



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

CIUDAD Y FECHA	Bogotá D.C., once (11) de noviembre de dos mil veintidós (2022)
REFERENCIA	Expediente No. 11001333603420180039100
DEMANDANTE	DIEGO JIMENEZ ORTIZ, MARIA DORIA ORTIZ DE PUENTES, JAIRO ALBERTO JIMENEZ ORTIZ, LUZ ANDREA JIMENEZ MUÑOZ, VERONICA JIMENEZ BUSTACARA, LORENA ALEJANDRA JIMENEZ ROJAS, DIEGO ANDRES JIMENES ROJAS
DEMANDADO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.
MEDIO DE CONTROL	REPARACION 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 **DIEGO JIMENEZ ORTIZ, MARIA DORIA ORTIZ DE PUENTES, JAIRO ALBERTO JIMENEZ ORTIZ, LUZ ANDREA JIMENEZ MUÑOZ, VERONICA JIMENEZ BUSTACARA, LORENA ALEJANDRA JIMENEZ ROJAS, DIEGO ANDRES JIMENES ROJAS** contra **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.**

1. ANTECEDENTES:

1.1. La DEMANDA

DEMANDANTES	CALIDAD
MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES	víctima directa declarada interdicto, por lo que fue representada por su hijo Diego Jiménez Ortiz ¹ . Falleció en el curso del proceso.
DIEGO JIMENEZ ORTIZ	hijo de la víctima directa ² y sucesores procesales de la señora María Dora Ortiz de Puentes, reconocidos en auto de 10 de noviembre de 2021
JAIRO ALBERTO JIMENEZ ORTIZ	
LUZ ANDREA JIMENEZ MUÑOZ	nieta de la víctima directa ³
VERONICA JIMENEZ BUSTACARA	nieta de la víctima directa ⁴
LORENA ALEJANDRA JIMÉNEZ ROJAS	nieta de la víctima directa ⁵
DIEGO ANDRES JIMENEZ ROJAS	nieto de la víctima directa ⁶
ELIZABETH ROJAS JIMENEZ	nuera y amiga de la víctima directa ⁷

1.1.1. PRETENSIONES

"1. Declarar que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE, no suministro a MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES una atención medica e institucional suficiente,

¹ Folio 64 del c2

² Folio 26 del c2.

³ Folio 28 del c2

⁴ Folio 29 del c2

⁵ Folio 30 del c2

⁶ Folio 31 del c2

⁷ Folio 32 del c2

oportuna, perita, diligente e idónea, lo que se traduce en una falla en la presentación del servicio médico e institucional, generando daños INMATERIALES a los demandantes.

2. *Declarar que la señora MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES Y LOS DEMÁS DEMANDANTES SUFRIERON LOS SIGUIENTE DAÑOS DERIVADOS DEL ACTUAR CON CULPA DE LA DEMANDADA:*

- *MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES presento accidente cerebro vascular (ACV) NO TRATADO DE MANERA INTEGRAL Y OPORTUNA, Y POR ELLO, con compromiso cognitivo multidominio (atención, memoria, praxis, gnosias y funciones ejecutivas) que comprometen significativamente su funcionalidad siéndole diagnosticado un trastorno neurocognitivo vascular mayor, también denominado “demencia vascular”.*
- *MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES sufrió secuelas causadas por el accidente cardiovascular ANTERIOR que sufrió la señora MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES, de carácter irreversible y sin tratamiento medico o quirúrgico alguno.*
- *MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES presenta discapacidad mental absoluta, que implica que la señora ha perdido sus capacidades cognitivas, de raciocinio, memoria, análisis, juicio, razonamiento, toma de decisión, e implica que en los términos de la ley 1306 de 2009, se encuentra capacitada para manejar o disponer de sus bienes, y en general, para disponer de sus derechos, de cumplir obligaciones, de determinarse por sí sola, siendo necesario de un cuidador permanente que garantice su cuidado y un curador para la salvaguarda de sus derechos.*
- *Que MARIA DORA ORTÍZ DE PUENTES perdió sus capacidades mentales y a la vez se ha visto abocada a una vida indigna.*
- *Que la señora MARIA DORA ORTÍZ DE PUENTES presenta daño o perjuicio anatómico funcional que se le ha causado en su cuerpo, en su anatomía, en su biología; daño evidente en el trastorno neurocognitivo vascular mayor, también denominado demencia vascular, hemiatrofia izquierda, como consecuencia de la mala praxis médica, que le impide que ésta cumpla cabalmente con las funciones para las cuales se encuentra destinado anatómicamente.*
- *Que MARIA DORA ORTÍZ DE PUENTES ha sufrido grave daño psicológico, daño en su salud mental, en su esfera psicológica, evidente en patologías como la demencia y la depresión derivada de la misma, depresión reflejada en sus actuares, los episodios de ansiedad y de tristeza, entre otros, circunstancias estas que al ser analizadas ya han pasado al plano patológico.*
- *Que MARIA DORA ORTÍZ DE PUENTES ha sufrido Daño a la vida de relación evidente en su vida en general ya que su vida social ha cambiado, tiene conductas de evitación social, de aislamiento social, no frecuenta a los que eran sus amigos; ha dejado de realizar sus actividades cotidianas.*
- *Que la señora MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES ha sufrido daño estético evidente en el hecho que físicamente y en sus movimientos es ahora diferente al común, camina y se desplaza con una dificultad tal que genera diferencia dentro del conglomerado social, llama la atención de manera negativa para sí misma.*
- *Que los familiares y amigos de la señora MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES, se han visto afectados de manera suma con los hechos narrados, los demandantes GIEGO JIMÉNEZ ORTÍZ, JAIRO ALBERTO JIMÉNEZ ORTÍZ, LUZ ANDREA JIMÉNEZ MUÑOZ, VERÓNICA JIMENEZ BUSTACARA, LORENA ALEJANDRA JIMÉNEZ ROJAS, DIEGO ANDRÉS JIMÉNEZ ROJAS y ELIZABETH ROJAS JIMÉNEZ en calidad de hijos, nietos, nuera y amiga, como consecuencia de los daños generados están inmersos en una profunda aflicción, desconsuelo, angustia, amargura, desesperanza, dolor, tristeza, incertidumbre y zozobra de conocer el irreparable daño causado por la entidad demandada.*

3. *Declarara en consecuencia que existió una FALLA EN EL SERVICIO imputable a la entidad demandada, debido a una prestación negligente, imperita, imprudente, inoportuna, no idónea y con violación o desconocimiento de la Lex Artis aplicable al caso.*
4. *En concordancia con ello, declarar que los daños neurológicos y demás derivados ocurridos en la señora MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES, se debieron, se generaron y fueron influidos de manera determinante por la atención médica institucional que le prestó la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.*
5. *Declarar que los demandantes MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES, DIEGO JIMÉNEZ ORTIZ, JAIRO ALBERTO JIMÉNEZ ORTIZ, LUZ ANDREA JIMÉNEZ MUÑOZ, VERÓNICA JIMÉNEZ BUSTACARA, LORENA ALEJANDRA JIMÉNEZ ROJAS, DIEGO ANDRÉS JIMÉNEZ ROJAS y ELIZABETH ROJAS JIMÉNEZ sufrieron daños antijurídicos en sus ASPECTOS INMATERIALES, generados por la atención que la demandada le prestó a la señora MARÍA DORA ORTIZ DE PUENTES.*
6. *Declarar en consecuencia, administrativa y patrimonialmente responsable a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E de los DAÑOS Y PERJUICIOS INMATERIALES causados a los demandantes MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES, DIEGO JIMÉNEZ ORTIZ, JAIRO ALBERTO JIMÉNEZ ORTIZ, LUZ ANDREA JIMÉNEZ MUÑOZ, VERÓNICA JIMÉNEZ BUSTACARA, LORENA ALEJANDRA JIMÉNEZ ROJAS, DIEGO ANDRÉS JIMÉNEZ ROJAS y ELIZABETH ROJAS”.*

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

- i. La señora MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES nació el 12 de septiembre de 1935, en la ciudad de Girardot, contaba para el momento de los hechos con 80 años de edad. Era madre de los señores DIEGO JIMENEZ ORTIZ Y JAIRO ALBERTO JIMENEZ ORTIZ; abuela de LUZ ANDREA JIMENEZ MUÑOZ, VERONICA JIMENEZ BUSTACARA, LORENA ALEJANDRA JIMENEZ ROJAS y, DIEGO ANDRÉS JIMÉNEZ ROJAS; amiga y suegra de ELIZABETH ROJAS.
- ii. Aproximadamente a las 16 horas del día 9 de octubre de 2016, la paciente presenta desviación de la hemicara a la derecha, y los músculos de la cara al lado izquierdo sin fuerza excepto los de la frente; además sentía que no podía hablar bien, además de sensación “como de corriente” en el lado izquierdo del cuerpo.
- iii. Por esta razón la señora MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES acompañada de DIEGO JIMENEZ ORTIZ, consultó al servicio de urgencias del HOSPITAL PABLO VI DE BOSA, perteneciente a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE. Llegó por sus propios medios y consciente. Ingresó minutos después de las 16 horas del día 9 de octubre de 2016 y sólo fue atendida en el triage a las 17 horas, triage que fue atendida por una auxiliar o una enfermera, quien la clasificaba como triage 3.
- iv. La paciente MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES fue atendida por el médico LUISA FERNANDA HERNANDEZ HERRERA, quien se identifica con la cédula de ciudadanía número 1032424901 y registro médico de igual número, hasta las 17+33 horas del día 9 de octubre de 2016 . La paciente se encontraba en el SGSSS, como cotizante en la EPSA SALUD TOTAL SA.
- v. La paciente ingresó con Glasgow de 15/15 y alerta, en el examen físico realizado se encontró: normocéfala, sin ptosis palpebral, con adecuada oclusión del párpado, con reflejo corneano presente. Las pupilas estaban isocóricas y normorreactivas a la luz y a la acomodación. La señora MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES presentaba desviación de la hemicara hacia la

izquierda, evidente en la desviación de la comisura labial a la izquierda. El déficit neurológico focal presentado por la señora MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES, era sugestivo de ACV.

- vi. A la señora MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES no se le realizó durante su evaluación inicial una glucometría y niveles séricos de electrolitos (sodio, potasio, calcio y cloro). No se le exploró la presencia o no de fenómeno o signo de bell. No se le determinó la presencia o no de parálisis o paresia de la musculatura de la frente. El examen neurológico fue incompleto o imperito. La médica LUISA FERNANDA HERNANDEZ HERRERA, hizo un análisis imperito y no idóneo del caso, concluyendo de manera errada que la paciente cursaba con una parálisis facial periférica, cuando en realidad cursaba con una parálisis central.
- vii. Las causas de parálisis facial central son, en general, el evento cerebrovascular, los tumores y las infecciones del sistema nervioso central. Todas ellas patologías graves. La señora MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES debió ser remitida de inmediato para la atención de su patología, la lex artis recomienda que los pacientes con ataque cerebrovascular isquémico agudo sean atendidos en unidades especializadas para disminuir la mortalidad, dependencia y el requerimiento de atención institucional. La señora MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES fue dada de alta cursando con un ACV isquémico, que ameritaba tratamiento inmediato, urgente y perito en nivel superior.
- viii. La lex artis media ad hoc, recomienda que todos los pacientes con sospecha clínica de ataque cerebrovascular que se encuentren dentro de los 4.5 primeras horas de inicio de los síntomas, sean transportados de forma inmediata y directa al centro más cercano con capacidad de administrar terapias de recanalización de arteria afectada. La lex artis médica recomienda que los servicios de atención de urgencias diseñen e instauren un protocolo que permita agilizar y proporcionar el tratamiento adecuado de los pacientes con ataque cerebrovascular isquémico agudo. La SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE, no tenía diseñado e instaurado en el HOSPITAL PABLO VI de Bosa protocolo alguno al respecto del manejo de pacientes con ataque cerebrovascular isquémico agudo.
- ix. La conducta desplegada por el médico tratante, en las instalaciones del HOSPITAL PABLO VI, fue aplicar a la paciente corticoide intramuscular (esteroides), y dar salida a la paciente, a pesar de los hallazgos y descripciones y de la presencia de prolongación de los tiempos de llenado vascular periférico. Al paciente se le dio salida a las 17+58 horas, del 9 de octubre de 2016, después de aplicarle el medicamento corticoide (esteroide) intramuscular ordenado. La fórmula emitida registra los medicamentos aciclovir tabletas de 200 mg, prednisolona en tabletas de 5 mg y cromoglicato de sodio solución oftálmica. La prednisolona es un esteroide. La lex artis no recomienda el uso de esteroides para el tratamiento de los pacientes con ataque cerebrovascular isquémico agudo.
- x. El día 10 de octubre de 2016, la señora MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES presento vomito, “desmayo”, pérdida de la fuerza en el hemicuerpo izquierdo y pérdida de la conciencia y la familia notó que la paciente no podía mover el miembro superior izquierdo y el miembro inferior izquierdo. Por este motivo los familiares la llevaron de nuevo al servicio de urgencias del HOSPITAL PABLO VI DE BOSA, perteneciente a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE, a las 12 horas aproximadamente.
- xi. La paciente ingresó diaforética con desviación de la comisura labial a la izquierda, hemiparesia izquierda, babinsky izquierdo positivo, somnolienta, sin respuesta verbal, sin responder a estímulos dolorosos y con un Glasgow de 9/15. La médica registra en la historia clínica que, ingresó paciente con clínica de ACV en ventana terapéutica por lo cual se hace traslado primario al POLICLÍNICO DEL OLAYA. Se recomienda la monitorización intensiva continua no invasiva en pacientes con ataque cerebrovascular isquémico agudo. Lo anterior no se llevó a cabo en la señora MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES. No es cierto, como lo refiere la

historia clínica, que la paciente estuviera en la ventana terapéutica pues ya se había perdido la oportunidad terapéutica acorde a la *lex artis*. La ventana terapéutica para tratar un ACV es de seis horas máximo.

