



**JUZGADO TREINTA Y CUATRO ADMINISTRATIVO
CIRCUITO DE BOGOTÁ
Sección Tercera**

CIUDAD Y FECHA	Bogotá D.C., dieciocho (18) de noviembre de dos mil veintidós (2022)
REFERENCIA	Expediente No. 11001333603420170024400
DEMANDANTE	CARMEN FABIOLA JAIMES, CARLOS ALBERTO GUERRERO FLOREZ en nombre propio y en representación de CESAR ALBERTO GUERRERO JAIMES
DEMANDADO	DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA, HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS y HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA
MEDIO DE CONTROL	REPARACIÓN DIRECTA
ASUNTO	FALLO DE PRIMERA INSTANCIA

Agotado el trámite procesal sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, se procede a dictar sentencia en el proceso de REPARACIÓN DIRECTA iniciado por CARMEN FABIOLA JAIMES, CARLOS ALBERTO GUERRERO FLOREZ en nombre propio y en representación de CESAR ALBERTO GUERRERO JAIMES contra el DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA, el HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS y el HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA.

1. ANTECEDENTES:

1.1. La DEMANDA

Demandante	Calidad
Carmen Fabiola Jaimes	Madre de César Alberto Guerrero Jaimes
Carlos Alberto Guerrero Florez	Padre de César Alberto Guerrero Jaimes

1.1.1. PRETENSIONES

“Declarar administrativamente y patrimonialmente responsable a la NACION-GOBERNACION DE CUNDINAMARCA, HOSPITAL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E SAN JOSE DE GUADUAS. HOSPITAL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E SAN RAFAEL DE FACATIVA. REPRESENTADOS POR EL GOBERNADOR, LOS DIRECTORES DE LOS HOSPITALES Y/ O POR QUIEN CORRESPONDA, LAS REPRESENTE O QUIEN HAGA SUS VECES por la muerte de CESAR ALBERTO GUERRERO JAIMES CC 1.094.247.249, ocurrida el 30 de MARZO DE 2017 en la ciudad de Pamplona, Norte de Santander, fallecimiento ocurrido por razón de omitirse valorarlo por daño cerebral, igualmente por no tratarlo oportunamente descartando ese daño, dándolo de alta inicialmente ante EL HOSPITAL DE GUADUAS sin percibir, ni descartar este daño, sellando la herida y dejando la lesión interna abierta

Declarar que deben pagarles a los demandantes las siguientes o similares condenas:

DOSCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS MCTE \$ 250.000.000 MCTE, por concepto de daños y perjuicios morales, causados por la pérdida de su hijo, en las circunstancias de tiempo, modo y lugar determinados en los hechos de la demanda

DAÑO EMERGENTE; Este daño causado por la muerte de su hijo, surge por concepto de gastos sufragados por los demandantes de su propio patrimonio, que superan los VEINTE MILLONES DE PESOS MCTE \$20.000.000 mete, por desplazamientos, acompañamientos, gastos, alojamientos en varias ciudades y terapias que no cubre la E.P..S

LUCRO CESANTE SE reclama a favor de los demandantes la suma que se determine por este concepto, teniendo en cuenta el salario que se probare devengaba el causante, en su calidad de

funcionario de la rama judicial o en defecto el salario mínimo legal vigente para la fecha de los hechos y su expectativa de vida”

1.1.2. Los **HECHOS** sobre los cuales basa su petición son en síntesis los siguientes:

- CARMEN FABIOLA JAIMES y CARLOS ALBERTO GUERRERO FLOREZ, mayores de edad y vecinos de Pamplona, Norte de Santander, procrearon a CESAR ALBERTO GUERRERO JAIMES
- CESAR ALBERTO GUERRERO JAIMES falleció encontrándose en estado de discapacidad física y mental absoluta, producidas por lesiones personales ocasionadas con arma blanca
- CESAR ALBERTO GUERRERO JAIMES, al momento de los hechos, 22 de junio de 2015, fue atendido en la entidad convocada, HOSPITAL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. SAN JOSE DE GUADUAS con múltiples heridas saturadas en piel de región pabellón oreja izquierda entre otras heridas, sin descartar lesiones de carácter cerebral
- Prestados los primeros auxilios y estabilizado fue remitido al HOSPITAL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. SAN RAFAEL DE FACATATIVA detallando en enfermedad actual, herida en pabellón auricular, entre otras heridas
- Se le dio de alta y CESAR ALBERTO GUERRERO JAIMES se recluyó en su casa paterna en la ciudad de Pamplona, visitó amigos y parientes, alegre por tener salud, por varios días.
- El 13 de julio de 2015 CESAR ALBERTO GUERRERO JAIMES fue hospitalizado de urgencia en la Clínica Santa Ana de Cúcuta por LESIÓN NEUROLÓGICA NUEVA CON AFAXIA, por la lesión interna isquémica frontoparietal izquierda que no fue detectada en los centros de salud que lo atendieron.
- Esa enfermedad lo incapacitó por no haberse diagnosticado y descartado médicamente a tiempo y tratado debidamente una lesión de carácter cerebral
- El 19 de julio de 2016 Coomeva E.P.S. emitió concepto de rehabilitación y remisión, en resumen, de enfermedad actual, lesión cortopunzante de hipogloso izquierdo y disartria leve.
- Existió falla por las valoraciones iniciales, que omitieron, un tratamiento adecuado para la lesión interna isquémica frontoparietal izquierda que produjo su definitiva incapacidad, al sellarle esa lesión y no llegar oxígeno al cerebro
- Se configuró falla en el servicio por parte de las entidades demandadas, por la falta de diligencia, oportunidad, eficiencia y pericia, para el manejo adecuado de la patología, presentado por el causante, lo que le significó la pérdida de la oportunidad de curación y sobrevivencia
- Los demandantes adelantaron ante el Juzgado Segundo Promiscuo de Familia de Pamplona, proceso de interdicción de su hijo, bajo el radicado 2016-00027 y por sentencia de fecha 23 de agosto de 2016 los designó como guardadores legítimos

- Producto de esta enfermedad, los demandantes han sufragado gastos de su propio patrimonio, que superan los VEINTE MILLONES DE PESOS MCTE \$20.000.000 mte, por desplazamientos, acompañamientos, gastos, alojamientos en varias ciudades, terapias y excedente de funeral que no cubre la E.P..S
- El 30 de marzo de 2017 CESAR ALBERTO GUERRERO JAIMES falleció en la ciudad de Pamplona, Norte de Santander
- El 3 de agosto de 2017 ante el Centro de conciliación de la Procuraduría General de La nación se convocó audiencia de Conciliación con la demandada

1.2. La CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA:

1.2.1. El apoderado del demandado **DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA** manifestó lo siguiente:

“Por lo anteriormente expuesto, y como no le asiste ninguna responsabilidad al Departamento de Cundinamarca en los hechos y condenas que se ventilan en el proceso, me opongo a todas y cada una de las peticiones, sanciones y condenas pedidas por los demandantes, razón por la cual, de manera respetuosa solicito a la Señora Juez así declararlo y absolver de toda responsabilidad a mi representado.”

Propuso como **excepciones** las siguientes:

<p>FALTA DE LEGITIMIDAD POR CAUSA PASIVA DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.</p>	<p>La legitimación en la causa, es la facultad que surge del derecho sustancial y que debe tener determinadas personas, para formular o contradecir respecto de determinado derecho subjetivo sustancial sobre el cual versa la pretensión que es objeto del proceso.</p> <p>Es por ello que, tal y como está motivado en el proceso, los directamente involucrados en los hechos son las ESES HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS y HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA la E.S.E., por la supuesta falla en la prestación de los servicios de salud, más exactamente, en el diagnóstico efectuado al señor CESAR ALBERTO GUERRERO JAIMES (q.e.p.d.), entidades que son independientes y autónomas al Departamento de Cundinamarca -Secretaria de Salud, que tienen personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, con capacidad legal y jurídica para ejercer derechos y contraer obligaciones. Así mismo, para comparecer, representarse, defender sus derechos e intereses y responder por sus actuaciones u omisiones o la de sus funcionarios o trabajadores.</p> <p>Bajo este entendido, como la relación que motiva la controversia se ubica entre los actores y las entidades hospitalarias, al no referirse el proceso a algún hecho que tenga que ver directamente con las competencias en materia de salud del Departamento de Cundinamarca y teniendo la autonomía administrativa y financiera de estas entidades, se concluye fácilmente que no existe una legitimación de hecho en la causa por pasiva de mi representado, máxime cuando no fue asegurador y/o prestador de servicios de salud. De manera que mi representado no puede ser responsable de las pretensiones de indemnización que persiguen los actores.</p>
<p>INEXISTENCIA DE HECHOS</p>	<p>Al tenor de los artículos 2341 y 2343 del C.C. "es obligado a la indemnización el que ha inferido daño a otro", lo cual significa que en</p>

CONSTITUTIVOS DE REPARACION PARTE DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA	materia de responsabilidad extracontractual del Estado, quien debe indemnizar el perjuicio causado es la entidad que dio pie a la causación del daño. De manera que, como los actores persiguen la indemnización de los perjuicios ocasionados por el fallecimiento del señor GUERRERO JAIMES, no obran hechos ni derechos vulnerados por mi representado en razón a que, como está demostrado en el proceso, no se configuraron los pretendidos perjuicios atribuibles a un actuar del Departamento de Cundinamarca, luego corresponderá a los actores demostrar que está obligado al resarcimiento de éstos.
---	---

1.2.2. El apoderado del demandado **HOSPITAL SAN JOSÉ DE GUADUAS** manifestó lo siguiente:

“Me opongo a la pretensión formulada por la parte actora, toda vez que en primer lugar, no se presentó en la atención prodigada al señor CESAR ALBERTO GUERRERO JAIMES en la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS una falla en la prestación de salud, ni tampoco los cuidados médicos proporcionados al paciente en la institución por mi representado.

Me opongo a estas pretensiones indemnizatorias ele la parte actora, en virtud de la falta de un fundamento jurídico que la sustente, toda vez que en caso subexamine no se presentó una falla en la prestación del servicio de salud por parte de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS, que respalde dichas pretensiones y además la entidad que yo represento no ha sido condenada. Toda vez que la misma parte de suplíoslos que a la luz de lo que se probara en este proceso no se concretaran en el mundo del derecho.”

Propuso como **excepciones** las siguientes:

AUSENCIA DE FALLA DEL SERVICIO-ADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD	La Ese Hospital San José de Guaduas, es una institución de primer nivel de atención y cuenta con la infraestructura física y humana para garantizar la prestación del servicio de salud exigida para este nivel de atención.
LA ESE Y NUESTRO EQUIPO DE SALUD CUMPLIO CON SUS DEBERES LEGALES Y DEONTOLOGICOS MEDICOS CON LA ATENCION BRINDADA AL USUARIO	Que la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS, es una institución de primer nivel que cuenta con la infraestructura física y humana para garantizar la prestación del servicio de salud exigida para este nivel de atención y obro con el sumo cuidado y diligencia que el paciente en ese momento requería.
NO EXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LAS ATENCIONES EN SALUD Y EL RESULTADO DAÑOSO EN SALUD AL SEÑOR CESAR ALBERTO	No se puede endilgar responsabilidad alguna la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS, por la atención en salud al señor CESAR ALBERTO GUERRERO JAIMES, es claro que nuestra ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS y nuestro Equipo de Salud Tratante, en nada tuvo que ver con el resultado dañoso en salud que se incoa hoy por el demandante - cuyas razones y nexo causal con las atenciones dispensadas al mismo -si es que acaso existen, son ciertas, directas susceptibles de ser probadas - han de buscarse en el tiempo.

GUERRERO JAIMES (Q.P.D.)	
-------------------------------------	--

1.2.3. El apoderado del demandado **HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ** manifestó lo siguiente:

“Manifiesto a la Señora Juez, en forma muy respetuosa que me opongo a la prosperidad todas y cada una de las pretensiones, declaraciones y condenas solicitadas en la demanda, por considerar que son infundadas y contrarias a derecho en lo que respecta a mi representada ESE Hospital San Rafael de Facatativá, toda vez que en primer lugar, la imposibilidad de exigencia galénica de elaboración de diagnóstico patológico cuando no existe evidencia clínica, ni síntomas ni signos, que orienten a la presencia de la patología de lesión interna isquémica fronto-parietal izquierda; en segundo lugar, es menester indicar que una lesión cerebral isquémica en el territorio fronto-parietal –como la referida por el actor y que acaeció en el Usuario de manera ulterior a su alta hospitalaria- supone de suyo y sin excepción, la presentación de una sintomatología y de unos signos clínicos que son floridos, en lo motor y en lo sensitivo, signos y síntomas que no presentó el señor Guerrero Jaimes durante su estancia hospitalaria en la ESE Hospital San Rafael de Facatativá, igual acontece con una lesión del nervio hipogloso -XII Par Craneano, nervio motor que posibilita el movimiento de la lengua, la cual supone la presencia de disartria, signo clínico que es de sencilla identificación por personal médico, paramédico y no médico; ninguno de ellos, ni el mismo paciente anunció su presencia durante su estadía, ni al momento de su alta hospitalaria, lo cual permite inferir bajo patrones de certeza que la mentada disartria no se presentó en la humanidad del paciente, de manera concomitante a los actos médicos ejecutados por la entidad hospitalaria que represento; en tercer lugar, se torna necesario precisar que el eventual error inculpable fue producto de la manifestación tardía de los síntomas –recuérdese que el paciente no tenía disartria, ni discapacidad debida a lesión neurológica de manera previa, ni concomitante al egreso hospitalario [junio 29 de 2015]-; verdad verdadera ésta que permite inferir y calificarlo sin hesitación alguna, como aleas de medicina que no compromete la responsabilidad institucional de la entidad hospitalaria que represento; en cuarto y último lugar, véase que la finalidad de la demandante con la explicitación de pretensiones en la modalidad de daño material –lucro cesante-, desdice de este postulado prohibitivo de enriquecimiento sin justa causa con el correlativo empobrecimiento para la ESE demandada, con orfandad de justa causa generadora del mismo, máxime que de una parte, la categoría material de perjuicio denominada lucro cesante, tiene por finalidad indemnizar la pérdida o mengua económica que por causa del daño no ingresa al haber patrimonial del demandante; y de otra, que en el asunto bajo examen, la parte actora en su condición de progenitora del causante afiliado al régimen de ahorro individual con solidaridad, administrado por el Fondo Pensional Colfondos, en atención a la normativa contentiva del Sistema General de Seguridad Social en Pensiones, le es dable solicitar ora el reconocimiento de pensión de sobreviviente, ya la devolución del saldo de la cuenta de ahorro individual.

En consecuencia, es manifiesto y evidente sin hesitación alguna, no sólo la orfandad y carencia de fundamento legal del libelo demandatorio a las voces del Artículo 79 numeral 1 del Código General del Proceso, en concordancia con el Artículo 306 del CPACA, sino también, la ostensible y notoria invocación de hechos contrarios a la verdad verdadera, en consonancia con el numeral 1 del Artículo 79 de la Ley 1564 de 2012, que materializa en el asunto bajo examen una actuación con temeridad o mala fe imputable a la parte actora, razón por la cual solicito desde ahora la declaratoria de responsabilidad civil extracontractual patrimonial de la parte demandante a las voces del Artículo 80 ibidem, con decisión negativa de todas y cada una de las pretensiones y con la imposición de condena en costas y costos del proceso a la parte demandante.”

Propuso como **excepciones** las siguientes:

AUSENCIA DE CULPA IMPUTABLE A LA ESE	
---	--

	En el asunto bajo examen, nótese que la parte actora pretende la declaratoria de responsabilidad solidaria de la ESE Hospital San Rafael de Facatativá y de la ESE Hospital San José de Guaduas, por falla del servicio
--	---

**HOSPITAL SAN RAFAEL
DE FACATATIVÁ**

médico derivada de la omisión de diagnóstico de lesión interna isquémica fronto-parietal izquierda.

De manera previa, he de precisar lo relativo a la actividad del médico orientada hacia el ejercicio diagnóstico y es que, por regla general y atendiendo al precedente judicial en nuestro país, no es posible exigirle al galeno que elabore un diagnóstico patológico cuando no existe evidencia clínica, ni síntomas ni signos, que orienten a la presencia de dicha patología.

