



Rama Judicial

República de Colombia

## JUZGADO SÉPTIMO ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DEL CIRCUITO DE IBAGUÉ – DISTRITO JUDICIAL DEL TOLIMA

Ibagué, seis (06) de diciembre de dos mil veintitrés (2023)

**Clase de Proceso:** Reparación Directa

**Demandantes:** MIGUEL ANTONIO GÓMEZ ORTÍZ

**Demandados:** HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E DE IBAGUÉ y DEPARTAMENTO DEL TOLIMA- SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

**Radicación:** No. 73001-33-33-007-2017-00380-00

**Asunto:** Falla médica

Como toda la actuación de la referencia se ha surtido conforme a las reglas adjetivas que le son propias, sin que se observe causal alguna que invalide lo actuado, es procedente proferir decisión de mérito, para lo cual, la **Juez Séptima Administrativa de Oralidad del Circuito de Ibagué / Distrito Judicial del Tolima**, en ejercicio legal de la Función Pública de Administrar Justicia que le es propia, y con observancia plena al derecho aplicable, dicta la presente

### SENTENCIA

#### I.- COMPETENCIA

Tal y como se expuso en el auto admisorio de la demanda, este Despacho es competente para conocer y decidir el presente asunto, conforme a lo dispuesto en el numeral 6º de los artículos 155 y 156 de la Ley 1437 de 2011.

#### II.- ANTECEDENTES

A través de apoderado judicial, el señor **MIGUEL ANTONIO GÓMEZ ORTIZ** ha promovido el medio de control con pretensión de reparación directa en contra del **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E DE IBAGUÉ** y del **DEPARTAMENTO DEL TOLIMA- SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL**, con el fin de obtener el reconocimiento de las siguientes

##### 2.1. PRETENSIONES<sup>1</sup>:

- 2.1.1. Que se declare que las Entidades demandas son administrativamente responsables por la falla en el servicio médico que causó graves daños al demandante.
- 2.1.2. Que como consecuencia de la anterior declaración, se condene a las Entidades demandadas a reparar el daño ocasionado al demandante y a pagar los perjuicios de orden material a título de

<sup>1</sup> Folio 115 y s.s. del archivo denominado "001CuadernoPrincipaTomoViii" de la carpeta "008CuadernoPrincipalTomo07" del expediente digital.

lucro cesante e inmaterial a título de daños morales, daño a la salud y afectación relevante a derechos convencional y constitucionalmente amparados que le fueran causados en las cuantías que se indican en el libelo introductorio.

- 2.2.** Como **HECHOS** para fundamentar sus pretensiones expuso los que a continuación se sintetizan<sup>2</sup>:
- 2.2.1.** Que el señor MIGUEL GÓMEZ, afiliado a la ESP CAFESAUD, a sus 27 años de edad empezó a presentar síntomas como convulsiones de manera frecuente, dolores de cabeza y ceguera temporal, siendo atendido en primera instancia en la Unidad de Salud de Ibagué, en donde se aduce que la atención fue superficial y se le restó importancia a los síntomas presentados (Hechos 1 y 7).
- 2.2.2.** Que el 30 de junio de 2015, dado a que los referidos síntomas se siguieron presentando de forma frecuente y perdió completamente la visión, el demandante acudió a cita particular en el Hospital San Francisco E.S.E de Ibagué hoy Unidad de Salud de Ibagué E.S.E., en donde le fue ordenado un TAC que le fue realizado el día 01 de julio de 2015 en el Departamento de Radiología e Imágenes Diagnosticas de la Clínica Tolima, cuyo resultado concluyó que se encontraba dentro de los límites normales (Hechos 2, 3 y 4)
- 2.2.3.** Que transcurridos 15 días desde la última consulta el paciente presenta otro episodio convulsivo, por lo cual, la médica tratante adscrita al Hospital San Francisco E.S.E de Ibagué lo remite de manera prioritaria al Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de Ibagué por síntomas neurológicos sospechosos de neoplasia y cuadro de cefalea intensa (Hecho 5).
- 2.2.4.** Que, como consecuencia de lo anterior, el paciente ingresó el día 06 de julio de 2015 al Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de Ibagué siendo hospitalizado de forma inmediata (Hechos 6 y 9).
- 2.2.5.** Que le es realizado un TAC y una resonancia, en cuyo resultado dado el 24 de julio de 2015 se dictaminó que presentaba un tumor en el lóbulo frontal- resección- meningioma fibroblástico (Hecho 8).
- 2.2.6.** Que el día 23 de julio de 2015 (sic) le fue realizado por parte del neurocirujano Nelson Morales el procedimiento quirúrgico de craneotomía- leucotomía craneal derecha más resección de tumor frontal derecho intraventricular sobre la hoz frontal izquierda, para lo cual, fue necesario retirar la tabla ósea que, una finalizado el procedimiento, fue instalada nuevamente con sus respectivas suturas dérmicas cefálicas. El paciente estuvo cuatro días en coma inducido, tres días en cuidados intensivos y transcurridos diez días más, el doctor Orlando López Carvajal le da el alta (Hechos 10).
- 2.2.7.** Que el día 24 de julio de 2015 el señor Gómez Ortiz se encontraba en malas condiciones generales (Hecho 12).
- 2.2.8.** Que según se afirma en la demanda, al momento de dar alta al paciente, el médico López Carvajal no tuvo la precaución de recetar el respectivo antibiótico para controlar posibles patologías infecciosas en el área de la cirugía, quien únicamente le ordenó acetaminofén y fluroxetin para evitar convulsiones (Hecho 13).

---

<sup>2</sup> Folio 109 y s.s. del archivo ibídem.

- 2.2.9.** Que el médico Nelson Morales ordenó que el paciente debía volver a control a los 30 días de realizado el procedimiento quirúrgico (Hecho 14).
- 2.2.10.** Que transcurridos dos meses desde la realización de la cirugía no fue posible la asignación de cita de control post operatorio con el doctor Nelson Morales (Hecho 15).
- 2.2.11.** Que el 15 de agosto de 2015 el señor Gómez tuvo que reingresar por urgencias al Hospital Federico Lleras Acosta por presentar episodios de fiebre, vómito y deposiciones líquidas fétidas, siendo hospitalizado por una presunta infección urinaria (Hecho 16).
- 2.2.12.** Que, pese a haberse establecido que el paciente presentaba una herida quirúrgica en cráneo con sangrado, se llevó a cabo procedimiento para tratar una infección urinaria (Hecho 17).
- 2.2.13.** Que el 24 de agosto de 2015 se da de alta el paciente con fórmula médica y orden de cita por medicina interna, según se afirma en la demanda, sin verificar una posible infección en la zona de la cirugía y omitiendo la consulta de control por neurocirugía (Hecho 18.)
- 2.2.14.** Que el 12 de septiembre de 2015 el paciente presenta dolor en la zona parietal y secreción purulenta por la cicatriz de la herida quirúrgica, por lo cual acude a consulta externa en compañía de su madre al Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E en donde se le ordena hospitalización inmediata por diagnóstico de infección del sitio operatorio (Hecho 19).
- 2.2.15.** Que le es realizada una resonancia magnética que arroja como resultado acumulación de líquido intracerebral y aspecto de absceso, razón por la cual, le es programada una segunda cirugía en la misma zona para la misma fecha (Hecho 20).
- 2.2.16.** Que al demandante se le realiza craneotomía hallándose absceso frontal derecho y subdural más osteomielitis de colgajo óseo frontal, se realiza drenaje del absceso intracerebral, empiema subdural y durorafia (sic), no se le coloca la tapa ósea porque es enviada para un examen patológico teniendo en cuenta que tenía una aparente infección y posteriormente el paciente es trasladado a la UCI (Hechos 21 y 22).
- 2.2.17.** El 21 de septiembre de 2015 se obtiene el resultado de la patología, el cual dictamina tabla ósea de 9.5 x 6.5 cm negativa para malignidad (Hecho 23).
- 2.2.18.** Que el médico Nelson Morales ordena procedimiento de craneoplastia prioritaria donde se debía adecuar prótesis para la tabla ósea que había sido retirada al paciente (Hecho 24).
- 2.2.19.** Que el señor Miguel Gómez desde el 15 de septiembre de 2015 no contaba con la tabla ósea (Hecho 25).
- 2.2.20.** Que según se afirma en la demanda, el 23 de octubre de 2015 el doctor Nelson Morales Alba afirma en consulta que no se contaba con la historia clínica del paciente que diera cuenta del manejo farmacológico al que había sido sometido en los procedimientos quirúrgicos anteriores (Hecho 26)
- 2.2.21.** Que la madre del demandante adelantó ante la EPS los trámites necesarios para obtener la autorización del procedimiento denominado PSI Enjoy Synthes y luego de una serie de complicaciones, procesos e insistencias, de forma tardía la EPS autoriza el procedimiento denominado implante específico en PEEK P.S.I. (Hechos 27 y 28).