- xii. La paciente fue remitida al POLICLÍNICO DEL OLAYA, por la EPS SALUD TOTAL. EL POLICLÍNICO DEL OLAYA pertenece a la persona jurídica CPO SA. Esta remisión fue inadecuada ya que el POLICLÍNICO DEL OLAYA, no contaba con los recursos necesarios para la atención adecuada e integral de la paciente. La paciente ingresó al POLICLÍNICO DEL OLAYA a las 12+56 horas del día 10 de octubre de 2016. En el POLICLÍNICO DEL OLAYA se diagnostica una enfermedad cerebrovascular.
- xiii. Acorde a lo anterior, ya no había ventana terapéutica, la misma se había perdido por el paso del tiempo y por tanto el pronóstico vital y neurológico de la paciente había empeorado de manera dramática. La señora MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES, fue remitida desde el POLICLÍNICO DEL OLAYA a la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS para ser valorada por neurología. El día 11/10/2016 a las 09:54:24, en las instalaciones de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS, la paciente en su historia clínica registraba los siguientes diagnósticos: ACV ISQUÉMICO AGUDO EN TERRITORIO DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA DERECHA PORCIÓN CON TRANSFORMACIÓN HEMORRÁGICA PETEQUIAL CONFLUENTE.
- xiv. En el HOSPITAL FUNDACIÓN SAN CARLOS, el día 11 de octubre de 2016, es valorada por la Dra. SUSANA LOZANO, neuro psicóloga quien registró que la señora MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES presentó un accidente cerebro vascular (ACV) con compromiso cognitivo multidominio (atención, memoria, praxias, gnosias y funciones ejecutivas) que comprometen significativamente su funcionalidad siéndole diagnosticado un trastorno neurocognitivo vascular mayor, también denominado (demencia vascular).
- xv. Las secuelas causadas por el accidente cardiovascular que sufrió la señora MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES, son de carácter irreversible y no tienen tratamiento médico o quirúrgico alguno, presentando una discapacidad mental absoluta, que implica que la señora ha perdido sus capacidades cognitivas, de raciocinio, memoria, análisis, juicio, razonamiento, toma de decisión e implica que en los términos de la ley 1306 de 2009, se encuentra incapacitada para manejar o disponer de sus bienes, y en general, para disponer de sus derechos, de cumplir obligaciones, de determinarse por sí sola, siendo necesario de un cuidador permanente que garantice su cuidado y un curador para la salvaguarda de sus derechos.
- xvi. El día 11 de septiembre de 2017, se presentó demanda de INTERDICCIÓN POR DISCAPACIDAD MENTAL ABSOLUTA de la señora MARIA DORA ORTIZ, promovida por DIEGO JIMENEZ ORTIZ Y JAIRO ALBERTO JIMENEZ ORTIZ, correspondiéndole al juzgado veintiséis (26) de familia de Bogotá, la cual fue admitida el 30 de noviembre del mismo año. Mediante auto de 15 de junio de 2018, el juzgado decreto la interdicción provisoria de la señora MARIA DORA ORTIZ y en consecuencia designo como curador provisorio al señor DIEGO JIMENEZ ORTIZ.
- xvii. La señora MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES ha sufrido grave daño psicológico, daño en su salud mental, en su esfera psicológica, evidente en patologías como la demencia y la depresión derivadas de la mismas, depresión reflejada en sus actuares, los episodios de ansiedad y de tristeza, entre otros, circunstancias estas que al ser analizadas ya han pasado al plano patológico. Ha sufrido daño a la vida de relación evidente en su vida en general ya que su vida social ha cambiado, tiene conductas de evitación social, de aislamiento social, no frecuenta a los que eran sus amigos; ha dejado de realizar sus actividades cotidianas. Ha sufrido un daño estético, evidente en el hecho que físicamente y en sus movimientos es

ahora diferente al común, camina y se desplaza con una dificultad tal que genera diferencia dentro del conglomerado social, llama la atención de manera negativa para sí misma

- xviii. Los familiares y amigos de la señora MARIA DORA ORTIZ DE PUENTES, se han visto afectados de manera suma con los hechos narrados, los demandantes DIEGO JIMENEZ ORTIZ, JAIRO ALBERTO JIMENEZ ORTIZ, LUZ ANDREA JIMENEZ MUÑOZ, VERONICA JIMENEZ BUSTACARA, LORENA ALEJANDRA JIMENEZ ROJAS, DIEGO ANDRES JIMENES ROJAS Y ELIZABETH ROJAS JIMÉNEZ en calidad de hijos, nietos, nuera y amiga, como consecuencia de los daños generados están inmersos en una profunda aflicción, desconsuelo, angustia, amargura, desesperanza, dolor, tristeza, incertidumbre y zozobra de conocer al irreparable daño causado por la entidad demandada.

6.2. La CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA:

DEMANDADO	CALIDAD
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E. El Hospital Pablo VI de Bosa, Bogotá pertenece a esta entidad.	Demandado principal

6.2.1. CONTESTACIÓN SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.

“Me opongo a todas y cada una de las pretensiones invocadas por carecer de fundamento fáctico y legal que las ampare, además de ser temerarias teniendo en cuenta las verdaderas circunstancias médicas padecidas por la paciente María Dora Ortiz de Puentes quien acudió en principio el día 09 de octubre de 2016 con 03 semanas de evolución de tinnitus oído izquierdo, siendo atendida por la galena Luisa Fernanda Hernández Herrera, encontrando paciente de 80 años, con desviación de comisura labial izquierda no otros síntomas. Al no presentar déficit neurológico ni clínico de accidente cerebro vascular (acv) se dio egreso.

Reingresando al día siguiente, 10 de octubre de 2016 sobre las 12 m en compañía de su hijo con cuadro clínico de 03 horas aproximadamente de evolución de pérdida de fuerza y sensibilidad de hemicuerpo izquierdo asociado a episodio emético de contenido alimentario, no refirió otros síntomas asociados ingresando en silla de ruedas. Como se observa son dos situaciones clínicas diferentes y no como soterradamente lo indica el apoderado demandante, quien pretende evidenciar o extender la situación clínica padecida en el reintegro a síntomas de accidente cerebro vascular, pretendiendo hacer ver que hubo un mal diagnóstico desconociendo que el egreso de la paciente se efectuó al no presentar déficit neurológico ni clínico de ACV tal como se observa en la historia clínica (...).

En consecuencia, solicito al señor Juez de instancia se sirva negar las pretensiones y se condene a la parte actora al pago de las costas y costos del medio de control instaurado por ser temerario y evidenciarse ausencia de responsabilidad administrativa de mi representada en la atención médica brindada a la paciente María Dora Ortiz de Puentes cuando consultó el 09 de octubre de 2016 por tinnitus; síntoma u orígenes en causas o problemas en el oído externo, medio o interno y para el cual se le dio el manejo conducente y pertinente de acuerdo al criterio médico de la profesional que la atendió (...).”

Propuso como **excepciones** las siguientes:

TÍTULO	CONTENIDO
CADUCIDAD	Para el caso que nos ocupa el togado demandante enrostra que mi representada prestó servicios de salud a la paciente María Dora Ortiz de Puentes los días 09 y 10 de octubre de 2016, es decir que los dos

	<p>años vencían el 10 de octubre de 2018; no obstante, la constancia 199 de 2018 expedida por la Procuraduría Primera Judicial II para asuntos administrativos data del 29 de octubre de 2018 la cual fue declarada fallida, es decir que para ese momento se encontraba caducada la acción que nos ocupa.</p> <p>Como el escrito de conciliación se presentó el 17 de septiembre, el término de caducidad se suspendió por 1 mes y 21 días. Fue declarada fallida el 29 de octubre, reanudando los términos el día siguiente. Es decir que la caducidad para mi representada venció el día 19 de noviembre, por lo que habrá de concederse la caducidad de la acción frente a la única demandada, mi representada Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., petición que ruego en favor de esta.</p>
<p>INDEBIDA INTEGRACIÓN DEL CONTRADICTORIO O FALTA DE INTEGRACIÓN DEL LITISCONSORCIO NECESARIO</p>	<p>Como se expresa en el escrito invocado, la señora María Dora Ortiz de Puentes se encontraba afiliada a SALUD TOTAL EPS SA como ente asegurador de la paciente, es su responsabilidad garantizar que su red de prestadores contratada brinde el servicio a sus afiliados, a través de instituciones prestadoras de salud IPS tengan un acceso efectivo y velar por su adecuada prestación, y, frente al Policlínico del Olaya fue la entidad que en verdad brindó la atención en salud requerida.</p>
<p>INEXISTENCIA ABSOLUTA DE RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA</p>	<p>La paciente fue atendida en dos fechas diferentes y por patologías disímiles, no como lo pretende insinuar el togado demandante que relaciona en el escrito que nos ocupa. Además pretende desconocer que las enfermedades cerebrovasculares son de mayor prevalencia en la población adulta mayor de 65 años.</p> <p>Desconocer la atención y servicios de salud brindados en su oportunidad en una entidad de primer nivel de atención argumentando responsabilidad extrayendo citas de la historia clínica y sin establecer contundentemente la responsabilidad, está llamada al fracaso pues desconoce que el servicio de salud es de medios, y no de resultado.</p>
<p>PÉRDIDA DE CHANCE DE CURACIÓN</p>	<p>La enfermedad que para el caso es una paciente mayor adulta con múltiples complicaciones médicas, recordamos que inicialmente consultó por tinnitus y la consulta que la llevó a una entidad de salud de mayor grado de complejidad fue una evolución de 3 horas de pérdida de fuerza y sensibilidad de hemicuerpo izquierdo. Así las cosas nada tenía que ver la atención del día 09 de octubre con este. Solicita condenar a costas a la parte actora.</p>
<p>CUMPLIMIENTO DE UN DEBER LEGAL, MORAL Y ÉTICO</p>	<p>Solicito se sirva negar las pretensiones y se condene a la parte actora al pago de las costas por ser temerario y evidenciarse ausencia de responsabilidad administrativa de mi representada cuando el 09 de octubre de 2016 consultó por Tinnitus y para el cual se le dio el manejo conducente y pertinente de acuerdo al criterio médico de la profesional que la atendió.</p>
<p>EL EQUIPO MÉDICO REALIZÓ TODAS LAS ACTIVIDADES NECESARIAS PARA SALVAR LA VIDA DEL PACIENTE</p>	<p>La doctrina ha señalado que la responsabilidad del médico es de medios y no de resultado, por lo que corresponde al profesional de la salud poner a disposición de su paciente todo su conocimiento y habilidad para hacer el diagnóstico y establecer el plan de manejo de acuerdo a esa convicción. La médica de la institución realizó todas las actividades posibles de acuerdo con la situación clínica de la paciente, situación que se evidencia en la atención brindada en sus visitas.</p>
<p>INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL</p>	<p>De la información contenida en la historia clínica se evidencia claramente que la médica realizó todas las actividades que le eran exigibles de acuerdo con los hallazgos clínicos, no escatimó esfuerzos para brindar la mejor atención y cuando se requirió mayor grado de</p>

	complejidad la misma galena acompañó a la paciente al policlínico del Olaya. No está demostrado el nexo entre el desenlace y la atención médica brindada.
HECHO DE UN TERCERO (HIJOS PACIENTE)	La paciente ingresó el 10 de octubre con una evolución de la patología de 3 horas o más aproximadamente, entonces la ventana terapéutica aludida por el abogado se torna desde cuando ingresó al servicio de urgencias y no desde el momento en que fueron evidencias los síntomas del ACV, o fue la negligencia de sus acudientes de llevarla lo antes posible, ya que duró más de tres horas para ser llevada al centro médico hoy demandado. La demora no fue por omisión de mi representada sino por la tardanza al llevarla al centro médico asistencial. Es claro que la versión dada al momento de ingreso que se demoró en el traslado de la señora porque ella vive o vivía en un tercer piso y solo no podía bajarla por las escaleras, solo hasta que llegó su hermano para ayudarlo a bajarla; no puede este hecho imputarse a mi representada.
INEXISTENCIA DE PERJUICIOS A FAVOR DE LA DEMANDANTE	No se le ocasionó a la demandante ningún perjuicio, antes, por el contrario, se actuó de manera diligente con el ánimo de facilitarle una mejor calidad de vida, pues la patología de tinnitus del oído izquierdo recibió el trato médico pertinente.

6.3. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

6.3.1. Demandante:

Efectivamente, los hijos, nietos y nuera de la señora María Dora Ortiz iniciaron una acción de responsabilidad para que se declare si hubo responsabilidad por parte del demandado. Tenemos que partir de las siguientes preguntas:

1. ¿La señora María Dora Ortiz consultó de manera oportuna a los servicios de salud?
2. ¿Los servicios de salud atendieron de la manera correcta a la señora Maria Dora y se brindó el tratamiento adecuado para este tipo de casos?
3. ¿Los familiares sufrieron daños antijurídicos y da lugar para que se impute este daño a la demandada?

Lo resolvemos de la siguiente manera.

Efectivamente, con la demanda se aportó una guía de consenso de diagnóstico y tratamiento agudo del accidente cerebrovascular isquémico del año 2012 que empieza con un concepto fundamental: Tiempo es cerebro. Expresa que el tratamiento del accidente cerebrovascular debe considerarse una emergencia médica y se tienen que evitar los retrasos. Debe ser el objetivo principal de la fase prehospitalaria y hospitalaria el evitar cualquier tipo de retraso. Por eso es tan importante que se reconozca de manera oportuna, adecuada e idónea los signos y síntomas secundarios al evento cerebrovascular. Esto tanto por el paciente, familiares, pero sobre todo al personal de salud pues tienen el tratamiento adecuado.

Hay tres tipos de guías aportadas dentro del proceso. Otra guía es la de Ministerio de Salud 2015 para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo de ataque cerebrovascular en mayores de 18 años, efectivamente señala en el punto 15.3 que debe considerarse el traslado a un centro especializado en ACV en pacientes que presenten por lo menos uno de los siguientes síntomas de ACV agudo, y señala que son:

1. Debilidad o desviación unilateral de miembro inferior o superior
2. Dificultad para hablar o hablar trabado, y
3. Parálisis facial

En este caso, acudió como perito una neuróloga clínica especializada en neurología clínica, quien muy detalladamente explicó lo que encontró en la historia clínica para ese 9 de octubre de 2016. A ella se le preguntó si la Señora Maria Dora había sido llevada de manera oportuna a los servicios, a lo que dijo que sí. Se le preguntó también qué pasó en el servicio cuando lo atendieron. Encontró que se hizo un examen físico aceptable, que describió cómo la señora tenía una desviación labial hacia la izquierda, pero que no presentaba compromiso del párpado, no había caída del párpado, y ese solo hecho de que no se hubiera afectado el tercio superior de la cara indicaba que la parálisis facial que presentaba era una parálisis central y no periférico como erróneamente se interpretó por la médica.

Se encontró según la médico testigo y la perito que existe esa mnemotecnia llamada FAST, en la que si uno encuentra una alteración en la cara, pérdida de movilidad de los brazos o habla, si observas alguna, no toda de estas señales, el paciente debe ser llevado a un centro especializado en manejo de ACV, pues solo tiene una ventana terapéutica de 4.5 horas para que el medicamento que disuelve el trombo evite la muerte de las neuronas.

Este tiempo implicaba que los servicios de urgencia, llevados por médicos generales, estos médicos deben saber teniendo en cuenta que los ACV son la tercera causa de morbimorbilidad en Colombia los síntomas. La médica que la atendió dijo que eran más las parálisis faciales, pero no. En lo que debe pensar el médico es en los ACV que es lo más grave. Como actuó el 10, la Dra. tenía que haber actuado el 9. El 9 no se le dio recomendaciones o signos de alarma. Estos no quedaron expresos. El 10 la situación de la paciente ya era grave. El día 10, cuando se consultó al hospital ya estaba por fuera de la ventana terapéutica.