De acuerdo a las circunstancias fácticas denotadas en los registros médicos asistenciales, no se presentó la falla del servicio aludida y la presunta responsabilidad legal por el daño incoado, por cuanto: al usuario en la entidad hospitalaria que represento le fueron brindadas las atenciones en salud que requería, con la debida oportunidad, con las calidades técnicas y los recursos que disponíamos conforme con nuestra oferta de servicios, así: 1.- Arribó remitido del Hospital San José de Guaduas para valoración por cirugía general y el mismo día de su ingreso, - 24 de Junio de 2015-, se le brindó atención por médico especialista en Cirugía General; 2.- El Cirujano General, luego de revisar juiciosamente cada una de las HPACP –heridas producidas por arma corto punzante-suturadas que presentaba el usuario, le formuló como diagnóstico de impresión, una HPACP penetrante a abdomen lo que determinó ser llevado a cirugía; 3.- Se le encontró en cirugía HPACP Diafragmática y Hematoma Retroperitoneal, situación clínico-quirúrgica que fue resuelta en el mismo acto quirúrgico. 4.- El usuario fue internado y evaluado por el servicio de cirugía general de forma juiciosa, observando una evolución hacia la mejoría, razón por la cual fue dado de alta el 29 de Junio de 2015, con recomendaciones y signos de alarma; y 5.- A su alta hospitalaria el usuario no presentaba síntoma o signo alguno que orientara hacia una lesión neurológica, bien de su cerebro, ya de su nervio hipogloso, pues no presentó en ningún momento déficit motor o sensitivo, ni disartria.

Es menester indicar que una lesión cerebral isquémica en el territorio fronto-parietal –como la referida por el actor y que acaeció en el Usuario de manera ulterior a su alta hospitalaria- supone de suyo y sin excepción, la presentación de una sintomatología y de unos signos clínicos que son floridos, en lo motor y en lo sensitivo, signos y síntomas que no presentó el señor Guerrero Jaimes durante su estancia hospitalaria en la ESE Hospital San Rafael de Facatativá, igual acontece con una lesión del nervio hipogloso -XII Par Craneano, nervio motor que posibilita el movimiento de la lengua, la cual supone la presencia de disartria, signo clínico que es de sencilla identificación por personal médico, paramédico y no médico; ninguno de ellos, ni el mismo paciente anunció su presencia durante su estadía, ni al momento de su alta hospitalaria, lo cual permite inferir bajo patrones de certeza que la mentada disartria no se presentó en la humanidad del paciente, de manera concomitante a los actos médicos ejecutados por la entidad hospitalaria que represento.

Corolario de lo anterior, sin hesitación alguna se establece que la institución hospitalaria codemadada ejecutó el deber ser de la lex artis ad hoc, toda vez que no se presentaron barreras para atender al paciente –ni administrativas ni económicas-, el equipo de salud actuó con la debida diligencia y cuidado, precisó de los recursos que disponía, conforme con la oferta asistencial existente, exploró sin excepción las HPACP suturadas

	<p>que le fueron propiciadas al usuario, diagnosticó la causa del sangrado oculto que sospecharon los galenos del Hospital San José de Guaduas – razón de la remisión- y resolvió tal causa a través del procedimiento quirúrgico abdominal que le fue indicado y realizado al usuario, luego del cual observó franca mejoría por lo cual fue dado de alta.</p> <p>Como se puede visualizar, se le vigiló en su evolución y en ningún momento de su estadía hospitalaria el paciente mostró signos o síntomas que dieran cuenta de la patología neurológica que presentó tiempo después de su egreso hospitalario, de allí que tales patologías no fueran diagnosticadas y tratadas por la institución de salud que represento, esto en virtud a que tal condición patológica no existió en éste usuario durante el interregno de su estadía en la ESE Hospital San Rafael de Facatativá.</p>
<p>EL PRESUNTO YERRO DIAGNÓSTICO FUE INCULPABLE, MÁXIME QUE SE TRATARÍA DE UN “ERROR INCULPABLE”</p>	<p>Sin que implique reconocimiento de responsabilidad alguna a cargo de la ESE que represento, nótese en consonancia con los registros asistenciales e historia clínica, que no es dable el pretender sugerir responsabilidad legal alguna en cabeza de nuestros galenos por no elaborar un diagnóstico patológico de un evento cerebral isquémico y una lesión del nervio hipogloso cuando tal condición patológica –cual es técnicamente imposible que curse sin síntomas- no era la exhibida por el usuario mientras estuvo internado en la ESE Hospital San Rafael de Facatativá, pues ni su cuadro clínico, ni sus signos ni sus síntomas dieron cuenta de tal, toda vez que no presentó en ningún momento de su evolución clínica ni disartria, ni déficit neurológico motor o sensitivo.</p> <p>Téngase en cuenta que el señor Guerrero Jaimes arribó a la ESE Hospital San Rafael de Facatativá, el día 24 de junio de 2015 a las 13:16 horas, por el servicio de urgencias, previa remisión de la ESE Hospital San José de Guaduas, para que fuera valorado por la especialidad de cirugía general, toda vez que aun cuando en días previos se le instauró tratamiento por parte de la entidad hospitalaria de Guaduas al presentar múltiples heridas por arma corto-punzante (HPACP), dos días después de brindarle la atención y al vigilarle en su evolución, todavía presentaba taquicardia y anemia, lo que hizo sugerir a los médicos tratantes, la presencia de pérdida de sangre -por alguna lesión no diagnosticada o identificada- de allí el requerimiento de valoración por Cirujano General.</p> <p>En el contexto de la remisión, a su ingreso al servicio de urgencias de la ESE Hospital San Rafael de Facatativá se encontró un usuario estable desde el punto de vista hemodinámico y respiratorio -TA:14/78 Fc: 132 x min y Fr: 20 x min-, sin compromiso del sensorio y con evidencia al examen físico de toracostomía cerrada izquierda funcional -tubo de tórax izquierdo-, con múltiples heridas por arma corto-punzante (HPACP) suturadas y sin otro hallazgo de importancia a su ingreso.</p> <p>Como era lo debido hacer, el usuario fue internado en observación de urgencias, con líquidos endovenosos, analgésico, oxígeno suplementario, fue estudiado con paraclínicos, se le hizo la respectiva reserva de sangre, se le solicitó RX Tórax y fue interconsultado con la especialidad de cirugía general. El mismo día hacía las 16:58 horas fue valorado por cirugía general, y al explorar la HPACP que tenía en el séptimo espacio intercostal (EIC) izquierdo, se observó que penetraba a cavidad abdominal, razón por la cual, sin demora se le indicó y llevó a laparoscopia diagnóstica, la misma que hubo de convertirse a laparotomía de precisión, en virtud de</p>

encontrarse herida de diafragma, la cual se suturó y hematoma retroperitoneal no expansivo, el cual se drenó. Los hallazgos referidos explicaron la pérdida sanguínea oculta no diagnosticada, que motivó a los galenos del Hospital San José de Guaduas a remitir dicho paciente.

Posteriormente el usuario fue internado en pisos, en hospitalización, evolucionando hacia la mejoría, de tal manera que para el día 29 de Junio de 2015, luego de la evolución matutina que le hiciera el médico especialista en cirugía general –servicio tratante-, fue dado de alta con formula, con recomendaciones y con signos de alarma para re-consultar por Urgencias.

Al respecto, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en sentencia de noviembre 26 de 2010, expediente número 11001 3103 013 1999 08667 01, con ponencia del Magistrado Pedro Octavio Munar Cadena, en tratándose del deber asistencial que incumbe a los médicos respecto del diagnóstico de las enfermedades, acotó: “[E]l diagnóstico está constituido por el conjunto de actos enderezados a determinar la naturaleza y trascendencia de la enfermedad padecida por el paciente, con el fin de diseñar el plan de tratamiento correspondiente, de cuya ejecución dependerá la recuperación de la salud, según las particulares condiciones de aquel. Esta fase de la intervención del profesional suele comprender la exploración y la auscultación del enfermo y, en general la labor de elaborar cuidadosamente la “anamnesia”, vale decir, la recopilación de datos clínicos del paciente que sean relevantes. [...]”

Ahora bien, hemos de precisar, que revisados los registros asistenciales, en ninguna de las evoluciones médicas ni en las de enfermería, desde el día 24 hasta el 29 de Junio de 2015, se halla evidencia alguna de lesión cerebral y su consecuente afectación neurológica y mucho menos, de lesión del XII par craneano (hipogloso), el cual es el motor e inerva los músculos intrínsecos y extrínsecos de la lengua, cuya sola lesión se evidenciaría con “disartria” -el paciente no puede hablar claro porque la lengua, en su componente motor, está afectada-.

De igual manera, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en sentencia de noviembre 26 de 2010, expediente número 11001 3103 013 1999 08667 01, con ponencia del Magistrado Pedro Octavio Munar Cadena, en tratándose de la institución médico legal denominada error inculpable, precisó: “[P]or el contrario, aquellos errores inculpables que se originan en la equivocidad o ambigüedad de la situación del paciente, o las derivadas de las reacciones imprevisibles de su organismo, o en la manifestación tardía o incierta de los síntomas, entre muchas otras, que pueden calificarse como aleas de la medicina no comprometen su responsabilidad. // Por supuesto que esto coloca al juez ante un singular apremio, consistente en diferenciar el error culposo del que no lo es, pero tal problema es superable acudiendo a la apreciación de los medios utilizados para obtener el diagnóstico, a la determinación de la negligencia en la que hubiese incurrido en la valoración de los síntomas; en la equivocación que cometa en aquellos casos, no pocos, ciertamente, en los que, dadas las características de la sintomatología, era exigible exactitud en el diagnóstico, o cuando la ayuda diagnóstica arrojaba la suficiente certeza. De manera, pues, que el meollo del asunto es determinar cuáles recursos habría empleado un médico prudente y diligente para dar una

	<p>certera diagnosis, y si ellos fueron o no aprovechados, y en este último caso porque no lo fueron. En todo caso, y esto hay que subrayarlo, ese error debe juzgarse ex ante, es decir, atendiendo las circunstancias que en su momento afrontó el médico, pues es lógico que superadas las dificultades y miradas las cosas retrospectivamente en función de un resultado ya conocido, parezca fácil haber emitido un acertado diagnóstico.” [Negrilla fuera del texto]</p> <p>Como se devela de lo acaecido con la atención de éste usuario en nuestra ESE, no se presentó por parte de nuestro Equipo de Salud tratante, ni error ni omisión alguna en la categoría de diagnóstico mucho menos derivado de ligereza, de imprudencia o de descuido alguno, pues dicho usuario y durante su estancia hospitalaria no presentó tal condición patológica, misma que de haberse presentado y por lo “grosero” de la sintomatología y signos clínicos que ella supone, sin duda alguna, le hubiere sido diagnosticada, máxime que el eventual error inculpable fue producto de la manifestación tardía de los síntomas –recuérdese que el paciente no tenía disartria, ni discapacidad debida a lesión neurológica de manera previa, ni concomitante al egreso hospitalario [junio 29 de 2015]-, verdad verdadera ésta que permite inferir y calificarlo sin hesitación alguna, como aleas de medicina que no compromete la responsabilidad institucional de la entidad hospitalaria que represento.</p>
PROHIBICIÓN DE COMPENSATIO LUCRICUM DAMNO.	<p>Con independencia y dándose por descontado la orfandad de daño alguno sufrido por el sujeto procesal integrante de la parte actora imputable a la ESE Hospital San Rafael de Facatativá, se hace útil recordar que solo es dable en el escenario de responsabilidad civil ora contractual, ya extracontractual, indemnizar el daño personal, cierto y directo.</p> <p>Ahora bien, en el hipotético evento de causación de daño alguno a la parte demandante, es deber de la misma no pretender lucrarse con el mismo, sino mitigar las consecuencias de aquel. Por ende, véase que la finalidad de la demandante con la explicitación de pretensiones en la modalidad de daño material –lucro cesante-, desdice de este postulado prohibitivo de enriquecimiento sin justa causa con el correlativo empobrecimiento para la ESE demandada, con orfandad de justa causa generadora del mismo, máxime que de una parte, la categoría material de perjuicio denominada lucro cesante, tiene por finalidad indemnizar la pérdida o mengua económica que por causa del daño no ingresa al haber patrimonial del demandante; y de otra, que en el asunto bajo examen, la parte actora en su condición de progenitora del causante afiliado al régimen de ahorro individual con solidaridad, administrado por el Fondo Pensional Colfondos, en atención a la normativa contentiva del Sistema General de Seguridad Social en Pensiones, le es dable solicitar ora el reconocimiento de pensión de sobreviviente, ya la devolución del saldo de la cuenta de ahorro individual.</p>
GENÉRICA	<p>Propongo Señora Juez, cualquier otra excepción que resulte probada en el proceso.</p>

1.3. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

1.3.1. Demandante:

“(...) El 22 de junio de 2015, la víctima recibió múltiples heridas por arma corto punzante, entre otras HERIDA CERVICAL EN ZONA III IZQUIERDA, fue atendido inicialmente en HOSPITALE.S.E. SAN JOSE DE GUADUAS con múltiples heridas saturadas en piel de región pabellón oreja izquierda, herida en zona III de cuello, herida precordial, entre otras heridas, se evidencia alteración neurológica dado por ptosis palpebral izquierda y afasia.

Con fecha 13 de julio de 2015, CESAR ALBERTO GUERRERO JAIMES fue hospitalizado de urgencia en la Clínica santa Ana de Cúcuta, por LESIÓN NEUROLÓGICA NUEVA CON AFAXIA, “llevado a la clínica Santa Ana, por deterioro súbito de estado neurológico por hemiparesia derecha y afasia, se documenta lesión isquémica fronto parieto temporal izquierda con edema perilesional y efecto de masa. “se documenta mediante pan angiografía, fistula traumática directa entre carótida interna izquierda primera porción y sistema yugular izquierdo, se realiza embolización de fistula arteriovenoso, se considera lesión cerebral isquémica secundaria a robo de flujo por fistula arteriovenosa”.

FALLA MEDICA. Se configuró falla en el servicio por parte de las entidades demandadas, por la falta de diligencia, oportunidad, eficiencia y pericia, para el manejo adecuado de la patología, presentado por el causante, lo que le significó la pérdida de la oportunidad de curación y sobrevivencia de la víctima.

(...) En su testimonio el perito, desconoció que se hubieran practicado, exámenes pertinentes para descartar laceración de la arteria para prevenir la fistula, indicó desconocer si existían equipos para esos exámenes y que aparte de la observación clínica y el examen físico, practicados a la víctima no se le practicó otro examen técnico como serían el examen de PANANGIOGRAFÍA Y ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTARIZADA además observó en la historia clínica que la víctima tenía tres heridas mortales una de ellas la cervical y que está herida “hizo laceración” EN SU PERITAZGO ESCRITO.

Folio 20” En la valoración del día 24 de junio de 2015 se evidencio afasia y ptosis palpebral izquierda, esto puede ser interpretado como accidente cerebrovascular isquémico transitorio dado que en su atención en hospital de Facatativá no se tiene referencia de estos hallazgos”. Folio 12 “La lesión isquémica interna frontoparietal de la víctima, se diagnosticó con fecha 13 de julio de 2015, por ser hospitalizado de urgencia en la Clínica santa Ana de Cúcuta,” La lesión neurológica nueva de la víctima es el resultado de una fistula arteriovenosa traumática entre la carótida interna y la vena yugular interna, cuando se produce esta comunicación hay un robo de flujo cerebral que produce la isquemia cerebral. Folio 18 y 19 “Se trata de un paciente que sufrió herida en zona III izquierda de cuello por arma corto punzante que produjo laceración de la arteria carótida interna izquierda y vena yugular izquierda, con hematoma contenido, posterior a esto se forma una fistula traumática directa entre carótida interna izquierda en su primera porción y la vena yugular izquierda, esto hace que la sangre oxigenada que va por la carótida internase derive a la vena yugular y no perfunda la parte izquierda del cerebro, generando isquemia. Esto se considera lesión cerebral isquémica secundaria a robo de flujo por fistula arteriovenosa”.

TESTIMONIO

KARENT PAOLA GUERRERO JAIMES, CC 1.094.277.355 Confirman las condiciones de pre salud de la víctima y relata de forma razonada la atención prestada en su casa paterna, sus condiciones de salud y el dolor causado a toda la familia.

GLADYS MARLENY GUERRERO FLOREZ, CC 60.261.151Le consta especialmente la dificultad para hablar de la víctima y la caída del párpado.

MARIA ALEJANDRABARREROCC 1.020.733.053En contestación de demanda, ESE San José de Guaduas, en la Historia clínica, código plantilla 35, nota de evolución ...” llama la atención disartria y ptosis palpebral izquierda” En audiencia, la testigo, confirma haber elaborado la anotación anterior. ANIBAL BARBOSA. No le gustó la lesión del cuello.

En tema relacionado con responsabilidad médica, el honorable Consejo de Estado, señala que corresponde a la parte demandante, acreditar los elementos que la configuran, para lo cual resultan procedentes todos los medios probatorios, legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con base en las demás pruebas que obren el proceso... con la posibilidad que le asiste al juzgador de conformarse con la probabilidad de la existencia del nexo causal cuando los elementos de juicio suministrados conducían a un grado suficiente de probabilidad”.