- 2.2.22.** Que por la ausencia de tapa ósea el demandante, según se afirma en el libelo introductorio, ha venido presentado más afectaciones de salud, aumentando las convulsiones hasta 4 veces a la semana, así como fuertes dolores de cabeza, no puede asolearse, no puede ayudar a su madre en los quehaceres de la finca en donde viven y no puede tomar transporte público por el riesgo de golpearse la cabeza y el riesgo de perder su vida tras un golpe en el cerebro (Hechos 29 y 30).
- 2.2.23.** Que pasados 12 meses desde la segunda cirugía, la IPS ESPIFARMA IBAGUÉ ALTO COSTO en convenio con CAFESALUD EPS-S efectuó la importación del implante, el cual reposa en dicha IPS sin que se cuente con convenio con una Entidad en donde se pueda realizar la cirugía para la colocación de dicho implante (Hecho 31).
- 2.2.24.** Que debido a su estado de salud, el señor Gómez intentó suicidarse por segunda vez (Hecho 32).
- 2.2.25.** Que el 22 de julio de 2017 el señor Miguel Gómez se sometió a cirugía de implante de tabla ósea realizada en el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E (Hecho 44)
- 2.2.26.** Que la falla en el servicio en que incurrió el Hospital Federico Lleras Acosta ESE consistió en dar de alta al paciente en aproximadamente 17 días pese a que se le había practicado una cirugía de cráneo y no se le suministró ningún tipo de antibiótico para prevenir cualquier infección que pudiera llegar a presentarse (Hecho 37).
- 2.2.27.** Que la condición tanto física como psicológica del señor Miguel Gómez tuvo un cambio radical después de haber sido sometido a tres procedimientos quirúrgicos, causándole tanto a él como a su familia graves perjuicios morales (Hecho 45)
- 2.2.28.** Que el señor Gómez actualmente presenta episodios de convulsiones de manera frecuente y perdió el 100% de visión en el ojo izquierdo y el 20% en el ojo derecho, aumentando su limitación e imposibilidad para realizar actividades tanto laborales como cotidianas propias de cualquier ser humano (Hecho 46 y 47).

### **2.3. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA.**

#### **2.3.1. Demandadas:**

##### **2.3.1.1. Hospital Federico Lleras Acosta ES.E de Ibagué.<sup>3</sup>**

El apoderado de la Entidad demandada señaló que se opone a todas y cada una de las pretensiones incoadas por la parte actora, solicitando se nieguen las súplicas de la misma, por no tener fundamento en los hechos en que sustentan ni razón en derecho.

En relación con los supuestos fácticos de la demanda indicó que los hechos 1, 2, 3, 27, 28, 32, 34, 35, 45, 46, 47 y 49 no le constan; que el 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 21, 22, 24, 26, 31, 33, 38, 39, 40 y 41 son ciertos; que el 8, 9, 14, 15, 17, 18, 23, 25, 30, 36, 37, 42, 43, 44 y 48 no son ciertos y que el 16, 19, 20 y 29 son parcialmente ciertos.

Manifestó que no se le puede imputar responsabilidad al Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, toda vez que los servicios de salud brindados al señor Miguel Gómez fueron diligente, oportunos y con calidad, acogiendo las directrices de guías colombianas para el tipo de patología que este padecía.

<sup>3</sup> Folio 2 y s.s. del archivo denominado "001CuadernoPrincipalTomoVI" de la carpeta "007CuadernoPrincipalTomo06" del expediente digital.

**Reparación Directa.** SENTENCIA  
**Radicaciones:** 73001-33-33-007-2017-00380-00  
**Demandante:** MIGUEL ANTONIO GÓMEZ ORTÍZ  
**Demandados:** HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E DE IBAGUÉ Y OTROS.

Una vez realizado un análisis de la historia clínica concluyó que, no existe nexo de causalidad entre los servicios que le brindó al demandante el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de Ibagué y el presunto daño sufrido, ya que si la craneoplastia no se realizó con antelación fue por culpa atribuible a la EPS CAFESALUD, quien nunca autorizó que el procedimiento se realizara en el Hospital, sino hasta cuando fue condenada en el fallo de tutela proferido dentro de la acción de tutela incoada por el demandante.

Sumado a lo anterior, afirmó que el paciente no tuvo el cuidado necesario, pues cuando ingresó por primera vez a la institución, había sido diagnosticado dos años atrás con la enfermedad que hoy padece.

Formuló como excepciones las que denominó *ausencia de nexo de causalidad, ausencia de culpa profesional y culpa exclusiva de la víctima.*

#### **2.3.1.2. Departamento del Tolima- Secretaría de Salud Departamental<sup>4</sup>.**

La apoderada de la Entidad manifestó que se opone a todas las pretensiones formuladas en la demanda y en su reforma, en razón a que los hechos en los que se fundamenta la demanda corresponden al presunto actuar del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de Ibagué.

Afirmó oponerse a la declaratoria de responsabilidad del Departamento del Tolima- Secretaría de Salud Departamental, dado que el Departamento del Tolima no es responsable administrativamente de los alegados perjuicios causados a los demandantes, ya que no se causaron por acciones u omisiones endilgables al Departamento del Tolima.

Solicitó que se desvinculara del trámite de la presente acción a la Entidad Territorial, teniendo en cuenta que conforme a los hechos que relata la parte demandante, las presuntas acciones u omisiones fueron realizadas por el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de Ibagué.

En relación a los supuestos fácticos de la demanda indicó que en su mayoría no le constan; que el 11, 13, 33, 37, 42, 44 y 45 no son hechos y que el 41 no es cierto.

Formuló como excepciones las que denominó *falta de legitimación en la causa por pasiva, inexistencia de responsabilidad administrativa e inexistencia de nexo de causalidad.*

#### **2.3.2. Llamada en garantía.**

##### **2.2.2.1. Allianz Seguros S.A<sup>5</sup>**

En relación con los supuestos fácticos de la demanda manifestó que los hechos 1, 2, 3, 27, 28, 32, 34, 35, 45, 47 y 49 no le constan; que el 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 29, 31, 38, 39, 40 y 41 son ciertos o parcialmente ciertos; que el 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 25, 30, 33, 36, 37, 42, 43, 44 y 46 no son ciertos y que el 11 y 48 no son hechos.

Indicó a su vez que se opone a todas y cada una de las pretensiones aquí invocadas, toda vez que el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de Ibagué actuó dentro del marco de los protocolos médicos de manera oportuna y adecuada frente a los diversos cuadros clínicos que presentó el paciente Miguel Antonio Gómez Ortiz, por lo cual el actuar del Hospital Federico Lleras Acosta no está inmerso en ninguna

<sup>4</sup> Archivo denominado "008ContestacionDemandaDepartamentoTolima" de la carpeta "008CuadernoPrincipalTomo07" del expediente digital.

<sup>5</sup> Folio 139 del archivo denominado "001CuadernoPrincipalTomoVII" de la carpeta "008CuadernoPrincipalTomo07"

falla médica, por cuanto no existió error en los diagnósticos, en la atención ni en los procedimientos dados al paciente.

Igualmente señaló que se opone al reconocimiento y pago de los perjuicios materiales e inmateriales sufridos por el demandante, ya que en su sentir, no existe prueba que acredite el nexo de causalidad entre el desafortunado padecimiento del paciente con la conducta médica practicada a éste.

Formuló como excepciones de mérito las que denominó *ausencia de nexo de causalidad, ausencia de falla en el servicio en la prestación del servicio médico brindado al paciente Miguel Antonio Gómez Ortiz, inexistencia de la obligación a indemnizar por parte del Hospital Federico Lleras Acosta y por ende de Allianz Seguros S.A., cobro de lo no debido y rompimiento del nexo causal- operó una causa extraña- hecho de la víctima.*

### III.- TRÁMITE PROCESAL

Presentado el proceso ante la Oficina Judicial el día 25 de septiembre de 2017<sup>6</sup>, correspondió por reparto al Dr. Belisario Beltrán Bastidas, Magistrado del H. Tribunal Administrativo del Tolima, quien mediante proveído de fecha 03 de noviembre de 2017<sup>7</sup> declaró la falta de competencia para conocer de la presente demanda y ordenó su remisión a los Juzgados Administrativos Orales de esta Ciudad.

Como consecuencia de lo anterior, el 20 de noviembre de 2017<sup>8</sup> correspondió por reparto el conocimiento del presente asunto a este Despacho, quien mediante providencia de fecha 23 de febrero de 2018<sup>9</sup>, una vez subsanados los defectos advertidos mediante proveído adiado 26 de enero de 2018<sup>10</sup>, ordenó la admisión de la demanda.

Notificadas las partes, el Ministerio Público y la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado<sup>11</sup>, se advierte que dentro del término de traslado la Entidad demandada contestó la demanda, propuso excepciones y allegó las pruebas que pretendía hacer valer<sup>12</sup>.