Esto trajo como consecuencias, probadas, las siguientes: Se hizo una valoración de pérdida de capacidad que arrojó un 85% de pérdida. Tenía malas condiciones generales, se desplazaba en silla de ruedas, mutismo, no movía el lado izquierdo, usaba pañal, no tenía lenguaje oral. Dentro de la valoración que hizo el departamento de psiquiatría y psicología el 24 de octubre de 2018, la médico psiquiátrica encontró que tenía un compromiso mental extenso con escaso lenguaje oral, alteraciones cognitivas, incapacidad de hacer cálculos sencillos, analogías y refranes. Dijo que tenía una discapacidad mental absoluta. Las diferentes valoraciones señalan inextenso lo grave del compromiso neurológico del accidente.

La familia empezó a ayudarla y a tenerla en diferentes sitios. Queda demostrado las diferentes interacciones de la señora Maria Dora como nuera, madre y abuela; y como había una interacción familiar que se fue apagando, muriendo, dados los daños que sufrió la señora María Dora Ortiz. Considero que están demostrados a lo largo de todo el proceso los elementos axiológicos de la responsabilidad del Estado. Hubo una falla en el servicio médico que generó unas afectaciones neurológicas de la paciente. Solicito que acceda a las pretensiones de la parte demandante.

6.3.2. SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.

Reitero las precisiones del escrito de la demanda. Se reitera que la demandada entre ellos la unidad de servicios de salud Pablo VI de Bosa no tuvo responsabilidad en los hechos relativos a la señora María Dora Ortiz. La parte actora fundamenta sus acusaciones en que el hospital Pablo VI de Bosa, causó perjuicios a la madre del demandante con motivo de la atención en urgencias brindada en dos oportunidades por patologías consideradas diferentes; en dos escenarios diferentes el 9 y 10 de octubre de 2016.

Es de recordar que para que exista responsabilidad el suceso debe ser predecible, debe atribuírsele negligencia. En el ámbito de la medicina, en tratamientos médicos si hay anomalías en el cuerpo humano no previsibles pueden dar lugar a situaciones de caso mayor o caso fortuitos ajenos a la buena diligencia del médico tratante.

El 9 de octubre de 2016 la paciente acude para valoración de Tinnitus oído izquierdo. Al no presentar síntomas de ACV, se dio egreso. Salió en buenas condiciones de salud. Al día siguiente a las 12 M en compañía de su hijo reingresa con 3 horas de evolución de pérdida de fuerza y sensibilidad de hemicuerpo izquierdo. El 10 de octubre la profesional que la atendió dio el tratamiento pertinente de acuerdo a las necesidades críticas. Infortunadamente ante la avanzada edad de la paciente y la demora al llevarla al establecimiento médico, si se presentó alguna demora no fue por culpa u omisión de mi representada sino por la tardanza de llevarla al centro asistencial por parte de los demandantes. Ella no fue llevada a los centros de salud sino hasta que llegó uno de sus hijos para ayudarla a bajar. Esto no puede ser un hecho imputable a mi representada para quebrantar el término de horas en que aduce se tenía como ventana terapéutica para su atención oportuna.

El hospital usó todos sus recursos físicos y clínicos a fin de brindar una atención adecuada a la paciente de acuerdo al cuadro clínico presentado. Esto quedó claro tanto en la historia clínica como en el testimonio de la Dra Luisa Fernanda Hernández Herrera, por ende se le dio egreso con recomendación y signos de alarma, confirmado esto por la misma galena. Al ingreso de más de 12 horas de evolución, y teniendo en cuenta la salud de la señora María Dora, se realizó el traslado inmediatamente sin hacer ninguna solicitud administrativa.

De esta manera se debe analizar que era una obligación constitucional de mi representada brindar la atención de urgencia al margen del grado de complejidad de la unidad prestadora de servicios de salud Pablo VI Bosa el cual se afirma, es una unidad prestadora de servicios de primer nivel, razón por la cual la paciente fue remitida a una entidad de mayor complejidad. Por todos los argumentos expuestos, y el contenido del acervo probatorio, doy por sustentados los alegatos finales de conclusión y solicito respetuosamente que se absuelva a mi representada.

6.3.3. CONCEPTO DEL MINISTERIO PÚBLICO:

El artículo 90 de la constitución dispone que el Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción u omisión de las autoridades públicas y por ende la responsabilidad del Estado se hace patente cuando se configura un daño el cual deriva calificación de antijurídico cuando el sujeto que lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar tal perjuicio.

La jurisprudencia del Consejo de Estado ha expresado que tratándose de supuestos en los que se discute la declaratoria de responsabilidad estatal con ocasión de actividades médico asistenciales, la responsabilidad patrimonial que le incumbe al Estado se debe analizar bajo el régimen de la falla probada en el servicio, a la cual se ha agregado que en atención al carácter técnico de la actividad médica y a la dificultad probatoria que ello conlleva, el nexo de causalidad puede acreditarse de diversas maneras en especial mediante la utilización de indicios que no en pocas ocasiones constituyen el único medio probatorio que permite establecer la presencia de la falla endilgada.

Es por ello que la falla en la prestación del servicio médico asistencial debe estar demostrada y dicha carga corresponde a la parte actora, de manera que hay lugar a declarar la responsabilidad del Estado por falla del servicio médico asistencial cuando se configuran tres elementos esenciales, a saber:

- a. La existencia de un daño que implique lesión de un bien jurídicamente tutelado,
- b. Una ausencia en la prestación del servicio, omisión, retardo, irregularidad ineficiencia del mismo
- c. Una relación de causalidad entre el daño y la falla.

La parte actora ha señalado en su escrito de demanda distintos errores que a groso modo podrían sintetizarse en un error de diagnóstico de parálisis facial periférica cuando correspondía en realidad a una parálisis facial central y que debió ser remitida por ser un ACV isquémico agudo desde la primera atención.

Según la historia clínica del Hospital Pablo VI se refiere que ingresó la señora María Dora por urgencias al Hospital de Bosa el día 9 de octubre indicando cuadro clínico de 3 semanas de evolución de tinnitus en oído izquierdo asociado el día de hoy a desviación de comisura labial; lagrimeo del ojo izquierdo sin otros síntomas asociados. Se dio como análisis del cuadro clínico que presenta desviación en la comisura labial izquierda, no otra alteración, fuerza y sensibilidad conservada en las cuatro extremidades, clínica sugestiva de parálisis facial periférica, se dio una dosis de corticoides y manejo en casa. La paciente acude nuevamente al Hospital el día siguiente 10 de Octubre a las 12 del mediodía donde refiere cuadro clínico de aproximadamente 3 horas de evolución, pérdida de fuerza y sensibilidad de hemisferio izquierdo y no interacción con el medio, no refiere otros síntomas asociados. Ingresa en silla de ruedas, se traslada a reanimación, se determina que presenta un ACV, en ese momento en ventana terapéutica por lo tanto se determina su traslado al Policlínico del Olaya, en la historia clínica se registra que está en ventana terapéutica, y la paciente es remitida al Hospital San Carlos para ser valorada por neurología en donde se diagnostica demencia vascular o trastorno neurocognitivo vascular mayor.

Según el dictamen la atención médica provista en el Hospital de Pablo VI de Bosa fue inadecuada pues no se hizo un diagnóstico o manejo correcto inicial sino hasta el día siguiente cuando la ventana terapéutica ya había pasado y el infarto cerebral ya estaba instaurado. Sin embargo esta agencia observa que las atenciones brindadas el día 10 de octubre en el Hospital de Bosa y en el Hospital San Carlos fueron rápidas. Si bien en el control de dictamen la médico fue clara al señalar que la paciente Maria Dora Ortiz al momento de ingresar al hospital de Bosa el 9 de octubre se encontraba en la ventana terapéutica de 4.5 horas posteriores al inicio de los síntomas de un ACV y que al no recibir el diagnóstico de ACV perdió el 50% de oportunidad de recuperar su función motora y cognitiva, no obstante se advierte que la señora María Dora refirió en el momento de la atención el día 9 de octubre de 2016 como motivo de consulta que “amaneció maluqueada” y que ingresó al servicio de urgencias a las 12 del día; es decir que si para ese momento se estaba en presencia de un ACV como afirmó la médica perito, ya había pasado el periodo de ventana terapéutica.

En cuanto al 10 de octubre se verifica que se siguió el protocolo de ACV ante la identificación de los síntomas, es decir que, de acuerdo a la valoración de las pruebas en su conjunto, no se configura en criterio de esta agencia una pérdida de oportunidad en la atención; ni una atención inadecuada, pues no es claro que el ACV de estar sucediendo el 9 de octubre, no se hubiere causado en las horas de la mañana; mañana en la que la paciente no acudió al servicio médico que tan solo ingresa según historia clínica hasta el mediodía cuando acude al Hospital de Bosa por primera vez. Por lo cual, se solicita no acceder a las pretensiones, y se deja así rendido el concepto por parte de esta agencia.

2. CONSIDERACIONES

2.1. LAS EXCEPCIONES PROPUESTAS:

Respecto de las excepciones de **CADUCIDAD** e **INDEBIDA INTEGRACIÓN DEL CONTRADICTORIO O FALTA DE INTEGRACIÓN DEL LITISCONSORCIO NECESARIO**, este Despacho se remite a lo decidido en auto del 9 de marzo de 2022.

En cuanto a las excepciones de **INEXISTENCIA ABSOLUTA DE RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA, PÉRDIDA DE CHANCE DE CURACIÓN, CUMPLIMIENTO DE UN DEBER LEGAL, MORAL Y ÉTICO, EL EQUIPO MÉDICO REALIZÓ TODAS LAS ACTIVIDADES NECESARIAS PARA SALVAR LA VIDA DEL PACIENTE, INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL e INEXISTENCIA DE PERJUICIOS A FAVOR DE LA DEMANDANTE**, 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.

La excepción **HECHO DE UN TERCERO (HIJOS PACIENTE)**, propuesta por la parte demandada, por tratarse de un eximente de responsabilidad, se estudiará sólo en el evento en que aquella se configure. Por ende, se procederá a determinar si en el sub examine si se verifican todos y cada uno de los presupuestos que permitan la responsabilidad de las demandadas.

2.2. LA RAZÓN DE LA CONTROVERSIA:

Conforme a lo establecido en la FIJACIÓN DEL LITIGIO, se busca establecer si la entidad demandada SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE es o no responsable por los presuntos daños inmateriales causados a los demandantes con ocasión de la presunta atención médica insuficiente, inoportuna, imperita, no diligente e inidónea a la señora María Dora Ortiz de Puentes.

Surge entonces el siguiente problema jurídico:

¿Debe responder la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E., por los daños causados a los demandantes con ocasión de la presunta atención médica insuficiente, inoportuna, imperita e inidónea?

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:**

- ✓ María Dora Ortiz de Puentes era madre de Diego Jiménez Ortiz y Jairo Alberto Jiménez Ortiz; abuela de Luz Andrea Jiménez Muñoz, Verónica Jiménez Cara, Lorena Alejandra Jiménez Rojas y Diego Andrés Jiménez Rojas; y suegra de la señora Elizabeth Rojas Jiménez.
- ✓ De acuerdo con la Guía de Manejo de la enfermedad cerebrovascular, la Fundación Hospital San Carlos dictaminó en junio de 2010 que esta

enfermedad era un cuadro clínico caracterizado por la aparición relativamente súbita de cualquiera de los síntomas siguientes:

- 1) Debilidad o torpeza en un lado del cuerpo.
- 2) Dificultad en la visión por uno o ambos ojos.
- 3) Severa cefalea no usual en el paciente
- 4) Vértigo o inestabilidad
- 5) Disartria y alteraciones del lenguaje
- 6) Alteraciones de la sensibilidad

Se indica que el inicio súbito de los síntomas neurológicos es el marcador diagnóstico más importante en ECV. El 70%-80% de todos las ECV son del tipo isquémico.

- ✓ La guía práctica clínica No. 54 de 2015 del Ministerio de Salud para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo de ataque cerebrovascular isquémico en población mayor a 18 años, vigente para el año 2016 (fecha de ocurrencia de los hechos)., estableció lo siguiente⁸:

Las evidencias más recientes acerca del episodio agudo del ataque cerebrovascular isquémico en población mayor de 18 años, indican que esta lesión es la segunda causa de muerte en el mundo después de la enfermedad isquémica del corazón y la tercera causa de años vividos con discapacidad. Se asocia en forma directa con aproximadamente 6.2 millones de muertes anuales y explica el 10.6% de la mortalidad mundial.

Ataque: Emergencia aguda y súbita

Ataque cerebral: Expresión acuñada para hacerse asimilable al ataque cardíaco. Su propósito es promover la idea de una “emergencia vital” que requiere atención inmediata en centro médico de nivel competente más cercano al sitio de la presentación.

Ataque Cerebrovascular (ACV): Término clínico para el uso en el cuidado prehospitalario y en los servicios de urgencia antes de categorizar su naturaleza (hemorrágica o isquémica).

Código de ataque cerebrovascular (CACV): Método de reconocimiento del ataque cerebrovascular. Orientado a la implementación de acciones destinadas a preservar la integridad del tejido cerebral mediante una atención integral y oportuna.

Déficit neurológico focal súbito/agudo: Anomalía funcional de un área del cuerpo debido a la disminución del funcionamiento del cerebro, la médula espinal, los músculos o los nervios.

La isquemia cerebral representa el 80% de los ataques cerebrovasculares (ACV) agudos en el mundo, convirtiéndola en la principal causa de enfermedad. Se produce cuando el aporte de oxígeno al encéfalo se ve disminuido o interrumpido. El tejido nervioso es especialmente vulnerable a la disminución del aporte de oxígeno debido a su alta tasa metabólica y a una pobre reserva energética. Eso lleva a que una vez el flujo sanguíneo cesa, el daño sea rápido e irreversible (después de aproximadamente 5 minutos).

Los procesos agudos en la enfermedad isquémica cerebral son de rápida sucesión. En general, el daño tisular está completamente establecido y delimitado en las primeras 48 a 72 horas. Con posterioridad al infarto cerebral, no existe regeneración tisular sino desarrollo

⁸ Punto 16 – Carpeta punto 16 expediente digital

de un proceso cicatricial. La recuperación funcional se debe principalmente a la reactivación del tejido nervioso cuando no sufre daño permanente y a la aparición de nuevas conexiones a través del proceso de plasticidad sináptica.

A la pregunta: ¿Cuál es la estrategia más efectiva para sospechar la presencia de un ataque cerebrovascular isquémico de origen arterial durante la atención pre hospitalaria?

- Se recomienda el uso de la escala de atención prehospitalaria LAPSS, o herramienta OPSS cuando no sea posible realizar la glucometría para la escala LAPSS.
- Se recomienda que los pacientes con sospecha de ataque cerebrovascular que se encuentren dentro de las **4.5 primeras horas al inicio de los síntomas sean transportados por los servicios médicos de emergencia de manera inmediata para aumentar las probabilidades de recibir terapias de reperfusión arterial.**

TERAPIA DE REPERFUSIÓN (TRP): Procedimiento terapéutico indicado en pacientes con ataque cerebrovascular con el fin de restablecer el flujo sanguíneo cerebral y mejorar los resultados mediante trombolisis intravenosa, intraarterial y trombectomía mecánica.

