



Tribunal Administrativo del Magdalena
Despacho 004

Santa Marta, veintidós (22) de septiembre de dos mil veintiuno (2021)

Magistrada Ponente: Elsa Mireya Reyes Castellanos

Reparación Directa	
Falla Médica	
47001-3331-000-2013-00209-00	
Demandante	Nelson Enrique Murillo Rivas – Ingrid Georgina Benavides – David Esteban Murillo Benavides – María Marleni Murillo Rivas – Emerson Jair Delgado Murillo – Edwin Arley Delgado Murillo – Eliana Yaneth Delgado Murillo y Yolima Eneyda Delgado Murillo
Demandado	Nación – Policía Nacional
Instancia	Segunda

No observándose motivo de nulidad que invalide lo actuado, se decide sobre la demanda que, en ejercicio de la acción de reparación directa, presentaron los señores Nelson Enrique Murillo Rivas, Ingrid Georgina Benavides, David Esteban Murillo Benavides, María Marleni Murillo Rivas, Emerson Jair Delgado Murillo, Edwin Arley Delgado Murillo, Eliana Yaneth Delgado Murillo y Yolima Eneyda Delgado Murillo, mediante apoderado judicial, contra la Nación – Ministerio de Defensa – Policía Nacional.

I. ANTECEDENTES

1. Demanda:

Los señores, Nelson Enrique Murillo Rivas, Ingrid Georgina Benavides, actuando en nombre propio y en representación del menor David Esteban Murillo Benavides,

María Marleni Murillo Rivas, Emerson Jair Delgado Murillo, Edwin Arley Delgado Murillo, Eliana Yaneth Delgado Murillo y Yolima Eneyda Delgado Murillo, por conducto de apoderado judicial, incoaron demanda en ejercicio de la acción de reparación directa contra la Nación – Policía Nacional, para que se acojan las pretensiones que en el apartado siguiente se precisan:

1.1. Pretensiones

Se declare que la demandada es administrativamente responsable por los daños y perjuicios irrogados a los demandantes por las lesiones que padece el señor Nelson Murillo Rivas en su columna vertebral como consecuencia de un mal procedimiento quirúrgico, lo que conlleva a una falla en la prestación del servicio médico.

Como consecuencia de la anterior declaración, solicitaron que se condene a las accionadas a pagar perjuicios **discriminados así:**

Por concepto de perjuicios morales y por daño a la salud solicitó el reconociendo y pago de una suma equivalente a 500 s.m.l.m.v para cada uno de los demandantes.

Respecto a perjuicios materiales, en la modalidad de “daño emergente”, solicitó el reconocimiento y pago de una suma equivalente a \$344.540.000, por los valores dejados de devengar desde el momento de la lesión hasta la expectativa de vida del señor Nelson Enrique Murillo Rivas.

También señaló que la demandada es responsable del perjuicio material por concepto de honorarios de abogados, los cuales fueron pactados en la suma equivalente al 40% de las condenas que resulten reconocidas en sentencia que ponga fin al proceso.

Finalmente, adujo que las sumas reconocidas deben ser indexadas y pagadas conforme lo indican los artículos 177 y 178 del CCA.

Como fundamentos fácticos de las pretensiones, la parte actora expuso lo que se resume a continuación:

1.2. Hechos¹

Narró que el señor Nelson Enrique Murillo Rivas prestaba sus servicios como Agente de la Policía Nacional, algunas veces, en la Unidad de Antinarcóticos, para lo cual debía cargar elementos de campaña.

Manifestó que el señor Nelson Enrique Murillo Rivas desarrolló una hernia inguinal por la que consultó los servicios médicos de la Policía Nacional, siendo atendido por un especialista adscrito a la Clínica Nuestra Señora del Rosario, quien programó al paciente para una cirugía (en adelante Cx).

Agregó que, días antes de dicha intervención, el señor Nelson Enrique —6 de febrero de 2009— presentaba mareos y debilidad en las piernas, pero que el galeno de turno diagnosticó enfermedad general, sin que le hiciera pruebas con un manómetro espinal.

Que, en el día programado para realizar la Cx, el paciente no pudo ser anestesiado porque se desmayó, por lo que se reprogramó para el día siguiente.

Añadió que el 11 de febrero de 2009 si se llevó a cabo la Herniorrafia y el apoderado de los actores se refirió al informe quirúrgico y a las atenciones brindadas por el personal médico y advierte sobre el deterioro sensitivo en los miembros inferiores, incluyendo dificultad para caminar y para hacer sus deposiciones.

Señaló que el 19 de mayo de 2009, luego de que el paciente recibiera tratamiento por Fisioterapia, los médicos adscritos a la Clínica Nuestra Señora de Fátima de Cali le diagnosticaron "*DETERIORO MOTOR LUEGO DE ANESTESIA RAQUÍDEA SIMPLE Y CONTRASTADA*" y "Compresión medular no especificada".

Que, con ocasión a dichos diagnósticos los médicos tratantes ordenaron la práctica de unas resonancias magnéticas, las cuales revelaron que el paciente tenía Encefalitis mielitis y encefalomielitis no especificada.

Mencionó que al señor Nelson Murillo no le informaron la clase de anestesia que le aplicarían, tampoco los riesgos en la aplicación de las mismas y sus consecuencias, por ejemplo, una paraplejia.

¹ Folios 113-124

Que la paraplejia que lo afectó pudo haberse evitado si el personal médico le hubiera informado sobre las complicaciones, pues, antes de la intervención quirúrgica el paciente no presentaba ninguna patología.

Además, consideró que, al haberle realizado una punción lumbar, el paciente no debió ser dado de alta antes de las 48 horas y menos si no se sentía las piernas.

Que, a la presentación de la demanda, el señor Nelson Enrique continúa con un déficit motor y sensitivo, al grado de tener una merma en su capacidad laboral del 100%, lo que le ha impedido, incluso, continuar con una vida normal al lado de su familia y amigos.

2. Trámite

La demanda fue radicada el 12 de abril de 2011 (folio 159), correspondiendo su conocimiento al Tribunal Administrativo del Valle del Cauca y, en auto del 30 de mayo de 2011, resolvió admitirla².

Surtida la notificación a la entidad demandada³, la Secretaría de esa Corporación el 8 de agosto de 2011 (folio 165) fijó el proceso en lista.

En auto del 9 de julio de 2013 (folio 191-192), el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca declaró la falta de competencia en razón del territorio por lo que ordenó su remisión a esta Corporación.

2.1. Contestación de la demanda

La Nación – Policía Nacional no contestó la demanda.

2.2. De los alegatos de conclusión

En auto del 28 de noviembre de 2011 se dio apertura al período probatorio (folio 166-167) y, en proveído del 10 de mayo de 2021 se cerró el debate probatorio y se ordenó correr traslado para alegar de conclusión⁴, sin que las partes se pronunciaran.