Posteriormente, a través de auto de fecha 09 de noviembre de 2018<sup>13</sup> se admitió la reforma de la demanda presentada por el apoderado judicial del demandante y en la misma fecha se admitió el llamamiento en garantía propuesto por el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E en contra de Allianz Seguros S.A.<sup>14</sup>

Mediante providencia del 13 de noviembre de 2019<sup>15</sup> se adicionó el auto que admitió la reforma de la demanda en el sentido de admitir la demanda en contra del Departamento del Tolima- Secretaría de Salud Departamental del Tolima.

Notificada la Entidad demandada<sup>16</sup>, se observa que dentro del término de traslado contestó la demanda, propuso excepciones y allegó las pruebas que pretendía hacer valer<sup>17</sup>.

<sup>6</sup> Folio 3 del archivo denominado "001CuadernoPrincipal" de la carpeta "001CuadernoPrincipal" del expediente digital.

<sup>7</sup> Folio 60 y 61 del archivo denominado "001CuadernoPrincipal" de la carpeta "001CuadernoPrincipal" del expediente digital.

<sup>8</sup> Folio 65 del archivo denominado "001CuadernoPrincipal" de la carpeta "001CuadernoPrincipal" del expediente digital.

<sup>9</sup> Folio 82 y s.s. ibídem.

<sup>10</sup> Folio 72 y s.s. del archivo denominado "001CuadernoPrincipal" de la carpeta "001CuadernoPrincipal" del expediente digital.

<sup>11</sup> Folio 90 y s.s. del archivo ibídem.

<sup>12</sup> Folio 108 del archivo denominado "001CuadernoPrincipalTomoVII" de la carpeta "008CuadernoPrincipalTomo07" del expediente digital.

<sup>13</sup> Folio 126 del archivo ibídem.

<sup>14</sup> Folio 58 y s.s. del archivo denominado "001Cuaderno2LlamamientoAllianz" de la carpeta "002Cuaderno2Llamamiento" del expediente digital.

<sup>15</sup> Folio 160 del archivo "001CuadernoPrincipalTomoVII" de la carpeta "008CuadernoPrincipalTomo07" del expediente digital.

<sup>16</sup> Folio 162 y s.s. del archivo ibídem.

<sup>17</sup> Archivo denominado "008ContestacionDemandaDepartamentoTolima" de la carpeta ibídem.

**Reparación Directa.** SENTENCIA  
**Radicaciones:** 73001-33-33-007-2017-00380-00  
**Demandante:** MIGUEL ANTONIO GÓMEZ ORTÍZ  
**Demandados:** HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E DE IBAGUÉ Y OTROS.

Posteriormente, a través de auto de fecha 09 de febrero de 2021<sup>18</sup> se resolvieron las excepciones previas propuestas por el Departamento del Tolima- Secretaría de Salud, declarando no probadas las denominadas *ineptitud de la demanda por falta de los requisitos formales y caducidad del medio de control* y se difirió al fondo del asunto la excepción de *falta de legitimación en la causa por pasiva*.

Seguidamente mediante auto del 14 de mayo de 2021<sup>19</sup> se fijó fecha para llevar a cabo la audiencia inicial de que trata el artículo 180 del C.P.A. y de lo C.A., la cual se llevó a cabo el día 27 de julio de 2021<sup>20</sup> agotándose en ella la totalidad de sus instancias en legal forma.

Por encontrarse necesaria la práctica de pruebas, se fijó fecha para la realización de la diligencia de que trata el artículo 181 del C.P.A. y de lo C.A., la cual se llevó a cabo el día 17 de agosto de 2022<sup>21</sup> en donde se declaró precluido el periodo probatorio y por considerar innecesaria la celebración de la audiencia de alegaciones y juzgamiento, de conformidad con lo dispuesto en el inciso final del artículo 181 del C.P.A. y de lo C.A., se ordenó a las partes presentar por escrito sus alegatos de conclusión dentro de los diez (10) días siguientes a la realización de dicha diligencia.

### **3.1. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN**

#### **3.1.1. PARTE DEMANDANTE<sup>22</sup>.**

El apoderado del extremo demandante manifestó que se ratificaba en los hechos y pretensiones de la demanda y se atenía a lo que el despacho considerase haberse probado en el proceso en cuanto a la existencia o no del daño antijurídico y la presunta responsabilidad de las demandadas.

### **3.2. PARTE DEMANDADA**

#### **3.2.1. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E DE IBAGUÉ<sup>23</sup>.**

La apoderada de la Entidad indicó que dentro del presente medio de control no hay prueba siquiera sumaria en donde se vislumbre responsabilidad alguna por parte del Hospital frente a los daños que alega el demandante a través de apoderado, por presunta falla en el servicio que le causaron pérdida del 100% de la visión del ojo izquierdo, pérdida de visión del 20% en su ojo derecho, presentación de episodios de convulsiones de manera más frecuente conllevando a que todos estos factores influyan en la vida de relación del mismo, ya que no tiene la misma estabilidad familiar y se siente impotente al no poder mejorar la situación, encontrándose incluso en estado de gran depresión; hechos que no tienen nexo de causalidad frente a los servicios brindados por la entidad que representa, por ser estos oportunos, adecuados y de calidad, ya que se cumplieron con los protocolos y guías de manejo institucional en la atención brindada al señor Miguel Antonio Gómez Ortiz.

En virtud de lo expuesto solicito negar las pretensiones de la demanda, condenar en costas a la parte demandante y declarar probadas las excepciones de mérito propuestas por el Hospital.

### **DEPARTAMENTO DEL TOLIMA- SECRETARÍA DE SALUD<sup>24</sup>.**

<sup>18</sup> Archivo denominado "014AutoDecideExcepcionesPrevias" de la carpeta ibídem.

<sup>19</sup> Archivo denominado "022AutoFijaFechaAudiencialInicial" de la carpeta ibídem.

<sup>20</sup> Archivo denominado "029ActaAudiencialInicial" de la carpeta ibídem.

<sup>21</sup> Archivo denominado "070ActaAudienciaPruebasCorreTrasladoAlegar" de la carpeta ibídem.

<sup>22</sup> Archivo denominado "075EscritoAlegacionesDemandante" de la carpeta ibídem.

<sup>23</sup> Archivo denominado "073AlegacionesHospitalFedericoLlerasAcosta" de la carpeta ibídem.

<sup>24</sup> Archivo denominado "033AlegatosMunicipiolbagué" de la carpeta ibídem.

**Reparación Directa.** SENTENCIA  
**Radicaciones:** 73001-33-33-007-2017-00380-00  
**Demandante:** MIGUEL ANTONIO GÓMEZ ORTÍZ  
**Demandados:** HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E DE IBAGUÉ Y OTROS.

La Entidad territorial se pronunció para señalar, que se opone a todas las pretensiones referidas en el medio de control impetrado, esto en razón a que los hechos en los que se fundamenta la demanda, corresponden al presunto actuar negligente en el que incurriera el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E, en lo que tiene que ver con las presuntas afectaciones y falla en el servicio del que fuere víctima el señor MIGUEL ANTONIO GOMEZ ORTIZ.

Reiteró que el Departamento del Tolima - Secretaría de Salud- no tenía la obligación de garantizar la atención integral en salud del señor MIGUEL ANTONIO GOMEZ ORTIZ, pues la misma estaba a cargo de los prestadores del servicio de salud, los cuales eran los responsables de buscar y proveer todos los medios necesarios para garantizar el acceso efectivo y oportuno al servicio de salud, para solventar de manera eficaz la emergencia médica cuestionada, que lamentablemente devino en los alegados perjuicios que no fueron acreditados por el extremo actor.

### **3.3. LLAMADA EN GARANTÍA.**

#### **3.3.1. ALLIANZ SEGUROS S.A<sup>25</sup>.**

La apoderada de la llamada en garantía se pronunció para solicitar que se nieguen las pretensiones de la demanda en lo que respecta al Hospital Federico Lleras Acosta y, por ende, a la llamada en garantía.

Precisó que, de acuerdo con el material probatorio obrante en la actuación, el Hospital Federico Lleras Acosta siempre actuó con diligencia y premura dado el estado de salud del paciente.

Resaltó que, al paciente se le dio de alta sin antibiótico porque no tenía indicación de tratamiento antibiótico, durante los 17 días de postquirúrgico que permaneció hospitalizado no demostró signos clínicos de infección que requirieran de manejo antibiótico y como argumento o justificación, se indicó que, de habersele suministrado antibiótico, se hubiese cambiado la flora nativa del paciente en otros órganos o sistemas y generarle selección bacteriana con riesgo de infecciones serias y gérmenes resistentes.

Concluyó que el hecho dañoso que desencadenó las secuelas y afecciones en la vida y salud del joven MIGUEL ANTONIO GÓMEZ ORTÍZ, y derivado de esto, los perjuicios inmateriales reclamados por él, no son imputables o atribuibles a la Entidad Hospital Federico Lleras Acosta, menos aún a ALLIANZ SEGUROS S.A, al no existir o evidenciarse el vínculo causal que permita la configuración de un nexo entre el hecho generador del daño y el resultado producido que permita salir avante una responsabilidad en contra de la entidad demandada, por cuanto la atención que se prestó al paciente desde su primer ingreso al servicio de urgencias (julio 06 de 2015), y sus posteriores procedimientos quirúrgicos fueron efectuadas con los especialistas que atendiendo al grave cuadro clínico del paciente, dieron aplicación a la *lex artis*.

