía con un dolor desproporcionado antes de la cirugía..."***

Sobre la estancia posterior del paciente en la Clínica Bolivariana y el Hospital Pablo Tobón Uribe explicó, ***"¿por qué va a rendir esta declaración? responder unas preguntas acerca del tratamiento del paciente y de las patologías; ¿usted tuvo la oportunidad de tratar al señor Julián Felipe Manzanares Posada? sí en el Hospital Pablo Tobón Uribe cuando lo remitieron de la Clínica Bolivariana...la historia clínica que remitieron es una historia pobre, desordenada, donde faltan las notas operatorias...yo operé al paciente una vez y según la historia clínica le hice una intervención bajo anestesia; ¿cuál fue la intervención suya propiamente? el paciente llegó al Hospital Pablo Tobón Uribe remitido porque tenía una infección de la rodilla y la Clínica de la de la Bolivariana consideró que debía ser tratado donde tuvieran todas las especialidades para el manejo del paciente, principalmente infectología porque ellos no veían que el tratamiento del síndrome del dolor que el paciente tenía ni de la infección estaban controlándose adecuadamente...el infectólogo del Hospital pidió una interconsulta por el módulo de rodilla, yo contesté la interconsulta y definimos que teníamos que volver a llevar al paciente para una nueva toma de cultivos de la rodilla y definir si la infección estaba controlada; ¿ya el paciente lo habían intervenido previamente? sí, en la Clínica Bolivariana por el Dr. Carlos Rodríguez por sospecha de una infección, porque los marcadores de inflamación estaban alterados y la historia clínica del paciente era muy dudosa de si había o no una infección, le hicieron una ecografía...vieron una***

***efusión dentro de la rodilla y esa efusión más la presencia de los reactantes elevados los hizo sospechar de que tuviera una infección...lo llevaron a cirugía, no estaban muy seguros de si sí la tenía, por la presencia de tejido positivo confirmaron el diagnóstico que tenía una infección (la nota operatoria no está en la historia clínica, la refieren otros colegas); ¿la intervención suya fue en qué fecha? 14 de enero de 2012, hicimos punción articular...hicimos 5 muestras de cultivo...ya no había infección, había adherencias alrededor de la rodilla y las retiramos para mejorar la movilidad...el Dr Gabriel Uribe el 22 le envía exámenes de laboratorio...pero él no tiene fiebre, un síndrome doloroso que simula una infección y se debe descartar..."***

De la revisión de la historia clínica, se advierte que a JULIÁN FELIPE MANZANARES POSADA se le realizaron múltiples intervenciones quirúrgicas, confirmándose y descartándose en reiteradas ocasiones la presencia de infecciones que aparecían y desaparecían en episodios temporales diferentes, aparición de nuevos diagnósticos referentes a la artrosis de la rodilla izquierda hasta llegar a la implantación de prótesis interna de rodilla que en términos del Dr. Ochoa Sierra, se efectuó ***"porque el síndrome doloroso produjo pérdida de la movilidad, la principal razón de la prótesis es para que le controlara el dolor y le devolviera movilidad, no por el hecho que tenga artrosis, ese no es el principal diagnóstico que lleva al paciente a remplazo articular, es el síndrome doloroso no controlado y la dificultad en la movilidad, pero la infección está controlada."***

Luego, se evidencia que para 30 de julio de 2018 se programó por Cora Group SAS, ***"Cirugía reconstructiva de la extremidad con revisión de la prótesis cementada de rodilla, se evaluará el estado del poliestireno, si hay cuerpo extraño, se evaluarán las brechas de la prótesis y si hay aflojamiento, se tomarán cultivos de 5 sitios diferentes, se evaluará la necesidad de realizar osteotomía extensora de fémur distal y estabilización con sistema LCP condilar, se aplicará BMO-2 infuse asociado a matriz ósea, se define si se realiza cuadricepsplastia de Judet para mejorar la flexión de la rodilla..."***; posteriormente ***"se realiza cirugía el 14 de febrero, se revisa la prótesis de rodilla encontrando***

***un inserto de polietileno muy grande constreñido la prótesis estable, cultivos negativos, se realiza liberación de la capsula posterior, se consigue extensión completa, se coloca sistema ilizarov (sic) para preservar la extensión en el posterior posoperatorio, presenta edema severo, signos de dolor y disminuye el llenado capilar, se retrocede la tracción y se deja en flexión la rodilla, presenta edema marcado, flirteas en el dorso del pie y se observa disminución de la sensibilidad con signos de lesión con parecia del ciático se enseña terapia antiedema y cuidados del tutor externo.”***

Finalmente, el 14 de mayo de 2019 se evidencia nota quirúrgica de amputación, ***“ARTROSIS DE RODILLA + PROTESIS DE RODILLA FALLIDA + TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA + LESION EN NERVIO CIÁTICO, INDECCION PROFUNDA DE EXTREMIDAD, PIE CAIDO SEVERO QX PROPUESTA AMPUTACION SUPRACONDILEA DE FEMUR IZQUIERDO + CURETAJE OSEO Y REMODELACION DE MUÑON. SE REALIZA PREASEPCIA CON PREPODINE EN LAS EXTREMIDADES, SE PROCEDE A INTERROGAR Y VERIFICAR AL PACIENTE SOBRE LA PERTINENCIA DE LA CIRUGÍA Y EL LADO A OPERAR, SE EXPLICA NUEVAMENTE Y SE ACLARAN DUDAS AL PACIENTE A SU FAMILIA...”***