² Folio 159-160

³ Folio 163

⁴ Folio 293-294

II. CONSIDERACIONES

1. Cuestiones Previas

Previo a analizar el fondo del presente asunto, resulta pertinente pronunciarse sobre la competencia de esta Corporación, la procedencia y la caducidad de la acción de reparación directa, así como también la legitimación en la causa.

1.1. De la competencia

De conformidad con el artículo 132 del Código Contencioso Administrativo, la Sala es competente para conocer, en primera instancia, de la demanda de la referencia, como en efecto se determinó, en el auto que admitió la demanda.

1.2. De la legitimación en la causa

La legitimación en la causa tiene dos dimensiones, la de hecho y la material. La primera surge de la formulación de los hechos y de las pretensiones de la demanda, por manera que quien presenta el escrito inicial se encuentra legitimado por activa, mientras que el sujeto a quien se le imputa el daño ostenta legitimación en la causa por pasiva.

A su vez, la legitimación material es condición necesaria para, según corresponda, obtener decisión favorable a las pretensiones y/o a las excepciones, punto que se define al momento de estudiar el fondo del asunto, con fundamento en el material probatorio debidamente incorporado a la actuación.

Tratándose del extremo pasivo, la legitimación en la causa de hecho se vislumbra a partir de la imputación que la parte demandante hace al extremo demandado y la material únicamente puede verificarse como consecuencia del estudio probatorio, dirigido a establecer si se configuró la responsabilidad endilgada desde el libelo inicial.

En la causa por activa

Aparece demostrada en el plenario, porque la parte accionante promovió esta demanda porque presuntamente resultaron perjudicados por la presunta falla del

servicio médico en la que incurrió la entidad demandada, con ocasión a las lesiones irrogadas al señor Nelson Enrique Murillo Rivas por la falta de información acerca de los riesgos que implicaba someterse a aplicación de una anestesia y a una Herniorrafia, lo cual trajo como consecuencia una paraplejia, hecho este que constituye una carga que no debieron soportar.

En la causa por pasiva

En el caso bajo estudio, las acciones y omisiones invocadas a título de causa *petendi* en la demanda permiten concluir que la Nación - Policía Nacional, se encuentra legitimada en la causa por pasiva de hecho, pues, de lo narrado en la demanda, se concluye que a dicha entidad se le imputa el daño objeto de la controversia.

Respecto de la legitimación material de la Nación - Policía Nacional, se aclara que ésta sólo debe determinarse en la sentencia —denegatoria o condenatoria—, por tanto, no se analizará *ab initio*, sino al momento de adelantarse el estudio que permita determinar si existió o no una participación efectiva de esta entidad en la producción del daño antijurídico alegado por la parte demandante.

1.3. De la procedencia

Se solicitó en la demanda que se declare administrativamente responsable a la Nación — Policía Nacional, por los daños y perjuicios causados a la parte demandante, con ocasión a una paraplejia producto de un mal procedimiento quirúrgico y por la falta de información acerca de los riesgos que implicaba no solo someterse a una Herniorrafia sino a la clase de anestesia que debió aplicarse.

En relación con el tema, la Sección Tercera del Consejo de Estado tiene establecido que la acción de reparación directa instaurada (artículo 86 CCA) es la procedente, por cuanto las pretensiones de la demanda están encaminadas a la declaratoria de responsabilidad de la demandada por los daños presuntamente irrogados a la demandante, lo cual corresponde a un hecho de naturaleza extracontractual, llamado a ventilarse a través de la acción promovida.

1.4. De la caducidad

En virtud de lo dispuesto en el numeral 8° del artículo 136 del CCA, los accionantes, en principio, contaban con 2 años, contados a partir del día siguiente del acaecimiento del hecho dañoso.

El presente caso se funda en la ocurrencia de una presunta falla en la prestación del servicio médico derivada de la atención de la víctima en calidad de paciente, que se afirma le generaron una Paraplejia, luego de ser intervenido quirúrgicamente. Esto último tuvo lugar, según consta en la historia clínica, **el 11 de febrero de 2009** (fl. 26, c. pruebas), por lo que, en principio, los demandantes debían presentar la demanda **el 12 de febrero de 2011**.

Sin embargo, comoquiera que el artículo 13 de la ley 1285 de 2009 instituyó la realización de una audiencia de conciliación ante el Ministerio Público, como requisito de procedibilidad para el ejercicio de la acción de reparación directa, los demandantes radicarón la correspondiente solicitud el día **1 de febrero de 2011** (fl. 105, c-1).

Así las cosas, el término de la caducidad quedó suspendido por once días, el cual debía reanudarse hasta que se lograra el acuerdo conciliatorio "o" hasta que el acta de conciliación se hubiera registrado en los casos en que este trámite sea exigido por la ley "o" hasta que se expidieran las constancias a que se refiere el artículo 2 de la misma ley "o" hasta que se venciera el término de tres (3) meses a que se refiere el artículo anterior, lo que ocurriera primero.

En el *sub examine*, el Procurador Judicial N° 20 Delegado ante los asuntos administrativos del Valle del Cauca, llevó a cabo la correspondiente audiencia de conciliación el 5 de abril de 2011, en la cual, al no existir ánimo conciliatorio, la convocante solicitó la devolución de la solicitud de conciliación y sus anexos.

De manera que los once días, con los que contaban los demandantes para incoar la demanda de reparación directa se habilitaron a partir del 6 de abril de 2011 y fenecían el 18 de abril de 2011, pero la demanda se promovió el 12 de abril de 2011 (fl. 157, c. 1), esto es, en forma oportuna.

Verificados los presupuestos procesales de la acción, procede la Sala a decidir sobre el fondo de la *litis* planteada en la demanda con el siguiente derrotero:

Problema jurídico a resolver y tesis del Tribunal, Fundamentos legales y jurisprudenciales que apoyan la tesis de la Sala, Análisis del caso concreto, Conclusión y Condena en costas.

2. Problema jurídico y tesis del Tribunal

Deberá determinarse si la entidad demandada es administrativamente responsable por la falla en la prestación del servicio médico asistencial, consistente no aplicar debidamente el procedimiento de Herniorrafia Inguinal y por la falta de información respecto a los riesgos que implicaba la aplicación de la anestesia raquídea.

Tesis del Tribunal: Se negarán las súplicas de la demanda porque, en este caso, la lesión incapacitante del señor Nelson Enrique Murillo Rivas (Paraplejia o Parapesia) no devino por causa de una mala praxis durante la Herniorrafia ni como efectos secundarios de la aplicación de una Anestesia Raquídea sino por portar un virus que, de manera paulatina, empezó mostrar manifestaciones propias de una Parapesia Espática Tropical por positivo de HTLV tipo 1.