Una vez indicados los argumentos conclusivos, solicitó se negaran las pretensiones de la demanda, teniendo en cuenta las pruebas decretadas y practicadas en el proceso.

## **IV.- CONSIDERACIONES**

Sin manifestaciones que efectuar respecto a los presupuestos procesales de jurisdicción y competencia analizados en el auto admisorio de la demanda, y dado que de conformidad con lo previsto en el artículo 207 del C.P.A. y de lo C.A., en el desarrollo de las etapas procesales se ejerció un control de legalidad de

---

<sup>25</sup> Archivo denominado "071EscritoAlegacionesAllianz" de la carpeta ibidem.

las mismas, sin presentarse manifestación alguna por las partes u observarse por el despacho vicios procesales que acarreen la nulidad del proceso, se procede a proferir la sentencia de primera instancia que en derecho corresponda.

#### **4.1. PROBLEMA JURÍDICO**

En problema jurídico principal consiste en determinar, si los demandados son administrativamente responsables por los perjuicios padecidos por el demandante Miguel Antonio Gómez Ortiz, como consecuencia de la presunta falla en la prestación del servicio médico, por el tratamiento dado al momento en que se le otorgó el alta sin la prescripción de antibióticos, luego de habersele practicado una cirugía de cráneo, que al parecer le originó un menoscabo de su salud.

En el evento en que la respuesta al anterior planteamiento sea positiva, el problema jurídico asociado se contraer en determinar si hay lugar o no a condenar o no Allianz Seguros S.A., llamada en garantía en el sub iudice, al reconocimiento y pago de los perjuicios a cuyo reconocimiento sean condenados los demandados.

#### **4.2. CUESTIÓN PREVIA**

En relación con las excepciones de mérito propuestas por las Entidades demandadas, se prevé que no constituyen una excepción propiamente dicha, al no atacar las pretensiones mediante la formulación de hechos nuevos que por sí solos tengan la virtud de extinguir, aplazar o modificar los efectos de aquella, limitándose a contradecir o negar los hechos de la demanda. Por ende, su decisión quedará inmersa en las consideraciones de la presente providencia.

#### **4.3. ANÁLISIS DE INSTANCIA**

##### **4.3.1. Marco Normativo y Jurisprudencial para dar Respuesta al Problema Jurídico Planteado.**

- Constitución Política, artículos 2, 6 y 90.
- Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A. Sentencia del 20 de mayo de 2022. Exp: 68001-23-31-000-2004-01503-01 (55134). C.P. José Roberto Sáchica Méndez
- Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A. Sentencia del 8 de junio de 2022. Exp: 27001-23-31-000-2011-00218-01 (55501). C.P. José Roberto Sáchica Méndez.
- Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A. Sentencia del 29 de julio de 2022. Exp: 25000-23-26-000-1997-13536-01 (25045). C.P. María Adriana Marín.
- Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A. Sentencia del 30 de agosto de 2022. Exp: 05001-23-31-000-2008-00540-0 (49835). C.P. María Adriana Marín.

##### **4.3.2. De la Responsabilidad del Estado**

El artículo 90 de la Constitución Política de Colombia establece que el Estado debe responder patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas y se requiere de la concurrencia de varios elementos a saber: *(i)* el daño

antijurídico, *(ii)* la imputabilidad jurídica y fáctica del daño a un órgano del Estado y, *(iii)* el nexo causal entre el daño y la actuación u omisión de la administración.

El **Daño Antijurídico** es entendido en la jurisprudencia Contencioso – Administrativa como “*la lesión de un interés legítimo, patrimonial o extrapatrimonial, que la víctima no está en la obligación de soportar, que no está justificado por la ley o el derecho*”, en otros términos, aquel que se produce a pesar de que “*el ordenamiento jurídico no le ha impuesto a la víctima el deber de soportarlo, es decir, que el daño carece de causales de justificación*”<sup>26</sup>.

De acuerdo a una debida interpretación del artículo 90 Constitucional, el H. Consejo de Estado<sup>27</sup> ha enseñado, que la responsabilidad del Estado se origina, de un lado, cuando existe una lesión causada a la víctima que no tiene el deber jurídico de soportar y, de otro, cuando esa lesión es imputable fáctica y jurídicamente a una autoridad pública. Dicha Tesis fue avalada por la Corte Constitucional en Sentencia C-333 de 1993, en donde expresó, que además de constatar la antijuridicidad del daño, el juzgador debe elaborar un juicio de imputabilidad que le permita encontrar un título jurídico distinto de la simple causalidad material que legitime la decisión.

Al referirnos a la **imputación jurídica y fáctica**, debemos remitirnos a lo explicado por la Sección Tercera del H. Consejo de Estado que considera que “*imputar, para nuestro caso, es atribuir el daño que padeció la víctima al Estado, circunstancia que se constituye en condición sine qua non para declarar la responsabilidad patrimonial de este último (...) la imputación del daño al Estado depende, en este caso, de que su causación obedezca a la acción o a la omisión de las autoridades públicas en desarrollo del servicio público o en nexo con él, excluyendo la conducta personal del servidor público que, sin conexión con el servicio, causa un daño*”<sup>28</sup>

A partir de la disposición Constitucional señalada, la jurisprudencia y la doctrina contencioso administrativa han desarrollado distintos regímenes de responsabilidad imputables al Estado, como *(i)* el subjetivo, que se basa en la teoría de la falla del servicio y *(ii)* el objetivo, que obedece a diferentes situaciones en las cuales la entidad demandada está llamada a responder, por un lado, con ocasión del ejercicio de actividades peligrosas o la utilización de elementos de la misma naturaleza, caso en el cual se habla del régimen del riesgo excepcional, y por otro, debido a la ruptura de la igualdad frente a las cargas públicas, caso en el cual estamos en presencia del régimen del daño especial, por ende, corresponde al Juez analizar los hechos de cada caso concreto y determinar el régimen de responsabilidad aplicable, para resolver el asunto sometido a su consideración de acuerdo con los elementos probatorios allegados, aunque el demandante haya encuadrado el contencioso en un título de imputación disímil, pues en acciones de reparación directa, domina el principio de *iura novit curia*.

De otro lado, en cuanto al **nexo de causalidad**, nuestro Órgano de Cierre<sup>29</sup> trayendo a colación apartes de la Doctrina Francesa ha considerado que éste, es el elemento principal en la construcción de la responsabilidad, esto es la determinación de que un hecho es la causa de un daño, pues desde el punto de vista teórico resulta fácil, en criterio de los autores, diferenciar el tratamiento del nexo de causalidad dentro de los títulos objetivo y de falla. En tratándose de la falla del servicio, la relación de causalidad se vincula directamente con la culpa, con la irregularidad o la anormalidad.

<sup>26</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección C. Sentencia del nueve (9) de mayo de dos mil doce (2012). Radicación número: 68001-23-15-000-1997-03572-01(22366). Consejero Ponente: Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

<sup>27</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de fecha 01 de marzo de 2006. C.P. Dr. Alier Eduardo Hernández Enríquez.

<sup>28</sup> Sentencia del 21 de octubre de 1999, expediente 10948, M.P: Alier Eduardo Hernández Enríquez.

<sup>29</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 10 de agosto de 2005, Rad. 73001-23-31-000-1997-04725-01(15127). C.P. María Elena Giraldo Gómez.

En síntesis, existe una cláusula general de responsabilidad patrimonial del Estado, en forma de mandato imperativo, aplicable a todas las autoridades estatales y en todos los ámbitos de la responsabilidad, siendo una garantía para los administrados, con la consecuente obligación para el Estado de repetir contra sus agentes, cuando la administración pública haya resultado condenada y se demuestre la culpa grave o el dolo de los mismos.

#### 4.3.3. Régimen de imputación derivado de la actividad médica

En torno al régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica, la jurisprudencia ha realizado una transición entre los conceptos de falla presunta y falla probada, siendo la posición actual aquella según la cual, el régimen de responsabilidad que resulta aplicable por la actividad médica hospitalaria es el de falla probada del servicio<sup>30</sup>, subregla en la que, deben ser acreditados en este punto tres elementos inexcusables por parte del actor, a saber: i) el daño; ii) la falla en el acto médico y iii) el nexo causal, sin los cuales resulta improcedente por esta vía una condena en contra del Estado<sup>31</sup>, tal y como lo ha entendido el H. Consejo de Estado al señalar:

*“Al margen de las discusiones que se presentan en la jurisprudencia y en la doctrina en relación con el régimen probatorio de los elementos de la responsabilidad patrimonial por los daños que se deriven de la actuación médica del Estado, **lo cierto es que existe consenso en cuanto a que la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que la misma fue constitutiva de una falla del servicios y que dicha falla fue causa eficiente del daño.**”<sup>32</sup> (Negrillas y subrayas del despacho)*

Dicho título de imputación opera, como lo señala la jurisprudencia de la Sección Tercera, no sólo respecto de los daños indemnizables derivados de la muerte o de las lesiones corporales causadas, sino que también comprende “... los que se constituyen por la vulneración del derecho a ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y, como en este caso, **por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz**”<sup>33</sup>. (Se destaca)

En consonancia con ello y de acuerdo con lo dispuesto en la jurisprudencia del H. Consejo de Estado, cuando la falla probada en la prestación del servicio médico y hospitalario se funda en la “*lesión al derecho a recibir atención oportuna y eficaz*”, se debe observar que ésta produce como efecto la vulneración de la garantía constitucional que recubre el derecho a la salud, especialmente en lo que hace referencia al respeto del principio de integridad en la prestación de dicho servicio.