- Se recomienda que los servicios de atención de urgencias, diseñen e instauren un protocolo que permita agilizar y proporcionar el tratamiento adecuado de los pacientes con ataque cerebrovascular isquémico agudo. Una vez sea activado el protocolo en cualquiera de los niveles de atención, todos los miembros del equipo de salud involucrados deberán ser notificados para que cada quien haga lo suyo.
- La guía formula recomendaciones en todos los niveles de atención, así:

Nivel de complejidad bajo: Se suministra a los médicos generales y otros profesionales de la salud la información necesaria para realizar un diagnóstico adecuado, estandarizado y temprano del ataque cerebrovascular isquémico de origen arterial con indicaciones para el tratamiento y remisión temprana a un centro de mayor complejidad.

A la pregunta: ¿Cuál es la estrategia más efectiva para sospechar la presencia de un ataque cerebrovascular isquémico de origen arterial durante la atención pre hospitalaria?

Se recomienda el uso de la escala de atención prehospitalaria LAPSS (Los Angeles Prehospital Stroke Scale) en pacientes que presenten déficit neurológico focal súbito o de rápida instauración para sospechar la presencia de un ataque cerebrovascular agudo.

Se recomienda el uso de la herramienta OPSS (Ontario Prehospital Stroke Screening Tool) en escenarios clínicos en donde no sea posible realizar glucometría para aplicar la escala de atención prehospitalaria LAPSS.

Se recomienda aplicar la escala NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) para clasificar la severidad del ataque cerebrovascular isquémico agudo de origen arterial.

Se recomienda que todos los pacientes con sospecha clínica de ataque cerebrovascular que se encuentren dentro de las 4.5 primeras horas de inicio de los síntomas, sean transportados por los servicios médicos de emergencias de manera inmediata con nivel de prioridad 1 o alta con el objetivo de aumentar las probabilidades de recibir terapias de reperfusión arterial.

Se recomienda que los pacientes con sospecha clínica de ataque cerebrovascular isquémico, sean transportados de forma inmediata y directa al centro más cercano con capacidad de administrar terapias de recanalización arterial.

Una vez sea activado el protocolo en cualquiera de los niveles de atención, todos

los miembros del equipo de salud involucrados deberán ser notificados, con el fin que cada uno realice de forma autónoma y expedita su función. El código ACV debe ser activado a través de la notificación pre hospitalaria que realicen los servicios médicos de emergencias.

¿Cuáles son los estudios diagnósticos que permiten confirmar la presencia de ataque cerebrovascular isquémico agudo en los pacientes mayores de 18 años?

- Se recomienda realizar durante su evaluación inicial una glucometría y niveles séricos de electrolitos (sodio, potasio, calcio y cloro) para excluir condiciones que se confundan con ACV.
- Se recomienda una imagen cerebral TAC o DWI por resonancia magnética.
- Si el inicio de síntomas es de 4.5 a 6 horas de duración, la TAC puede incluir protocolo de perfusión para identificar el tejido potencialmente recuperable con terapias de reperfusión arterial (la fuerza y calidad de esta respuesta es débil y la evidencia que hay es muy baja)

Según la escala de Los Angeles Prehospital Stroke Screen (LAPSS), el tratamiento es el siguiente:

1. LOS ANGELES PREHOSPITAL STROKE SCREEN (LAPSS)

CRITERIOS DE TAMIZACIÓN

	SI	NO	DESCONOCIDO
1. Edad > 45 años			
2. Sin historia previa de convulsiones			
3. Inicio de síntomas neurológicos en las últimas 24 horas			
4. Paciente no usuario de silla de ruedas o postrado en cama			
5. Glucosa sérica entre 60 y 400 mg/dl			

1. EXAMEN: BUSQUE ASIMETRÍAS OBVIAS

	NORMAL	DERECHA	IZQUIERDA
SONRISA/GESTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cae	<input type="checkbox"/> Cae
FUERZA DE AGARRE			
débil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Agarre débil	<input type="checkbox"/> Agarre débil
agarre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sin agarre	<input type="checkbox"/> Sin agarre
DEBILIDAD EN MIEMBRO SUPERIOR			
abajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Se desvía hacia abajo	<input type="checkbox"/> Se desvía hacia abajo
rápidamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cae rápidamente	<input type="checkbox"/> Cae rápidamente
Paciente tiene sólo debilidad unilateral		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta a los ítems 4, 5, 6, 7, 8 y 9 fue Sí o desconocido se considera que el paciente cumple criterios de LAPSS para ACV.			

Según la herramienta para detección de ACV de Ontario (OPSS), debe considerarse el traslado a un centro especializado en ACV en pacientes que presenten **por lo menos uno** de los siguientes síntomas de inicio súbito de aparición de ACV agudo:

- Debilidad o desviación unilateral de miembro superior o inferior
- Dificultad para hablar o hablar trabado
- Parálisis facial (cara torcida)

Se indica que el propósito es que el paciente sea conducido dentro de las dos primeras horas del inicio de los síntomas (si puede fijarse exactamente el tiempo) o bien desde la última vez que el paciente fue visto en su estado usual de salud.

Según la herramienta National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS). Esta escala se aplica en orden:

1a Nivel de conciencia 0 = alerta 1 = obnubilado 2 = sin respuesta	4 Parálisis facial 0 = normal 1 = paresia menor 2 = paresia parcial 3 = parálisis completa	7 Ataxia 0 = ausente 1 = presente en un miembro 2 = en ambos miembros
1b Preguntas 0 = responde correctamente a ambas preguntas 1 = responde sólo una pregunta 2 = no responde ninguna	5a Fuerza brazo izquierdo 0 = sin déficit 1 = oscila antes de los 10 segundos 2 = cae antes de los 10 segundos 3 = no vence la gravedad 4 = sin movimiento	8 Sensibilidad 0 = normal 1 = pérdida leve 2 = pérdida significativa
1c Órdenes 0 = lleva a cabo ambas órdenes correctamente 1 = sólo una orden correctamente 2 = ninguna orden correctamente	5b Fuerza brazo derecho 0 = sin déficit 1 = oscila antes de los 10 segundos 2 = cae antes de los 10 segundos 3 = no vence la gravedad 4 = sin movimiento	9 Lenguaje 0 = normal 1 = afasia leve 2 = afasia grave 3 = afasia global
2 Mirada 0 = normal 1 = parálisis parcial de la mirada 2 = parálisis total de la mirada	6a Fuerza pierna izquierda 0 = sin déficit 1 = oscila antes de los 5 segundos 2 = cae antes de los 5 segundos 3 = no vence la gravedad 4 = sin movimiento	10 Disartria 0 = normal 1 = leve 2 = grave
3 Campo visual 0 = sin pérdida del campo 1 = hemianopsia parcial 2 = hemianopsia completa 3 = hemianopsia bilateral	6b Fuerza pierna derecha 0 = sin déficit 1 = oscila antes de los 5 segundos 2 = cae antes de los 5 segundos 3 = no vence la gravedad 4 = sin movimiento	11 Extinción/falta de atención 0 = normal 1 = leve 2 = grave

- ✓ Según el Consenso de Diagnóstico y Tratamiento Agudo del Accidente Cerebrovascular Isquémico realizado en Argentina, la escala LAPSS se utiliza en la etapa previa al hospital para seleccionar pacientes con posible diagnóstico de ACV. La escala NIHSS es para la cuantificación del déficit neurológico y posterior seguimiento de los pacientes⁹.
- ✓ En la Historia clínica del **9 de octubre de 2016** se anotó lo siguiente¹⁰:

La señora María Dora Ortiz de Puentes ingresó al Hospital Pablo VI de Bosa perteneciente a la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente el día 9 de octubre de 2016 a las 12 del mediodía. Refirió como motivo de la consulta: “*amanecí maluquiada*”. Ingresó en compañía de su hijo con cuadro clínico de 3 semanas de evolución de Tinnitus en oído izquierdo asociado ese día a desviaciones de comisura labial y lagrimeo de ojo izquierdo sin otros síntomas. En cuanto a sus signos vitales, se registró una tensión arterial de 127/74, y frecuencia cardiaca de 78. La paciente ingresó en estado consciente, alerta, con la siguiente escala de Glasgow: Verbal 5/5, Ocular 4/4, Motor 6/6 para un total de 15/15. Se indicó que la paciente tenía fuerza y sensibilidad conservada en sus 4 extremidades, no presentó déficit motor ni sensitivo aparente de focalización. En cuanto a apoyos diagnósticos se realizó un electrocardiograma convencional, glucosa en suero LCR u otro fluido diferente a la orina, Hemograma IV y uroanálisis con sedimento y densidad urinaria. Se le recetó aciclovir, cromoglicato sódico, dexametasona.

- ✓ En la Historia Clínica del **10 de octubre de 2016** se anotó lo siguiente¹¹:

La señora María Dora Ortiz ingresó nuevamente el 10 de octubre a las 12 del medio día, con cuadro clínico de 3 horas aproximadamente de evolución de pérdida de fuerza y sensibilidad de hemicuerpo izquierdo asociado a un episodio emético de contenido alimentario y no interacción con el medio. Ingresó en silla de ruedas y se traslada a sala de reanimación.

Paciente en mal estado general, diaforética, pupilas isocóricas normorreactivas a la luz, desviación de comisura labial izquierda.

Se indica textualmente lo siguiente: “Paciente femenina de 80 años de edad quien consulta el día de ayer por varios días de evolución de Tinnitus asociado el día de ayer a desviación de comisura labial izquierda epifora no otros síntomas. Al no presentar déficit neurológico ni clínica de ACV se dio egreso con sospecha de parálisis facial periférica. Reingresa nuevamente el día de hoy con cuadro clínico descrito (...). Presenta hemiparesia izquierda Babinski izquierdo positivo fuera de hemicuerpo derecho conservada. Neurológico: Paciente somnolienta no respuesta verbal. Responde a estímulos dolorosos. Apertura ocular espontánea. Glasgow 9/15. Paciente con clínica de ACV en el momento en ventana terapéutica por lo cual sale en traslado primario a Policlínico del Olaya.

⁹ Punto 16 – Carpeta – Expediente digital.

¹⁰ Carpeta 16, punto pruebas Expediente Digital

¹¹ Ibidem

Según la Historia Clínica del Centro Policlínico del Olaya se dijo lo siguiente: Paciente quien ingresó aproximadamente 12:50 pm. Se desmayó. Paciente quien el día de ayer fue llevada a UPS Pablo Vi de Bosa por Parálisis Facial Izquierda y Disartria, asociado a parestesias de hemicuerpo izquierdo, dieron salida con orden de terapias, prednisolona, cromoglicato de sodio y aciclovir. Paciente quien el día de hoy hace aproximadamente 5 horas presenta episodio de pérdida de fuerza en hemisferio izquierdo, cefalea, vómito en 4 ocasiones y mareo. Por lo cual es llevada nuevamente al hospital de Bosa, donde parten en traslado primario a esta institución en ambulancia con acompañamiento médico Dra Luisa Hernández. **Refiere que presentaba parestesias en mano izquierda con alteraciones para la coordinación de mano izquierda desde hace 3 días.**

No refiere antecedentes de diabetes o dislipidemia. Disartria: Lengua desviada hacia la izquierda, pupilas reactivas.

Indica: Paciente quien ingresa por episodio de Parálisis Progresiva desde el día de ayer. Remitida en traslado por sospecha de ACV dentro de ventana terapéutica por deterioro el día de hoy. Pero al ampliar datos de HC se evidencia deterioro progresivo desde ayer. Se lleva a toma de TAC de cráneo simple como urgencia vital donde se evidencia área de isquemia en territorio de arteria cerebral media derechas (...). Se inician trámites de remisión a neurología

- ✓ El informe del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses del **15 de febrero de 2019**, dictamen psiquiátrico forense realizado a la señora Maria Dora Ortiz de Puentes, concluyó que para el momento del dictamen, la señora tenía un trastorno mental y del comportamiento secundario a lesión cerebral: secuelas de evento cardiovascular isquémico, el cual es irreversible, crónico y requiere de cuidado y tutela permanente. Presentó para ese momento, discapacidad mental absoluta. Se recomendó asistencia permanente para proveer sus necesidades básicas de alimentación, vestido y vivienda.
- ✓ El dictamen de determinación de origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca del **15 de marzo de 2019**, determinó que la señora María Dora Ortiz de Puentes tenía malas condiciones generales, y señaló *“paciente en mutismo, no responde al interrogatorio, con hemiplejía izquierda, uso de pañal”*. Se le otorgó un 100% de pérdida de capacidad.
- ✓ El dictamen pericial aportado por la Médica Lesly Alejandra Colmenares Becerra, médica cirujana de la Universidad Nacional de Colombia, y especialista en Neurología Clínica de la misma institución, indicó lo siguiente:

“El día en mención la paciente consulta por tinnitus de 3 días de evolución y el día del ingreso con desviación de la comisura labial. No hay compromiso de cuadrante superior de la cara. En otros datos de la historia clínica se habla de disartria y parestesias de hemicuerpo izquierdo de predominio braquial es decir brazo, lo anterior son síntomas de un evento cerebrovascular o ECV en curso.

(...)

La paciente consulta por un cuadro de 3 días de tinnitus y un cuadro de 1 hora aproximadamente de evolución de desviación de la comisura labial y lagrimeo en el ojo izquierdo. Al examen físico se identificó SV: TA 127/74 mmhg, FC: 78 por min, Fr 18 por min. Saturación 92% temperatura 36 C, llenado capilar mayor a 2 segundos. Normocéfala, no ptosis palpebral, adecuada oclusión del párpado, reflejo corneano presente, desviación de la comisura labial izquierda. Extremidades móviles eutróficas pulsos periféricos positivos, fuerza sensibilidad conservada en 4 extremidades. Neurológico: Consciente alerta, orientada en sus tres esferas, no déficit motor ni sensitivo aparente no signos de

focalización.

(...)

¿Lo anterior era compatible con ECV? Sí, la presencia de desviación de la comisura labial sin compromiso del cuadrante superior del rostro es sugestivo de lesión cerebral, dentro de las causas de este síntoma y hallazgo la principal por el tiempo de instauración es el evento cerebrovascular”.

Indicó que el examen neurológico realizado a la señora María Dora no fue completo el día 9 pues faltó registrar elementos del examen neurológico. Señaló que la médico evaluó y registró respecto del examen del VII par craneano: NORMOCÉFALA, NO PTOSIS PALPEBRAL, ADECUADA OCLUSIÓN DEL PÁRPADO, REFLEJO CORNEANO PRESENTE, DESVIACIÓN DEL COMISURA LABIAL IZQUIERDA, **que es aceptable para ser médico general**, sin embargo, de forma errónea concluye que, al no tener compromiso de la oclusión palpebral, se trata de una parálisis facial periférica. Cuando esto es lo que caracteriza a una parálisis facial central.

(...)