La Sala se relevará de estudiar la falla en el servicio por falta de consentimiento informado debido a que la causa generadora del daño no devino de la práctica de la cirugía sino de una infección que no adquirió en el centro hospitalario, ya que su transmisibilidad se debe a otros factores.

Fundamentos jurisprudenciales y legales que apoyan la tesis

Del régimen de responsabilidad

La Sala Plena de la Sección Tercera, en sentencia de 19 de abril 2012⁵, unificó su posición en el sentido de indicar que, en lo que se refiere al derecho de daños, el modelo de responsabilidad estatal que adoptó la Constitución de 1991 no privilegió ningún régimen en particular, sino que dejó en manos del juez definir, frente a cada caso concreto, la construcción de una motivación que consulte las razones, tanto fácticas como jurídicas, que den sustento a la decisión que habrá de adoptar.

Por ello, la jurisdicción de lo contencioso administrativo ha dado cabida a la utilización de diversos títulos de imputación para la solución de los casos sometidos

⁵ Consejo de Estado. Sala Plena de la Sección Tercera, sentencia de 19 de abril de 2012. Expediente: 21515, C.P. Hernán Andrade Rincón.

a su consideración, sin que esa circunstancia pueda entenderse como la existencia de un mandato que imponga la obligación al juez de utilizar, frente a determinadas situaciones fácticas, un específico título de imputación.

En este sentido, en aplicación del principio *iura novit curia*, la Sala puede analizar el caso bajo la óptica del régimen de responsabilidad patrimonial del Estado aplicable, de cara a los hechos probados en el proceso, sin que esto implique una suerte de modificación o alteración de la causa *petendi*, ni que responda a la formulación de una hipótesis que se aleje de la realidad material del caso, o que se establezca un curso causal hipotético de manera arbitraria⁶.

No obstante que el modelo de responsabilidad extracontractual del Estado colombiano no privilegió un título de imputación, la posición del alto Tribunal en esta época se orienta en el sentido de que la responsabilidad médica, en casos como el presente, debe analizarse bajo el tamiz del régimen de la falla probada, lo que impone no sólo la obligación de probar el daño a cargo del demandante, sino, adicional e inexcusablemente, la falla por el acto médico y el nexo causal entre esta y el daño, sin perjuicio de que en los casos concretos el juez pueda, de acuerdo con las circunstancias, optar por un régimen de responsabilidad objetiva⁷.

La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste⁸.

De la historia clínica

En materia médica, para que pueda predicarse la existencia de una falla, el Consejo de Estado ha precisado que es necesario que se demuestre que la atención no

⁶ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo; Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 13 de mayo de 2015, expediente 50001 23 31 000 1994 04485 01 (17037), C.P. Hernán Andrade Rincón.

⁷ Consejo de Estado. Sala Plena de la Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto de 2006. Expediente: 15772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de: agosto 31 de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa; de octubre 3 de 2007, exp. 16402, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 23 de abril de 2008, exp. 15750; del 1 de octubre de 2008, exp. 16843 y 16933; del 15 de octubre de 2008, exp. 16270. C.P. Myriam Guerrero de Escobar; del 28 de enero de 2009, exp. 16700, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 19 de febrero de 2009, exp. 16080, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 18 de febrero de 2010, exp. 20536, C.P. Mauricio Fajardo Gómez y del 9 de junio de 2010, exp. 18683, C.P. Mauricio Fajardo Gómez, entre otras.

cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso⁹.

Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance.

La normatividad colombiana define la historia clínica como elemento determinante para la práctica médica. La Ley 23 de 1981 señala:

ARTICULO 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.

ARTICULO 35. En las entidades del Sistema Nacional de Salud la Historia Clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud.

ARTICULO 36. En todos los casos la Historia Clínica deberá diligenciarse con claridad.

En desarrollo de lo dispuesto en las normas transcritas, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 1995 de 1999, la cual estipula:

ARTICULO 1. DEFINICIONES.

- La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.
- Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario (...)

ARTICULO 3. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

⁹ Sección Tercera, sentencia de 25 de febrero de 2009, exp. 17149, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

Así las cosas, la prueba directa, por excelencia, dentro de los procesos en los cuales se discute la responsabilidad extracontractual del Estado derivada del despliegue de actividades médico-asistenciales, es la historia clínica¹⁰.

De otro lado, la Ley 23 de 1981 establece las reglas para la prestación del servicio de salud conforme a la ética médica:

"ARTICULO 1o. (...)

1. La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes.

....."

CAPITULO I. DE LAS RELACIONES DEL MÉDICO CON EL PACIENTE

ARTICULO 3o. El médico dispensará los beneficios de la medicina a toda persona que los necesite, sin más limitaciones que las expresamente señaladas en esta Ley. (...)

ARTICULO 5o. La relación médico-paciente se cumple en los siguientes casos; (...)

4. Por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública. (...)

ARTICULO 10. El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.

ARTICULO 13. El médico usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad. (...)

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

ARTICULO 19. Cuando la evolución de la enfermedad así lo requiera, el médico tratante podrá solicitar el concurso de otros colegas en Junta Médica, con el objeto de discutir el caso del paciente confiado a su asistencia. (...)"

En ese orden de ideas, para que pueda predicarse la existencia de una falla médica, la jurisprudencia contenciosa administrativa, es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso¹¹. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance¹².

¹⁰ Consultar sentencias del Consejo de Estado, de fechas 9 de febrero de 2011, con ponencia del consejero Mauricio Fajardo Gómez, dentro del proceso radicado con el número 7300123310001998002980, del 10 de agosto de 2007, exp. n.º 15178, C.P. María Elena Giraldo Gómez, y del 31 de agosto de 2006, exp. n.º 15772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

¹¹ Sección Tercera, sentencia de 25 de febrero de 2009, exp. 17149, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

¹² Sección Tercera, sentencia de 11 de febrero de 2009, exp. 14726, C.P. Ramiro Saavedra Becerra.

3. Caso concreto

A la luz de las anteriores consideraciones jurisprudenciales y legales, descenderá la Sala, en primer lugar, a verificar el cumplimiento de los presupuestos del daño y la imputación, como se expone a continuación:

- **Existencia del daño antijurídico**

En el *sub lite*, se encuentra acreditado que el señor Nelson Enrique Murillo Rivas, luego de haber sido intervenido quirúrgicamente para la corrección de una Hernia Inguinal, presentó una Paraplejia con Vejiga Neurogénica e Intestino Neurogénico secundario a Aracnoiditis por HTLV1, afección que disminuyó su capacidad laboral en un 100%, tal como lo determinó la Junta Médico-Laboral de la Policía Nacional (folio 88-89, c. Ppal.).