Ahora bien, según el precedente jurisprudencial constitucional “*la protección al derecho fundamental a la salud no se limita simplemente al reconocimiento de los servicios que se requieren con necesidad; sino que comprende también su acceso de manera oportuna, eficiente y de calidad. La prestación del servicio de salud es oportuna cuando la persona lo recibe en el momento que corresponde para recuperar su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. En forma similar, el servicio de salud se considera eficiente cuando los trámites administrativos a los que se somete al paciente para acceder a una prestación requerida son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no imponen al*

<sup>30</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 09 de julio de 2018, Rad. 08001-23-31-000-2000-01774-01(44961). C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

<sup>31</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 19 de abril de 2018, Rad. 76001-23-31-000-2003-03719-01(44222) acumulado con el 76001-23-000-2004-01899-01). C.P. Marta Nubia Velásquez Rico.

<sup>32</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 23 de junio de 2010, exp. 19.101 C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

<sup>33</sup> Sentencia de 7 de octubre de 2009. Exp. 35656.

*interesado una carga que no le corresponde asumir. Por otro lado, el servicio de salud es de **calidad** cuando las entidades obligadas a prestarlo actúan de manera tal “que los usuarios del servicio no resulten víctimas de imponderables o de hechos que los conduzcan a la desgracia y que, aplicando con razonabilidad los recursos estatales disponibles, pueden ser evitados, o su impacto negativo reducido de manera significativa para la persona eventualmente afectada”<sup>34</sup>.*

Frente al particular, el órgano de cierre de esta jurisdicción ha señalado que la falla médica se circunscribe a una consideración básica, según la cual, la *“obligación de prestar asistencia médica es compleja, es una relación jurídica total, compuesta por una pluralidad de deberes de conducta (deber de ejecución, deber de diligencia en la ejecución, deber de información, deber de guardar secreto médico, etc.). Ese conjunto de deberes conforma una trama, un tejido, una urdimbre de la vida social responde a la idea de organización – más que de organismos- en punto a la susodicha relación jurídico total (...). Por tanto, aquel deber jurídico principal supone la presencia de otros deberes secundarios de conducta, como los de diagnóstico, información, recepción de la voluntad jurídica del enfermo –llamada comúnmente consentimiento del paciente-, prescripción, guarda del secreto profesional, satisfacción del plan de prestación en su integridad (actividad que supone no abandonar al enfermo y cuidar de él hasta darlo de alta)”<sup>35</sup> (Subrayado original)*

#### 4.3.4. Responsabilidad por error en el diagnóstico.

El diagnóstico ha sido definido por la Sección Tercera del H. Consejo de Estado, como el elemento determinante del acto médico, ya que es a partir de sus resultados que se elabora todo el tratamiento propiamente dicho, al señalar:

*“Puede afirmarse que el diagnóstico es uno de los principales momentos de la actividad médica, pues a partir de sus resultados se elabora toda la actividad posterior conocida como tratamiento propiamente dicho.*

*De allí que el diagnóstico se termina convirtiendo en un elemento determinante del acto médico, ya que del mismo depende el correcto tratamiento o terapéutica.*

*Cronológicamente el diagnóstico es el primer acto que debe realizar el profesional, para con posterioridad emprender el tratamiento adecuado. Por ello bien podría afirmarse que la actividad médica curativa comprende dos etapas. La primera constituida por el diagnóstico y la segunda por el tratamiento. (...)<sup>36</sup>.*

Igualmente, se ha determinado en la Jurisprudencia de nuestro órgano de cierre, que **el diagnóstico se encuentra conformado por dos etapas** a saber, la primera es aquella donde se realiza la exploración del paciente, esto es, el examen o reconocimiento que va desde la realización del interrogatorio hasta la ejecución de pruebas, tales como palpación, auscultación, tomografías, radiografías, etc y, la segunda, en la que corresponde al médico analizar los exámenes practicados y emitir su juicio<sup>37</sup>.

A la par, esa Corporación ha sostenido que para que el diagnóstico sea acertado, se requiere que el profesional de la salud sea extremadamente diligente y cuidadoso en el cumplimiento de cada una de

<sup>34</sup> Corte Constitucional, sentencia T-104 de 2010.

<sup>35</sup> Sección Tercera, sentencia del 18 de febrero de 2010. Exp. 17655.

<sup>36</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 Exp.11878. Reiterado en reiterada en las sentencias de 27 de abril de 2011, exp.19.846; 10 de febrero de 2011, exp.19.040; 31 de mayo de 2013, exp.31724; 9 de octubre de 2014, exp.32348; y 2 de mayo de 2016. Exp.36.517

<sup>37</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 Exp.11878. Reiterado en Sentencia del 2 de mayo de 2016. Exp.36.517

las fases anteriormente mencionadas, esto es, que emplee todos los recursos a su alcance en orden a recopilar la información que le permita determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente, y en ese sentido, si el médico actuó con la pericia y cuidado antes mencionada, su responsabilidad no queda comprometida a pesar de que se demuestre que el diagnóstico fue equivocado, pues es posible que pese a todos los esfuerzos del personal médico y al empleo de los recursos técnicos a su alcance, no logre establecerse la causa del mal, bien porque se trata de un caso científicamente dudoso o poco documentado, porque los síntomas no son específicos de una determinada patología o, por el contrario, son indicativos de varias afecciones<sup>38</sup>.

En conclusión, la jurisprudencia del H. Consejo de Estado ha sido enfática en afirmar que, para imputar responsabilidad a la Administración por daños derivados de un error de diagnóstico, se requiere acreditar que el servicio médico no se prestó de manera adecuada por alguno de los siguientes motivos:

*"i) El profesional de la salud omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban.*

*ii) El médico no sometió al enfermo a una valoración física completa y seria.*

*iii) El profesional omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos y científicos a su alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente.*

**iv) El médico dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad.**

**v) El galeno interpretó indebidamente los síntomas que presentó el paciente.**

*vi) Existe una omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto."<sup>39</sup>*

#### 4.4. CASO EN CONCRETO.

A través del presente asunto se deberá determinar si las Entidades demandadas son administrativa y patrimonialmente responsables de los daños causados al demandante, por haberle brindado una atención médica deficiente e inoportuna, o si por el contrario, las entidades demandadas actuaron de manera diligente.

##### 4.4.1. Lo probado en el proceso:

###### - Documental:

4.4.1.1. Certificado de afiliación del demandante a CAFESALUD EPS-S<sup>40</sup>.

4.4.1.2. Historia clínica del señor Miguel Antonio Gómez Ortiz<sup>41</sup>.

4.4.1.3. Historia clínica transcrita del señor Miguel Antonio Gómez Ortiz<sup>42</sup>.

<sup>38</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 y sentencia del 2 de mayo de 2016. Exp.36.517.

<sup>39</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 02 de mayo de 2018; Exp. 63001-23-31-000-2000-00519-01(39952). CP. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

<sup>40</sup> Folio 7 del archivo denominado "001CuadernoPrincipal" de la carpeta "001CuadernoPrincipal" del expediente digital.

<sup>41</sup> Folio 8 a 38 del archivo ibídem, folio 2 a 244 del archivo denominado "001CuadernoPrincipalTomolI" de la carpeta "003CuadernoPrincipalTomo02", folio 2 a 245 del archivo denominado "001CuadernoPrincipalTomoIII" de la carpeta "004CuadernoPrincipalTomo03", Folio 88 a 146 del archivo denominado "001CuadernoPrincipalTomoVI" de la carpeta "007CuadernoPrincipalTomo06" y Folio 1 a 107 del archivo denominado "001CuadernoPrincipalTomo07" de la carpeta "008CuadernoPrincipalTomo07" del expediente digital.

<sup>42</sup> Folio 2 a 110 del archivo denominado "001CuadernoPrincipalTomoV" de la carpeta "006CuadernoPrincipalTomo05" del expediente digital.