1.3.2. DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA:

"según el dictamen pericial rendido en el presente proceso, se tiene probado que:

- ✓ El paciente requirió la atención médica debido a que sufrió múltiples heridas por arma corto punzante manejado en el hospital de Guaduas donde se identificó hemotórax izquierdo manejado con toracotomía adrenaje cerrado izquierdo, presentaba abundante drenaje hemático por el tubo y presentó un síndrome anémico agudo (descenso de la hemoglobina de 15 a 9 mg/dL en dos días).*
- ✓ Al determinar la gravedad del estado de salud del paciente de manera oportuna fue remitido desde el hospital San José de Guaduas al hospital San Rafael de Facatativá.*
- ✓ La actividad médica desplegada el 24 de junio de 2016 por el médico cirujano del hospital San Rafael de Facatativá fue la indicada.*
- ✓ La patología denominada lesión del nervio hipogloso e isquemia cerebral no era previsible en su presentación desde el momento de dar de alta al usuario, por cuanto el paciente no tenía ningún déficit neurológico, ni alteración de la movilidad en la lengua al momento del egreso.*
- ✓ No se presentó una falla en la valoración inicial por parte de los médicos tratantes del hospital San José de Guaduas de acuerdo al nivel de atención, pues al identificarse heridas altamente mortales con sangrado en tórax, se tomó la decisión de realizar procedimiento de drenaje.*

De conformidad con lo anterior, es claro que se debe proceder a rechazar las pretensiones respecto del Departamento de Cundinamarca, pues:

- 1) El Sistema de referencia y contrarreferencia, establecido en el Decreto 4747 de 2007, fija una responsabilidad exclusiva en el operador causante del daño. Es de precisar que este sistema se constituye como un conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.*
- 2) Ningún medio de prueba le permiten al Despacho Judicial dar por cierto que el Departamento de Cundinamarca conocía, al momento de los hechos, sobre los servicios de urgencias requeridos por el paciente fallecido.*
- 3) En el presente proceso el demandante únicamente solicita la indemnización de perjuicios que no están causados ni probados de manera sumaria.*

De conformidad con lo expuesto me ratifico en los argumentos expuestos en la contestación de la demanda, solicitando que se declaren las excepciones propuestas:

1. Falta de legitimación en la causa por pasiva, por cuanto no existe ninguna acción u omisión del ente territorial que derivara en el fallecimiento del paciente Cesar Alberto Guerrero Jaimes, por cuanto el Departamento de Cundinamarca en este caso no era prestador de los servicios de salud ni asegurador.

2. Inexistencia del daño, debido a que no existe prueba que vincule al Departamento de Cundinamarca con la configuración del mismo y de la misma manera en el dictamen pericial se concluyó que la atención brindada al paciente tanto en el hospital San José de Guaduas, como en el hospital San Rafael de Facatativá fue la adecuada.

3. *Inexistencia de nexo causal y de falla en el servicio, pues es claro que no hay ninguna prueba de las que se practicaron en el presente proceso que determine que la Secretaría de Salud intervino de forma alguna.*

PETICIÓN

En consecuencia, respetuosamente solicito al Despacho que se profiera providencia judicial en donde se nieguen las pretensiones de la demanda respecto del Departamento de Cundinamarca y se declaren probadas las excepciones de FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA E INEXISTENCIA DE HECHOS CONSTITUTIVOS DE REPARACIÓN POR PARTE DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA".

1.3.3. HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS:

Teniendo en cuenta el interrogatorio surtido en la audiencia de pruebas al experto frente a la materia Doctor FABIAN CORNELIO JIMENEZ LEON, quien al momento de ser indagado por el Despacho Judicial y apoderados de las partes, se evidenció en cada una de las respuestas emitidas por el experto en la materia que a la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS, en la valoración inicial fue oportuna, en cumplimiento de los protocolos establecidos conforme a situación en su condición de salud que presentaba ante multiplicidad de heridas con las que arribó a la institución, también indico que el proceder de los galenos, constituyo maniobras adecuadas frente a la heridas altamente mortales que comprometían la vida del señor CESAR ALBERTO GUERRERO (QEPD), entre estas la más destacada acción por parte de los galenos fue realizar un procedimiento de toracotomía a drenaje cerrado izquierdo drenando sangre, pese al estado de con dificultad respiratoria, aliento alcohólico y taquicardia que se presentada el paciente para la época de los hechos.

Por otra parte, fue claro que conforme a la historia clínica la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS realizó el seguimiento de las condiciones de salud evidenciándose síndrome anémico Progresivo, persistencia de taquicardia, entre otros que conllevaron a realizar traslado priorizado al hospital de San Rafael de Facatativá ante la ausencia de respuesta por parte de la EPs. Para la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS, es pertinente que el Honorable Despacho que acepte la jurisprudencia que ha indicado el Consejo de Estado ha indicado que para establecer responsabilidad deber estar plenamente señalado el daño, a fin de comprometerla responsabilidad patrimonial del Estado por el servicio médico debe demostrarse la existencia del daño, ocasiona do por el hecho de no prestarse la atención médica con los estándares de calidad exigidos por la lex artis médica, que para este caso, conforme a la prueba pericial la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS, cumplió acto médico propiamente dicho, esto es el diagnóstico, tratamientos, procedimientos y, en general, las conductas del profesional médico orientadas al restablecimiento o recuperación de la salud del paciente, al realizar la remisión con condiciones clínicas claras a un mayor nivel de complejidad, para su tratamiento, dado que en la institución no se cuenta con el servicio de cirugía y demás servicios requeridos por el paciente por ser un HOSPITAL DE PRIMER NIVEL DE ATENCION.

Finalmente, ante el caso específico, que se presenta en esta Litis tenemos que el evento de se presentó 50 días después del egreso hospitalario, por lo tanto, existen eventos que exoneran a las instituciones demandadas, conforme a lo siguiente:

i) La complicación presentada en el caso concreto es uno de los riesgos inherentes conforme a las heridas sufridas por el señor CESAR ALBERTO GUERRERO (QEPD) que no pueden ser detectadas de forma inmediata, dado que se pueden generar trombos u otras situaciones que no son por el actuar de los galenos o la institución.

ii) Con fundamento en las historias clínicas puede afirmarse que se prestó el servicio de salud de conformidad con la lex artis.

iii) Existen otras causas por las cuales se puede presentar este tipo isquemias, como por ejemplo las variaciones en la tensión arterial, haber viajado en el post operatorio y su traslado a otra ciudad a tan largas distancias hubiese podido desmejorar su condición clínica. Teniendo en cuenta que la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS en cuanto su deber este radicó en la aplicación de sus conocimientos, entrenamiento, experiencia y todos los medios disponibles orientados a la curación y rehabilitación, sin que le sea exigible el resultado exitoso, posterior a su remisión a otro nivel de complejidad, y más aún tiempo después de las intervenciones realizadas, ante la ausencia de daño y en consecuencia Inexistencia de nexo causal y de falla en el servicio, pues es claro que no hay ninguna prueba de las que se practicaron en el presente proceso que indique que mi prohijada es responsable frente a circunstancias que condujeron a la muerte del señor CESAR ALBERTO GUERRERO (QEPD). Conforme a lo expuesto, solicitamos al Honorable Despacho se declaren probadas las excepciones presentadas en el libelo de la demanda".

1.3.4. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA:

“Sobre la Historia Médica: Quedó suficientemente probado en el proceso y al aportar nuestros registros asistenciales –prueba idónea– que sin excepción y con las atenciones brindadas al señor Usuario CESAR ALBERTO GUERRERO JAIMES en la ESE Hospital San Rafael de Facatativá sobre su elaboración y racionalidad científico-técnica.

(...)

Es pertinente advertir que, con los medios probatorios arrojados al proceso de prueba su Señoría, que el Equipo de Salud tratante cumplió lo relativo a la diligencia y el cuidado que con las atenciones en salud debía brindar al Usuario. Lo anterior tiene fundamento en el aporte que en materia científico-técnica brindó el Sr. Perito Dr. Fabián Cornelio Jiménez, en la audiencia del 26 de mayo de 2022 quien con cada una de sus observaciones validó y confirmó lo aseverado, respecto de la diligencia, el cuidado y la observancia del deber hacer del galeno en el proceso de atención de salud que le brindó la entidad hospitalaria que represento, explícitamente en estas realidades fácticas y médicas.

(...)

- Cuando el cirujano no ve un hematoma expansivo en cuello, o sangrado o un hematoma pulsátil no es posible el prever que hubiese este tipo de fistula.
- El paciente no tenía indicación de hacerle un examen angiográfico porque no había evidencia clínica de sangrado activo, de hematoma o de un soplo que sugiriera una fistula a ese nivel.
- La herida por arma corto punzante en pabellón auricular no pudo provocar la fistula referida.
- En el Hospital San Rafael de Facatativá no hubo evidencia de lesión neurológica.
- Las entidades hospitalarias que trataron al Usuario (q.e.p.d), observaron clínicamente este paciente y durante su evolución no observó signos de lesión vascular, ni signos de lesión neurológica.
- Los pacientes que salen del hospital, tienen cita de control en el pos operatorio, dentro de los primeros 10 días.
- En general y por los cambios en la presión atmosférica, el viajar en avión, se contraindica.

(...)

Quedó claro que las atenciones en salud que se le brido al Usuario (q.e.p.d) eran las debidas y conforme con la Lex Artis Ad Hoc; que dicho Usuario requería de ser llevado a cirugía de urgencia y se hizo, hasta encontrar la fuente del sangrado y controlarlo; así mismo, el Señor Guerrero Jaimes (q.e.p.d) requería de observación estrecha de su evolución hemodinámica y de su HPACP en cuello, lo que evidentemente se hizo; El Usuario no observó signos que evidenciaran lesión vascular del cuello y por esta razón no se precisó en él, de exámenes de imagen diagnóstica; Durante toda su internación no presentó signos de afectación neurológica, de allí que le diéramos

de alta hospitalaria con control por consulta externa, control médico al cual no asistió, perdiendo así el usuario la posibilidad de ser diagnosticado y tratado con mayor oportunidad.

Ahora bien, el señor Guerrero Jaimes (Q.E.P.D) hallándose en su tierra natal, hizo la expresión clínica de una fistula arteriovenosa en los grandes vasos del cuello, la cual y como quedó explícito, no era dable el preverla en la ESE Hospital San Rafael de Facatativá y mucho menos prevenir su ocurrencia, y a partir de dicha fistula, hace un robo de sangre arterial, hacía el circuito venoso y se presenta el evento cerebrovascular que posteriormente lo llevo a la muerte. Como se observa, las atenciones en salud que le brindo la entidad hospitalaria local al Usuario (Q.E.P.D), en nada tuvo que ver con su fallecimiento; no hubo relación temporal y mucho menos de nexo causal entre las atenciones dispensadas y el daño incoado por el actor (...).

1.3.5. LIBERTY SEGUROS S.A LLAMADO EN GARANTÍA DE HOSPITAL SAN JOSÉ DE GUADUAS ESE:

No presentó alegatos de conclusión.

1.3.6. FUNDACIÓN CONGREGACIÓN MÉDICA CUNDINAMARCA “COMEDIC” LLAMADO EN GARANTÍA DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ

No presentó alegatos de conclusión.

1.3.7. SEGUROS DEL ESTADO LLAMADO EN GARANTÍA DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ

“(...) Del acervo probatorio aportado, se puede establecer que la responsabilidad civil extracontractual reclamada por el accionante debe atribuírsele, al hecho que generó el daño que no fue en ningún caso impetrado por el equipo médico de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ sino que se presentó debido a la materialización de un hecho súbito e imposible de predecir por parte del personal médico que brindó la atención al señor CESAR ALBERTO GUERRERO JAIMES de manera diligente.

(...)

Así las cosas, y descendiendo al caso que nos ocupa, el equipo médico de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ, brindó al señor CESAR ALBERTO GUERRERO JAIMES una adecuada, oportuna y diligente atención médica, pues su proceder fue correcto y conducente para mejorar el estado de salud del paciente, observando los cuidados y procedimientos requeridos.

(...)

En el improbable escenario en que el juzgador encontrara viable condenarla, omitiéndose las más elementales y razonables consideraciones de orden fáctico y jurídico hasta ahora expuestas por la suscrita y por el llamante en garantía, resulta necesario sopesar la relación jurídica por la cual SEGUROS DEL ESTADO S.A está compareciendo con base en lo estipulado en el contrato de seguro en cuestión. La responsabilidad de SEGUROS DEL ESTADO S.A., no puede considerarse como absoluta e ilimitada, sino que se encuentra legítimamente delimitada por las estipulaciones contenidas en el contrato de seguro, en tanto manifestación libre y autónoma de la voluntad contractual de las partes.

Exclusiones de la póliza contratada.

“EXCLUSIONES. (...)RECLAMACIONES POR DAÑOS MORALES.(...)” Negrilla por fuera del texto original.

Del texto anterior, podemos inferir que esta exclusión plasmas dentro de la póliza, representan una serie de riesgos que las partes dentro del contrato de seguro, acordaron no pactar, por lo tanto, esta responsabilidad en ningún caso puede ser trasladada a la Compañía aseguradora, ni pueden dar lugar a declaratoria de responsabilidad alguna en su contra.

(...)

En el caso bajo la Litis y en virtud de la autonomía de la voluntad de las partes en los contratos de seguro, se incluyó un límite del valor asegurado equivalente a \$500'000.000, valor que claramente es sobrepasado por las exorbitantes pretensiones de los accionantes. Es importante tener en cuenta, que dentro de la póliza de seguro que se pretende afectar, está estipulado el deducible; entiéndase este como el valor que debe ser asumido por el asegurado en caso de siniestro, este deducible es equivalente a mínimo de 2 SMMLVo 10%.

Lo anterior significa, que, si en algún caso el valor reclamado lleva a ser inferior a 2 SMMLV, SEGUROS DEL ESTADO S.A no está obligado realizar ningún pago y en el caso de ser superior a dicho monto se descontará el 10% del valor a pagar (...).”

2. CONSIDERACIONES

2.1. LAS EXCEPCIONES PROPUESTAS:

Respecto de la excepción de **FALTA DE LEGITIMIDAD POR CAUSA PASIVA DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA**, este despacho la encuentra que de las pruebas obrantes en el expediente se desprende que ningún actuar u omisión de esta entidad permiten vincularla al proceso de referencia. Si bien el Departamento tiene a su cargo la vigilancia y control de los hospitales demandados, lo cierto es que no está dentro de sus funciones realizar un análisis de cada uno de los diagnósticos brindados por los galenos, ni estudiar su asertividad. Así, es evidente la ausencia de imputabilidad fáctica hacia la entidad pues no es clara ni su responsabilidad ni su grado de participación en los daños presuntamente ocasionados. En este sentido, se declarará probada esta excepción.

En cuanto a las excepciones de **INEXISTENCIA DE HECHOS CONSTITUTIVOS DE REPARACION POR PARTE DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA; AUSENCIA DE FALLA DEL SERVICIO-ADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD, LA ESE Y NUESTRO EQUIPO DE SALUD CUMPLIO CON SUS DEBERES LEGALES Y DEONTOLOGICOS MEDICOS CON LA ATENCION BRINDADA AL USUARIO; NO EXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LAS ATENCIONES EN SALUD Y EL RESULTADO DAÑOSO EN SALUD AL SEÑOR CESAR ALBERTO GUERRERO JAIMES (Q.P.D.); AUSENCIA DE CULPA IMPUTABLE A LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ; EL PRESUNTO YERRO DIAGNÓSTICO FUE INCULPABLE, MÁXIME QUE SE TRATARÍA DE UN “ERROR INCULPABLE” y PROHIBICIÓN DE COMPENSATIO LUCRI CUM DAMNO** propuestas por las demandadas, no gozan de esta calidad, en atención a que los hechos que se aducen como fundamento de ellas se limitan simplemente a negar o contradecir los supuestos de hecho en que los demandantes sustentan su acción.

En este sentido, el término “excepción”, está reservado para aquéllos únicos casos en que tal instrumento de defensa se traduce en la acreditación de hechos y razones

distintos, encaminados a excluir, enervar o dilatar las pretensiones. Con todo se tendrán en cuenta como razones de la defensa.

Frente a la **EXCEPCION GENÉRICA** propuesta por el Hospital San Rafael De Facatativá sólo puede considerarse como un llamado al Despacho para que en caso de encontrar una causal que pudiera enervar las pretensiones de la demanda, así lo indique, por lo que se tendrá en cuenta, advirtiendo que a la fecha no encuentra ningún motivo que impida proferir una decisión de fondo en este asunto.