- **Análisis de la imputación fáctica y jurídica**

En cuanto al aludido hecho dañoso concretado en la paraplejia que disminuyó la capacidad laboral del señor Nelson Enrique Murillo Rivas, la parte actora sostuvo a lo largo del trámite de la presente acción que aquella se debió a la mala praxis en las que incurrieron los médicos adscritos a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional desde el momento en que fue sometido a una cirugía (Herniorrafia) sin que le informaran que tipo de Anestesia le aplicarían y a qué riesgos se sometía.

- a) **De la atención brindada en la Policía Nacional - Dirección Sanidad – Clínica Nuestra Señora del Rosario**

Se señala en la demanda que los médicos adscritos a dicha institución le aplicaron una anestesia raquídea al señor Nelson Enrique Murillo Rivas para practicarle una cirugía por Herniorrafia y que, con posterioridad, desarrolló una paraplejia en sus miembros inferiores que lo ha mantenido inválido.

Por lo anterior, la parte demandante sostiene que dicha discapacidad es producto de una mala praxis y de la falta de información acerca de los riesgos de la anestesia que se le aplicó.

Por razones metodológicas, previo a referirse a la falta de información que alega el apoderado de los actores, es necesario referirse al daño presuntamente irrogado por mala praxis.

La historia clínica¹³ da cuenta que el 2 de julio de 2008, el señor Nelson Murillo Rivas acudió a los servicios médicos de la Dirección de Sanidad - Clínica Nuestra Señora del Rosario de Santa Marta por presentar dolor en su testículo derecho con un cuadro de evolución de 2 meses (folio 11, c. pruebas).

Al examen físico, el médico general de turno detectó una prominencia en zona inguinal derecha (folio 12, c. pruebas) por lo que, como impresión diagnóstica, consideró que el paciente podría estar padeciendo de una Hernia Inguinal Unilateral o no especificada con gangrena y ordenó remitirlo a Cirugía General.

Tres meses después —se desconocen las razones por las cuales el paciente no consultó con Cirugía General—, esto es, el 17 de octubre de 2008, el señor Nelson Enrique Murillo Rivas, volvió a acudir a los servicios médicos de la Policía Nacional – Dirección Sanidad – Clínica Nuestra Señora del Rosario, manifestando tener una Hernia Inguinal.

Ese día, el médico general de turno anotó:

"CUADRO CLÍNICO DE 5 MESES DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN MASA EN REGIÓN INGUINAL QUE SE LE EXACERBA AL REALIZAR EJERCICIO CONCOMITANTEMENTE PRESENTA DOLOR EN LA MISMA QUE SE IRRADIA A TESTICULO DEL MISMO LADO".

Al examen físico, se le palpó una masa en la región inguinal derecha y planteó como ID (impresión diagnóstica) una Hernia Inguinal Unilateral o No Especificada con Gangrena.

...	...	Descripción	Tipo	
		HERNIA INGUINAL UNILATERAL NO ESPECIFICADA CON GANGRENA	IMPRESIÓN	

¹³ Folios 1-188 Cuaderno de pruebas.

Ese mismo día —17 de octubre de 2008—, nuevamente, el médico general de turno lo remitió a Cirugía General, así mismo, ordenó tratamiento farmacológico (Diclofenaco¹⁴ sódico 50 Mg y N-Butilbromuro¹⁵ de Hioscina 10 Mg).

Sin embargo, transcurridos otros tres meses, esto es, el 19 de enero de 2009, el señor Murillo Rivas, esta vez, acudió a los servicios de urgencias de la Clínica Nuestra Señora del Rosario por:

“ANAMNESES MOTIVO DE CONSULTA
HERNIA INGUINAL”

Al examen físico, el médico general anotó:

Nombre	Observaciones
Genitales	Masa dolorosa en región inguinal derecha

Por lo anterior, diagnosticó:

...	...	Descripción	Tipo	
		HERNIA INGUINAL¹⁶	CONFIRMADO NUEVO	

De manera que, conocido el diagnostico, por tercera vez, el médico de turno ordenó valoración por Cirugía General y la administración de Ketoprefene Intramuscular¹⁷ 100 Mg, siendo dado de alta el 19 de enero de 2009 a las 11:42:15 am, con recomendaciones:

“Alta con analgésicos. Recomendaciones. Signo de alarma para consultar, **interconsulta prioritaria con Cx (cirugía) General**”.

¹⁴ Inhibe la biosíntesis de prostaglandinas.
https://www.vademecum.es/equivalencia-lista-diclofenaco+la+sante+comprimido+50+mg-colombia-m01ab05-19002184-co_1

¹⁵ Espasmos del tracto gastrointestinal, biliar y genitourinario; discinesia biliar. IM, IV o SC: espasmos agudos (gastrointestinal, genitourinario y biliar) y coadyuvante en procesos de diagnóstico y terapéutica en los que el espasmo puede suponer problema: endoscopia gastroduodenal, radiología.
https://www.vademecum.es/equivalencia-lista-hioscina+n+butil+bromuro+pharmeuropa+comprimido+10+mg-colombia-a03bb01-19001484-co_1

¹⁶ Es una de las lesiones del aparato genital masculino y ocurre cuando una porción de tejido, como una parte del intestino, empuja hacia afuera a través de un lugar debilitado en los músculos abdominales. El bulto que se produce puede ser doloroso, especialmente al toser, inclinarse o levantar un objeto pesado.
Síntomas

Los signos y los síntomas de la hernia inguinal incluyen:
Un bulto en el área sobre cualquiera de los lados del pubis, que se hace más notorio cuando estas erguido y especialmente si toses o haces algún esfuerzo.
Una sensación de ardor o de dolor en el área del bulto
Dolor o incomodidad en la ingle, especialmente cuando te inclinas, toses o levantas peso.
Una sensación de pesadez o arrastre en la ingle.
Debilidad o presión en la ingle.
De vez en cuando, dolor o hinchazón alrededor de los testículos cuando la parte sobresaliente del intestino desciende o ingresa al escroto.
Fuente: mayoclinic.org.

¹⁷ Inhibe la ciclooxigenasa, que cataliza la formación de precursores de prostaglandina a partir del ácido araquidónico. Ib.

En efecto, el 20 de enero de 2009, el señor Nelson Murillo Rivas fue valorado por el Cirujano General, quien ordenó valoración pre quirúrgica por Anestesiología, así como la realización de paraclínicos.

Por interconsulta, el paciente volvió a ser examinado por el Cirujano General el 30 de enero de 2009, para programar cirugía de corrección de Hernia Inguinal (Herniorrafia Inguinal Derecha + Prótesis) porque el Anestesiólogo dio visto bueno.