- **Pericial.**

Se allegó al expediente el dictamen pericial rendido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en el cual se concluyó en relación con la atención médica brindada al señor MIGUEL ANTONIO GÓMEZ ORTIZ en el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de Ibagué, lo siguiente:

*“El señor Miguel Antonio Gómez Ortiz, identificado con cédula de ciudadanía 1033715217, fue atendido médica y quirúrgicamente, teniendo en cuenta dos juntas quirúrgicas, la primera para la extirpación del tumor y la segunda para el tratamiento de la complicación quirúrgica, infección del sitio operatorio (ISO). Su tratamiento se realizó en institución de salud de mediana y alta complejidad (Hospital Federico Lleras Acosta de la ciudad de Ibagué Tolima), por un cuadro clínico de tumor (meningioma) que estaba causando hipertensión endocraneana, condición médica de alto riesgo para la vida del paciente en mención, sin la atención médica especializada (neurocirugía). El paciente sufrió complicaciones infecciosas postoperatorias (infección de vías urinarias, infección del sitio neuroquirúrgico), realizan tratamiento médico (antimicrobianos como vancomicina, ceftriazona por 17 días) y posteriormente reingresa por infección del sitio operatorio, necesitando tratamiento neuroquirúrgico previa junta médica (drenaje de absceso frontal derecho y subdural) con buena evolución. El control con imágenes diagnósticas descarta recidiva tumoral. Por último corrigen defecto de cobertura en el cráneo mediante cirugía programada con fecha 22-06-17 y el paciente queda en tratamiento farmacológico para las convulsiones. Se le prestaron los servicios médicos y neuroquirúrgicos disponibles y se le practicaron los exámenes paraclínicos pertinentes, cumpliendo con la ley del arte médico para esta situación, teniendo en cuenta el nivel de complejidad de la institución de salud.”<sup>43</sup>*

A la diligencia de pruebas celebrada el día 17 de agosto de 2022 compareció el Dr. Guillermo Jaramillo Lugo quien expuso su dictamen y respondió las preguntas formuladas, así:

PREGUNTADO: Cuando usted da respuesta al tercer interrogante específico atinente a “aclárese si el especialista en neurocirugía obró bien en dar de alta al paciente Miguel Gómez después del procedimiento de craneotomía si medicar o recetar antibiótico post operatorio para controlar las posibles infecciones futuras posteriores al procedimiento quirúrgico” y dentro de su respuesta afirma que “cirugías no contaminadas de cabeza y cuello no requieren profilaxis” usted hace relación a cirugías programadas que no provengan de un accidente o a qué se refiere? CONTESTÓ: Sí, en cuanto a la clasificación de las heridas quirúrgicas se considera como herida contaminada que incluye heridas traumáticas recientes, heridas penetrantes y operaciones en las que se viola la técnica aséptica, este tipo de neurocirugía era programada, sin embargo existe un factor de riesgo infeccioso, en las notas que tenemos de la historia clínica no aparece la nota quirúrgica de ese procedimiento ni si se realizó o no profilaxis antibiótica y respecto a la literatura consultada dice que los antibióticos solo son en procedimientos que involucran la mucosa oral de la faringe por lo que como ya hay contaminación con bacterias en el resto no es tan indispensable el uso de anti microbianos como profilaxis. PREGUNTADO: En la pregunta cuatro, se dictamine si la infección denominada osteomielitis pudo ser causa de la omisión al no formular ni ordenar el medicamento antibiótico o una vez terminado el procedimiento, cuáles son las causas de la osteomielitis. CONTESTÓ: En general la osteomielitis es un proceso infeccioso que afecta el hueso y los procedimientos para tratar esas infecciones están el quitar tejidos que carecen de vitalidad e igualmente los antimicrobianos, para este caso como hubo compromiso del hueso requirió de su extirpación para garantizar la vitalidad de las estructuras vecinas y no hay en la historia clínica anotaciones con respecto al tratamiento anti microbiano profiláctico en la cirugía de la extirpación del tumor. PREGUNTADO: A la pregunta número 8 del cuestionario, usted respondió que “En la historia clínica transcrita aportada, hubo valoración y conducta por una junta médica neuroquirúrgica (varios neurocirujanos), para el abordaje inicial de la patología tumoral del

<sup>43</sup> Archivo denominado “001DictamenPericial” de la carpeta “009CuadernoDictamenPericial” del expediente digital.

*paciente, igualmente tratamiento médico y quirúrgico de las complicaciones posteriores (infección de vías urinarias, absceso cerebral frontal derecho y subdural, osteomielitis de colgajo óseo frontal derecho), con una segunda junta médica neuroquirúrgica para tratar la infección del sitio operatorio”* pero no se observa una conclusión por lo cual le rogaría que aclare o concluya si hubo o no una mala praxis médica por parte de dicho especialista en neurocirugía del Hospital Federico Lleras Acosta. CONTESTÓ: Como lo anoté, no hubo una decisión de un solo neurocirujano, participaron varios neurocirujanos, se discutió el caso y se tomó una conducta, de tal manera que la posibilidad de un error o que el acto neuroquirúrgico fuera en contra de las condiciones clínicas del paciente es prácticamente nula porque es un concepto dado por varios especialistas y se tomó la conducta que se consideraba más favorable para el paciente **y todo el procedimiento que se le prestó a esta persona está dentro de la ley del arte médico.**(...) PREGUNTADO: Infórmele a la señora juez si pese a la existencia de esos posibles riesgos de infecciones en ese tipo de cirugías es viable o correcto que el cirujano no tome las medidas conducentes para evitar esos riesgos sobre infecciones una vez culminada la cirugía. CONTESTÓ: (...) no hay elementos de juicio si en la recepción del tumor se usó o no antibióticos de manera profiláctica o preventiva, con respecto a la utilidad pues es discutible, si no está afectada la faringe pues es relativamente inútil utilizar anti microbianos, es una conducta que la toma el especialista dependiendo de las condiciones clínicas de la persona. PREGUNTADO: Infórmele al Despacho si es habitual que luego de la extracción de un tumor cerebral que fue el tratamiento inicial aplicado al señor Miguel venga el cambio de la tapa ósea natural por una prótesis denominada PSI Enjoy Synthes. CONTESTÓ: Sí, ya con respecto a la técnica quirúrgica y elementos que se deben emplear en el procedimiento quirúrgico no soy neurocirujano, de tal manera que al respecto no doy una opinión, si decidieron extirpar ese pedazo de hueso por la osteomielitis era lo más conveniente para evitar procesos infecciosos en los tejidos o en las zonas vecinas a donde estaba el proceso infeccioso(...). PREGUNTADO: (...) La primera cirugía de extracción tumoral fue el 23 de julio de 2015 y tuvo su primera cita de control con especialista el 24 de septiembre del mismo año, es decir 47 días posteriores al procedimiento quirúrgico craneal, considera usted que fue adecuado esa cantidad de tiempo en el post operatorio? CONTESTÓ: Como se ha dicho, todo depende de las condiciones clínicas del paciente, no sé algunas eventualidades que se puedan presentar a nivel intrainstitucional, la posibilidad de conseguir las citas con el especialista de pronto no es tan pronta como el paciente quisiera, todo eso es parte administrativa de la institución, no sabría decir que eventualidades ocurrieron para que no se diera una cita con mayor prontitud. PREGUNTADO: Se observa dentro de la historia clínica que luego de la intervención quirúrgica a la que estamos haciendo alusión le fue ordenada una cita de control post operatorio al mes siguiente, esa orden dada es adecuada? CONTESTÓ: Eso ya depende del neurocirujano y no sé las eventualidades de tipo administrativo de la institución si la dio para ese tiempo fue porque vio que las condiciones clínicas de ese paciente no eran de urgencia, si fuera de urgencia le hubiera dado seguramente una cita más temprana o lo habría dejado hospitalizado, no tengo elementos de juicio para decir que debió ser más temprana la cita de control o si estuvo adecuada la cita de control para ese tiempo. PREGUNTADO: Informe a este Despacho de acuerdo al análisis de la historia clínica, al señor Miguel Gómez le vinieron a implantar la prótesis más de un año posterior a la cirugía o al momento en que fue dictaminado, considera usted en calidad de médico que dicho lapso es adecuado? CONTESTÓ: Como ya lo dije no soy neurocirujano, esa conducta la toma el especialista, hay diversos factores que pueden postergar ese tipo de procedimientos, de pronto conseguir los materiales, de pronto cuestiones económicas del paciente, o de la institución, no sabría decir por qué se demoró ese tiempo para realizar ese procedimiento. PREGUNTADO: Considera usted que fue adecuado para el paciente independientemente de la causas de esa mora? CONTESTÓ: **Como médicos nosotros deseamos la mejor evolución de los pacientes, pensar que un médico va a hacer un procedimiento para causarle un daño al paciente va en contra del arte médico y no cabe en una mente sana pensar eso, normalmente en todo procedimiento quirúrgico hay complicaciones, generalmente esas complicaciones corresponden a sangrado y proceso**

infeccioso, para este caso el análisis que se hizo más lo que el otro par forense revisó de las respuestas y de la historia clínica no hay ninguna observación respecto a malos procedimientos que se haya realizado a esta persona, se le hicieron los procedimientos, se le hicieron juntas médicas, se le hizo su tratamiento quirúrgico, se le hizo su tratamiento anti microbiano para evitar procesos infecciosos de tal modo que no encontró ningún tipo de alteración con respecto al tratamiento ya sea médico o quirúrgico de esta persona. PREGUNTADO: Quisiera saber si con el material que usted tuvo a disposición, la información con la que contó y la literatura médica, es posible establecer en el presente caso cuál fue la causa que generó la osteomielitis en el paciente. CONTESTÓ: Sí, es una complicación post operatoria, es un proceso infeccioso que afecta el hueso, como ya lo había anotado, dentro de los procedimientos quirúrgicos se esperan fundamentalmente dos tipos de complicaciones el sangrado y procesos infecciosos, en este caso ocurre un procesos infeccioso del sitio quirúrgico. PREGUNTADO: Puedo concluir que es una causa natural de la cirugía practicada? CONTESTÓ: Sí, por eso se denomina complicación.