2.2. LA RAZÓN DE LA CONTROVERSIA:

Conforme a lo determinado en la FIJACION DEL LITIGIO, se busca establecer si las entidades demandadas son responsables por los perjuicios causados a los demandantes, por la omisión en la valoración del daño cerebral al señor Cesar Alberto Guerrero Jaimés y que ocasiono su muerte el día 30 de marzo de 2017.

Surge entonces el siguiente problema jurídico:

¿Son responsables las entidades demandadas de los perjuicios causados a los demandantes por la omisión en la valoración del daño cerebral sufrido por el señor César Alberto Guerrero Jaimés, que ocasionó su muerte el día 30 de marzo de 2017?

Para dar respuesta a esta pregunta debemos tener en cuenta lo siguiente:

Con relación a la responsabilidad por falla médica, el Consejo de Estado ha propendido por la adopción de la Teoría de la carga dinámica de la prueba de manera adecuada, es decir, analizando en cada caso en particular cómo será la distribución de las cargas y qué le corresponderá probar a cada parte, puesto que la manera como ha venido aplicándose la falla presunta ataca el fundamento mismo de la teoría de las cargas dinámicas.

Así las cosas, la demostración de la falla en la prestación del servicio médico asistencial será carga de la parte demandante, a menos que aquella resulte extraordinariamente difícil o prácticamente imposible y dicha carga se torne, entonces, excesiva. Sólo en este evento y de manera excepcional, será procedente la inversión del deber probatorio, previa la inaplicación del artículo 177 del Código de Procedimiento Civil -que obligaría a la parte actora a probar siempre el incumplimiento por el demandado de su deber de prestar debidamente el servicio mencionado-, por resultar la regla en él contenida, en el caso concreto, contraria a la equidad, prevista en el artículo 230 de la Constitución Política como criterio auxiliar de la actividad judicial.

La carga de la prueba puede definirse como aquella obligación que tienen las partes de demostrar lo afirmado en su demanda o en su contestación, con fundamento en el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil, el cual dispone que “incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”.

En desarrollo de la norma procesal antes citada, tenemos en principio que la legislación colombiana establece que es el paciente quien está obligado a demostrar la culpa del profesional de la salud, así como los otros dos elementos de

responsabilidad (daño y nexo causal entre daño y culpa), si quiere que sus pretensiones sean acogidas.

En estos casos, si el paciente no logra acreditar dentro del proceso que fue imprudente, negligente o imperito el actuar del profesional de la salud, éste último no podrá ser obligado a resarcir los perjuicios alegados.

La Sección Tercera del Consejo de Estado ha cuestionado la presunción de la falla del servicio y ha señalado, en aplicación de la teoría de la carga dinámica de las pruebas, que dicha presunción no debe ser aplicada de manera general sino que en cada caso el juez debe establecer cuál de las partes está en mejores condiciones de probar la falla o su ausencia.

En conclusión, siguiendo la más reciente posición de la jurisprudencia, es necesario tener en cuenta los siguientes criterios:

- Corresponderá al demandante probar la falla del servicio, salvo en los eventos en los cuales le resulte “excesivamente difícil o prácticamente imposible” hacerlo;
- Corresponde al demandante aportar la prueba de la relación de causalidad, la cual podrá acreditarse mediante indicios en los eventos en los cuales le “resulte muy difícil -si no imposible-...la prueba directa de los hechos que permiten estructurar ese elemento de la obligación de indemnizar”;
- En la valoración de los indicios tendrá especial relevancia la conducta de la parte demandada, sin que haya lugar a exigirle en todos los casos que demuestre cuál fue la causa real del daño;
- La valoración de esos indicios deberá ser muy cuidadosa, pues no puede perderse de vista que los procedimientos médicos se realizan sobre personas que presentan alteraciones en su salud, y
- el análisis de la relación causal debe preceder el de la falla del servicio.

Quiere decir lo anterior, que cuando se demanda buscando la indemnización de perjuicios que según la víctima del daño se produjeron con ocasión de una actuación u omisión atribuible a autoridades o entidades médicas y hospitalarias por actos médicos o asistenciales, en principio le corresponde al interesado probar los extremos de tal responsabilidad (la existencia del daño y su imputabilidad a la parte demandada, la falla en el servicio médico y el nexo causal entre el daño causado y el servicio prestado).

2.3. ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS PRUEBAS:

2.3.1 Conforme al material probatorio aportado, se encuentran **probados los siguientes hechos:**

- ✓ El fallecido señor César Alberto Guerrero Jaimes era hijo de Carmen Fabiola Jaimes y Carlos Alberto Guerrero Florez¹.
- ✓ El señor Guerrero trabajó como oficial mayor del circuito en el Juzgado 001 Promiscuo de Familia de Guaduas desde el 10 de noviembre de 2014 hasta el 30 de marzo de 2017².

¹ Folio 15 Punto 002 ED

² Folio 13 Punto 003 ED

✓ El señor César Alberto Guerrero Jaimes falleció el 30 de marzo de 2017 en Norte de Santander – Cúcuta³.

✓ Según HC del **Hospital San José de Guaduas del 22 de junio de 2015**, el señor César Alberto Guerrero Jaimes ingresó a las 03:35 traído por funcionarios de la Policía Nacional quienes refirieron habérselo encontrado en la calle herido con arma cortopunzante. Se indicó que la apertura ocular era espontánea, su respuesta verbal orientada, y su respuesta motora obedecía órdenes. Tensión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura estables. Mostraba signos de dificultad respiratoria con saturación de oxígeno 93%. Se encuentran heridas en región infra auricular izquierda no soplante, sin sangrado activo ni pulsátil, no soplos carotídeos y no ingurgitación yugular. Adicionalmente llegó con herida en región subclavicular, región posterior de tórax, espacio intercostal con línea axilar anterior, región lumbar derecha y ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. En cuanto a las extremidades, estas se encontraron sin edemas y pulsos distales simétricos de buena intensidad. El análisis neurológico reflejó que se encontraba alerta, orientado en tres esferas, pupilas normo reactivas a la luz, fuerza 5%5, pares craneanos conservados y Glasgow 15%15. Ese mismo día a las 10:50 pm se anota que la taquicardia persiste y que las cifras tensionales diastólicas son elevadas. Se sospecha de roce pericardiaco. Al día siguiente, **23 de junio de 2015**, se registra que persiste la taquicardia y la hipertensión. Se señala una evolución clínica no satisfactoria, persistencia de drenaje de características hemáticas. Se considera que el paciente debe ser manejado en institución de mayor nivel de complejidad por cirugía general. Se inician trámites de remisión de manera prioritaria. **El 24 de junio de 2015** la nota de evolución resalta que llama la atención disartria y ptosis palpebral izquierda. Dado el elevado riesgo de descompensación hemodinámica por persistencia de sangrado se decide iniciar traslado secundario priorizado a Hospital San Rafael de Facatativá⁴.

✓ En HC del **Hospital San Rafael de Facatativá del 24 de junio de 2015**, se indica que ingresó por urgencias en buenas condiciones generales, refiriendo persistencia del dolor. A nivel neurológico no se encontró déficit. Se encontraba orientado en tiempo y espacio. Indica que se requirió exploración laparoscópica de cavidad abdominal con posterior conversión a laparotomía por hallazgo de herida diafragmática además de sangrado retroperitoneal. Se genera orden de autorización y se pasa a salas de cirugía, pues tiene herida de la pared anterior del tórax. En la cirugía se encuentra herida en la cavidad abdominal con herida en el diafragma, la cual se sutura. Al levantar colon izquierdo hallan hematoma perirrenal izquierdo no expansivo sin lesiones en el colon. Sin complicaciones. **El 29 de junio de 2015 se decide dar salida ante la correcta evolución del paciente.** Presentaba signos vitales estables y herida quirúrgica sin signos de infección ni sangrado, o signos de dificultad peritoneal. Se indicó dieta a seguir, signos de alarma y se fijó fecha para cita de control. Se dio incapacidad médica por 20 días, desde el 24 de junio de 2015 hasta el 13 de julio de 2015.

✓ De conformidad con HC de la **Clínica Santa Ana S.A.**, en consulta médica del **13 de julio de 2015 a las 12:23 PM**, el paciente César Alberto Guerrero Jaimes ingresó a consulta por urgencias. Su madre refiere que el día anterior “fueron a misa y se quedó con la mente en blanco y se le paralizó el hemicuerpo derecho”. Refirió también que hacía un mes tuvo herida por armas cortopunzante con un daño en abdomen y tórax con colocación de tubo a tórax laparotomía. Se determinó que el

³ Folio 1 Punto 002 ED

⁴ Punto 12 ED

examen neurológico era anormal por afasia sensitiva. Igualmente, el análisis de sus extremidades fue anormal, determinándose una hemiplejía derecha. Finalmente, se le diagnosticó una enfermedad cerebrovascular no especificada, y se indicó que se trataba de un paciente con antecedente traumático reciente y **lesión neurológica nueva con afasia**. Más adelante se indica (Folio 12 punto 002 ED) que el padre refiere que hacía 252 días presentó herida por arma blanca retroauricular izquierda que fue suturada. Se determinó que existía afasia motora, leve ptosis palpebral izquierda e isquemia cerebral⁵.

✓ Según los protocolos traídos por el Hospital San Rafael de Facatativá se evidenció lo siguiente⁶:

Protocolo Admisión al Servicio de Hospitalización
<p>Enfermera del servicio: Recibe la solicitud por parte del jefe de enfermería con datos del usuario y asigna unidad según género, edad, diagnóstico y número de historia clínica.</p> <p>Camillero: Traslada a usuario y formatos de consentimiento informado diligenciados y firmados debidamente marcados en camilla o silla de ruedas.</p> <p>Enfermera del servicio y auxiliar: Reciben usuario y familiar. Verifica información del consentimiento informado, soporte de exámenes médicos o solicitudes de insumos. Verifica equipos e infusiones que estén debidamente marcados. Informa al médico intrahospitalario el ingreso del usuario. Registra al usuario garantiza acompañamiento permanente en caso de ser necesario.</p> <p>Médico general: Evalúa estado clínico del usuario, realiza historia clínica de ingreso al piso. Informa a la enfermera plan de manejo. Instaura tratamiento. Informa al usuario y familiares. Define pertinencia de interconsulta y la solicita.</p> <p>Médico especialista: Evalúa estado clínico, realiza historia clínica de entrada a piso. Instaura tratamiento, define conductas, o interconsultas requeridas. Informa Usuario y Familiares. Diligencia el consentimiento informado en caso de procedimientos quirúrgicos.</p> <p>Enfermera: Revisa historia clínica, realiza pedido de medicamentos e insumos. Inicia y garantiza continuidad en el tratamiento ordenado. Actualiza entrega de turno.</p>

PROTOCOLO DE INFORMACIÓN Y RECIBIMIENTO DEL USUARIO A SALAS DE EMERGENCIA
<p>Las personas responsables de cumplir el protocolo son el Jefe de Departamento de Salas de Cirugía y Partos, especialista tratante, auxiliar de programación, facturador de salas de cirugía, enfermera, auxiliar de enfermería.</p> <p>Se debe tener en cuenta factores físicos como integridad de los sentidos, fatiga o dolor; factores psicológicos como experiencias anteriores, motivación, confianza en sí mismo y en el personal, estado de ansiedad; Factores intelectuales, como la capacidad de comprensión, edad, cultura, escolaridad y factores sociológicos como grado de apoyo familiar y creencias.</p> <p>Jefe de departamento: Informa al personal de salas de cirugía las actividades a realizar para estandarizar metodologías y prevenir reprocesos e ineficiencias.</p> <p>Auxiliar de programación: Brinda información al usuario sobre trámites y documentación, indica día y hora de la cirugía, indica acompañamiento del paciente, entrega recomendaciones prequirúrgicas, verifica consentimiento de anestesia y del procedimiento quirúrgico, envía al usuario facturación de salas para separar y confirmar la cirugía.</p> <p>Facturador: Verifica documentación y autorizaciones, informa costo de la cirugía, aclara dudas del usuario.</p>

⁵ Folios 9-14 Punto 002 ED

⁶ Punto 105 ED

Especialista: Informa sobre anestesia que se recibirá, riesgos y complicaciones, igual sobre la cirugía. Una vez finalizada informa a los familiares del resultado de los procedimientos.

Enfermera: Aclara dudas, apoyo psicológico para disminuir ansiedad y temor. Brinda información del estado del paciente. Indica trámites a seguir.

Informa sobre control médico postoperatorio y recomendaciones y cuidados según cirugía, explica medicamentos, dosis y frecuencia, advierte signos de alarma.

PROTOCOLO DE ADMISIÓN Y EGRESO AL SERVICIO DE SALAS DE CIRUGÍA

Las personas encargadas de cumplir este protocolo son el personal Médico tratante (especialista y personal de enfermería), facturador.

Médico tratante: ¿Paciente procedente de urgencias, de piso o programado?

Si procede de urgencias realiza solicitud de salas de cirugía.

Enfermera: Recibe al paciente en sala de cirugía, verifica HC y datos, autorización, consentimiento informado diligenciado, reserva de sangre si se requiere, ayuno. Verifica cumplimiento de listas de chequeo.

Anestesiólogo: Realiza valoración preanestésica y lo registra en HC. Informa a paciente el tipo de anestesia que recibirá y hace firmar consentimiento de anestesia.

Facturador: Solicita la autorización del procedimiento y da apertura a la hoja de admisión para el mismo (...).

Medico tratante: Realiza cirugía e HC y formato de salida.

Enfermera: Realiza trámites de salida, traslado paciente a sala de egreso, solicita entrada de acompañante, informa fórmula médica.

En cuanto a los protocolos enviados por el Hospital San José de Guaduas⁷:

MANUAL DE GESTIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Obligatoriedad de registro: Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen en la atención al usuario deben registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de sus acciones.

Integralidad: Debe reunir la información de aspectos científicos, técnicos y administrativos de la atención en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Secuencialidad: Deben tener secuencia cronológica en que ocurrió la atención.

Oportunidad: El diligenciamiento de los registros de atención de la HC debe ser simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

Se debe identificar al usuario y llenar sus datos personales.

- ✓ En dictamen pericial emitido por Fabián Cornelio Jiménez León perteneciente a la Asociación Colombiana de Peritos Médicos, se indicó lo siguiente⁸:

DATOS DEL PERITO

Cirujano General Universidad Nacional de Colombia. Tarjeta profesional 252411/2005. Profesional médico con especialización en cirugía general, con amplio conocimiento en medicina crítica, fisiopatología y cirugía general, que lo hace competente para liderar el tratamiento de pacientes con lesiones o enfermedades complejas ingresados a los servicios de urgencias y unidad de cuidado crítico. Con dominio en técnicas y procedimientos quirúrgicos en trauma y cirugía programada de baja y alta complejidad y formación ética estructurada en una fuerte vocación humanística y un deseo permanente de contribuir al bienestar del ser humano. Con competencia e idoneidad como

⁷ Punto 107 ED

⁸ Punto 148 ED

perito médico coordinando, evaluando y avalando los peritajes realizados por pares académicos en el área de mis conocimientos y experticia que es la especialidad de cirugía general.

Sobre los casos en los que el doctor Fabian Cornelio Jiménez León ha sido designada como perito o en los que ha participado en la elaboración de dictámenes periciales, en los últimos cuatro (4) años, hace parte de los profesionales médicos que iniciaron el proyecto pericial con ASCOPEM

SOBRE EL CASO EN CONCRETO

¿La lesión isquémica interna frontoparietal de la víctima en qué momento se diagnosticó, como se manifestó y cuál fue su tratamiento?

La lesión isquémica frontoparietal se diagnosticó el día **13/07/2015** a su ingreso a la clínica Santa Ana de Cúcuta mediante tac de cráneo simple, se manifestó por deterioro súbito del estado de conciencia, hemiparesia derecha y afasia. El tratamiento de las lesiones isquémicas cerebrales se basa en la neuro monitoria, medidas de neuro protección las cuales se aplicaron.

¿La lesión neurológica nueva de la víctima como surgió?

Es el resultado de una fistula arteriovenosa traumática entre la carótida interna y la vena yugular interna, cuando se produce esta comunicación hay un robo de flujo cerebral que produce la isquemia cerebral.

Respecto a las atenciones de salud que le brindaron al usuario Cesar Alberto Guerrero Jaimes en el ESE Hospital San Rafael del Facatativá, desde el 24 de junio de 2015 hasta el día 29 de junio de 2015 favor diga al despacho:

1. ¿Cual fue la causa por la cual fue remitido a nuestra institución?