El 6 de febrero de 2009 el señor Nelson Enrique Murillo Rivas, **acudió al servicio de urgencias** manifestando presentar mareos y debilidad en las piernas (folio 20, c. pruebas)

Al examen físico se registró: "Reflejos osteotendinosos" y, posteriormente, ordenó la realización de laboratorios.

Así mismo, recetó Dimenhidrinato¹⁸ 50 Mg y Tiamina para consumo ambulatorio.

No obstante, el 9 de febrero de 2009, el señor Murillo Rivas acudió al servicio de urgencias de la Clínica Nuestra Señora del Rosario para hospitalización debido a la realización de la Herniorrafia.

Al paciente lo examinaron y, a las 6:06:00 am del 10 de febrero de 2009, lo trasladaron a la unidad quirúrgica pero dicha cirugía no se llevó a cabo porque se desmayó, por lo que lo reprogramaron para el 11 de febrero de 2009, con recomendaciones a enfermería:

"Catéter Heparinizado
Dieta normal hasta las 10 p.m. de hoy
Nada vía oral desde la 10 p.m.: no amerita enemas
Control Signos Vitales y Auscultación cardíaca

Al día siguiente, el paciente fue trasladado a la unidad quirúrgica a las 9:49:24 a.m. para la realización de la cirugía en cuya descripción se anotó:

"HERNIORRAFIA INGUINAL DERECHA INCISIÓN OBLICUA INGUINAL DERECHA, SE DISECA Y RESECA SACO HERNIARIO INDIRECTO. PLASTÍA AL LIGAMENTO DE COOPER CON PROLENE 1 HASTA LA FASCIA TRANSVERSALIS. HEMOSTASIA. CIERRE POR PLANOS VICRYL, PIEL NYLON 3-0. PROCEDIMIENTO BIEN TOLERADO"

¹⁸ El dimenhidrinato es usado para tratar y prevenir las náuseas, vómitos y mareos causados por viajes. Pertenecen a una clase de medicamentos llamados antihistamínicos. Funciona al prevenir los problemas con el equilibrio del cuerpo.

Así las cosas, comoquiera que el paciente estaba en condiciones de egreso, el Cirujano General, ordenó control por interconsulta (en dos semanas), recomendó (no alzar peso durante 8 días, retirar puntos en 10 días y aplicar compresas frías) y la administración medicamentos (analgésicos y antibióticos) para consumo ambulatorio, siendo dado de alta, por mejoría, el 12 de febrero de 2009 a la 1:19:58 de la tarde.

Hasta aquí sea del caso acudir a la literatura médica para ilustrarnos acerca del procedimiento al que tantas veces hemos hecho alusión:

"Reparación de hernia inguinal"¹⁹

Es la cirugía para reparar una hernia en la ingle. Una hernia es un tejido que sobresale por un punto débil en la pared abdominal. Su intestino puede salirse a través de esta zona debilitada.

Descripción

Durante la cirugía para reparar la hernia, el tejido abultado se reintroduce. Su pared abdominal se fortalece y se soporta con suturas (puntos), y en ocasiones con malla. Esta reparación se puede realizar a través de una cirugía abierta o laparoscópica. Usted y su cirujano determinarán qué tipo de cirugía es ideal para usted.

Su cirujano decidirá qué tipo de anestesia recibirá:

- Anestesia general que lo mantiene dormido y sin dolor.
- Anestesia regional, la cual lo adormece de la cintura hasta los pies.
- Anestesia local y un medicamento para relajarlo.

En la cirugía abierta:

El cirujano hace una incisión cerca de la hernia.

Se localiza la hernia y se separa de los tejidos a su alrededor. Se extirpa el saco de la hernia o esta se reintroduce suavemente dentro del abdomen.

Posteriormente, el cirujano cierra los músculos abdominales debilitados con puntos de sutura.

Con frecuencia, también se cose un pedazo de malla en el lugar para fortalecer la pared abdominal. Esto repara la debilidad en la pared del abdomen.

Al terminar la reparación, las incisiones se suturan para cerrarlas.

[...]

Por qué se realiza el procedimiento

El médico puede sugerir la cirugía para una hernia si usted tiene dolor o la hernia le molesta durante sus actividades cotidianas. Si la hernia no le está causando problemas, posiblemente no necesite cirugía. Sin embargo, estas hernias en la mayoría de los casos no desaparecen por sí solas y pueden volverse más grandes.

En ese contexto, la sintomatología manifestada por el paciente y el examen físico fueron suficientes para que el médico general sospechara el diagnóstico de Hernia Inguinal que fue corroborado por el Cirujano General quien consideró programarlo

¹⁹ <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007406.htm>

para practicarle una herniorrafia ya que el bulto o prominencia aumentó de tamaño, así como también el dolor (folio 14).

Hasta aquí se justificaba la realización de la herniorrafia.

Sin embargo, el 19 de febrero de 2009, el señor Nelson Enrique Murillo Rivas ingresó al servicio de urgencias manifestando que hace días había venido presentando cuadros de mareo y sensación de calambres en las piernas, esto es, la misma sintomatología por la que el paciente acudió al servicio de urgencias tres días antes de la intervención quirúrgica (6 de febrero de 2009), sin que los laboratorios que, en ese entonces, revelaran algún signo de alarma, motivos por el cual fue dado de alta con antihistamínicos (para tratar y prevenir las náuseas, vómitos y mareos).

En esta oportunidad, el paciente también refirió que, después de la cirugía, había presentado Disuria²⁰.

El médico de turno le ordenó una Glucometría (99 Mg/Dl) y, luego del diagnóstico: "Mareo y Desvanecimiento" y "Disuria", le recetó un antihistamínico (para náuseas, vómito y mareo) y un Antibiótico (para infección). (folio 29-30, c. pruebas).

Dos días después, el paciente acudió a la Clínica Nuestra Señora del Rosario—por consulta externa— manifestando:

"PTE CON CUADRO CLÍNICO DE LARGA DATA DE DOLOR BILATERAL DE LAS PANTORRILLAS, ADEMÁS COLURIA, DISURIA, TENESMO VESICAL Y EDEMA DE LOS DEDOS DE LOS PIES".

Al examen físico, el médico registró:

"Miembros inferiores: Dolor a la palpación región posterior bilateral de las pantorrillas".

En virtud de lo anterior, el médico diagnosticó "*Infección de vías urinarias sitio no especificado*" (folio 31, c. de pruebas) y ordenó exámenes de laboratorio y recetó, para consumo ambulatorio, Naproxen y Lactulosa.