Explica el testigo técnico la causa de la amputación, ***“¿por qué amputaron al paciente? la nota operatoria del Dr. Mora es la prueba fehaciente de que el paciente lo amputaron porque tenía una lesión del nervio ciático irreparable producto de la cirugía que le hizo el Dr. Mora (14 de febrero de 2019), tenía una lesión vascular venosa y arterial que le estaba dando sufrimiento circulatorio y que como tenía un fijador externo encima tenía una infección intratable, agresiva en la tibia secundaria al fijador externo...no es una infección que provenga de la infección de la artritis séptica de la rodilla, ahí no hay ninguna relación directa con lo que ustedes estaban buscando...ahí está la razón por la cual al paciente lo amputaron, lo amputaron no por una infección crónica que venía con mal manejo sino por una infección aguda secundaria a un fijador externo, secundaria a una prótesis de una cirugía sumamente compleja (PDF 161), extensa gigante, con mayor grado de probabilidad de infección, no***

***es una cirugía pequeña; ¿la afectación del ciático es por la intervención? por el alargamiento; la amputación es razonable por la cirugía del Dr. Mora, no es por la artritis séptica***"; lo que es coherente con lo explicado por el perito FERNANDO COUTIN MORENO, ***"la prótesis tuvo una complicación que se llama isquemia de wolman o necrosis que es una pérdida del flujo sanguíneo de algunos grupos musculares donde hay una contractura severa, una pérdida de hueso, por lo cual decidieron llevarlo a una cirugía nueva donde le hicieron una liberación y le pusieron un fijador externo y el paciente persistió con esa contractura llevándolo a una necrosis por lo cual terminó en una amputación."***

No se probó que la infección post quirúrgica que tuvo lugar luego de la artroscopia realizada el 7 de diciembre de 2011 fuera una de las concausas de la amputación de la pierna izquierda realizada a JULIÁN FELIPE MANZARARES POSADA en el mes de mayo de 2019; conforme lo expresado por el perito JUAN CARLOS TOBÓN PEREIRA ***"¿la infección en la tibia presentada por los pines tiene relación con lo acontecido en el 2011-2012? no tiene relación...La lesión del nervio ciático y la trombosis venosa profunda, no presentan relación con la infección que tuvo el paciente en 2011-2012..."***; explicado por el testigo técnico, ***"las infecciones en ortopedia pueden ser localizadas o difusas...pueden estar en una sola parte o pueden abarcar la totalidad de un hueso, es muy raro que la infección se vuelva total pero se puede dar. Una artritis séptica es una infección que está localizada dentro de la rodilla y produce una infección dentro de la rodilla que coge el cartílago, hace fibrosis y en raros casos puede erosionar el fémur o la tibia después de comerse el cartílago y darle una infección superficial que se llamaría una infección de la cortical...pero el paciente como tal no tuvo una infección que involucrara el hueso de la tibia quirúrgicamente no se vio y por eso nunca se tomaron cultivos de hueso; sin embargo en la prótesis del Dr. Juan José López él toma cultivo de hueso y hay ausencia de infección...en el 2019 el Dr. Mora le hace nuevamente cultivo de hueso y tampoco hay infección ¿entonces la infección de la tibia no se relaciona con la infección de la rodilla sufrida en el año 2011-2012? No se relaciona..."***

La amputación de la pierna izquierda de JULIÁN FELIPE MANZANARES POSADA se realizó por, "**ARTROSIS DE RODILLA + PROTESIS DE RODILLA FALLIDA + TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA + LESIÓN EN NERVIOS CIÁTICOS + INFECCIÓN PROFUNDA DE EXTREMIDAD + PIE CAÍDO SEVERO QX**"; infección que no correspondía a la inicialmente diagnosticada el 31 de diciembre de 2011.

Como esta Sala de Decisión Civil, analizado el acervo probatorio de acuerdo con las reglas de la sana crítica, no encontró acreditado el nexo causal como elemento axiológico de la responsabilidad civil médica, CONFIRMARÁ la sentencia de primera instancia.

#### 9. COSTAS

De conformidad con lo establecido por los numerales 1 y 3 del artículo 365 del CGP y ante la negativa del recurso de apelación, se impone condena en costas en esta instancia a cargo de la parte demandante – apelante y en favor de la parte demandada.

#### 8. AGENCIAS EN DERECHO

Se fijan como AGENCIAS EN DERECHO a cargo de la parte demandante – apelante y en favor de la demandada, el equivalente a UN (1) SMLMV.

#### DECISIÓN

La **SALA SEGUNDA CIVIL DE DECISIÓN DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley

#### FALLA

**PRIMERO:** Por las razones expuestas, se **CONFIRMA** la sentencia de la referencia.

**SEGUNDO: Se CONDENA en COSTAS** en esta instancia a la parte demandante – apelante y en favor de la demandada.

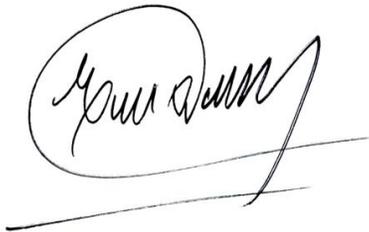
**TERCERO:** Se fijan como AGENCIAS EN DERECHO a cargo de la parte demandada – apelante y en favor de la demandada, el equivalente a UN (1) SMLMV.

**NOTIFÍQUESE POR ESTADOS Y ELECTRÓNICAMENTE**

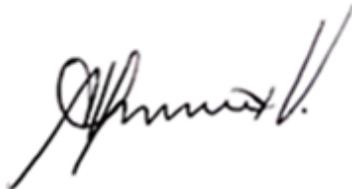
**LOS MAGISTRADOS**



**RICARDO LEÓN CARVAJAL MARTÍNEZ**



**LUIS ENRIQUE GIL MARÍN**



**MARTHA CECILIA LEMA VILLADA**