El examen físico que realizó la médico general no fue del todo inadecuado ya que evaluó el componente motor del nervio facial en la hemicara superior e inferior concluyendo que el compromiso era solo de la hemicara inferior. Sin embargo, concluir que era una parálisis facial periférica cuando se trataba de parálisis facial central, cambia el enfoque clínico que hace a la paciente. **La evaluación sensitiva y vegetativa del nervio facial no se hace de rutina en la práctica de medicina general.** Faltó determinar si había otros signos de focalización neurológica asimetría de fuerza o sensibilidad o la presencia de alteraciones del lenguaje y del habla.

Manifestó que el FAST de la American Stroke Association es una escala sencilla para identificar señales de un accidente cerebrovascular:

- Face drooping Caída de la cara: ¿Un lado de la cara se inclina o está entumecido? Pídale a la persona que sonría. ¿La sonrisa de la persona es desigual o torcida?
- Arm Weakness. Debilidad del brazo: ¿Un brazo está débil o entumecido? Pídale a la persona que levante ambos brazos. ¿Tiene un brazo tendencia a la baja?
- Speech difficulty. Dificultad para hablar: ¿Se arrastra el habla? ¿La persona no puede hablar o es difícil de entender? Pídale a la persona que repita una oración simple como “el cielo es azul”. ¿Puede la persona repetir correctamente las palabras?
- Time to call emergency. Es hora de llamar a emergencias: si alguien muestra alguno de estos síntomas, incluso si los síntomas desaparecen, llame a emergencias y diga: “creo que esto es un derrame cerebral” para ayudar a llevar a la persona al hospital de inmediato. El tiempo es importante, no se demore y observe también el momento en que aparecieron los primeros síntomas. Los socorristas querrán saberlo.

Indica que en general cada institución tiene guías y protocolos de manejo para pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda. Estas se actualizan en general de acuerdo a la AHA (American heart Association). Las más recientes son de 2019.

En cuanto a la ventana terapéutica se indicó lo siguiente: “El proceso isquémico cerebral requiere horas para su instauración y este lapso, al que llamamos ventana terapéutica, nos permite detener y minimizar las reacciones metabólicas que conducen a la muerte neuronal limitando así el área final de necrosis, según los estudios esta se encuentra entre las 3 a 4.5 horas para trombolisis con alteplase y 6-24 horas para terapia endovascular (trombectomía mecánica).

✓ En el control de dictamen pericial la experta indicó lo siguiente:

Medica cirujana, especializada en neurología clínica, pregrado en el 2010 y postgrado en 2019 de la Universidad Nacional, experiencia profesional desde el 2010 y en casos similares al de estudio desde el 2011. Hizo la valoración de María Dora Ortiz de Puentes el

28 de octubre de 2020. El doctor Carlos Camargo la contactó y lo conoce por que ella es conocida de su hijo que estudió medicina con ella.

Nunca vio a la señora antes, hizo el estudio de historia clínica de la fundación san Carlos, del policlínico del Olaya y del hospital Pablo sexto.

¿Qué procedimiento efectuó para hacer este dictamen? La revisión sistemática de todas las historias y un cuestionario para poder hacer el dictamen

¿a qué conclusión llegó? Que lo primera valoración que hicieron en la clínica en el hospital Pablo sexto, la paciente ingresó con síntomas de un infarto cerebrovascular en ese momento no se hizo un buen análisis, un examen físico que pues no fue concluyente por parte del médico que la valoro y la paciente sale de esa atención inicial con un diagnóstico una parálisis facial lo cual era incorrecto pues la paciente tenía síntomas de un infarto cerebral, al día siguiente ingresa con mayor severidad de los síntomas.

Explique o justifique las conclusiones a las que llegó. En octubre la señora consulta porque tiene un cuadro de desviación en la comisura del labio al Hospital Pablo sexto.

¿Usted conoce el hospital Pablo sexto? Personalmente no, nunca he ido

¿Usted sabe quién nivel tiene ese hospital? Según lo que revisé, es un segundo nivel de atención

¿Cuál es el segundo nivel de atención según su conocimiento? Están distribuidos en niveles de complejidad de acuerdo con las especialidades que tienen a su disposición: un primer nivel de atención tiene medicina general y enfermería; un segundo nivel de atención tiene algunas especialidades como medicina de urgencias, pediatría, medicina interna, cirugía, gineco obstetricia y un tercer nivel de atención tiene mayor disponibilidad de especialistas y algunas ayudas diagnósticas adicionales

¿Qué especialista miro a la señora? Medicina general

¿la persona que ha estudiado medicina general sin ninguna clase de especialidad podía advertir bajo esos síntomas que tenía un accidente cerebrovascular para ese momento? Sí, porque un médico general está preparado desde su formación en pregrado para identificar pacientes con eventos cerebrovasculares ya que desde primer semestre nos enseñan anatomía, en sexto semestre nos enseña semiología y al momento de hacer un examen físico ya quedamos capacitados para identificar cuáles son los signos y síntomas de una enfermedad cerebrovascular

¿Qué síntomas tenía particularmente ella que sería percibida a simple vista que tenía un accidente cerebrovascular? Una desviación de la comisura labial del lado izquierdo de la cara

¿era fácilmente observable, se indicó en el en la historia clínica que así era? Así es la médico general hace un examen físico en el que reporta que la paciente no tiene ninguna alteración de la parte superior del rostro, que es cuando cae el párpado y dice que el compromiso es del cuadrante inferior izquierdo del rostro, los pacientes con enfermedad cerebrovascular tienen caída de la comisura labial cuando se están presentando los síntomas del infarto cerebral y no se compromete la parte superior como claramente se especificó en el examen físico que se hizo en el hospital Pablo sexto

¿Hay un protocolo para seguir estas observaciones que usted está haciendo? Sí, tenemos protocolos para identificar los pacientes con infarto cerebrovascular y así activar los códigos de emergencia, en el caso del infarto cerebral es el código gris y una de las formas en la que tenemos nosotros para alertar a los pacientes es que, si hay caída de la boca, debilidad del brazo, dificultad para hablar, es tiempo de llamar urgencia. Hay protocolos establecidos para Colombia, las guías colombianas de manejo de la enfermedad cerebrovascular están disponibles desde el 2019 y en ellos se especifica que este es uno de los síntomas del infarto cerebrovascular.

¿Usted porque concluye que efectivamente estuvo mal hecha la revisión por parte de la médica? La doctora hizo un examen físico en el cual reportan que tienen caída del párpado y desviación de la comisura labial sin debilidad de ninguna de las extremidades pero en el momento de hacer el análisis de su examen físico concluye que eso corresponde a una parálisis facial periférica y que en ese sentido la paciente no tiene los síntomas de un infarto cerebral, es decir, hace un examen físico que no comprometía la parte superior del rostro y luego tiene una simetría facial del rostro izquierdo, el cual es un signo de falta cerebrovascular, pero en el momento de hacer el análisis de esos hallazgos clínicos concluye que es una parálisis facial periférica cuando no lo era.

¿Cuáles son las características de una parálisis facial periférica? En la parálisis facial periférica por la forma en cómo salen los nervios para el rostro para dar la movilidad de cejas y de la expresión facial, nosotros tenemos un hemisferio cerebral que es contralateral

al control del movimiento del cuadrante inferior de la cara pero ambos hemisferios cerebrales dan inervación para la parte superior del rostro, entonces cuando una parálisis periférica es decir que el nervio ya ha salido y ya está unificado que tiene más o menos esta distribución (Toca poco menos de la mitad de la cara con su plata) si es periférica afecta a toda la cara, es decir la mitad del rostro, tanto ojo, como parte inferior de la comisura labial, cuando es un infarto cerebral o cuando una lesión cerebral el control al ser hemisférico afecta solamente este cuadrante (señalando la parte inferior lateral de la cara) porque este de aquí arriba tiene control de ambos hemisferios

Entonces las características de la parálisis facial periférica es sólo la de mi cara y compromete ojo y boca cuando hay un infarto cerebral solamente se afecta la comisura labial

DR. CARLOS ALBERTO

Parecería a simple vista qué es más grave cuando yo tengo afectada toda hemicara que cuando solamente tengo afectada la parte inferior de mi hemicara, ¿esto es así? y ¿qué implicaciones tiene esto dentro del contexto del diagnóstico y la conducta que se debe tomar para con un paciente? Eso no es así, es más grave cuando se compromete solamente el cuadrante inferior del rostro porque en la parálisis facial periférica ambos hemisferios cerebrales están inervados esta parte (señala de los pómulos para arriba) pero solamente este (arriba de los pómulos parte superior derecha) controla este de acá (Debajo de lo pómulos parte inferior izquierda) y este hemisferio cerebral (arriba de los pómulos parte superior izquierda) este pedazo (Debajo de lo pómulos parte inferior derecha). Si hay una lesión del nervio periférico es decir cuando el nervio ya se ha formado, ha salido del cráneo y está en el oído y se inflama, produce una parálisis facial periférica la cual puede ser reversible, pero si tenemos un paciente con la parálisis facial central (que es el nombre que se le da cuando se compromete solamente el cuadrante inferior de la boca) es un síntoma de un evento cerebrovascular que es muy grave y es la tercera causa de muerte en Colombia y puede generar secuelas irreversibles en el paciente, es decir, que la parálisis facial central es más grave que la periférica

¿En la historia clínica realizada en el hospital Pablo sexto día 9 octubre de 2016 que, a esta paciente se le administraron ciertos medicamentos para tratar causas de parálisis facial periférica? Se le indicó manejo con corticoide y se le dio salida con esa con esa formulación

¿Cuáles son las principales causas de parálisis facial periférica? La principal causa es la infección por el herpes virus que hace en el oído medio una inflamación en el momento en el que sale el nervio para darle inervación del rostro, entonces generalmente en las primeras 72 horas de los síntomas tratamos a los pacientes con antivirales y con corticoide que es un antiinflamatorio para que el nervio se desinflame más rápido y la movilidad del rostro se recupere mucho más rápido

¿en la historia clínica en el hospital Pablo sexto que el día 9 sí haya descrito específicamente que la paciente no presentaba entonces ptosis palpebral o alteración del tercio superior de la cara? Exactamente con esas palabras y la doctora reporta que está con el cráneo normal no tiene ptosis palpebral (que es el nombre técnico a la caída del párpado) y hace adecuada oclusión del párpado, incluso evalúa el reflejo corneal y describe que hay desviación de la comisura labial izquierda

¿Al describir como médico general el hecho de que no existía ptosis palpebral y que no estaba afectado el tercio superior de la cara obligatoriamente tenía que concluir que la paciente tenía en ese momento una parálisis facial de carácter central? Así es **¿Cuál es la principal causa de parálisis facial de origen central?** Distribuidas por tiempo de aparición, en el contexto de la paciente, de aparición súbita o subaguda es el infarto cerebrovascular

¿El accidente cerebrovascular es causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial? Es el tercer lugar a nivel mundial después de la violencia y la enfermedad cardiaca y es la principal causa de discapacidad permanente a nivel mundial

¿Dentro de las causas no traumáticas de consulta por el servicio de urgencias puede estar en el tercer lugar de consulta en morbilidad en un servicio de urgencias en cualquier parte del mundo? Sí

¿Cualquier médico general especialista que esté atendiendo un servicio de urgencias tiene obligatoriamente que estar en la capacidad de identificar la semiología de este tipo de enfermedades? Así es, es una parte obligatoria de la de la formación médica

¿Desde cuándo la literatura médica la ciencia médica se está ocupando en la

enfermedad cerebrovascular como tal? Tenemos más de 2 décadas de aproximación de la enfermedad cerebrovascular, hay guías internacionales que están desde el 2010 y cada 3 años aproximadamente están actualizándose entonces para el momento de los hechos que ocurrieron en el 2016 teníamos más o menos 16 años de experiencia en enfermedades cerebrovascular y en su manejo adecuado

¿Cuál era el manejo que había que darle? Tendría que haberse alertado algo que llamamos el código gris o el código ACV entonces se identifica el paciente con los síntomas del infarto cerebrovascular y se busca un traslado a un mayor nivel de atención para poder definir un tratamiento en las primeras 4.5 que es la trombolisis que es introducir un medicamento en la vena del paciente para tratar de disolver los trombos que están causando el infarto entonces lo que se debió hacer era un traslado lo más rápido posible a una institución de mayor nivel de complejidad

¿Para el año 2016 ya estaba establecido que el código gris en Colombia? Sí

¿En qué consiste ese código gris? Alertar todo el sistema de salud para poder dar un adecuado tratamiento a los pacientes con enfermedad cerebrovascular, en donde estemos a nivel nacional hay que identificar los síntomas del infarto cerebral y tratar de hacer el traslado o el tratamiento más oportuno, identificado los síntomas del paciente una alerta el código gris y las instituciones como el sistema de urgencias, el CRU en Bogotá busca hacer el traslado más oportuno a la institución de mayor nivel de complejidad para iniciar 2 tipos de tratamientos: 1. Explicado anteriormente para evitar que ese estado se mueran las neuronas o disminuir en lo que más se pueda el daño del tejido neuronal y con eso pues cambia la expectativa de recuperación del paciente y las secuelas que puedan dejar un infarto cerebral.

¿Para el año 2016 se tenía establecido que inclusive el personal paramédico que hace atención primaria en la calle o en la casa y que pueden corresponder a enfermeros o auxiliar de enfermería tienen que estar capacitados para identificar este tipo de sintomatología y poder remitir oportunamente al paciente? Así es, desde el 2010 que están las guías a nivel mundial se está implementando que el personal paramédico debe estar capacitado en la identificación de los síntomas del infarto cerebral hay una nemotecnia que es FAST que es F de Face drooping que es caída del rostro A de arm weakness o debilidad del brazo S de speech o del lenguaje o alguna alteración del lenguaje y T de tiempo, son mnemotecnias que ayudan al personal de salud y la población en general es sensibilizada a identificar los síntomas del infarto cerebral

¿usted evidencio en la historia clínica realizada en octubre de 2016 en el hospital Pablo sexto que se hubiera hecho un examen neurológico completo en cuanto a fuerza, tono, reflejos osteotendinosos de la paciente? No, sólo reportan el análisis, no sé si se hizo, dice que puede ser sensibilidad conservada y reflejos osteotendinosos 2 de 4 pero no hay ningún detalle específico de cómo se hizo el examen físico.

En este caso dado que la paciente estaba consultando porque tenía una parálisis facial, cuya característica era ser central ¿era obligatorio hacer una descripción detallada de todo el examen neurológico? Sí, tendría que haberse hecho una descripción tanto del hemicuerpo derecho como el hemicuerpo izquierdo, ya que los síntomas del infarto cerebrovascular se correlacionan con debilidad de alguna parte del cuerpo y en uno de los motivos de consulta decía que tenían como una alteración de la sensibilidad, entonces también se debe hacer un examen de sensibilidad detallado

¿y esto no se hizo ese 9 de octubre? Es muy somero, no se puede concluir que se haya hecho con lo que describen en el examen físico y no fue un examen detallado como se esperaría en el contexto de infarto cerebrovascular

¿Considera que la consulta que ella (la paciente) hace es oportuna con respecto a la presentación de los síntomas? Sí, la señora consulta las primeras horas del inicio de los síntomas

Si a esta paciente se le hubiera dado todo su tratamiento de manera oportuna, integral e idónea dentro de la ventana terapéutica, ¿cuál hubiese sido el pronóstico de esta paciente de 80 años? teniendo en cuenta el momento en el que consultó. A los pacientes a los que se le hace de forma adecuada el protocolo del código gris y se le hace una trombolisis intraarterial tiene una mejoría en escalas a 3 meses más o menos del 50%, es decir, perdió pues más o menos la mitad de la oportunidad para tener un desenlace distinto habiendo consultado de forma adecuada.