²⁰ La disuria es el dolor o la molestia al orinar, generalmente en forma de una sensación de ardor intenso. Algunos trastornos causan un dolor fuerte sobre la vejiga o el periné. La disuria es un síntoma muy común en las mujeres, pero puede aparecer en los hombres y presentarse a cualquier edad.
<https://www.msdmanuals.com/es-co/professional/trastornos-urogenitales/s%C3%ADntomas-de-los-trastornos-urogenitales/disuria>

Hasta aquí es claro que el señor Nelson Enrique, luego de la cirugía volvió a presentar mareos, calambres en las piernas y se le sumó la infección de las vías urinarias.

No obstante, el 3 de marzo de 2009, el paciente acudió a control post operatorio — por consulta externa— y el Cirujano General determinó que había evolucionado de manera favorable por lo que dio cita para dentro de un mes (folio 33-34).

Nuevamente, el 6 de marzo de 2009, por consulta externa, el paciente inició tratamiento con Fisioterapia y, en enfermedad general se anotó:

“Paciente con diagnóstico de dolor en miembro bilateral, 1 mes de evolución. A la valoración manifiesta que el dolor arreció luego de POP de Hernia Inguinal. También refiere debilidad en miembros inferiores que le ocasionan dificultad al caminar y para hacer sus deposiciones. Dolor a la palpación en pantorrillas y al caminar”

Dicho tratamiento de rehabilitación, por dolor en miembro, continuó hasta el 18 de marzo de 2009, no obstante, en el entretanto, el paciente, en una oportunidad manifestó mejoría (folio 37) respecto al dolor en la pantorrilla, pero el 16 de marzo presentó dolor en región aquiliana y calcáneo bilateral y se le dificultaba la marcha y alteración en el equilibrio (folio 41).

El 19 de marzo de 2009, por medicina externa, el señor Nelson Enrique consultó los servicios por Anestesiología por *déficit motor parcial en miembros inferiores secundarios a raquianestesia*.

Sin embargo, al examen físico observó “reflejos normales”, pero ordenó remisión por Neurología y rehabilitación por Fisioterapia.

Así mismo, en consulta con el médico general por debilidad muscular, pero al examen físico observó *“pérdida parcial de la fuerza motriz en miembros inferiores, reflejos normales”*, por lo que diagnosticó *“otros trastornos neuromusculares especificados”* y ordenó Dexametasona y Vitamina B6.

Hasta aquí, conforme a la orden de rehabilitación por Fisioterapia, el paciente reanudó tratamiento el 25 de marzo de 2009 (folio 47) hasta el 6 de abril, con algunas inasistencias a la terapia.

El 19 de mayo de 2009, el señor Nelson Enrique Murillo Rivas, acudió a consulta especializada por Neurología de la Clínica Nuestra Señora de Fátima de Cali por presentar dificultad para orinar y caminar.

En la Anamnesis – Enfermedad²¹ actual se anotó:

“Luego de Herniorrafia inguinal con anestesia raquídea presenta severa dificultad para la marcha, constipación, dificultad para orinar, pérdida progresiva de la fuerza en las piernas, no pudo tener erecciones”.

Al examen neurológico el especialista observó:

“MARCADA DIFICULTAD PARA LA MARCHA, NIVEL SENSITIVO T11, HIPOESTESIA EN ÁREA GENITAL, HIPERFLEXIA Y CLONUS EN MIEMBROS INFERIORES”.

Lo anterior le hicieron sospechar “Compresión medular no especificada” y “Siringomielia²² – Siringobulbia²³” (folio 57, c. de pruebas).

Por lo anterior, ordenó la realización de procedimientos diagnósticos (Electromiografía, Resonancia Nuclear Magnética en columna torácica, lumbar y lumbosacra), también tratamiento farmacológico y vitamínico, así como valoración interdisciplinaria (folio 58, c. de pruebas)²⁴.

Hasta aquí, dichas patologías eran asociadas al post operatorio por anestesia raquídea, así como lo consignó el Neurólogo en la consulta del 9 de junio de 2009 (folio 58), no obstante, los resultados imagenológicos revelaron que no había compresión medular, pero sí Encefalitis mielitis y encefalomielitis no especificadas²⁵.

²¹ En esta sección se precisa qué le ha pasado al paciente. Se mencionan en forma ordenada los distintos síntomas que la persona ha presentado.

²² La siringomielia es el desarrollo de un quiste lleno de líquido (siringe) dentro de la médula espinal. Con el tiempo, el quiste puede agrandarse y dañar la médula espinal y causar dolor, debilidad y rigidez, entre otros síntomas. <https://www.mayoclinic.org/es-es/svc-20354771>

²³ La siringobulbia es un trastorno neurológico caracterizado por una cavidad llena de líquido (siringe) dentro de la médula espinal que se extiende para involucrar el tronco del encéfalo (médula). Por lo general, se presenta como un espacio en forma de hendidura dentro de la parte inferior del tronco del encéfalo que puede afectar uno o más de los nervios craneales, causando parálisis faciales de varios tipos. Además, las vías nerviosas sensoriales y motoras pueden verse afectadas por la compresión y/o interrupción. Este trastorno está íntimamente asociado con la siringomielia, en la que la siringe se limita a la médula espinal, y a la malformación de Chiari I.

<https://rarediseases.org/rare-diseases/syringobulbia/>

²⁴ Ver órdenes a folio 43-48, cuaderno principal.

²⁵ Proceso inflamatorio causado por la presencia de microorganismos en el tejido nervioso de la médula espinal. La causa más frecuente es una infección vírica: enterovirus (Coxsackie A y B, ECHO, poliovirus, enterovirus tipo 70 y 71), herpesvirus (virus del herpes simple, VZV, CMV, EBV) y VIH. Puede acompañar a la neuroborreliosis, leptospirosis, sífilis y tuberculosis del SNC.

No obstante, el especialista sugirió Punción Lumbar con Bandas Oligoclonales²⁶, Resonancia Magnética de Cerebro.

También, al examen físico observó: "Hiperreflexia y Clinus en miembros inferiores".

Por lo anterior, ordenó interconsulta por Neurología para control, la realización de la punción lumbar y rehabilitación por fisioterapia (20 sesiones), así como también una Resonancia Nuclear Magnética de Cerebro y exámenes de laboratorio, entre estos, HTVL I y HTVL II anticuerpos totales, antígeno P 24.

El paciente, el 13 julio de 2009 también fue valorado por urología, por lo que ordenó exámenes de laboratorio, en virtud de la dificultad miccional y la sensación de lipotimia que refirió.

El 30 de julio de 2009, el señor Nelson Enrique fue valorado por medicina interna, quien, como motivo de consulta, anotó:

"Paciente con cuadro de Paraparesia desde el 11 de febrero que coincide con aplicación de anestesia raquídea. Paciente con alteraciones vegetativas con compromiso de sus esfínteres. Espasticidad y **asociado a HTVL I Positivo.**"

En este punto, valga referirse al HTVL I (Virus Linfotrópico Humano Tipo 1), conforme a lo que la literatura médica nos enseña:

"El virus linfotrópico humano de células T tipo 1 (HTLV-1) es un retrovirus que infecta los glóbulos blancos de la sangre de los seres humanos. Puede causar enfermedades del sistema nervioso o leucemia"²⁷.