- **Testimonial:**

Se recibió el testimonio del doctor **ORLANDO LÓPEZ CARVAJAL**, médico especialista en neurocirugía, Jefe del servicio de neurocirugía del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E, quien a las preguntas formuladas en relación con la atención médica suministrada al señor Miguel Antonio Gómez Ortiz, indicó:

CONTESTÓ: Atendimos al paciente en el Hospital Federico Lleras Acosta, ingresó por un cuadro de convulsiones, disminución de la visión, hemiparesia derecha secundario a un gran tumor cerebral, diagnosticamos en el transcurso de la hospitalización; con motivo de ese hallazgo, después de hacer lo que hacemos siempre por protocolo que es hacer una junta medico quirúrgica, el servicio de neurocirugía del hospital decidió que había que operar, ese era el tratamiento que requería y efectivamente fue operado también siguiendo todos los protocolos previos y posteriores a la cirugía, fue visto por anestesiología quien dio su visto bueno para operarse, se le dio el protocolo de antibióticos que utilizamos en todas las cirugías programadas que consiste en dar una dosis previa una hora antes de la cirugía y cuatro dosis post operatorias y obviamente se le dio el seguimiento post operatorio en la unidad de cuidados intensivos a cargo de los intensivistas y siempre con la vigilancia por parte del servicio de neurocirugía con una evolución que fue satisfactoria y por lo cual le dimos egreso; posteriormente, tengo entendido que regresó a hospitalizarse por una infección urinaria importante por lo cual fue visto y atendido por el servicio de medicina interna, dándosele el tratamiento antibiótico que correspondía, nuevamente se le dio egreso y posteriormente atendió a control por consulta externa con el médico neurocirujano tratante que lo había operado y en esa hospitalización se detectó que había una infección del sitio quirúrgico por lo cual se dieron las indicaciones pertinentes de hospitalizarse y de hacer el tratamiento médico quirúrgico que siempre se hace en este tipo de casos. PREGUNTADO: Manifieste al Despacho por qué razón al momento de darle usted egreso al señor Miguel Antonio Gómez Ortiz no le formula antibiótico, cuál es la razón. CONTESTÓ: Revisando la historia realmente yo no le di la salida, fue otro colega, pero independiente de eso el protocolo establece que se usan antibióticos profilácticos, como lo dije anteriormente, se le da una dosis de antibióticos una hora antes del inicio de la cirugía y esos antibióticos se mantienen 24 horas después de la cirugía, ese es el esquema de profilaxis de infecciones que se utiliza no solo en este hospital sino en todo el mundo porque son protocolos universales y asumo que si no se le dio antibióticos en el egreso es porque no había ninguna indicación, si hubiera alguna indicación de antibióticos o hubiera alguna infección en el paciente simplemente al paciente no se le hubiera dado salida y se le hubiera mantenido para tratar cualquier problema de infección que se tuviera, pero si no había infección evidenciable en ese momento ni a nivel del sitio quirúrgico ni a ningún otro nivel de su organismo pues no había ninguna indicación de darle antibióticos al egreso. PREGUNTADO: Por qué se le cita a consulta de valoración de la cirugía a los 30 días.

CONTESTÓ: Eso también es protocolo de todos los hospitales del mundo, un paciente que ha sido intervenido quirúrgicamente o tratado medicamente se sigue controlando a través de la consulta externa y en el caso específico de neurocirugía nuestros pacientes una vez egresan de la institución son citados por la consulta externa a los 30 días para iniciar el proceso de control de lo que se le hizo y el seguimiento que hay que hacerle porque muchos de esos pacientes el tratamiento no termina con la hospitalización previa sino que tienen que seguir siendo vigilados, tratados, en ocasiones especiales se le deben dar tratamientos complementarios, que todo eso debe ser coordinado a través de la consulta externa. PREGUNTADO: El protocolo dice 30 días o lo tienen definido ustedes, cómo se determina el tiempo en que se debe dar la cita de control. CONTESTÓ: El protocolo dice que debe ser controlado por la consulta externa pero el tiempo puede variar dependiendo de la patología del paciente, dependiendo de la especialidad médica, dependiendo de muchos factores, en general si no hay ninguna situación especial que no obligue a ver al paciente muy pronto después de su egreso, el tiempo es de 30 días en neurocirugía. PREGUNTADO: Por qué se da la infección de osteomielitis en el paciente, cuál cree que fueron las causas, esta infección había sido dada a conocer al paciente antes del procedimiento? CONTESTÓ: Todo paciente antes de ser intervenido quirúrgicamente debe firmar un consentimiento en el cual se le explican los potenciales riesgos de la cirugía y no hay procedimiento quirúrgico de cualquier parte del cuerpo que esté exento del riesgo de infección, de modo que creo que en todo consentimiento informado que firman los pacientes o los familiares de los pacientes está incluida la infección como una potencial complicación a corto o a largo plazo; un paciente se puede infectar por muchísimas razones, hay razones que están ligadas a la condición misma del paciente, si los pacientes tienen algún compromiso inmunológico en sus defensas que lo hacen más propenso a infectarse (...) en cuanto a los riesgos mismos de la cirugía el tiempo quirúrgico es un riesgo también que tiene que ver en la presencia de infecciones post operatorias, las intervenciones neuroquirúrgicas son largas generalmente más de cuatro horas y podemos hablar de 8 y 12 horas y a mayor tiempo quirúrgico mayores las posibilidades de infección, de modo que son muchas las variables que pueden condicionar una infección post operatoria, es un riesgo potencial para toda cirugía, para todo tipo de pacientes, en todo tipo de paciente de institución hospitalaria y en todos los países del mundo. PREGUNTADO: Dados los síntomas de ingreso del señor Miguel Antonio Gómez Ortiz por el servicio de urgencias y por los cuales fue hospitalizado y luego diagnosticado el tumor, qué se esperaba de esa cirugía, ya que él venía sufriendo de convulsiones, de mareos, de pérdida de visión, parálisis. CONTESTÓ: Básicamente el tumor que tenía el paciente y el tamaño que había alcanzado condicionaba un aumento muy grande de la presión intracraneana y el aumento de la presión intracraneana sea por un tumor, un coagulo, un hematoma o una hinchazón del cerebro pone en riesgo la vida del paciente, entonces en este caso lo que prima la decisión de operarlo es salvar la vida del paciente, esos tumores o cualquier otra patología del cerebro, en la medida en que aumente mucho la presión intracraneana puede matar al paciente (...) de no operarse estos tumores indefectiblemente llevan a la muerte; las consecuencias de la enfermedad, el paciente llegó con una disminución muy importante de agudeza visual, el paciente llegó con un déficit motor en uno de sus hemisferios, el paciente llegó con convulsiones, de modo que esos hechos pueden mejorar con la cirugía pero no necesariamente, de hecho, un síndrome convulsivo es el resultado de una irritación de la corteza del cerebro que no va a desaparecer con la cirugía, de modo que el riesgo que siga con convulsiones un paciente que ya las tenía previamente es muy alto, el riesgo de que el déficit motor, la hemiparesia que tenía el paciente desaparezca es poca porque ya han desarrollado un déficit tan importante que revertirlo completamente con la operación puede no ser posible, muchos pacientes pueden mejorar de forma importante el déficit motor, algunos mejoran, otros no mejoran y algunos incluso con la operación pueden empeorar porque la cirugía implica una manipulación del cerebro que puede agravar algunos déficits, el déficit visual, una vez alcanzado un déficit visual es muy difícil lograr revertirlo de modo pues que seguramente dependiendo de algunos casos muy especiales puede haber con la cirugía algo de mejoría de la visión, pero puede no haberla o puede empeorarse, todo puede pasar en este tipo de cirugías PREGUNTADO: Conoce usted la razón por la cual se le quitó la tapa ósea y por qué no se le volvió a