Usted trabajó en la subred centro oriente, las subredes están formadas desde el 6 de abril de 2016, ¿una subred se caracteriza porque tiene en su interior todos los niveles de atención? Sí, las subredes tienen instituciones desde el primero hasta el tercer nivel de

complejidad

Es decir que para el momento de los hechos (octubre de 2016) ¿el hospital Pablo sexto fungía sencillamente como una unidad de atención parte de un conjunto integral que tenía todos los niveles de atención? Sí pues en ese momento lo que se debió hacer era un traslado a un nivel de complejidad mayor que, segundo entiendo, en la subred sur tiene en el hospital el tunal, el hospital meissen y el hospital de Kenedy

A la paciente se le da de alta ese día, posterior a la a la valoración que se hizo, y vuelve a re consultar a las 12 del día del 10 de octubre 2016 ¿porque la vuelve a llevar la familia? Porque hay un deterioro neurológico en ella, su estado de alertamiento se deterioró y ya el examen físico nota que la mitad del cuerpo izquierdo está débil y por eso tuvo una caída en el sitio donde estaba residiendo

Ese 10 de octubre de 2016 ingresa al hospital Pablo sexto y fue remitida de manera casi que inmediata hacia el Policlínico del Olaya ingresando antes de las 13 horas de ese día a 10, para el momento en que ella ingresó al hospital Pablo sexto, ¿cuál era el pronóstico de la paciente? Ya estaba fuera de la ventana terapéutica, el infarto ya estaba instaurado entonces el pronóstico de la enfermedad estaba dado por la historia natural de un infarto cerebral, queda comprometida de forma irreversible.

¿qué grado de intensidad y de extensión tuvo el compromiso neurológico de la señora María Ortiz? El cerebro funciona por territorios y por vascularización y es como un árbol, tenemos ramas de nuestro corazón que salen, que son las arterias, hay una que es la carótida interna que va a ingresar al cráneo y esa se ramifican 2 grandes troncos que es la arteria cerebral anterior y la arteria cerebral media. El compromiso fue de la arteria cerebral media en el primer segmento, es decir, desde la parte más basal de esa arteria hasta arriba del cerebro se quedó sin flujo suficiente de sangre y las neuronas murieron a razón de eso. Fue un infarto extenso que compromete la parte basal o inicial del flujo que va hacia el lado izquierdo del cerebro.

¿Se puede afirmar que el evento cerebrovascular de la señora y la afección neurológica fue extensa e intensa en el caso de la señora María Ortiz? Sí, género las complicaciones más usuales, como la parálisis de la mitad izquierda del cuerpo, al afectar la comunicación entre neuronas se forman cortocircuitos que favorecen la aparición de crisis convulsivas y además de eso al tener la mitad del cerebro afectado, su funcionamiento cognitivo decae de forma significativa y en la fundación san Carlos se le hace un estudio de pruebas neuropsicológicas que corrobora la presencia de un trastorno neurocognitivo mayor por una demencia vascular, entonces quedó con secuelas del movimiento, con secuelas de convulsiones y secuelas cognitivas que son irremediables.

¿la paciente, dada la intensidad y la extensión de la lesión neurológica, era totalmente dependiente para cualquier tipo de actividad vital? Sí, en el caso de ella quedó con una debilidad del lado izquierdo del cuerpo y eso limita el ser independiente en sus actividades básicas, bañarse, comer sola, deambular

Después del policlínico del Olaya fue remitida a la fundación hospital san Carlos a donde ingresó el 11 de octubre de 2016 11/10/2016 ¿usted tuvo la oportunidad de estudiar las historias clínicas tanto del Policlínico y de la fundación hospital san Carlos? Si yo pude realizar la historia clínica de la fundación san Carlos que fueron 2 folios.

En la nota de ingresó a urgencias del hospital san Carlos se habla de que el cuadro clínico tenía 6 días de evolución ¿Que encontró usted en el estudio que hizo de las historias clínicas? Revise la primera valoración de la fundación san Carlos pero más adelante el 11 a las 11 de la mañana, la neuróloga hace una historia clínica que me pareció más acorde a lo que había revisado tanto del policlínico del Olaya, como de la en hospital Pablo sexto y los síntomas llevaban 3 días de evolución desde el 9 de octubre hasta el hasta el momento en el que ingresa a la fundación san Carlos, entonces siguiendo el curso de las historias clínicas, en la valoración de neurología que fue ese mismo 11 pero a las 11 de la mañana ya se hace una historia relatando los hechos de 3 días de evolución que inicia con la asimetría facial y al día siguiente con mayor debilidad del hemicuero izquierdo

DR. NICOLAS (APODERADO DE LA DEMANDADA)

¿Qué diferencia había entre una y otra situación respecto a la atención dada por el hospital Pablo sexto en el primer y segundo día? El segundo día viendo que la paciente llega con un peor estado clínico, se decidió iniciar lo que se debió hacer el día anterior que era el código gris que fue el traslado lo más rápido posible una institución de mayor complejidad como fue en el hospital el Policlínico del Olaya, donde ya se pudo hacer la tomografía, entonces la diferencia en la atención fue que el día 10 se hizo lo que se debió hacer el día anterior.

¿Evidenció usted cuáles fueron los síntomas del diagnóstico que presentó la señora María Dora Ortiz de Puentes el día 09 de octubre de 2016? Sí, ahí diagnosticaron una parálisis facial periférica y dan salida con corticoide

¿Cuáles son los síntomas de una parálisis facial periférica? Es la debilidad del cuadrante superior del rostro y del cuadrante inferior del

¿Cuáles son las causas de una parálisis facial periférica? Es la inflamación del oído medio por medio generalmente asociada a la infección por virus herpes, que es la causa más frecuente, pero hay otras lesiones de tumorales del oído que sería para una parálisis más progresiva pero las subagudas la más frecuente es la inflamación del nervio facial por el herpes virus

Usted en el dictamen pericial que rindió manifiesta “el día en mención la paciente consulta por tinitus de 3 días de evolución y el día del ingreso con desviación de la comisura cerebral” ¿en qué consiste la tinitus y que conlleva que tenga 3 días de evolución? Tinitus es escuchar un pitido en el oído y 3 días de evolución es el tiempo que habían reportado que tenía pues de escuchar un pitido en el oído y el motivo de consulta que realmente la hizo ir al servicio de urgencias es que tenía, el día del ingreso desviación de la comisura labial, no hablan de compromiso de cuadrante superior, ni caída del párpado

¿Esa tinnitus obedece a una infección en el oído? Hay muchas causas de tinnitus, hay eventos crónicos que pueden dar tinnitus, dolores de cabeza que pueden dar tinnitus, en casos de parálisis facial por inflamación del nervio puede haber tinnitus, pero el diagnóstico de una parálisis facial es el compromiso facial

¿Una parálisis facial periférica puede causar desviación de la comisura labial? Sí, lo que se define como parálisis facial es la desviación de la comisura labial y del ojo cuando es periférica

¿Cuáles son los síntomas de un accidente cerebrovascular? La caída de la comisura labial sin comprometer la parte superior del rostro, es decir, sólo compromiso del cuadrante inferior del rostro, debilidad de alguna parte del cuerpo que ya está dada por la debilidad que tiene en la comisura labial, debilidad del brazo, de la pierna, alteraciones del lenguaje, alteraciones de la memoria, alteraciones del equilibrio, son los síntomas más frecuentes de infarto cerebral

¿Cuáles fueron los exámenes físicos que se le realizó a la paciente? En el examen físico inicial está reportado que tiene el compromiso de la comisura labial del lado izquierdo, que no tenía caída del párpado, ni alteración del movimiento palpebral y que no tenía alteración sensitiva ni de fuerza ni de reflejos

¿Qué exámenes deben hacer a una persona para diagnosticar una parálisis facial periférica? Solamente el examen físico

¿Y para un ACV? Se tiene que hacer examen físico y hacer una imagen cerebral porque hay 2 tipos grandes de ACV, el isquémico que es un trombo tapando el interior de la arteria y evitando pues que haya flujo de ahí en adelante y el infarto cerebral hemorragia que es que se rompe una arteria la sangre sale al tejido cerebral produce por pérdida del flujo donde tiene que estar, pérdida de funcionalidad neuronal. A los pacientes que tienen hemorragia cerebral no se les puede hacer trombolisis, entonces el diagnóstico de infarto cerebral o de ACV es examen físico y una imagen cerebral para descartar que sean hemorrágico o isquémico

¿Considera que con la desviación de la comisura labial sin otra alteración es sugestivo de un accidente cerebrovascular inmediatamente? Sí

¿Por qué? Solamente una condición aguda que produce desviación de la comisura labial es un ACV, ya el paciente tiene los primeros síntomas de un infarto cerebral, no necesita tener toda la habilidad del hemicuerpo derecho porque se trata de identificar esto rápidamente y tomar conductas, si esperamos a que el paciente ya tenga toda la debilidad instaurada no tendríamos código gris ni nada sino ya se estableció el infarto y ya no se puede hacer nada.

¿Esos protocolos a los que usted hace alusión le son exigibles conocerlos en detalle a un médico que no es especialista en neurología? Si trabaja en urgencias sí, son protocolos institucionales que debe manejar todo el personal médico y paramédico en instituciones que tengan servicio de urgencias, incluso las ambulancias tienen sus protocolos

¿Desde qué año están vigentes las guías de práctica clínica en Colombia y estos protocolos? La más reciente, desde el 2015 en Colombia y los protocolos están desde el 2010 a nivel mundial

Usted indica que en un nivel de atención no podían realizar todos los manejos de la

paciente, explique ¿a qué se refiere? El diagnóstico de un infarto cerebral se hace con el examen físico y con el estudio de tomografía, lo que se debió hacer fue trasladar de forma oportuna a la paciente para que se le pueda hacer un examen de imagen cerebral ya sea tomografía o resonancia

MINISTERIO PÚBLICO

En la historia clínica de la señora María Dora se habla de un cuadro clínico de 3 semanas de evolución de tinnitus en oído izquierdo asociado a desviaciones de comisura labial sin embargo en la respuesta número 2 el dictamen habla usted de finitos de 3 días de evolución ¿me podría explicar por qué la diferencia de tiempo?

La historia clínica dice "cuadro clínico de 3 semanas de evolución de tinnitus en oído izquierda asociado el día de hoy a desviación de la comisura labial y lagrimado de ojo izquierdo, eso fue el 9 de octubre

¿Esa presencia de 3 semanas de evolución del tinnitus en el oído izquierdo pudo alterar o influir en alguna manera en la ausencia de ptosis palpebral? No, en eventos cerebrovascular por ser un evento agudo, es decir de instauración rápida, no se relaciona a lo que venía presentando del tinnitus, puede venir en pacientes mayores, puede ser parte del proceso de degeneración usual, puede ser parte de pérdidas auditivas como daño del nervio auditivo. En el contexto de un evento cerebrovascular no tiene nada que ver y no se relaciona por la forma en la que está distribuido el cerebro, no tiene que ver una cosa con la otra

¿Se puede concluir que eso no influye en el momento de la atención recibida? No, el motivo de consulta ese día fue la desviación de la comisura labial.

Si la señora María Dora no presentaba para ese día 9 de octubre pérdida de sensibilidad de las extremidades ¿se requería manejo hospitalario necesariamente?

Si, ya su examen físico y el síntoma con el que había llegado había indicado que tenía una alteración cerebral que tenía que ser revisado ya cuando llega el otro día con la debilidad del lado izquierdo del cuerpo es porque el infarto ya estaba instaurado y ya ahí pues no había no había vuelta atrás

Me recuerda por favor ¿cuál es el tiempo de la ventana terapéutica a la que usted hacía referencia? Las primeras 4.5 horas desde el inicio de los síntomas

¿Usted como determina que para el momento en que la señora acude al hospital de bosa ya se había superado estaba aún dentro de esa ventana terapéutica la señora María dora? Según la historia clínica, ingresa más o menos a las 5 de la tarde y reportan que a las 4 de la tarde ella se despertó de la siesta ya con la desviación de la comisura labial es decir llevaba una hora con los síntomas

Un paciente con un evento cerebrovascular tiene un 50% de oportunidad de recuperarse si es tratado dentro de esa ventana terapéutica, en el caso de la señora María Dora usted señalaba que se había alterado la función motora, que se volvió una paciente con convulsiones y con secuelas cognitivas, por la edad de la señora María al momento de la atención de 80 años ¿se continuaba teniendo esa posibilidad del 50% de recuperación? Si, los estudios se hicieron en pacientes hasta los 80 años, incluso en la práctica no tenemos en cuenta solamente la edad sino la funcionalidad previa para hacer ese tipo de tratamientos, si la señora venía siendo independiente de sus actividades tenía todo el chance para ser candidata a hacerse la trombolisis

En la primera vista que tuvo la señora María Dora en el en el hospital de Pablo VI ¿le recomendaron de si surgía algún síntoma dentro de un determinado lapso volviera? No encuentro signos de alarma ahí en la historia clínica.

- ✓ La Dra. **Luisa Fernanda Hernández Herrera**, médico general que atendió a la señora Maria Dora Ortiz el 9 y 10 de octubre de 2016, en su testimonio refirió lo siguiente:

Egresada de la universidad de ciencias aplicadas y ambientales en 2014, se encuentra realizando especialización medico quirúrgica, en medicina familiar, se encuentra trabajando en la red suroccidente desde agosto de 2016, en el Hospital de Pablo VI.

¿Usted atendió a la señora María Dora? Sí señora

¿Cuándo la atendió? El 9 de octubre de 2016 y el 10 de octubre de 2016

¿Recuerda algo particular respecto de esa atención? En términos generales, era una paciente adulta mayor que consultaba por unos síntomas clasificados el triage 3 en el

servicio de urgencias. Realice mi atención médica, se le dio un diagnóstico y un plan de manejo, la paciente regreso al otro día con otros síntomas, la paciente se estabilizo y se llevó a otro nivel de atención.

¿Recuerda cuáles fueron los síntomas? Si, la paciente consultó por un cuadro clínico de 3 semanas donde ella refería zumbidos en el oído y que ese mismo día había presentado desviación de la comisura facial y lagrimeo del ojo y no refirió nada más, ella ingresó por su propios medios, ella pasó a sala de espera, luego le hice interrogatorio y valoración física y según lo que encontré, determine que se trataba de una parálisis facial periférica. A la paciente se le indico un plan de manejo dentro de la urgencia y se le indico un plan de manejo de manera ambulatoria, se le dieron unas recomendaciones, unos signos de alarma y al otro llegó con otros signos y síntomas sugestivos de otra patología y por estar en un primer nivel de atención lo que hice fue estabilizar a la paciente y la llevé para el policlínico del Olaya.