Se trataba de un paciente que sufrió múltiples heridas por arma cortopunzante manejado en el hospital de Guaduas donde se identificó hemotórax izquierdo manejado con toracotomía a drenaje cerrado izquierdo, presentaba abundante drenaje hemático por el tubo y presento un síndrome anémico agudo (descenso de la hemoglobina de 15 a 9 mg/dL en dos días). Se consideró que se trataba de un paciente con heridas por arma corto punzante en región precordial, región toracoabdominal izquierda, región cervical (todas estas heridas de gran complejidad para manejo en el nivel que se encontraba), se considera que el paciente presenta una hemorragia no controlada por lo cual se remite.

2. ¿Cuáles fueron sus condiciones clínicas a su ingreso y si evidenciaba lesión de orden neurológico que permitiera inferir y diagnosticar una lesión del nervio hipogloso y una isquemia cerebral?

Ingresa al hospital de San Rafael de Facatativá el día 24 de junio de 2015 con taquicardia y cianosis, con una herida toracoabdominal con vector de trayecto hacia la cavidad abdominal, se sospecha que el posible sitio de sangrado pueda ser la cavidad abdominal por lo cual se realiza laparoscopia diagnostica evidenciando una herida del diafragma izquierdo, hematoma retroperitoneal, se realiza conversión del procedimiento, realizando freno rafia y drenaje del hematoma retroperitoneal. No se describe en la historia alteración del sistema neurológico que le pudiese a uno sugerir isquemia cerebral tales como alteraciones de los pares craneanos, alteración de la sensibilidad y movilidad de sus extremidades o alteración de su estado de conciencia.

3. ¿el diagnóstico y tratamiento provisto al usuario por el servicio especializado de cirugía general de la entidad hospitalaria tuvo observancia de la Lex Artis Ad Hoc?

No tengo observación respecto a la atención.

4. ¿Como fue la evolución del paciente luego del tratamiento que le fue provisto en la ESE Hospital San Rafael por el Servicio de cirugía general?

El posoperatorio de laparotomía, freno rafia, drenaje de hematoma retroperitoneal, toracotomía a drenaje cerrado izquierdo tuvo una evolución favorable, de curso usual, herida sin signos de infección, disminución del drenaje por tubo de tórax, restitución del tránsito intestinal, se retiró tubo de tórax sin complicaciones, aceptable mecánica ventilatoria.

5. ¿En algún momento de la estadía del usuario en la institución hospitalaria de Facatativá, observo signos o síntomas que orientarán hacia una patología con compromiso neurológico como el citado por el demandante, lesión del nervio hipogloso e isquemia Cerebral?

No se describe en el examen físico ninguna alteración respecto al leguaje ni los movimientos de la lengua que sugieran lesión del nervio hipogloso. Al igual en la evolución médica, de enfermería y terapia no encuentro evidencia alteración en la valoración que sugiera lesión isquémica cerebral.

Respecto de la herida por arma cortopunzante ubicada en el área del pabellón auricular izquierdo, que fue suturada en el Hospital San José de Guaduas, y conforme a los registros asistenciales, favor diga al despacho

¿Se trata de una herida por arma cortopunzante que sugiera penetrar el cráneo?

No se trata de una herida que sugiera penetrar el cráneo, las heridas penetrantes a cráneo generan déficits neurológicos inmediatos, son altamente mortales.

¿El trauma craneoencefálico secundario a tal herida por arma cortopunzante fue leve, moderado o severo?

El paciente presenta un trauma craneoencefálico leve, tuvo una escala de Glasgow por encima de 14.

¿Cuál es el manejo que se le da a un trauma craneoencefálico leve?

Observación clínica

Respecto a las atenciones en salud que se le brindaron al usuario Guerrero Jaimes en la ESE Hospital San Rafael de Facatativá favor contestar los siguientes cuestionamientos:

¿La actividad médica desplegada por el médico cirujano con el usuario luego de ser inter consultado fue la indicada?

Paciente ingresa el día 24/06/2015 a las 13:40 evidenciando paciente con cianosis, taquicardia se decide llevar a laparoscopia 24/06/2015 dada herida toracoabdominal y labilidad hemodinámica, se evidencia herida puntiforme en la cara anterior del diafragma izquierdo, se realiza conversión, se evidencia hematoma retroperitoneal, se revisa el colon izquierdo sin evidencia de perforación, se considera heridas penetrantes no perforantes, se realiza freno rafia izquierda, revisión sistemática de la cavidad sin evidencia de otras lesiones, drenaje de hematoma retroperitoneal, cierre abdominal. Esta conducta fue la indicada.

Respecto del egreso hospitalario que tuvo el usuario para la data de 29 de junio de 2015 favor diga al despacho:

¿la patología citada por la demandante, lesión del nervio hipogloso e isquemia cerebral, en cuanto a su ocurrencia y en tiempo posterior a su egreso hospitalario, era previsible en su presentación desde el momento de dar de alta al usuario?

No era previsible, el paciente no tenía ningún déficit neurológico, ni alteración de la movilidad en la lengua al momento del egreso

- ✓ El 10 de marzo de 2022 se celebró la audiencia de pruebas y se recaudó tanto el control del dictamen pericial como testimonios. En ellos se logró establecer lo siguiente:

CONTROL DE DICTÁMEN – DR. FABIÁN CORNELIO JIMÉNEZ LEÓN

Es cirujano general de la universidad general nacional de Colombia, egresado de 2009 y de medico general en 2004, desde 2009 inicio vida profesional en la clínica Palermo, ha trabajado en la clínica Nueva, he trabajado en la subred norte en el hospital de Suba engativa, actualmente en el hospital de la mesa Cundinamarca como cirujano general, soy cirujano de trauma, cirujano gastrointestinal.

¿Tiene experiencia especifica en casos similares a este?

Si, las heridas de arma cortopunzante son competencia de mi especialidad, las heridas cervicales, de tórax, el trauma es lo que nosotros manejamos todos los días.

¿Cuál fue el procedimiento que efectuó para hacer el análisis de las historias clínicas?

La lectura completa de la historia clínica, la respuesta a un formulario que me aportaron de las preguntas referentes al caso, en el ejercicio pericial se hace un análisis de toda la historia clínica con todos sus anexos

¿A que conclusión llego?

Un caso complejo, se trata de un paciente de 26 años que fue agredido físicamente en el municipio de Guaduas, sufriendo múltiples heridas por arma cortopunzante a nivel cervical, que nosotros determinamos como zona 3 a nivel del pabellón auricular, una herida precordial de 2.5cm y una herida toracoabdominal, múltiples heridas en la región torácica posterior.

Inicialmente fue manejado en el hospital de Guaduas por cirugía general se le tomo una radiografía de tórax en la que se determina que tenía un hemotórax izquierdo, que es sangre en la cavidad torácica izquierda, se procedió a colocar un tubo de tórax, una toracotomía cerrada, el paciente durante su estancia en el hospital de Guaduas tuvo una evolución tórpida debido que presento un síndrome anémico, su hemoglobina bajo de 15 a 9 mg por decilitro, el paciente presentaba choque hipovolémico, los galenos de dicha institución consideraban que por la complejidad de sus heridas era pertinente que fuera manejada por una institución de tercer nivel.

En el hospital de Facatativá por la herida toracoabdominal, decidieron hacer una laparoscopia diagnostica para ver si había sangre en la cavidad abdominal, el resultado de esta **laparoscopia** fue una herida en el diafragma izquierdo y un hematoma en la región retroperitoneal y se tomó la decisión de hacer una laparotomía exploratoria, se abrió formalmente la cavidad, se dreno el hematoma, se suturo al herida del diafragma y no se encontró un sitio activo de sangrado y se tomó la decisión de cerrar la cavidad abdominal, dejar el paciente en evolución y tuvo una evolución esperable dentro de un posoperatoria de una laparotomía con algo de dolor abdominal y tuvo restitución del tránsito gastro intestinal y fue dado de alta a los 8 días.

El paciente se desplaza a la ciudad de Cúcuta y a los 15 días presenta un deterioro neurológico con una hemiparesia derecha y una afasia, fue ingresado a la clínica Santa Ana, donde se hace un tag cerebral en el cual se observa una isquemia cerebral izquierda extensa, fue valorado por el grupo de cirugía vascular porque en ese momento **le encontraron un soplo en el cuello y mediante tomografía se determinó que tenía una fistula de la arteria carótida al sistema yugular**, se determinó que **esta fistula fue la consecuencia del por qué el paciente había hecho una isquemia cerebral**, el paciente tiene un deterioro neurológico bastante severo con unas secuelas en la parte de su movilidad, un deterioro del estado de conciencia con una escala de Glasgow que fluctúa más o menos entre 4 y 5 con una dependencia total de todas sus actividades, se le hace una gastrostomía y una traqueostomía y hasta octubre permanece con asistencia ventilatoria, presenta varias complicaciones en la UCI, con shock séptico, infecciones pulmonares y urinarias, finalmente durante toda esta evolución queda con un estado de conciencia mínimo y dependencia total.

¿A que conclusiones llega?

Es un paciente que sufrió unas heridas letales, que se manejó en el hospital de Guaduas, tenía una herida con hemotórax que conduce a un colapso pulmonar y un colapso del

sistema cardiovascular que lo lleva a la muerte, si no se le hubiera puesto el tubo de tórax hubiera fallecido, si no se le sutura la hernia del diafragma muy probablemente hubiera hecho una hernia diafragmática que es que todo el contenido intestinal se suba al pulmón y conduce a un colapso pulmonar y daño neurológico, de la isquemia cerebral extensa fue consecuencia de una herida por arma cortopunzante a nivel cervical que desafortunadamente hizo una fistula de la carótida a la yugular y que se presentó al mes de sufrir la agresión.

¿Cómo se hace ese tratamiento respecto de esas heridas para el momento que ocurrió este incidente?

Se dejan en observación, en el control posoperatorio si uno determina que tiene una sintomatología, yo tengo un paciente con una herida en el cuello y en el momento que llega a mi servicio de urgencias, yo miro, le puedo mandar una endoscopia para descartar que no tenga una lesión a nivel del tracto gastrointestinal, del esófago le puedo tomar una fibro laringoscopia para mirar que no tenga una herida a nivel de la vía aérea, le puedo tomar una angiogramía pero en general una herida que no está sangrando, que no tenga un hematoma expansivo, su manejo para esa época era la observación clínica

¿Qué hicieron los hospitales que lo miraron? ¿hicieron esa observación clínica?

Si

¿Por cuánto tiempo?

En el hospital de Guaduas llego el 22 y se fue el 29 y en el hospital de Facatativá la observación duró aproximadamente 9 días.

Cuando él se va para Cúcuta ¿quién tenía que contar que él estaba en esa observación? O ¿Cómo se dejó de observar?

No sé si en ese momento el paciente hablo con el cirujano o grupo de cirujanos tratantes, si le autorizaron el viaje me queda la duda porque es un paciente que tenía 3 heridas altamente mortales, una cervical, una en la región precordial que es donde está localizado el corazón y otra toracoabdominal que es la región que divide el abdomen y el tórax. Yo no encontré el control post operatorio de la laparotomía, no sé si en algún momento se le indico que el paciente pudiera desplazarse

¿Hay alguna actuación que usted hubiera visto dentro de la historia clínica con relación a esa herida que tenía en la región cervical que dijera, a pesar de que le dimos observación durante 9 días amerita que usted vuelva dentro de tano tiempo?

En la salida de cirugía general se cita a un control post operatorio precisamente para eso

¿Para cuándo?

Lo que dice la salida es más o menos 10 días de control post operativo

¿Usted sabe para cuándo se fue para Cúcuta?

No, desconozco

¿De cuándo es la revisión de Cúcuta?

La atención de Cúcuta comienza el 13 de julio

¿Cuántos días después?

15 días después

¿Era normal que la persona que lo estaba revisando en Cúcuta supiera que efectivamente había sido valorado en otro hospital?

A Cúcuta llego con una catástrofe cerebral, llego básicamente consultando por un deterioro severo, quedo sin movilidad del hemicuerpo derecho, los resultados de las neuroimágenes son realmente catastróficos, un paciente de 26 años que se quedó sin perfusión de medio cerebro.

¿Usted se apoyó en terceros para hacer este dictamen?

Si, el análisis que hacemos en la sociedad de peritos, siempre analizamos los casos para emitir los dictámenes

¿Usted considera que el tratamiento que se le dio al paciente fue acorde con la lex artis en el momento?

Si señora

¿Por qué?

En el hospital de Guaduas se manejó la herida altamente fatal, un hemotórax y se le puso un tubo de tórax, y consideran que no era el sitio adecuado para atenderlo y le hicieron traslado a un hospital de mayor nivel y en este hospital se le hizo otro procedimiento para descartar que o hubiera sangrado activo o que se hubiera pasado desapercibido y se dejó en observación los días en que tuvieron un soporte de no deterioro de su estado clínico.

¿Qué es una fistula?

Una comunicación entre dos cavidades que no tiene que estar comunicadas, por ejemplo, una fistula gastrointestinal es cuando el contenido intestinal que debería estar en la cavidad abdominal se sale al exterior, en este caso, la fistula de carótida a yugular es la comunicación de la sangre de la arteria carótida que es una sangre oxigenada a la vena yugular que es la sangre que viene ya consciente al metabolismo, lo que queda del aporte del oxígeno, esta fistula la llamamos, fistula arteriovenosa de la arteria a la vena, quiere decir que no llegó hasta donde debería perfundir el tejido

¿Es normal que se presente?

No, se presentan por alguna causa, en este caso fue la herida en la región cervical, muy probablemente hizo una laceración en alguna de las dos estructuras, en la carótida o en la yugular o en ambas y ese tejido lacerado se fue deteriorando y finalmente a los 15 días hace la comunicación y su cerebro se queda sin perfusión.

¿Dada la condición de la herida, era de preverse que eso ocurrirá?

No, este paciente quedo en observación 10 días, no presento hematoma expansivo o signo de sangrado ni un hematoma pulsátil que le indicara a uno que había una lesión a nivel de la arteria.

¿Cómo se previenen esta clase de fistulas?

Hay dos exámenes específicos que se hacen, una es la angiografía que consiste en inyectar un medio de contraste para pintar las arterias y ve que no hay escape, y el otro es el angio tomografía computarizada, que también se inyecta medio de contraste, pero en este caso no se toman radiografías, sino que el paciente se mete a un tomógrafo helicoidal y ahí se tiene unas imágenes de toda la arteria, es un poco más sensible

¿Alguno de estos exámenes se los hicieron a la víctima?

No se realizaron

Si usted dijera que tomar esta tomografía, de 1 a 100, implicara tomar una decisión de si dejarlo o no en el hospital ¿Cuánto le daría de valoración?

El paciente no tenía indicación de hacerle este examen, debido a que no tenía un hematoma expansivo, no tenía un sangrado evidente, se le hizo otro examen que se llama fibro-laringoscopia, se miró toda la cavidad oral por que vieron que tenía una equimosis pequeña, pero en ningún momento se describe en el hospital de Guaduas o en el de Facatativá que el paciente tuviera un sangrado activo por la herida o tuviera un hematoma, un soplo o alguna condición que generara una fistula.

¿Esa fistula puedo haber provenido de una herida en el pabellón auricular izquierdo de cm?

No, el pabellón auricular, le partía la oreja

¿Esa herida no pudo haber lacerado alguna cavidad, la carótida o la yugular?

Esa herida no

¿Entonces cual herida?

La herida de la región cervical 3 de cuello probablemente

¿Esa fistula se presenta cuando estaba en cual hospital?

Esa fistula se presentó cuando el paciente se deterioró neurológicamente, cuando consulto a la clínica Santa Ana

Una vez revisada la historial clínica ¿cuándo se presentan los hechos en el hospital San José, se evidencia una alteración neurológica en el paciente?

En la remisión, en la nota de una doctora, dice que le paciente presentaba algo de deterior neurológico, pero yo estuve analizando todas las valoraciones medicas del hospital San Rafael y no se evidencia ningún deterioro neurológico. Uno puede tener deterioro

neurológico, cuando pierde mucha sangre, primero comienza a ver lucecitas, que es que la perfusión no llega adecuadamente al cerebro, se siente uno mareado y se desmaya.

Puede ser que la interpretación que se haya dado fuera por el shock hipovolémico a causa de que la hemoglobina le bajo de 15 a 9 y la paciente tenía un shock grado uno o grado dos, esa es la explicación que yo le doy por que en el hospital San Rafael no evidenciaron ninguna alteración neurológica.

¿Qué quiere decir “alteración neurológica dada por ptosis palpebral izquierda y afasia” en términos más entendibles?

Ptosis es la caída de un parpado y afasia hay motora y sensitiva, afasia es un trastorno de lenguaje, la afasia motora quiere decir que uno no puede hablar y la afasia sensitiva es que uno no entiende.