En cuanto a su transmisibilidad, se informa²⁸:

"El retrovirus HTLV-I causante de la PET/HAM se transmite por medio de linfocitos infectados^{29 30}. El principal medio de transmisión en zonas endémicas es de contagio sexual, también se encuentra la transfusión de sangre infectada, la transmisión perinatal a través de la lactancia materna, últimamente se ha reportado el contagio por el trasplante de órganos, además de la utilización de agujas infectadas entre drogadictos".

²⁶ Es un examen para buscar proteínas relacionadas con inflamación en el líquido cefalorraquídeo (LCR). El LCR es el líquido transparente que fluye en el espacio que rodea la médula espinal y el cerebro. Las bandas oligoclonales son proteínas llamadas inmunoglobulinas. La presencia de estas proteínas indica inflamación del sistema nervioso central. También puede apuntar a un diagnóstico de esclerosis múltiple.
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003631.htm>

²⁷ <https://www.healthlinkbc.ca/hlbc/files/documents/healthfiles/hfile34-s.pdf>

²⁸ <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-paraparesia-espastica-tropical-un-paciente-S1853002811000425#bib0020>

²⁹ A. Araujo, M. Silva. The HTLV-1 neurological complex. Lancet Neurol, 5 (2006), pp. 1068-1076
[http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(06\)70628-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(06)70628-7) | Medline

³⁰ G.C. Román, L.I. Navarro. Aspectos neurológicos de la infección por el retrovirus humano HTLV-1. Neurología, 7 Ed., pp. 347-352

Respecto a sus síntomas³¹:

“La mayoría de las personas que tienen el virus no presentará síntomas ni desarrollará ningún problema de salud. Aproximadamente 1 de cada 20 personas que contraen el HTLV-1 terminará padeciendo alguna enfermedad asociada con el HTLV-1 en algún momento de su vida.

Normalmente, las enfermedades no aparecen hasta varias décadas después de que la persona resulte infectada.

Las personas que contraen la enfermedad pueden desarrollar un cáncer de la sangre poco común llamado leucemia/linfoma de células T del adulto (LLCTA o ATLL, en inglés), o padecer una inflamación de la médula espinal que causa pérdida de fuerza en las extremidades, dolor de espalda, pérdida del control de la vejiga o estreñimiento.

Al examen físico observó: *“Paciente con estabilidad hemodinámica con alteraciones de predominio neuropático tipo Parapesia Espática de miembros inferiores. Resto normal”.*

Finalmente diagnosticó: *“Otras mononeuropatías en enfermedades clasificadas en otra parte”* es decir, Parapesia Espática Tropical con deterioro Neurológico de su estado neurológico, por lo que ordenó valoración urgente por Neurología Clínica.

Sobre la Parapesia se informa³²:

La **paraparesia** es otro tipo de parálisis parcial en el que se ve afectado el sistema nervioso central y periférico, generando diversas **afecciones que incluyen la degeneración de las vías nerviosas que se encargan de enviar las señales desde el cerebro hacia la médula espinal y de allí a los músculos.**

También enseña que dicha patología **“afecta a los músculos** de las piernas o brazos dependiendo del caso, generando así una afección espástica de los mismos de forma progresiva, la **médula espinal** también se ve afectada por una degeneración de los haces córtico-espinales, enfocados a nivel de la médula torácica y sacra, por lo que frecuentemente este trastorno se evidencia en su mayoría a nivel inferior.

En este caso, debe recordarse que el señor Nelson Enrique Murillo Rivas, el 6 de febrero de 2009 —antes de la cirugía— presentó calambres en sus miembros inferiores, afección que cambió a debilidad en miembros inferiores y que fue aumentando de manera paulatina luego de que fue sometido a la corrección de Hernia Inguinal.

³¹ <https://www.healthlinkbc.ca/hlbc/files/documents/healthfiles/hfile34-s.pdf>

³² <https://www.fisioterapia-online.com/glosario/paraparesia>

Hasta este momento, el personal médico, como consecuencia de la pérdida de la fuerza de los miembros inferiores, asoció dicha afección a la aplicación de la anestesia raquídea, aun cuando la ciencia no registra complicaciones en ese sentido³³.

Aun así, conforme a las consultas y sintomatología presentada por el paciente, el personal médico continuó investigando las causas por las cuales el señor Nelson Murillo Rivas aún no había evolucionado respecto a la debilidad en los miembros inferiores, así como también por las nuevas manifestaciones que aquejaban su salud (dificultad en la marcha, en la micción y en sus deposiciones).

Es así como, a través de estudios imagenológicos, los galenos descartaron una posible compresión medular, pero sí la existencia de una inflamación por un proceso infeccioso en el encéfalo, lo que conllevó a la realización de otros estudios, entre estos, exámenes de laboratorio para HTVL I y HTVL II anticuerpos totales, antígeno P 24.

Así las cosas, comoquiera que el señor Nelson Enrique dio positivo para el Virus Linfotrópico Humano Tipo 1, el médico internista diagnosticó Paraparesia Espática Tropical con deterioro neurológico.

Respecto a la Paraparesia Espática Tropical (PET), enseña la literatura médica³⁴:

"La PET es la manifestación más común de la infección por HTLV-I, aproximadamente el 2,4% de personas infectadas por este virus desarrollan esta polineuropatía^{9,10}. Usualmente se presenta después de los 40 años, aunque se han reportado en personas desde los 20 años. **Típicamente comienza de forma lenta, progresiva e insidiosa, produciendo debilidad, rigidez de miembros inferiores en el 60% de los casos**, aunque se conserva la fuerza de miembros superiores. Es usual encontrar dolor lumbar, hipoestesia generalizada y ardor en las plantas de los pies. **Durante el curso de la enfermedad, es muy común la impotencia sexual**, la disfunción de la vejiga con aumento en la frecuencia urinaria, la urgencia miccional además de incontinencia o retención. En algunos casos los síntomas urinarios anteceden la paraparesia por muchos años. Los estudios urodinámicos revelan una vejiga hiperactiva, aunque algunos individuos muestran baja actividad o atónica de la vejiga. **Con la progresión de los síntomas aparece una marcha espástica que puede llegar a ser incapacitante, hasta que finalmente un tercio de los pacientes termina en una silla de ruedas, cerca de la mitad requieren prótesis para deambular**. En un estudio