¿Cuándo habla de otros síntomas, de que está hablando? Según lo que refirió el hijo, es que la paciente llevaba aproximadamente 3 horas de evolución donde tuvo pérdida de conexión con el medio, vómito y parálisis del hemicuerpo izquierdo, que fueron los signos de alarma que yo le di a la usuaria.

¿Por qué indica usted como diagnóstico inicial que era una parálisis facial periférica? La paciente era adulta mayor, no refirió antecedente de importancia, la paciente presentaba una desviación de la comisura labial y asociada a eso refirió lagrimeo en el ojo izquierdo y que días atrás tenía una molestia en el oído izquierdo. Con eso y con mi examen físico no encontré ningún déficit neurológico, es decir, no tenía alteraciones en el lenguaje, ingresó por sus propios medios, no tenía pérdida de la fuerza o sensibilidad de alguna extremidad concluí que era una parálisis facial periférica.

¿Por qué no un ACV? Porque el reconocimiento de un ACV se acompaña de otros síntomas, la pérdida de la fuerza de alguna extremidad, que la paciente no entienda lo que se le está hablando, que se desmaye, que convulsione y la paciente no mencionó y no se encontró ninguno de esos hallazgos.

DR NICOLAS (APODERADO PARTE DEMANDADA)

¿Qué nivel de atención era el Hospital Pablo VI para el 9 y 10 de octubre de 2016?
Primer nivel

¿Qué servicios se prestan en un centro de salud de primer nivel? Nivel básico de atención, medicina general, urgencias, consulta externa, en ese entonces teníamos pacientes ginecológicos, pacientes pediátricos, adultos mayores, cuenta con servicio de radiología, un laboratorio clínico básico y en ese tiempo estaba habilitado un servicio de hospitalización. No contamos con especialistas ni resonadores porque es un nivel básico de atención.

Para el 9 y 10 de octubre 2016, ¿Cuáles eran sus actividades y que cargo tenía?
Médico general de urgencias

¿Qué signos y síntomas presentaba la señora María Dora Ortiz de Puentes el día 9 de octubre de 2016? Ella consultó por tres semanas de tinnitus y el 9 de octubre ella refiere que amaneció con la boca desviada y lagrimeo en el ojo izquierdo, ningún otro síntoma

¿Cuál era el estado de salud en el momento en el que usted ve a la paciente en el consultorio? Recuerdo que era adulto mayor, ingreso por sus propios medios, caminando sin ninguna alteración en la marcha o en la movilidad, ingresó en compañía de su hijo, hablaba fluido, los signos vitales estaban normales, como único hallazgo en la valoración encontré que tenía una desviación en la comisura labial izquierda, la paciente no tenía ningún déficit neurológico, no tenía alteraciones en las pupilas, la fuerza de las extremidades conservadas

¿En qué consiste la parálisis facial periférica? Es la debilidad de repente de los músculos de la cara. Hay un nervio que los inerva y cuando hay una afectación de ese nervio se ven comprometidos los músculos de la cara, de uno o de ambos lados, la literatura nos habla de que se puede acompañar de otros síntomas que son, el lagrimeo del ojo y molestias en el oído, la causa exacta de esa patología aun no esta esclarecida, se sugiere que puede ser debido a un proceso infeccioso viral, como la paciente mencionaba que tenia molestias en el oído, mi consideración fue que de pronto pudo haber desarrollado una otitis.

¿Los signos y síntomas de la parálisis facial periférica eran consistentes con los presentados por la señora María Ortiz de Puentes? Si, porque en su momento los síntomas como me refirió, molestias a nivel del oído, lagrimeo y desviación de la comisura labial el enfoque fue una parálisis facial periférica

¿Podrían ser sugestivos de un ACV? No, porque estos pacientes llegan con afectaciones

neurológicas instauradas, el paciente que llega con la debilidad del cuerpo, el que no puede hablar, el que se desmayó, que convulsionó, que queda desorientado, perdido, un escenario totalmente destino donde la paciente llega por sus propios medios, hablando, caminando, responde el interrogatorio.

¿Cuál fue el tratamiento planteado a la paciente el día 9 de octubre de 2016? Se planteó un manejo dentro del servicio de urgencias, administrar un esteroide intramuscular para el proceso de inflamación que se podía presentar en el nervio, se dejaron órdenes ambulatorias, medicamentos antirretrovirales, gotas para los ojos, recomendaciones y signos de alarma, una orden de control ambulatorio

¿Qué signos y síntomas presentaba la señora María Dora Ortiz de Puentes el día 10 de octubre de 2016? Cuando recibo el turno, encuentro una señora en silla de ruedas, la pasamos a sala de reanimación, la acompañaba el hijo, quien manifestó que llevaba 3 horas donde la paciente presentó pérdida de la fuerza del hemicuerpo izquierdo, vómito y tuvo desconexión con el medio.

¿Teniendo en cuenta los nuevos signos y síntomas, se realizó un nuevo diagnóstico? Si, se diagnosticó un ACV.

¿Cuál fue el plan de manejo a este nuevo diagnóstico? Se hace toma de signos vitales, se encuentran otros hallazgos neurológicos, ya la paciente tenía signos de focalización y alteración en su estado de conciencia, se tomó electrocardiograma, glucometría, se estabiliza y solicitamos ambulancia y la llevó al centro de referencia más cercano por la EPS.

Cuando manifiesta que “yo me la llevo al centro de atención”, ¿usted acompañó a la paciente en la ambulancia y la llevó al Policlínico el Olaya? Si, yo la establecí y para el tema de traslado tenemos una tripulación (conductor, auxiliar y médico) y realizamos el traslado vital según los nuevos síntomas, consideramos que la paciente estaba en ventana terapéutica

¿Cuál es el tiempo de evolución? 3 horas

¿En qué consistió la estabilización a la paciente? Verificamos las constantes vitales (hipertensa o no), si estaba inestable para asegurar vía aérea, si requería oxígeno o no

Desde su conocimiento médico ¿Cuáles son los parámetros médicos para dar un diagnóstico? En signos y síntomas, del paciente, antecedentes o lo que encuentre en el examen físico

¿Recuerda cuál fue la atención inmediata que se le realizó en el Policlínico del Olaya? Nosotros llegamos con la tripulación y les comenté que traía un código ACV y recuerdo que no había nadie en la sala de reanimación y la respuesta fue que estaba fuera de ventana y que la llevara al tomógrafo, no tuve acompañamiento de nadie del Policlínico el Olaya, entregue a paciente al tomógrafo, me devolvieron la camilla y ya retorné al Hospital de Pablo VI y realice la historia clínica nota retrospectiva

¿El día 9 de octubre le explicó a la paciente y al familiar que la acompañaba, signos de alarma para consultar nuevamente el servicio de urgencias? Sí señor, y queda dentro del análisis, que se dan recomendaciones y se explican signos de alarma.

¿Cuáles fueron esos signos de alarma? Si presentaba alteración a nivel de la fuerza o la sensibilidad de alguna extremidad, que tuviera dificultades con el habla, que tuviera dolor de cabeza, de pecho, respiratorios, palpitaciones, desmayos, convulsiones, fiebre.

¿Le dijo en cuanto tiempo podría ocurrir eso? No, fue una recomendación general. Se le dijo que se tapara el ojito porque como estaba con lagrimeo se le podía meter algo. Echarse las gotas, aplicarse el medicamento.

¿Dejó constancia de eso dentro de la HC? Sí, dentro del análisis está.

¿El día 10 de octubre refirieron algo los familiares? No señor.

DR CARLOS ALBERTO (APODERADO DE LA PARTE ACTORA)

¿Qué cursos había realizado usted para optar como médico general de urgencias en el Hospital de Bosa? Lo que nos piden es el ACLS y el ABLIS. Son cursos internacionales basados en guías americanas donde nos enseñan a reconocer las patologías más urgentes dentro del servicio de urgencia: Infartos agudos al Miocardio, los ACV, arritmias, entre otras.

¿Para el momento en que prestaba sus servicios en el H. Pablo VI, estaba plenamente capacitada para diagnosticar, identificar y tratar un ACV? Sí señor.

En la HC ud mencionó que la paciente presentaba desviación de la comisura labial hacia la izquierda y que no presentaba ptosis palpebral izquierda. ¿Es decir que la paciente cuando consultó el 9 de octubre no tenía afectado el tercio superior de la cara? Sólo tenía lagrimeo. En el momento no tenía afectación en el tercio superior.

¿Qué halló en el examen físico para que concluyera que la paciente tenía una

parálisis periférica? Que la paciente estaba consciente, alerta, orientada, que no tenía compromiso de la fuerza o sensibilidad de sus extremidades. La paciente hablaba, entendía, entró sin dificultad y se va de la misma manera. Solo tenía desviación de la comisura labial izquierda. Por eso lo concluí.

¿No era toda la hemicara izquierda la que tenía afectada la señora María Dora? Hay pacientes que solo presentan una desviación mínima o leve, como los hay que presentan un mayor compromiso de parálisis de la cara. En ese momento, solo tenía una desviación de la comisura labial.

El 10 de octubre usted activó un código AC. Explique. Se solicita trasladar a un paciente a un hospital de mayor complejidad para que sea valorada por especialistas y se le puedan hacer exámenes. Mi deber desde el primer nivel era identificar el ACF, estabilizar y transportar. Al ser una emergencia vital, se debe hacer el traslado, y el médico que recibe a la paciente debe salir y llevarla.

¿Usted trabajaba para la subred suroccidente? Sí señor. ¿La subred tiene instituciones de todos los niveles de atención? Si señor. ¿Ud. por qué no llevó a la señora Maria Dora a una institución de tercer nivel? En ese entonces estábamos en funciones de redes. Todo tenía que hacerse en un trámite de referencia y contrarreferencia. Eso alargaba los tiempos. Eso no lo consideré en el momento, estabilicé a la paciente, ubiqué el centro más cercano y allá la fui a llevar. Para este caso no hubo trámite de referencia y contrarreferencia.

¿El día 9 se le formuló a la paciente con medicamentos antirretrovirales? Sí señor. La causa de la parálisis facial periférica aún no está bien estudiada. Se cree que tiene un trasfondo infeccioso o retroviral. Parte del tratamiento consiste en manejo con medicamentos antirretrovirales como el aciclovir. Es un antimetabolito y se usa para infecciones de tipo viral. Podría tenerse como antirretroviral. Como la paciente consultó por 3 semanas de tinnitus, en ese escenario, esa molestia podría ser un cuadro de infección en el oído que ocasiona los síntomas que presentó la señora Maria Dora.

MINISTERIO PÚBLICO:

¿Cuándo comenzaron los síntomas referidos por la paciente, en especial la comisura del lado izquierdo? Ella refirió que había amanecido así. No refirió una hora exacta. Esto se dice en la HC.

ASLS y BLS. **¿Qué concretamente le enseñaron respecto de un ACV en esas certificaciones?** Identificar ACV, asimetría facial, alteraciones en la fuerza y sensibilidad y alteraciones a nivel lenguaje. **¿Tenían que reunirse las tres características?** Sí señora.

¿Hay algo en común entre la parálisis periférica y un ACV? La desviación de la comisura labial. **¿Qué debía primar?** Alteraciones neurológicas, que la paciente no pudiera mover alguna parte del cuerpo, que se hubiera desmayado, convulsionado.

¿La parálisis facial se presenta en ambas circunstancias? ¿En la parálisis periférica y en un ACV? Sí señora. **¿Qué se presenta más a menudo?** Las parálisis parciales periféricas. De uno a 100, se ven unos 20 de parciales periféricas y unos 5 ACV. El ACV tiene un compromiso neurológico mientras que la parálisis facial periférica no, solo hay una parálisis de uno o dos lados de la cara. En un ACV los síntomas se presentan súbitamente.

¿En la universidad le enseñaron a identificar esta enfermedad? Lo básico del FAST. Para el momento de los hechos tenía como base lo estudiado en el pregrado.

✓ La Señora **Luz Mila Muñoz Silva** en su testimonio manifestó lo siguiente:

¿Ud tiene algún vínculo de parentesco con los demandantes?

Estoy casada (porque no he hecho la separación formal) con el señor Jairo Jiménez Ortiz, padre de mi hija. Fuimos novios 5 años y duramos casados 3 años aproximadamente. Esos 8 años empezaron desde 1977 y terminaron hace 30 años.

¿Ud siguió frecuentando la familia de él? Sí porque tengo una hija con él y con Maria Dora mi exsuegra mantuvimos la relación. Mi hija se llama Luz Andrea Jiménez Muñoz, que también demanda en este proceso.

¿Cuántas veces veía usted al año a la señora María Dora? Inicialmente vivíamos cerca de ella, la veíamos todos los días. Cuando mi hija tenía 15 años nos trasladamos de bosa a vivir a suba, entonces íbamos con menos frecuencia, pero ella se quedaba con nosotros un fin de semana de vez en cuando.

¿Vieron a la señora María Dora antes o después del ACV? La semana anterior la habíamos visto con mi hija. Nosotras quedamos muy sorprendidas porque ella era activa, independiente y más saludable para la edad que tenía. En septiembre cumplió los 80 años y en octubre fue que se enfermó.

¿Después de eso qué pasó con ella? Cuando la tuvieron hospitalizada alternaba los turnos con Diego y Jairo para cuidarla en el hospital San Carlos. Allí estuvo como 3 meses. Solo tiene un cuñado que se llama Diego Jiménez Ortiz.

Los nietos estuvieron muy pendientes cuando se enfermó porque siempre hemos sido muy unidos, aunque yo ya no sea esposa formal de Jairo Jiménez. Luego de los 3 meses se fue con Diego para su casa, allí la tuvieron 3 meses. No se podía valer por sí misma. Ella quedó totalmente inútil. Estaba con Diego, Elizabeth, los hijos y una enfermera. Yo fui varias veces a verla. La enfermera le pagaban con la pensión que tenía ella, pero no le sabría decir con seguridad. No me consta.

¿Qué pasó después de esos tres meses? Con el tiempo ellos se van poniendo difíciles de cuidar. Ellos se vieron en la necesidad de ponerlas en manos de especialistas para que tuvieran un mejor cuidado. Con la enfermera era difícil controlarlo. Fue llevada a un hogar geriátrico. Allá todos íbamos a visitarla. Yo tuve la oportunidad de ir en horas de la mañana y tarde, pero por lo general se turnaban para ir en la semana. Los fines de semana iban los que podían. Esa casa quedaba en Marsella.

¿Cómo vio a la Familia con relación a esta situación? Eso fue muy inesperado, a todos nos dio muy duro y todavía se sigue sintiendo. Ella no se veía enferma, fue muy inesperado. Ella falleció el 25 de noviembre de 2020. Yo ya estaba en España cuando murió. Yo me vine en junio de 2019. Yo mantengo en contacto a diario con Colombia; con mi hija, y con Diego vivía pendiente de como iba la situación. **¿Su hija le contaba o era Diego?** Ambos.