¿La caída del parpado es una manifestación de la herida del cuello?

No, la región del cuello es importante porque lleva toda la sangre para la cabeza, lleva la comida y lleva la respiración, una herida de cuello que presenta alteraciones neurológicas tiene que ser una herida que generalmente deja al paciente degollado.

Una vez revisada la historia clínica y de acuerdo con su experiencia, esa laceración en la carótida o en la yugular ¿pudo haber sido la consecuencia de que haya hecho la fistula y que haya fallecido el señor Cesar?

Si, la laceración, la comunicación y la falta de perfusión al cerebro.

Esa laceración no se detectó en el hospital de Guaduas, una vez llega al hospital de San Rafael ¿si tuvieron en cuenta esa posibilidad? o ¿Qué procedimientos el hicieron para descartar esta herida?

Se tomó la decisión de dejarlo en observación porque no tenía signos duros o blandos

Usted pone en el dictamen “se documenta lesión isquémica...” ¿Qué quiere decir?

Porque le paciente llega con un deterioro neurológico, el paciente subitamente deja de mover el cuerpo, y no habla, lo llevan a una clínica, lo primero que se hace es una imagen del cerebro y ahí se evidencia una lesión isquémica.

Si en el hospital San José se evidencio alteración neurológica ¿Esta manifestación que se hace en la clínica Santa Ana, es un producto de esa alteración neurológica?

No, si se le hace un TAC en Guaduas el cerebro es un cerebro de una persona de 26 años completamente sano, la fistula y la isquemia sucedió máximo 30 minutos antes de ingresar a ala clínica santa Ana

¿El tac fue un examen que debió hacerse y no se hizo?

No, uno hace un Tac para los pacientes que llegan con un trauma craneoencefálico, que uno ve que sufrió algún trauma o cuando el paciente hace un deterior neurológico súbito, pero no cuando estaba indicado cuando llego con las puñaladas porque lo primero es salvarle la vida.

¿Una posible causa hubiese sido el viaje que realizó desde Faca o Guaduas hacia la ciudad de Cúcuta?

Las presiones subatmosféricas cambian las presiones de la perfusión y generalmente esa es una de las razones por las que uno no recomienda que después de un post operatoria hagan viaje y menos en avión.

Pero no sé, lo desconozco si se subió en el avión y aterriza y presentó el deterioro neurológico.

¿Puede haber una causa para llegar a una fistula, de un trombo que se desarrolle posteriormente a las intervenciones quirúrgicas que tuvo el paciente?

No, no hay nada que conlleve a eso

Desde el punto neurológico, ¿tenía algo que le indicara que tenía una lesión neurológica en ese momento a Guaduas?

No, nada, porque decía que los pares craneales que son los encargados de las gesticulaciones de la cara estaban normales.

¿Al salir?

Al salir del hospital, escribe una doctora, afasia y ptosis palpebral, pero digamos que no hay una lesión en un punto del cerebro que explique una isquemia.

El hospital San José de Guaduas efectuó el proceso de tubo de tórax que evito el colapso pulmonar, ¿Estuvo dentro de los protocolos y procedimiento adecuado?

Si, con la sola radiografía uno toma la decisión de ponerle un tubo de tórax.

De acuerdo a la valoración de la historia clínica del hospital San José de Guaduas ¿puede evidenciarse la continua monitorización del paciente?

Si, se ven preocupados en las notas y finalmente toman la decisión de “yo me lo llevo”

¿Su vida estaba en riesgo si no se hubiese colocado el tubo de tórax?

Si, por que produce colapso pulmonar, colapso cardio vascular, el corazón se colapsa y deja de latir

¿La remisión del paciente estuvo conforme a los protocolos médicos?

Si

TESTIMONIO DE KAREN PAOLA GUERRERO (Hermano del causante)

¿sabe por qué esta citada en esta audiencia?

Para dar testimonio de lo que sucedió con la negligencia con mi hermano por parte de los médicos.

¿Quién era su hermano? César Alberto Guerrero Jaimes.

¿Qué pasó con él?

Él se encontraba laborando en Facatativá, en Guaduas y allá fue herido con arma blanca cortopunzante, lo llevaron al hospital, supuestamente le dieron los exámenes y los resultados que tenían que darle en ese momento y los doctores allá mismo nos dijeron que lo único que nos debería importar era la herida del pulmón y que en ese momento el corazón estaba presentando taquicardia y luego fue remitido a Facatativá y allá no se dieron cuenta de cómo estaba **la herida del odio que fue como la principal causa de que le diera el ACV** y los doctores allá decían que él ya estaba para salir a trabajar y que esa herida no le había perforado nada y que estaba bien.

Cuando llegaron, ¿cuánto llevaba el en el hospital? 1 día porque nos desplazamos por Tierra.

¿Cuánto se demoraron en trasladarlo al otro hospital? Como 3 días, 2 días.

¿Hace eso cuando fue eso? Para el 21 de junio de 2017, no perdón 2015

¿Tenía buena salud? Sí señora estaba en buenas condiciones de salud.

¿Después de que ocurrió esto como esta él? El falleció el 30 de marzo de 2017.

¿2 años después? Sí señora.

¿Por qué falleció?

De la negligencia que tuvo le dio un ACV, duro en coma o en estado vegetal durante todo este tiempo y pues él empezó a debilitarse, le dio un paro respiratorio y así fue como falleció.

Usted habla de negligencia, ¿a usted le consta que hubieran sido negligentes?

Sí porque, él mostraba dolor, los médicos decían que no, que él ya estaba para laboral, que era joven, que tenía vida más nunca le dieron importancia al dolor que él sentía.

¿Quiénes dijeron esto?

Aquí en pamplona lo vio un otorrino y dijo eso, en Facatativá los doctores le dieron de alta y no le miraron a la del oído, él salió presentando mucho dolor de cabeza.

¿Cuándo él salió al hospital él estaba consciente? ¿no le había dado la ACV?

Cuando él salió del hospital estaba consciente y no le había dado el ACV todavía.

¿Cuánto tiempo después les dio el ACV? A los 8 días 7 días.

¿Cuándo la revisaron en pamplona?

Al llegar nosotros, él nos decía que tenía mucho dolor y tratamos de buscar un otorrino para que le mirarán dolor del oído.

¿Quién lo miro?

No se me el nombre del doctor, pero era el otorrino de acá, le dio esa respuesta de que él era joven y lo que estaba era para trabajar.

¿Después del ACV, cómo quedó?

A él lo pusieron en coma y lo despertaron, el nunca volvió a hablar, quedo postrado en cama.

¿Cuántos años tenía él? Él tenía 27, 28 años.

Después que salió de San Rafael y estaba ya en Pamplona, ¿su hermano presentó algún tipo de síntoma o signo?

Desde que salió del hospital san Rafael tuvo dolor de cabeza (en Guaduas y Facatativá).

¿Alguien le comentó a los médicos ese dolor de cabeza?

No me acuerdo la verdad.

TESTIMONIO DE GLADIS MARLENY GUERRERO FLOREZ (Tía del causante)

¿Qué le consta?

Siempre estuve en Pamplona y en Cúcuta cuando estuvo hospitalizado, cuando lo trajeron de Guaduas, lo trajeron delicado, ya no era el mismo, con su dolor de cabeza a toda hora.

¿Cómo era el antes? Era un joven demasiado activo, buena persona y buena gente.

¿Con quién vivía él? Con los papás.

¿Cómo se llamaba la mama? Carmen Fabiola Jaimes.

¿Vivía con alguien más? La hermana.

¿Cómo se llamaba la hermana? Karen Paola Guerreo Jaimes.

¿Que tenía él? ¿cuáles son los padecimientos que usted le veía?

Bregaba para caminar, para hablar y su continuo dolor de cabeza, la lengüita a veces para hablar se le hacía como bola, tocaba esperar para uno entenderle lo que él quería hablar.

¿Qué hicieron? ¿qué pasó?

Lo llevaron a consulta, ese ese Fin de semana que perdió el sentido, ya le dijeron que la otra semana tenía que ir a trabajar porque ya estaba bien, estaba apto para ir a trabajar que no era tan importante lo que tenía.

¿Quién le dijo eso? El otorrino de aquí de Pamplona.

¿Cómo lo vio en ese momento y qué pasó después?

Lo vi delicadito, ya no caminaba como antes, ya tocaba ayudarlo a vestir, ayudarlo a levantar de la silla, a poner los zapatos, todo, la comidita a veces tocaba cucharearle a ratos y con su continuo dolor de cabeza.

¿Lo miró el otorrino cuánto? ¿Cuánto tiempo después?

Como 10-15 días, en el transcurso de ese tiempo los papás lo llevaron al otorrino cuando llegaron con la noticia de que de esa de que César se tenía que ir a trabajar, pero nadie está de acuerdo porque él estaba muy enfermito entonces yo creo que con esa presión él fue también que decayó porque no quería viajar así enfermo.

Usted dijo que él tenía impedimento para caminar y para hablar, explique el que era lo que pasaba.

Bregaba para hablar, la lengua se le hacía como bolita, se le enrollaba, tocaba como respirar para poder digerir los alimentos.

¿Eso fue desde siempre? Desde que llegó de Guaduas fue así, bregaba para hablar.

¿Esa forma de hablar era la que tenía normalmente o porque era que hablaba así después de que vino de Guaduas?

Cómo fue el por detrás del oído, todo lo de la espalda, todo lo del pulmón, me imagino que todo eso le afectó, las manitas, el bregaba para mover sus manitas, para agarrar las cosas.

¿En qué fecha llegó el difunto Guerrero Jaimes a la ciudad de pamplona?

Fecha exacta no le puedo decir, sé que el accidente fue el 21 de junio de 2015 yo creo que llego como a los 5 días, 6 días, fecha exacta la verdad no recuerdo en este momento.

¿Sabe de quién ciudad llegó el? De Bogotá porque lo trajeron por avión hasta Cúcuta.

¿Está usted segura que él hizo un viaje en avión? Sí señor.

¿Cómo le consta?

Yo mantenía mucho con él, a diario, los papás todos lo informaban, todos lo estábamos esperando.

¿El avión llegaba a donde? A Cúcuta.

¿A usted le consta que ellos fueron a recibirlo al aeropuerto? El llego con la mamá, nosotros lo esperamos aquí en Pamplona.
¿Y ellos le comentaron que llegaron en avión? Sí claro para no maltratarlo en el viaje.

TESTIMONIO DE LA MÉDICO MARIA ALEJANDRA BARRERO FORERO

¿Ha trabajado alguna vez para el hospital de San José de Guadua o el hospital de san Rafael de Facatativá? Para el hospital San José de Guadua.

¿Cuándo trabajo allá? En el año 2015.

¿Durante qué lapso? Finales del 2014 a finales del 2015.

¿Cuándo habla de finales de 2015 de que mes está hablando más o menos? No recuerdo específicamente el mes, fue el año en que termine el año rural.

¿Usted recuerda al atendido? No, yo en ningún momento participé en la atención del paciente.

¿Porque sabe que nunca lo atendió?

Porque en ese momento mis notas médicas de lo que me expiden los abogados de la historia clínica del hospital San José de Guaduas, en ese momento mis 2 únicas intervenciones en la historia clínica es dar una orden de hospitalización que generó el cirujano general o que indicó el cirujano general respecto al paciente, pero en la historia clínica no está consignada una atención directa de mi parte hacia el paciente.

¿Porque da usted la orden de hospitalización?

Ahí especifican en la historia clínica que hubo un error de sistema y que se genera nuevamente una orden de hospitalización, es lo que consta ahí en la historia clínica parte de mi atención hacia el paciente.

¿Usted qué función cumplía allá? Médico general.

¿Cuáles son las razones por la que usted generó las notas que acaba de hacer referencia?

Uno de mis colegas médico rural también en ese momento atiende al paciente (un especialista en cirugía general) y una vez él expidió una orden de hospitalización que, está explícito en la historia clínica, por el sistema no se pudo generar, hago yo la orden de hospitalización y eso es lo que consta en la historia clínica.

¿Por qué hace usted si no lo atendió?

Es una orden para que el paciente pueda mantener una un manejo intrahospitalario, es lo único para que no quede como si estuviera con un manejo ambulatorio, es para que quede que está internado en el hospital.

TESTIMONIO DEL MÉDICO GABRIEL ALONSO RODRÍGUEZ

¿Ha trabajado alguna vez para el hospital de San José de Guaduas o el hospital de san Rafael de Facatativá?

Si, trabaje durante 28 años para el hospital de San Rafael de Faca, con el hospital de Guaduas nunca he trabajado, me retire hace 3 años del hospital de Faca.

¿Para 2015 usted qué cargo desempeñaba allí? Trabajaba como cirujano del hospital de San Rafael de Faca.

¿Sabe por qué esta citado a esta audiencia?

Si, me citaron por una demanda de la familia de un paciente, Cesar Alberto Guerreño Jaimes.

¿Usted tuvo oportunidad de atenderlo?

Si señora, yo opere a este paciente el día 24 de junio de 2015, inicialmente fue valorado por el compañero de turno, el doctor Aníbal Barbosa, quien lo ingreso por servicio de urgencias, que determino que el paciente requería una laparoscopia diagnostica y eventualmente una laparotomía exploratoria.

¿Usted que le hizo?

Lo opere, se le hizo una laparoscopia diagnostica del abdomen, en la cirugía se descubrió que tenía una herida en el diafragma y un sangrado.

¿Recuerda algo en particular respecto de este caso que no estuviera en la historia clínica? No señora.

¿Recuerda que él hubiera tenido una herida diferente al tórax?

Si, tenía múltiples heridas, en el abdomen, en el tórax, en la pared anterior del tórax y tenía una herida en el lóbulo de la oreja del lado izquierdo que venía suturada del hospital de Guaduas.

¿Usted recuerda que a él le hubieran visto con relación a la herida que tenía en el lóbulo, alguien en particular?

Si, una interconsulta por el otorrino en ese momento, el doctor Uriel Cortez, donde le hizo una laringoscopia, le reviso el conducto auditivo, y escribe en su evolución es que no le encontró ninguna lesión, excepto una equimosis del naso faringe, no observó hematoma ni lesión de continuidad.

¿El doctor Cortez, quien era? Era uno de los especialistas del hospital especializado como otorrinolaringólogo.

¿Usted volvió a ver al paciente después de la intervención quirúrgica? Yo tuve 2 oportunidades de verlo: El día que lo operé, entre las 6 de la tarde y las 8 de la noche y más tarde como a las 11:15- 11:20 por que el paciente presentaba dolor en el abdomen, entonces hubo necesidad de aumentarle la dosis de los medicamentos para manejarle el dolor. Posteriormente el paciente permaneció hospitalizado y mis otros colegas, los otros cirujanos, fueron los que lo evaluaron durante los siguientes días.

¿Usted tuvo conocimiento de una herida que tenía el señor Guerrero Jaimes en auricular? Si, él tenía una lesión sobre la región del lóbulo auricular izquierdo y una herida sobre la zona 3 del cuello al ángulo mandibular.

¿Cómo se encontraba esta herida cuando usted la reviso? Estaba suturada, estaba en buenas condiciones, no se ningún hematoma, no se observaba ninguna lesión asociada a la herida.

¿Cuándo reviso al paciente, halló en el signos o síntomas que lo llevaran a diagnosticar una lesión del sistema nervioso central?

No, revisé cuidadosamente, y le hice la nota de cirugía, no le encontró ninguna lesión vascular ni del sistema nerviosos central. Ningún déficit neurológico en ese momento.

¿sabe usted cuál fue el concepto de la interconsulta con el otorrino? // ¿Usted realizo esa interconsulta?

No recuerdo quién la realizó, pero el paciente sí fue visto por el médico otorrino y fue revisado el día siguiente al día que yo realice la cirugía o sea el 25 de junio.}

¿Usted tuvo que hacerle alguna clase de intervención a la herida del lóbulo izquierdo que usted dijo que tenía el paciente el paciente? Estas lesiones estaban saturadas en forma correcta, cuando vienen suturas así no se vuelven a abrir ni se revisan a no ser que estén sangrando o tengan algún hematoma en este caso el paciente tenía suturada la oreja y todas sus heridas en forma correcta.

En el post operatorio usted indicó que tuvo contacto con el paciente y que sólo refería dolor resultado del procedimiento, ¿existió otra manifestación que esté consignada en la historia clínica referente a otro tipo de dolor? No ninguna otra manifestación.

¿Usted tuvo más atenciones u ordenó conforme a la historia clínica, atención de control postoperatorio?

El paciente fue dado de alta 4 o 5 días después por el doctor Aníbal Barbosa, todos nuestros pacientes quirúrgicos sin excepción se citan nuevamente a control postoperatorio.