³³ Complicaciones neurológicas: No hemos lamentado ningún caso de complicación neurológica de carácter grave. En dos pacientes evolucionó una neuropatía cubital unilateral, posiblemente por contacto de los codos contra el borde desnudo de la mesa de operaciones. Cuatro operados presentaron rigidez y sensibilidad de los músculos cervicales durante -los 5 días que siguieron a la intervención. Ninguno, sin embargo, acusó temperaturas superiores a 38 grados C, por lo que se apreció el fenómeno como de meningitis leve aséptica o hemorrágica. Seis pacientes presentaron evidencia de lesión de la cola de caballo. Uno manifestó caída unilateral del pie, la cual tardó 3 semanas en mejorar. Otro sufrió paresia de una pierna, la que se había normalizado en el momento del alta. Los cuatro restantes revelaron dolores o parestesias de una extremidad inferior, la duración máxima de los cuales alcanzó a los 14 días. La frecuencia de secuelas neurológicas importantes después de la anestesia raquídea, es francamente baja. NICHOLSON y EVERSOLE registraron sólo 5 casos en 21.000 anestesiadas de este tipo. A este respecto, debe señalarse que la raquianestesia está contraindicada en todo paciente con afecciones del sistema nervioso central. <file:///C:/Users/aceballop/Downloads/181085-Text%20de%20article-253041-1-10-20100601.pdf>

³⁴ <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-paraparesia-espastica-tropical-un-paciente-S1853002811000425#bib0020>

reciente de Franzoi et al encontraron que los aspectos más comunes de discapacidad están en marcha y áreas de control del esfínter.

La PET/HAM progresa más rápidamente en mujeres que en hombres. Esta diferencia es particularmente más notable en las mujeres cuya enfermedad comenzó antes de la menopausia que en las mujeres en la cuales la enfermedad se presenta después de la menopausia. No se sabe la razón de este fenómeno, pero sería posible que el sexo y las hormonas jugaran un papel en el desarrollo de esta patología. Además del sexo, la carga viral es otro factor que influye de forma importante en la evolución de la enfermedad, esto se demuestra en la rápida progresión de la PET de pacientes con carga viral alta con respecto a pacientes con carga viral baja, posiblemente indicando un aumento de la proliferación o la migración de linfocitos infectados por HTLV-1/2.

En la exploración neurológica se suele encontrar marcha espástica, y en algunos casos se evidencia paraplejía debido a la debilidad muscular de miembros inferiores y cadera, con aumento en el tono muscular de estos miembros, de igual forma se encuentra hiperreflexia patelar, clonus y reflejo de babinski positivo de forma bilateral. Puede haber compromiso de sensibilidad evidenciado en hipoestesia a la vibración en tobillos y dedos de los pies.

Estamos ante un caso de una patología que se creía inicialmente por epidemiología, solo se presentaba en la población de raza negra, (Colombia encontrándose de forma endémica en la costa pacífica de Nariño, Cauca y Valle del Cauca), pero con el paso de los años, el paso de las fronteras y la multiplurialidad interracial se presenta en cualquier raza. Esta patología desafortunadamente no es fácil diagnosticarla tempranamente, usualmente no se sospecha por presentarse de forma poco frecuente y por desconocimiento del personal médico de la misma, y la posibilidad de tratamiento es limitada, y nos limitamos al manejo sintomático. Por lo tanto, al ser una enfermedad prevenible por sus vías de transmisión, es en este aspecto donde se debe trabajar más.

En ese contexto, y de cara con lo reportado en la historia clínica, es claro que las sintomatologías descritas en el texto coinciden con las padecidas por el señor Nelson Enrique Murillo Rivas.

Lo anterior, permite concluir que el señor Nelson Enrique Murillo presentó cuadro progresivo de dificultad para la marcha, debido a debilidad progresiva de miembros inferiores —que inició, incluso, antes de que lo operaran— concomitante con hiperreflexia, disfunción sexual e incontinencia urinaria, estos síntomas fueron aumentando de forma paulatina, e insidiosa, por lo que el personal médico interdisciplinario hizo diagnóstico de PET con paraclínicos confirmatorios de HTLV-1.

Por lo anterior, y teniendo en cuenta que la lesión que afectó la movilidad en los miembros inferiores del señor Nelson Enrique Murillo finalmente se asoció al virus que portaba y no a la anestesia que le aplicaron para corregirle la Hernia Inguinal, pues la literatura médica ha informado que la Paraparesia Espástica Tropical, asociada al HTLV-1, se clasifica como un trastorno neurológico de la motoneurona superior de causa exógena, inflamatorio y desmielinizante, **que afecta principalmente la médula espinal y el cerebro**³⁵, por ende, no es cierto que con la anestesia raquídea

³⁵ http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932017000200146

se haya afectado a la médula espinal, pues, como se dijo antes, este tipo de inhibidores de dolor no presentan complicaciones neurológicas y menos .

En este punto es válido afirmar entonces que la Parapesia o Paraplejia que, en principio se asoció a la Anestesia Raquídea que le aplicaron al señor Nelson Enrique Murillo Rivas, devino a causa de una infección por el Virus Linfotrópico Humano Tipo 1, pues, como lo enseña la ciencia dicha patología es la manifestación más común de la infección por HTLV-I.

En ese orden de ideas, si no se ha acreditado una mala praxis, tampoco un error en el tratamiento, en la prescripción de un medicamento contraindicado o no, y menos aún que se haya expuesto al paciente a un riesgo anestésico, sin lugar a dudas, no podríamos hablar de un daño que deba ser imputado a la entidad demandada.

Por lo anterior, no es posible imputar responsabilidad a la demandada por falla en el servicio médico asistencial.

De otro lado resulta intrascendente entrar a dilucidar el incumplimiento del deber de información a cargo del Cirujano General que le practicaría al paciente la corrección de Hernia Inguinal si se tiene en cuenta que la lesión incapacitante que aqueja al señor Nelson Enrique Murillo Rivas no devino como consecuencia de un mal procedimiento quirúrgico ni por la aplicación de una anestesia sino por una infección.

4. Costas

No hay lugar a la imposición de costas en la instancia, debido a que no se evidencia en el caso concreto actuación temeraria o de mala fe atribuible a los extremos procesales, como lo exige el artículo 55 de la Ley 446 de 1998 para que se proceda de esta forma.

III. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Administrativo del Magdalena, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

FALLA

Primero: Negar las pretensiones de la demanda por las razones expuestas en la parte motiva de esta sentencia.

Segundo: Sin costas en esta instancia.

Ejecutoriada esta providencia archívese el expediente, previa devolución del remanente consignado por concepto de gastos ordinarios del proceso si a ello hubiere lugar.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE



ELSA MIREYA REYES CASTELLANOS
Magistrada



ADONAY FERRARI PADILLA
Magistrado



MARTHA LUCÍA MOGOLLÓN SAKER
Magistrada