DR. CARLOS ALBERTO (APODERADO PARTE ACTORA)

¿Cuántos años hace que conocí a la señora María Dora? Hace 45 años, en muy buenas condiciones. Los conocí porque llegamos a vivir al mismo barrio Piamonte de Bosa, y empecé a tener una relación con Jairo. Esto es desde 1977, con 17 años Jairo y yo y Diego de 16.

¿Quién es el mayor de los nietos? Mi hija, luego le sigue Diego Andrés, luego Lorena y por último Verónica. **¿Cómo era la señora María Dora con estos jóvenes?** Muy entregada a sus nietos, dedicada, buena abuela. Eso fue un trauma para ellos. Como suegra, maravillosa. Muy entregada a sus hijos.

¿Usted quiso mucho a la señora María Dora Ortiz? Yo la sigo queriendo. Era muy joven cuando la conocí, fue como otra mamá. Nos refugiábamos en ella como pareja también. Nuestra relación era tan agradable que programábamos muchos viajes y paseos. Íbamos a la finca e íbamos con frecuencia. Para toda la familia ella era el pilar de la familia. Ella era organizadora, emprendedora, nos impulsaba a estar unidos y estar en casa, compartir, hacer salidas.

- ✓ La señora Ligia Margarita Peláez Monroy en su relato contó la situación familiar luego del ACV que presentó Maria Dora Ortiz de Puentes.

2.3.2. Entremos ahora a resolver el interrogante planteado:

¿Debe responder la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E., por los daños causados a los demandantes con ocasión de la presunta atención médica insuficiente, inoportuna, imperita e inidónea?

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

Estamos frente a un escenario en el que se busca la indemnización de perjuicios a raíz de una presunta pérdida de oportunidad médica. La señora María Dora Ortiz de Puentes, a sus ochenta años de edad, acudió al servicio de urgencias del entonces Hospital Pablo VI de Bosa el día 9 de octubre de 2016, con un tinnitus de 3 semanas de evolución y una desviación de la comisura labial izquierda. La médica tratante interpretó de los síntomas, que la paciente sufría de una **parálisis facial periférica**, aparentemente proviene de una infección viral o retroviral. Dado el diagnóstico, se dio de alta a la señora Ortiz con fórmula de medicamentos retrovirales.

No obstante, al día siguiente 10 de octubre de 2016, la paciente consultó nuevamente por urgencias del citado Hospital, en mal estado de salud general: Convulsiones, desmayos, pérdida de conciencia y parálisis generalizada en el hemicuerpo izquierdo. La médica tratante identificó en esta ocasión síntomas de accidente cerebrovascular, por lo que inició protocolo en ese sentido. La señora María Dora fue trasladada a un centro de atención de mayor complejidad, el Policlínico del Olaya, donde se confirmó el diagnóstico de ACV y se determinó que la paciente estaba por fuera de la ventana terapéutica. Esto implicaba que las consecuencias de su enfermedad eran irreversibles y que el daño neurológico sería permanente. De ahí la presentación de esta demanda. La parte actora considera que cuando la señora María Dora Ortiz de Puentes acudió al Hospital Pablo VI de Bosa el primer día, esto es, 9 de octubre de 2016, aún se encontraba en ventana terapéutica, y que, por lo tanto, el mal diagnóstico médico representó una pérdida de chance, de oportunidad, frente a una posible recuperación.

De las pruebas y el control de dictamen realizado por este despacho, pudo saberse que la ventana terapéutica es el tiempo que se tiene para recibir tratamiento luego de sufrir un ACV. Está limitado a las 4.5 horas siguientes al inicio de los síntomas, y si esto se desconoce, **desde el momento en que se vio por última vez a la persona en buen estado**, por lo que en la medida en que se reciba atención médica dentro de tal límite, existen mayores probabilidades de mejora y control de los efectos de esta enfermedad. Dentro del dictamen pericial recibido, textualmente se indica que, *“el proceso isquémico cerebral requiere horas para su instauración y este lapso, al que llamamos ventana terapéutica, nos permite detener y minimizar las reacciones metabólicas que conducen a la muerte neuronal limitando así el área final de necrosis. Según los estudios esta se encuentra entre las 3 a 4.5 horas para trombolisis con alteplase; y 6-24 horas para terapia endovascular (trombectomía mecánica)”*.

¿Por qué llegamos a la conclusión de que no existe responsabilidad médica por parte de la entidad demandada Subred Integrada de Servicios de Salud Suoccidente ESE?

Por un lado, en la guía médica del Ministerio de Salud del año 2015, vigente para la época de los hechos, se presentan tres cartillas o protocolos diferentes para el diagnóstico de esta enfermedad. En conjunto, los síntomas de ACV se pueden resumir con la sigla o mnemotecnica FAST. “F”, de “Face drooping” es decir, parálisis facial o una zona del rostro caído, “A”, de “Arm weakness” o debilidad en el brazo; “S” de “Speech” o habla, y “T” de “Time” o Tiempo. En una de esas cartillas, se indica que presentando **por lo menos uno** de los anteriores síntomas, y cuando estos sean de inicio súbito, debe pensarse en un ACV agudo.

No obstante, la parálisis facial en particular puede deberse también a otro tipo de enfermedades, como podría ser la *parálisis facial periférica*. En efecto, en control de dictamen la perito respondió a la pregunta de cuáles eran las principales causas de

parálisis facial periférica, a lo que respondió que la principal causa era *“la infección por el herpes virus que hace en el oído medio una inflamación en el momento en el que sale el nervio para darle inervación del rostro, entonces generalmente en las primeras 72 horas de los síntomas tratamos a los pacientes con antivirales y con corticoide que es un antiinflamatorio para que el nervio se desinflame más rápido y la movilidad del rostro se recupere mucho más rápido”*.

Lo que queremos resaltar con esto, es que, según historia clínica la señora María Dora Ortiz de Puentes ingresó el 9 de octubre de 2016 con una parálisis facial (desviación de la comisura labial izquierda), asociada a un tinnitus¹² que tenía una evolución de tres semanas. Dado el cuadro clínico de tinnitus, que se describe, por lo general, como un zumbido en los oídos, aunque no exista una fuente de sonido externa, y cuya causa es, entre otras, la infección en los oídos u obstrucciones en el conducto auditivo; la médico tratante concluyó que la parálisis facial se debía a esta infección, es decir, relacionó el tinnitus y el lagrimeo del ojo que presentaba la paciente, con la parálisis facial, por lo que concluyó que se estaba frente a una *parálisis facial periférica* (cuyos efectos son reversibles y tratables), y no frente a un accidente cardiovascular y que se encuentra relacionado con la llamada *parálisis facial central*.

Consideramos entonces que no se observa una falta de diligencia, falta de cuidado o impericia por parte de la médica. En efecto, de la historia clínica se desprende que se realizó un examen físico tendiente a descartar el Accidente Cerebrovascular: Se verificó que la paciente no presentara problemas con el habla, debilidad o sensibilidad en los brazos, y sólo tras corroborar que no hubiera un desgaste o afectación neurológica, se inclinó la médica por el diagnóstico cuestionado. Téngase en cuenta que se verificó la glucosa de la paciente, la tensión arterial y el ritmo cardiaco y estos se encontraban normales, por lo que, se repite, dado el trastorno de tinnitus asociado, era razonable llegar a esta conclusión.

En palabras de la médica tratante, luego de preguntársele en audiencia de pruebas por qué había diagnosticado una parálisis facial periférica, en vez de una parálisis facial central, indicó que *“La paciente era adulta mayor, no refirió antecedente de importancia, la paciente presentaba una desviación de la comisura labial y asociada a eso refirió lagrimeo en el ojo izquierdo y que días atrás tenía una molestia en el oído izquierdo. Con eso y con mi examen físico no encontré ningún déficit neurológico, es decir, no tenía alteraciones en el lenguaje, ingresó por sus propios medios, no tenía pérdida de la fuerza o sensibilidad de alguna extremidad, concluí que era una parálisis facial periférica”*.

Con esto queremos señalar que no evidenciamos entonces una conducta antijurídica por parte de la médica, sino que su actuar se desprendió de los síntomas presentados por la paciente. Recuérdese que, en materia de responsabilidad médica por pérdida de oportunidad, no solo debe haber una relación causal entre la frustración del chance y la actuación del médico, sino que la conducta del médico debe ser antijurídica y en este caso no se observa el mal actuar de la galena.

Téngase en cuenta que, en un proceso de responsabilidad médica, debe confrontarse la prueba científica con el material probatorio restante. En este caso, pese a que la perito consideró que hubo un mal actuar por parte de la médica tratante, lo cierto es que revisada la *lex artis* relacionada con los Accidentes

¹² Tinnitus es el término médico para el hecho de "escuchar" ruidos en los oídos. Esto cuando no hay una fuente sonora externa. Frecuentemente los tinnitus son llamados "zumbido en los oídos". Tomado de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003043.htm#:~:text=Tinnitus%20es%20el%20t%C3%A9rmino%20m%C3%A9dico,%2C%20murmullo%2C%20silbido%20o%20chirrido>.

Cardiovasculares, este despacho no encuentra que pueda atribuírsele responsabilidad a la demandada.

En efecto, la *Guía de Práctica Clínica Para el Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación del Episodio Agudo del Ataque Cerebrovascular Isquémico en Población Mayor de 18 años* proferida por el Ministerio de Salud para el año 2015 y aplicable al caso en concreto, recomienda el uso de la escala de atención prehospitalaria LAPSS (Los Angeles Prehospital Stroke Scale), en pacientes que presenten déficit neurológico focal súbito o de rápida instauración para sospechar la presencia de un ataque cerebrovascular agudo. Esta escala refiere lo siguiente:

1. LOS ANGELES PREHOSPITAL STROKE SCREEN (LAPSS)

CRITERIOS DE TAMIZACIÓN

	SI	NO	DESCONOCIDO
1. Edad > 45 años			
2. Sin historia previa de convulsiones			
3. Inicio de síntomas neurológicos en las últimas 24 horas			
4. Paciente no usuario de silla de ruedas o postrado en cama			
5. Glucosa sérica entre 60 y 400 mg/dl			

1. EXAMEN: BUSQUE ASIMETRÍAS OBVIAS

	NORMAL	DERECHA	IZQUIERDA
SONRISA/GESTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cae	<input type="checkbox"/> Cae
FUERZA DE AGARRE			
débil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Agarre débil	<input type="checkbox"/> Agarre débil
agarre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sin agarre	<input type="checkbox"/> Sin agarre
DEBILIDAD EN MIEMBRO SUPERIOR			
abajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Se desvía hacia abajo	<input type="checkbox"/> Se desvía hacia abajo
rapidamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cae rápidamente	<input type="checkbox"/> Cae rápidamente
Paciente tiene sólo debilidad unilateral		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta a los ítems 4, 5, 6, 7, 8 y 9 fue Sí o desconocido se considera que el paciente cumple criterios de LAPSS para ACV.			

Obsérvese que, en la parte final de la escala se indica que si la respuesta a los ítems 4,5,6,7,8, y 9 fue “**si**” o “**desconocido**”, se considera que el paciente cumple criterios de LAPSS para ACV. De todos estos ítems, el único síntoma de ACV que presentaba la paciente era la caída de la sonrisa izquierda; sin embargo, a efectos de considerar que se cumplían los criterios de ACV, hacían falta todos los demás ítems, pues la señora María Dora para ese momento no presentaba debilidad en la fuerza de agarre ni del miembro superior, ni debilidad unilateral, ni historia previa de convulsiones, y estos aspectos, según historia clínica sí fueron verificados.

De otro lado, no podemos pasar por alto la afirmación que se encuentra en la historia clínica y que se concatena con la *Guía de Práctica Clínica Para el Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación del Episodio Agudo del Ataque Cerebrovascular Isquémico en Población Mayor de 18 años* proferida por el Ministerio de Salud, respecto de la ventana terapéutica.

Según la herramienta para detección de ACV de Ontario (OPSS), recomendada también por la guía, debe considerarse el traslado a un centro especializado en ACV en pacientes que presenten por lo menos uno de los siguientes síntomas de inicio súbito de aparición de ACV agudo:

- o Debilidad o desviación unilateral de miembro superior o inferior
- o Dificultad para hablar o hablar trabado
- o Parálisis facial (cara torcida)

Se indica que el propósito es que el paciente sea conducido dentro de las dos primeras horas del inicio de los síntomas (si puede fijarse exactamente el tiempo) **o bien desde la última vez que el paciente fue visto en su estado usual de salud.**

Esto implica varias consideraciones. Por un lado, en esta escala sí se plantea que con uno solo de los síntomas, siempre y cuando la aparición de estos sea súbita, debe pensarse en un ACV. En este escenario, podría pensarse a priori que la médica sí debió proceder de conformidad teniendo en cuenta la parálisis facial o cara torcida que presentaba la señora Maria Dora. Sin embargo, de conformidad con la guía en cuestión, este parámetro o escala es aplicable para aquellos casos en que no se pueda realizar una glucometría. Para el caso en concreto y con base en lo que nos refiere la historia clínica, sí se realizó dicho examen, por lo que se debía aplicar preferentemente la escala LAPPS.

De otro lado, la historia clínica también mencionaba que para el día 9 de octubre de 2016 la paciente consultó porque "*amaneció malagueada*". Esto nos hace pensar que desde el momento mismo en que la paciente se despertó, ya presentaba síntomas; cuestión esta que nos hace imposible determinar a partir de qué hora exacta tuvieron inicio. Quiere esto decir que el tiempo para determinar si se estaba en ventana terapéutica o no, debió empezar a contar no desde que se despertó, sino desde la última vez que la paciente fue vista en su estado de salud usual. De acuerdo a la descripción realizada por la misma señora Ortiz, presumimos que esto fue la noche anterior a los hechos.

Esto implica que para cuando despertó, la ventana terapéutica había empezado a correr su curso mientras la causante se encontraba dormida, por lo que, aún si la señora María Dora hubiere sido diagnosticada con ACV el primer día en que acudió a urgencias; es decir, el mismo 9 de octubre de 2016, ya para ese momento no habría podido aplicarse el tratamiento indicado, al estar por fuera de la ventana terapéutica. En ese orden de ideas, aun cuando se le hubiera dado un diagnóstico de ACV desde la primera atención, lo cierto es que no le hubiera sido posible recibir el tratamiento, por lo que mal podría hablarse en este caso de pérdida de chance u oportunidad de recuperación.

Así las cosas, bajo los anteriores argumentos, este despacho considera que no existe responsabilidad médica por parte de la entidad demandada **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.**

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 expensas, 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 observa 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 CIRCUITO DE BOGOTÁ**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y, por autoridad de la Ley,

FALLA:

PRIMERO: Declárense no probadas las excepciones propuestas por las demandadas.

SEGUNDO: Niéguese las pretensiones de la demanda, de conformidad con lo señalado en la parte motiva de la sentencia.

TERCERO: Sin condena en costas.

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

COPIESE, 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: **c323261fc3736376b9282dc57b860d34d5eddc8926130b6a42fb814cf06a79e9**

Documento generado en 10/11/2022 05:40:36 PM

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