MÉDICO LUISA FERNANDA SALAMANCA MUÑOZ

¿Usted trabajaba para el hospital San José de Guaduas o para el hospital San Rafael de Facatativá?

Sí señora trabaje para el hospital San José de Guaguas.

¿Cuándo?

En mi año rural de servicio social obligatorio, entre octubre del 2014 y octubre del 2015.

¿Qué cargo desempeñaba allí?

Era médica general, realizaba atenciones en el servicio de urgencias, en el servicio de hospitalización, en el servicio de consulta externa, eran atenciones rotativas no tenía una atención única.

¿En qué fase lo atendió, en qué momento?

Yo tuve una única atención al paciente cuando estaba en el servicio de hospitalización, yo fui la médica encargada de remitir al paciente de forma priorizada porque consideraba que su estado de salud lo ameritaba.

¿Remitirlo a dónde? De forma priorizada al hospital san Rafael de Facatativá.

¿Porque había que remitirlo?

Porque la hemoglobina venía en descenso con respecto a la que tenía al momento del ingreso, presentaba hipertensión arterial, estaba taquicárdico y adicional en esa única valoración que yo realice pude evidenciar que el paciente tenía disartria y ptosis palpebral.

¿Eso que es?

Disartria significa que el paciente tiene una dificultad para hablar, ptosis palpebral significa que el párpado del paciente estaba caído y al evidenciar esos signos junto con el descenso de la hemoglobina en los exámenes de laboratorio y dado que mis compañeros según la historia clínica ya habían iniciado trámites de remisión, pero la EPS no lo había ubicado, yo consideré prudente el sacarlo en un traslado priorizado hacia el hospital comentado.

TESTIMONIO DEL MÉDICO MIGUEL ÁNGEL CASTRO

¿Qué le consta acerca de eso?

Lo que me consta es lo que está escrito en la historia clínica, dice que el paciente fue remitido del municipio de Guaduas y que ingresó al servicio de urgencias el 25 de junio del año 2015.

¿Usted tuvo oportunidad de verlo en qué momento?

Yo nunca lo vi

¿Entonces qué fue lo que anotó en la historia clínica?

Como yo era el coordinador de urgencias y posteriormente como subgerente de servicios de salud fui reportado dentro de la respuesta de la demanda entonces por eso me hago como testigo y yo revise la historia clínica de la atención del paciente.

¿Usted nunca lo atendió?

No señora.

TESTIMONIO DEL DR. ANIBAL BELTRÁN

¿Cuánto tiempo trabajó en el hospital de faca?

Unos 14 o 16 años no tengo seguridad, realmente yo trabajaba para la fundación comedy que es una fundación que se hizo para poder tener los contratos del hospital y como integrante de la fundación, yo hacía unas horas en el hospital de faca, de un tiempo hacia acá que no le pudo precisar bajo la gravedad del juramento como coordinador de cirujanos y ese oficio lo tuve hasta hace unos 4 o 5 años tal vez tengo 3 años no le sabría decir exactamente

¿para el momento en que ocurrió el incidente usted hacía parte de esa institución como médico?

Sí, yo era cirujano y casualmente yo lo recibí el en la revisión y después le dí la salida, durante su hospitalización estuvo siendo visto por otros de los cirujanos, la modalidad de trabajo en el hospital era turnos de 12 o 24 horas ocasionalmente y a mí me correspondió recibirlo, le iba a ser la primera intervención, pero por alguna razón que no recuerdo cuál fue no pudo ser y lo pero el cirujano de turno de la noche

¿Que era quién? El doctor Rodríguez

¿Usted recuerda particularmente algo en específico que le hubiera llamado la atención de este caso?

Sí, después de que se relea la historia y todo esto, llega uno a tener algún recuerdo del paciente pero como usted comprenderá es un caso de hace 7 años que no es muy fácil. Particularmente me llamó mucho la atención la ansiedad del señor cuando llegó, mostrando

mucha dificultad para respirar, mostrando una angustia excesiva pero realmente no tenía otros síntomas ni otros signos neurológicos ni respiratorios, el paciente que estaba saturando bien, está muy taquicárdico. Recuerdo lo que por esa época yo creí que él tuviera alguna dependencia o tuviera alguna algún problema mental o algo así de personalidad, pero no durante la hospitalización fue una evolución muy usual, él tenía muchas heridas, había perdido muchísima sangre y no teníamos la razón clara del sitio donde la había perdido porque en la revisión teníamos muy poca información

¿Remitido de dónde?

Remitido del hospital de Guaduas y la sensación que tenía yo era de ver a alguien como que tuviera dependencia de medicamentos o con mucha angustia por la ansiedad que presentaba.

Los signos de él, que leí ahora para poder participar en la reunión, no fueron diferentes a los usuales salvo que estaba muy taquicárdico y me llamaba mucho la atención de que si había perdido mucha sangre pero volumétricamente respecto de los fluidos corporales.

¿Qué le hicieron en el hospital?

Él se recibió, se estabilizó, se le pusieron sus líquidos, se le programó su cirugía, la cirugía que había que hacerle a él no es la cirugía inicial del del trauma agudo si no la secundaria donde se iba a buscar la probabilidad del sitio de sangrado u otras lesiones que no se hubieran encontrado en la parte inicial y por eso se programó hacerle una laparoscopia, la laparoscopia es una cirugía de esas que pues por esa época no era tan frecuente en el hospital teníamos el equipo y se trata de meter una cámara en el abdomen distenderlo

¿Pero usted no la hizo?

La hizo el doctor Rodriguez

¿Usted volvió a ver a esta persona cuándo?

El siguiente turno, recuerdo que en la historia miré que yo lo recibí, siempre estuvimos pendientes, nosotros éramos un grupo de 8 cirujanos y generalmente las entregas de los pacientes y las evoluciones las manteníamos con lista y con información de lo que se les encuentra a los pacientes y los que uno cree que puede ser los factores de mayor riesgo. Particularmente nunca nos gustó la lesión que tenían en la zona 3 del cuello, nunca nos mostró ningún síntoma neurológico y hacia la cavidad abdominal no encontramos que hubiera tenido sangrado importante, tampoco en el tórax porque estaba bien drenado y realmente las pérdidas que tuvo importantes fue el comienzo de la del trauma en el hospital de Guaduas

Y ante la situación de que no les gustó la herida del cuello ¿qué hicieron ustedes?

Se revisó, no hay nota en la historia específicamente, pero si hubo comunicación y estábamos muy alerta de buscarle algo en la zona 3 de cuello. Para el hospital, en donde estamos hablando que es un hospital de segundo, la zona 3 del cuello es de difícil manejo y acceso, necesita intervención de neurocirujano, de cirujano vascular probablemente, los pacientes pasan por observación y dependiendo de la evolución que se les encuentra son los procedimientos que se hacen después

El paciente nunca tuvo ningún signo neurológico, de lesión salvo que la intubación se le encontró una equimosis de la pared posterior de la faringe y por eso se hizo valorar del otorrino y por eso se sacó con antibióticos en el posoperatorio, pero además de eso nunca tuvimos otro signo de lesión

Usted nos refiere que esto ocurrió hace 7 años ¿porque si no está en la historia clínica lo que usted nos está relatando, recuerda que eso fue lo que ocurrió?

Esa es mi profesión, es decir uno ve muchos pacientes

¿Eso es lo que normalmente hace con un paciente?

Sí

¿Sin duda lo hubiera hecho también con él?

Sí claro

¿Así no lo hubiera anotado en la historia clínica?

Hay muchas cosas que uno encuentra en un paciente y no anota la historia clínica, normalmente uno no tiene pocos pacientes y más en un hospital del estado.

¿En qué condiciones neurológicas usted le dio de alta al señor?

Normales, él nunca tuvo en hospitalización ningún signo neurológico, a él lo tuvimos por sus heridas, sabíamos que tenía una lesión de zona 3 de cuello, pero él jamás en el hospital tuvo ningún signo neurológico

¿Esa agresión de que de grado 3 del cuello daba para presumir posiblemente una posterior lesión neurológica?

Lo que pasa es que cuando ahí la entrada de un arma corto punzante, uno ve la entrada, pero no hasta dónde llega y puede haber cualquier cosa y si uno ve son los signos, yo actúo es por los signos y por los síntomas, yo me apoyo en elementos diagnósticos pero imagínese usted si yo a todos los pacientes que tuvieran una herida de zona 3 de cuello les pidiera 1000 exámenes porque cuánto salne positivos y cuántos no.

¿Aquí había algún nivel de probabilidad por lo que usted miraba de los signos y los síntomas?

Neurológico ninguno

¿Se acuerda sí que hay un registro o desde su conocimiento que el paciente a su salida usted le haya indicado algún control?

Normalmente todos los pacientes que entran al hospital, a su salida tienen una información muy importante en cuanto a las probabilidades de lesiones, tanto por haber estado en el hospital, tanto por haber recibido la intervención de médicos y personal de la institución como por las lesiones que pueden haber tenido y se les dice siempre que si alguna cuestión estuviera en contra de la evolución usual de la enfermedad por la que ingresaron deberían acudir prontamente a urgencias, sea a la institución o a cualquier otra parte y también se le puntualizan las cosas por las cuales generalmente ingresan, en los pacientes que tienen lesiones en el tórax, lesiones en el abdomen, cirugías abdominales, que tienen lesiones en otras partes, se les habla sobre. El paciente en particular, el señor Guerrero salió caminando del hospital, ventilando perfectamente, con una herida abdominal suturada, con una herida diafragma suturado, su problema del tórax absolutamente resuelto y sin ningún signo neurológico.

¿Se limitó algo en particular? ¿que no pueda consumir algo, que no pueda moverse en la ciudad?

Normalmente se les da recomendaciones simples y él no tenía ninguna restricción, podía comer de todo y tener una actividad paulatina. Tengo que decidir que la parte neurológica no fue lo en lo que más se hizo énfasis porque el paciente jamás en el hospital tuvo ningún signo neurológico.

Usted dijo que no le gustó la lesión del cuello

El “no me gustó” es: Tiene una lesión en un sitio que no le puedo explorar, si él no me muestra ningún signo yo tengo los ojos vendados, le miró en todas partes y no tiene absolutamente nada más, el señor evoluciona en el hospital normal, toca seguir la evolución de él y la evolución afortunadamente de él es hacia la mejoría. Ahora si algo más ocurre a futuro que yo no tuve acceso a eso desafortunadamente, si yo hubiera tenido acceso a algo de lo que sucedió después pues obviamente hay muchas cosas para hacerle y seguramente el hospital las hubiéramos hecho o conseguiríamos quién se las hubiera hecho pero es que no tuvimos ningún síntoma

¿Usted al ver la herida del cuello, tuvo un apoyo diagnóstico de para para esa herida?

Sí señor en el en las heridas de cuello de la zona 3 el primer apoyo diagnóstico en la clínica, hay signos que apoyan y signos que desvirtúan posibles lesiones, si una persona tiene una lesión como en el caso del señor y la lesión tiene una pérdida de sangre en el momento o una pérdida de la función de la irrigación del cerebro del señor tendría que haber mostrado algún signo, esa lesión no se presentó durante el momento de la hospitalización de él, que fue por varios días, entonces habría que pensar que no tenía la lesión.

Para la herida del cuello ¿usted no ordenó practicarle ninguna clase de exámenes?

Es una herida que ya había tenido su tratamiento, esa herida se trató en Guaduas, se suturó y si no muestra ningún signo neurológico ni ninguna otra alteración lo que yo tendría que haberle hecho a esa herida sería abrirlo y prácticamente hacerle una disección de la base

del cráneo al paciente que si no hubiera tenido nada estaría yo ahora implicado en un juicio de por qué se la estoy haciendo

¿Cuál hubiera sido una manifestación de esa herida?

El ACV que tuvo 15 días después.

¿De lo que le consta y pudo evidenciar en su intervención en la herida que es la del cuello, puede evidenciar si existió en su atención médica sangrado activo o expansivo?

No señora, no lo hubo ningún signo de lo que nosotros llamamos ni blandos, ni duros de una lesión vascular, solamente se vio una equimosis en la parte posterior de la faringe.

TESTIMONIO DR. MARCO TULIO GÓMEZ BOTELLO:

¿Cuál es la función que usted cumple en la Clínica Santa Ana?

Soy el médico especialista en neurología, veo los pacientes que llegan al servicio de urgencia sobre todo a las dependencias que haya en la clínica que tengan interconsultas o que sean hospitalizados por el servicio de neurología.

¿Era un caso raro por qué?

Un paciente joven que la complicación neurológica que tuvo fue bastante extensa, usualmente se ve ese tipo de patología de pacientes pues mucho mayores y por otras causas

¿Qué se le hizo a él?

Creo que él venía remitido del municipio de Pamplona, cuando ingresa a la clínica, los exámenes de rutina, se hizo una tomografía o escanografía cerebral, se evidenciaba la lesión isquémica, posteriormente creo que se hizo una arteriografía cerebral, algunos exámenes diagnósticos para cuello vasculares y el resto de los exámenes de rutina para una patología de un paciente de su condición.

¿Esa isquemia porque se presentó?

El ingresa con clínica de una enfermedad cerebrovascular que se diagnosticó mediante la tomografía que era isquémica, en ese momento era un paciente con 27 horas de evolución de una hemiparesia que es perdida la fuerza del lado derecho, compromete el brazo y la pierna, y afasia que es una alteración del lenguaje. El padre refería que hacía 51 días había presentado una herida por arma blanca retro auricular izquierdo que fue suturado, no habían antecedentes así de importancia y en la tomografía de ingreso se observa una isquemia frontotemporal izquierda, en ese momento hospitalizados y procedemos a hacer los métodos diagnósticos que nos permitan esclarecer la causa, posteriormente se hacen unos exámenes de arteriografía, se vincula el caso neurocirugía y cirugía vascular porque será gnóstico que había una fístula arteriovenosa entre el sistema arterial carotideo que es una de las arterias que llevan la sangre al cerebro y el sistema valeroso es el que saca la sangre o el drena la sangre del cráneo. Ese sería la causa de la isquemia.

¿Esa fístula se produjo por algo particular que usted lo recuerde?

Con el antecedente que tenía el paciente que había recibido heridas cortopunzantes en el área de auricular y cervicales uno asume que esa es la causa, es decir, un trauma con herida blanca días antes de la de la clínica

¿Fue conocido por usted esa situación desde el primer momento? ¿el hecho de que él había estado herido y que había estado hospitalizado previamente?

Si en la historia clínica de ingreso decía el padre que hacía 51 días había presentado herida por arma blanca en la región retro auricular izquierda, fue suturada, eso fue lo que yo creo que la historia así que desde el primer momento lo supe para contestar la pregunta que usted me hace.

2.3.2. Entremos ahora a resolver el interrogante planteado:

¿Son responsables las entidades demandadas de los perjuicios causados a los demandantes por la omisión en la valoración del daño cerebral sufrido por

el señor César Alberto Guerrero Jaimes, que ocasionó su muerte el día 30 de marzo de 2017?

La respuesta al interrogante anterior es negativa por las razones que pasarán a exponerse a continuación.

Para comenzar, se hará un breve resumen de los hechos que permitirá una mayor comprensión y acercamiento al caso que nos ocupa. Para cumplir este propósito, este relato se expondrá a modo de línea de tiempo.

- **22 de junio de 2015: Día de los hechos.** El señor César Alberto Guerrero Jaimes recibió múltiples lesiones con arma blanca alrededor de las tres de la madrugada. La Policía Nacional lo encontró en este estado en la calle y en aparente estado de alicoramiento, por lo que procedió a llevarlo al Hospital San José de Guaduas (Primera institución en atenderlo). De conformidad con la Historia Clínica allegada por parte de dicho hospital y apoyándonos en la interpretación que de esta hizo el Perito Fabián Cornelio Jiménez León, se encontraron las siguientes lesiones:

1. Herida cervical en zona III izquierda sin sangrado activo
2. Herida precordial de 2.5 cm en cuarto espacio intercostal con línea medio claviclar izquierda con enfisema subcutáneo
3. Herida precordial y toracoabdominal de 2.5 cm en sexto espacio intercostal con línea medio claviclar izquierda con enfisema subcutáneo.
4. Herida torácica posterior (no se describe localización ni extensión)
5. Herida torácica posterior (no se describe localización ni extensión)
6. Herida torácica posterior (no se describe localización ni extensión)
7. Herida torácica posterior (no se describe localización ni extensión)
8. Herida torácica posterior (no se describe localización ni extensión)
9. Herida en el pabellón auricular izquierdo de 4 cm.

Como puede observarse, el entonces paciente llegó con abundantes heridas en varias zonas del cuerpo. De estas, las heridas a las que mayor atención debe prestarse para el entendimiento de este caso son: **(i)** la herida cervical en zona III izquierda sin sangrado activo, y **(ii)** las heridas torácicas posterior.

Ahora bien, una vez se recibe al señor Guerrero en el hospital, el establecimiento médico realizó los procedimientos pertinentes de sutura de las heridas y control de la tensión arterial y ritmo cardiaco, entre otros⁹. Aunque en un principio el señor César Alberto presentaba resultados normales, para el segundo y tercer día manifestaba una constante taquicardia e hipertensión. Al ser esta institución para ese entonces de primer nivel, se decidió realizar el traslado al Hospital de San Rafael de Facatativá con segundo nivel de atención.

- **24 de junio de 2015: Día de la remisión.** Si bien la decisión de remitir al paciente se había tomado un par de días antes por la incesante taquicardia presentada y otros síntomas relativos al sangrado, lo cierto es que el día 24 de junio finalmente logró hacerse efectiva como traslado prioritario, por cuanto la médica tratante del Hospital de San José de Guaduas evidenció *ptosis palpebral y disartria en el paciente*. Téngase en cuenta que disartria es la dificultad que presenta el paciente para hablar; mientras que la ptosis palpebral evidencia un párpado caído¹⁰. Estos síntomas bien podrían considerarse como un deterioro neurológico; no

⁹ Ver Historia Clínica punto 12 ED.

¹⁰ Ver concepto de perito y médicos tratantes (Análisis crítico de las pruebas)

obstante, a lo largo de toda la historia clínica, tanto en el momento de ingreso al Hospital San José de Guaduas, como al Hospital al que fue remitido, el examen realizado se evidenció como normal, arrojando un Glasgow de 15/15.

En el control de dictamen pericial se indicó que la interpretación que se le dio a tales síntomas no fue de Ataque Cerebro Vascular o problemas neurológicos, toda vez que para ese día el señor César Alberto estaba presentando constante taquicardia, hipertensión y “*shock hipovolémico a causa de que la hemoglobina le bajó de 15 a 9*”; esto es, presentaba un grado 1 o 2 de shock hipovolémico. Según el perito, esta pudo ser la causa por la que se descartó un posible ACV, pues es usual tener deterioro neurológico cuando se pierde mucha sangre ya que la perfusión no llega de forma adecuada al cerebro¹¹. Por otro lado, se reitera que de los exámenes físicos realizados en ambas instituciones (Hospital San José de Guaduas y Hospital San Rafael de Facatativá), no se encontraron alteraciones en el lenguaje ni movimientos de la lengua que sugirieran lesión del nervio hipogloso. Del mismo modo, en la evolución médica no se encontró evidencia de alteración en la valoración que sugiriera lesión isquémica cerebral.

Ahora bien, una vez en el Hospital San Rafael de Facatativá, segunda institución en tratarlo, el señor Guerrero Jaimés fue sometido a una *laparoscopia diagnóstica*. Se tomó esta decisión debido a los síntomas que presentaba el paciente, a efectos de verificar si había sangre en la cavidad abdominal. El resultado arrojó que existía una herida en el diafragma izquierdo y un hematoma en la región retroperitoneal¹². Por este motivo se revisó el colon izquierdo sin evidencia de perforación, se realizó frenofrenotomía izquierda, revisión sistemática de la cavidad sin evidencia de otras lesiones, drenaje de hematoma retroperitoneal y cierre abdominal.

De acuerdo con el dictamen pericial este obrar fue el correcto y estuvo dentro de la *lex artis*, pues este tipo de heridas teniendo en cuenta la sintomatología presentada por el paciente, era altamente letal. Indicó que en el Hospital de Guaduas se le realizó un hemotórax y se puso un tubo en dicha parte del cuerpo; y el Hospital de Facatativá realizó la laparoscopia. Estos tratamientos evitaron el colapso pulmonar y cardiovascular del paciente. Afirmó que de no haberse llevado a cabo estos procedimientos, probablemente el paciente habría hecho una herida diafragmática, es decir, que todo el contenido intestinal se hubiera subido al pulmón; todo esto hubiere podido causarle la muerte.

- **Del 25 al 29 de junio de 2015:** *Tiempo de observación y recuperación.* Posterior a la cirugía, el paciente permaneció en observación durante 4 días. Desde el momento del ingreso a la primera institución médica (22 de junio), hasta el 24 de junio de 2015, la sintomatología presentada por el paciente permitía intuir que existía un problema con las heridas sufridas en el área torácica; sin embargo, las demás heridas no mostraban novedades. En particular, la herida que presentó en la región cervical, esto es, en el cuello, no presentaba signos preocupantes. No se hallaron hematomas expansivos, soplos ni sangrados. La herida por lo demás, se encontraba saturada. Ante la inexistencia de síntomas, se procedió a dejar el paciente en observación.

Según la Historia Clínica presentada, durante este periodo de tiempo la evolución del paciente fue correcta. Empezó a recuperarse y en el curso de estos cuatro días no presentó sintomatología que preocupara a los galenos. Finalmente, el 29 de junio

¹¹ Control de dictamen. Ver Audiencia de pruebas o en su defecto, remitirse al aparte de análisis crítico de las pruebas.

¹² Ver Historia Clínica Hospital San Rafael de Facatativá

de 2015 fue dado de alta. La historia clínica registra para dicho día, que se dieron las indicaciones de signos de alarma y motivos para volver a consultar. Estos eran: **“DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR, FIEBRE, NAUSEAS, HERDIA QUIRURGICA CON SECRECION, INFLAMACION, MAL OLOR”**¹³.

- **Del 29 de junio de 2015 – 12 de julio de 2015:** De los testimonios recibidos en audiencia de pruebas, su familiar, la señora Gladis Marleny Guerrero Flórez, tía del causante, manifestó que cuando volvió a Cúcuta el señor César Alberto ya no era el mismo; que *“vivía con dolor de cabeza a toda hora”*. Indicó que tenía dificultades para caminar, y que la lengua *“se le hacía bola para hablar”*; que tocaba esperar para entenderle. Indicó que para el fin de semana cuando perdió el sentido, le habían dicho que tendría que volver a trabajar. Señaló que esto se lo había comunicado el otorrino de Pamplona, del que se desconoce el nombre. Se mencionó también que estos problemas pudo evidenciarlos desde que llegó de Guaduas. Adicionalmente, manifestó que el señor César había tomado un avión para llegar hasta Cúcuta.

En conclusión, se tiene que después de la salida del hospital, el señor César Alberto Guerrero presentó algunos síntomas y realizó un viaje por avión hasta la ciudad de Pamplona.

- **13 de julio del año 2015:** *Día del accidente cerebrovascular.* 19 días después de haber sido dado de alta, el señor Guerrero ingresó por remisión del municipio de Pamplona nuevamente a urgencias, esta vez al Hospital Santa Ana (tercera institución en recibirlo). Al momento del ingreso los familiares refirieron que el día anterior habían ido a misa y que al señor César se le había paralizado el lado derecho del cuerpo; que su mente había quedado en blanco. Se realizó una tomografía o escanografía cerebral -TAC, que evidenció la lesión isquémica. Ingresó con 27 horas de evolución de una hemiparesia, es decir, pérdida de fuerza del lado derecho (brazo y piernas), y una afasia, es decir, alteración en el lenguaje¹⁴. Posteriormente se realizaron exámenes de arteriografía y se diagnosticó que la causa del ACV era una *fístula* arteriovenosa entre el sistema arterial carotideo (una de las arterias que llevan la sangre al cerebro); y el sistema valeroso (saca la sangre o drena la sangre del cráneo).

¿Qué es una Fístula? De conformidad con lo informado por el Perito, una Fístula es *“una comunicación entre dos cavidades que no tienen que estar comunicadas, por ejemplo, una fistula gastrointestinal es cuando el contenido intestinal que debería estar en la cavidad abdominal se sale al exterior. En este caso, la fistula de carótida a yugular es la comunicación de la sangre de la arteria carótida que es una sangre oxigenada a la vena yugular que es la sangre que viene ya consciente al metabolismo, lo que queda del aporte del oxígeno. Esta fistula la llamamos fistula arteriovenosa de la arteria a la vena, quiere decir que no llegó hasta donde debería perfundir el tejido”*. Debido a ello, el paciente sufrió un deterioro neurológico bastante severo con unas secuelas en la parte de su movilidad, un deterioro del estado de conciencia con una escala de Glasgow que fluctúa más o menos entre 4 y 5, con una dependencia total de todas sus actividades.

- **Posterior al 13 de julio de 2015:** Después de este hallazgo se le realizó una gastrostomía y una traqueostomía; hasta octubre permaneció con asistencia ventilatoria. Presentó varias complicaciones en la UCI, con shock séptico, infecciones pulmonares y urinarias. Finalmente, durante toda esta evolución quedó con un estado de conciencia mínimo y dependencia total.

¹³ Historia Clínica Hospital San Rafael – Punto 58 ED (Evolución 1 – Folio 26)

¹⁴ Historia Clínica Hospital Santa Ana

- **30 de marzo de 2016:** Fallecimiento del señor César Alberto Guerrero Jaimés a causa de deterioros y complicaciones en su salud.

Habiendo ya relatado la línea temporal de los acontecimientos, veamos entonces por qué considera la parte actora que hay responsabilidad por parte de las entidades demandadas, esto es, Hospital San José de Guaduas y Hospital San Rafael de Facatativá. El argumento de la demandante se centra en señalar que estas instituciones médicas brindaron un diagnóstico insuficiente, inadecuado o imperito, pues no se percataron de que una de las heridas por arma blanca, en particular la que sufrió en el cuello, había generado una herida interna que terminó, derivando en el ACV sufrido por el señor Guerrero. Se indicó que el no percatarse de esto generó una pérdida de oportunidad o falla médica a cargo de los hospitales.

Esto nos lleva a plantearnos la siguiente pregunta: *¿Qué ocasionó el ACV del señor César Alberto Guerrero Jaimés y su posterior fallecimiento?* En efecto, del concepto de los médicos tratantes (Frente a los cuales se recibió testimonio en audiencia de pruebas) y del dictamen pericial aportado, se observa que todos coinciden en que el ACV o isquemia cerebral, fue consecuencia de la herida por arma cortopunzante a nivel cervical. Esta herida con el paso del tiempo hizo una fístula de la carótida a la yugular, lo que terminó en la enfermedad neurológica del paciente.

Teniendo en cuenta que se conocía de esta herida desde que se recibió al señor Guerrero en el Hospital de Guaduas, *¿Podría hablarse de responsabilidad de esta institución o del hospital de Facatativá?* Como ya mencionamos anteriormente, la respuesta es no. Si bien se conocía la herida que sufrió la entonces víctima en el cuello, lo cierto es que no fue médicamente posible prever los efectos que esta lesión tendría. De la historia clínica se evidencia que el paciente en ningún momento presentó déficit neurológico ni alteración en su movilidad o en la lengua. Por otro lado, tal herida no mostró signos de que algo andaba mal: No hubo sangrado, hematomas o soplos que le permitieran al personal médico intuir que existía riesgo de ataque cerebrovascular o fístula.

Según el dictamen pericial recibido, el paciente ingresó al hospital sufriendo un trauma craneoencefálico leve, y tuvo siempre una escala Glasgow por encima de 14. Esto resulta en que el manejo médico deba enfocarse en la mera observación clínica. Teniendo en cuenta que el paciente estuvo ingresado del 22 al 29 de junio de 2015, eso refleja que estuvo en tal observación durante 8 días, a través de los cuales no hubo sintomatología alguna que permitiera prever la situación que se presentó. Era tan imprevisible esta circunstancia, que el accidente neurológico no se presentó sino hasta 14 días después de que se dio de alta al señor Cesar Alberto.

De otro lado, no puede pasarse por alto que el entonces paciente ingresó a urgencias pues estaba afectado por múltiples heridas. Esto no es un detalle menor. Los galenos centraron su atención al restablecimiento de su salud y al tratamiento de las heridas más graves que sí presentaban síntomas urgentes, como lo fueron las lesiones a nivel interno producto de los ataques sufridos en el Tórax. Al ataque hipovolémico se le adjudicaron las afecciones que tenía el paciente, pues estaba perdiendo sangre, sufría de taquicardia, y su presión arterial estaba alta. Como ya se explicó, no haber atendido estos síntomas hubiere podido llevar a un fallecimiento aún más temprano.

Este despacho entiende la tristeza que viene aparejada con la muerte de un ser querido; sin embargo, nadie puede ser obligado a hacer lo imposible, o a prever lo

imprevisible. Lastimosamente las heridas recibidas por el señor Guerrero le ocasionaron un accidente cerebrovascular sin que este hubiera tenido síntomas observables. La profesión médica, al ser una obligación de medio y no de resultado, no compele a los galenos a garantizar la recuperación, sino a hacer todo lo que esté en sus manos de acuerdo a criterios de razonabilidad para llegar a la curación. Dicho esto, entiéndase que los diagnósticos médicos dependen de síntomas indicadores, sin los cuales no hay motivo para sospechar de determinadas enfermedades. Las dolencias llevan a encontrar la causa.

Para el caso que nos ocupa, quedó demostrado de conformidad con la totalidad de pruebas presentadas, que no hubo indicadores, no hubo síntomas, no hubo dolencias que hicieran sospechar lo que ocurría dentro del sistema del señor Guerrero. Esto hizo que los galenos actuaran de conformidad con lo que pudieron observar, y con lo que razonablemente cabía en dicho momento.

Ahora bien, y ya para finalizar, obsérvese que, según el testimonio recibido por parte de la tía del causante, pudo demostrarse que posterior al alta, el señor Guerrero realizó un viaje en avión hasta Cúcuta. En control pericial, el médico a cargo indicó que estos viajes estaban contraindicados después de una cirugía por el cambio de presión atmosférica que puede generar efectos adversos como el que sufrió el señor César. No pudo probarse si esta contraindicación se informó al causante y a sus familiares, pues pese a que en historia clínica se evidencia que se expusieron los signos de alarma y las precauciones a tener en cuenta, no se refirió específica o concretamente cuáles eran estas precauciones.

Aun así, lo cierto es que se dejó expuesto que ante signos de dolor debía acudir inmediatamente al médico. Resulta particularmente llamativo que del testimonio de la familiar se desprende que el señor César presentó continuos dolores de cabeza desde que llegó a Cúcuta. Igualmente se indicó que tenía dificultades al hablar y se le enredaba la lengua. Sin embargo, desde que presentaron esos síntomas pasaron varios días sin que acudieran al hospital tratante nuevamente.

Debido a todo lo anterior, este despacho encuentra que no hay lugar a condenar a las demandadas, pues los hospitales hicieron los tratamientos que correspondían según el estado clínico en el que se encontraba el señor César Guerrero. No se encuentran acciones u omisiones que permitan evidenciar alguna falla en el servicio, o que permitan endilgar una pérdida de oportunidad a las instituciones médicas.

2.4. CONDENAS EN COSTAS

El artículo 188 del CPACA entrega al juez la facultad de disponer sobre su condena, lo cual resulta del análisis de la actuación procesal, en cuanto a la conducta de las partes y la causación y comprobación de las expensas¹⁰, descartándose una apreciación objetiva que simplemente consulte quien resulte vencido para que le sean impuestas.

En efecto, no habrá lugar a condenar en costas cuando no se observe que las partes hayan actuado con temeridad o mala fe en las actuaciones procesales.

Además, las costas deben aparecer comprobadas, de acuerdo con lo dispuesto en el numeral 8 del artículo 365 del C.G.P, según el cual "Sólo habrá lugar a costas cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación"

Analizados dichos aspectos, este despacho estima que en esta oportunidad no hay lugar a imponer condena en costas, debido a que no se aprecia temeridad o abuso de las atribuciones o derechos procesales por las partes y no está demostrada erogación alguna por expensas.

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO TREINTA Y CUATRO (34) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUÍTO DE BOGOTÁ**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y, por autoridad de la Ley,

FALLA:

PRIMERO: Negar las pretensiones de la demanda.

SEGUNDO: Declárese probada la excepción de falta de legitimidad en la causa por pasiva propuesta por la entidad demandada Departamento de Cundinamarca por las razones expuestas.

TERCERO: Sin condena en costas.

CUARTO: Notificar a las partes del contenido de esta decisión en los términos del artículo 203 del CPACA.

QUINTO: Contra la presente decisión procede el recurso de apelación.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE


OLGA CECILIA HENAO MARÍN
Juez

AMRA

Firmado Por:
Olga Cecilia Henao Marin
Juez
Juzgado Administrativo
034
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **f0d203b0780c38828563b1d96f41cc6a59c2c846bf82ba40d6f1a9714a262ced**

Documento generado en 18/11/2022 10:24:50 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>