poner esta tapa ósea y se tuvo que insertar otro aparato alternativo? **CONTESTÓ:** En el análisis de la historia clínica se evidencia que el paciente desarrolló una infección del sitio operatorio con presencia de abscesos epidurales, subdurales en distinta localización, entonces cuando una infección está por encima del hueso del cráneo y por debajo del hueso del cráneo como es el caso de este paciente, obviamente asumimos que el hueso también está contaminado e infectado, entonces la cirugía en estos casos implica no solamente el drenaje de todos los abscesos que hayan (...) sino la remoción del hueso del área quirúrgica porque si eso no se hace condiciona persistencia de la infección y obviamente el riesgo de nuevas y graves complicaciones, entonces el paciente desafortunadamente tuvo una infección post operatoria grave que requería una cirugía drástica, es decir, el drenaje de todos los abscesos y la remoción del hueso, entonces ese es el tratamiento, ese es el protocolo, eso es lo que hay que hacer, no podemos dejar elementos contaminados, porque la infección no va a mejorarse, eso teníamos que hacer y así se procedió, los pacientes cuando se les retira el colgajo óseo pues obviamente quedan con un defecto óseo en el cráneo y ese defecto óseo nosotros lo cubrimos pero la cobertura de ese defecto óseo no puede ser antes de 6 meses porque nosotros asumimos que esos pacientes requieren un tratamiento antibiótico y requieren la reparación de unos tejidos de modo que pretender hacer una craneoplastia preferimos en estos casos que han tenido una infección tan severa hacerla 6 o más meses después de haber sido removido el hueso y para eso se utilizan muchísimos elementos (...) en este caso se escogió por el médico tratante colocar una cráneo plastia de un material especial que se llama peek y eso fue finalmente lo que se le puso, estos elementos son costosos y dependen necesariamente de las EPS aportarlos, muchas veces la demora en la colocación no depende ni del médico ni del hospital sino de la EPS, sino de los familiares del paciente cuando no tienen EPS porque son elementos que hay que mandarlos a hacer con unas medidas muy precisas entonces lleva tiempo (...) **PREGUNTADO:** Se tiene que la infección que tuvo el paciente se dio por fuera de la institución, esta infección por qué podría haberse dado, por qué razones? **CONTESTÓ:** La pregunta es difícil porque a veces se puede saber y a veces no se puede saber pero en el caso específico de este paciente yo considero que un elemento muy importante en la ocurrencia de la infección del sitio quirúrgico en el cráneo dependió de la infección urinaria, yo pienso que este paciente menos de un mes de haber sido operado tuvo que hospitalizarse nuevamente por una infección urinaria muy importante y seguramente esa infección urinaria pudo haber incidido en la aparición de una infección en el cráneo, las bacterias pueden alcanzar la sangre y desde la sangre alcanzar cualquier órgano del cuerpo humano (...) pero esa no es la última palabra, pudo haber sido cualquier otra situación que no sabría cuál podría ser. **PREGUNTADO:** A pesar que de acuerdo a su proceso infeccioso se le diera antibiótico? ¿Son diferentes antibióticos los que se utilizan en neurocirugía como para las infecciones urinarias? **CONTESTÓ:** No, las infecciones urinarias se tratan de acuerdo a unos estudios muy específicos, sabiendo primero que tiene una infección, cuando se detecta que un paciente tiene una infección urinaria no es resorte de neurocirugía, el paso siguiente es hacer un urocultivo para determinar cuál es el germen causante de la infección y seguido a eso se debe hacer un antibiograma, que es un examen que consiste en determinar cuál es el antibiótico que se debe utilizar para esa bacteria específica, entonces yo me imagino que cuando estuvo hospitalizado se le hizo todo este proceso y se le hizo la selección de unos antibióticos que atacaban directamente la infección urinaria y eso es lo que se hace en cualquier Hospital del mundo (...) a nuestro paciente se le dieron los antibióticos del protocolo una hora antes de operarse y 24 horas después, eso es lo establecido. **PREGUNTADO:** Como quiera que el paciente con posterioridad a su craneotomía presentó la infección urinaria a la que estamos haciendo alusión y tuvo que regresar al hospital y ser tratado, no era viable que en ese momento se hiciera la interconsulta con neurocirugía para el control por su cirugía? **CONTESTÓ:** Neurocirugía lo revisó, porque esos pacientes también es práctica común en todos los hospitales universitarios como el Hospital Federico Lleras Acosta, que los pacientes sean tratados de una manera integral entonces con toda seguridad un paciente que seguramente llegó por fiebre fue interconsultado a neurocirugía y neurocirugía lo valoró con toda seguridad, descartó que la infección fuera de origen neurológico y ya para ese momento estaba definido que tenía una infección urinaria entonces se dejó

que el manejo de la infección lo hiciera medicina interna. ¿Por qué le dio infección urinaria al paciente? Esos pacientes que han estado hospitalizados, que son sometidos a cirugías prolongadas, que son llevados a la UCI, son pacientes que tienen que tener sonda vesical y la sonda es un factor predisponente a las infecciones urinarias, entonces es muy probable que este paciente haya desarrollado una infección urinaria como consecuencia de su atención (...) PREGUNTADO: La ausencia de tabla ósea pudo ocasionar el aumento de las convulsiones en el paciente: CONTESTÓ: Yo no creo que eso produzca aumento de la frecuencia de convulsiones, él tenía un síndrome convulsivo desde 3 años antes a la cirugía y la hospitalización, con toda seguridad la manipulación quirúrgica, la cirugía del tumor pudiera haber facilitado un incremento en las convulsiones pero eso es un riesgo completamente lógico e inherente a la cirugía, pero que la falta del colgajo óseo haya producido ese efecto, personalmente no creo.

Se recibió el testimonio del doctor **NELSON MORALES ALBA** médico especialista en neurocirugía, neurocirujano del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E, quien a las preguntas formuladas en relación con la atención médica suministrada al señor Miguel Antonio Gómez Ortiz, indicó:

CONTESTÓ: El caso del señor Miguel Antonio Gómez lo recuerdo, es un paciente joven que cuando lo conocí fue que llegó al Hospital Federico Lleras por un ingreso por urgencias, por un episodio convulsivo, en ese momento llevaba una historia de 3 años de síntomas, caracterizados por debilidad en un lado del cuerpo y una pérdida visual progresiva que básicamente venía en estudio y le habían hecho un TAC cerebral que mostraba una masa, en ese momento el paciente llegó a urgencias tras haber sufrido un episodio convulsivo, lo valoró el equipo de neurocirujanos que en ese momento laborábamos en el Federico Lleras, tuvo unos estudios imagenológicos de ampliación porque con una masa ya la lex artis indica que se deben ampliar esos estudios, se le hizo una resonancia magnética, fue sometido durante ese periodo de hospitalización a evaluación de una junta medica de neurocirugía e incluso para ese tiempo era una junta medica interdisciplinaria, se definió que el señor tenía una lesión tumoral que estaba ejerciendo un severo efecto de masa sobre su tejido cerebral, una lesión extremadamente grande que condicionaba un riesgo para mayor riesgo neurológico en caso de no tratarse, se recomendó cirugía, se realizó una cirugía electiva de resección de esa masa, una cirugía bastante prolongada, que indudablemente trajo consecuencias para el paciente, que creería fueron de tipo transitorio, cual fue que el paciente en los días siguientes a la cirugía presentaba una parálisis del lado contralateral del cuerpo donde estaba el tumor; en las funciones del cerebro, cuando las afecciones son del lado derecho produce parálisis del lado contrario, pero que revirtió al cabo de unos días y se pudo dar el paciente de alta; posteriormente, el paciente reingresa a la institución por una infección que se catalogó como urinaria, en ese momento fue reevaluado por neurocirugía, porque ese reingreso se dio tempranamente con relación a la cirugía, que fueron 23 días después de la cirugía de resección del tumor y según pude ver en la historia clínica a ese momento no presentaba signos clínicos que hicieran sospechar que existía una infección de la cirugía del tumor, el paciente fue tratado de la infección de la orina que fue lo que se detectó, con antibióticos y fue nuevamente dado de alta; como yo lo intervine quirúrgicamente del tumor me correspondía a mi hacer el seguimiento de la lesión tumoral en consulta externa, es decir, el seguimiento del paciente y en una consulta que le hice el 11 de septiembre que era más o menos 50 días después de la cirugía ya el paciente presentaba signos clínicos de una infección en la zona quirúrgica de la cabeza, en ese momento el paciente se envía a hospitalizarse, se le hacen estudios nuevamente y se documenta que existían fluidos anormales en el sitio de la cirugía, lo cual algunas veces puede ser normal, pero había que sospechar que ese fluido podía ser una infección dados los signos clínicos que el paciente presentaba en la piel, él regresa, se le hacen unos estudios imagenológicos y se considera que el paciente cursa con una infección del sitio operatorio, teniendo esto en cuenta el paciente es sometido a una intervención para drenar esos fluidos, evacuar lo antes posible esas infecciones que cuando son del cerebro son más severas y tienen más riesgos; en cirugía lo que encontramos fue fluidos

inflamatorios, se hizo un lavado, se hizo una limpieza y el colgajo del hueso que se quita y se reimplanta en la cirugía, nos impresionaba que tuviera ya signos de infección; en ese momento las decisiones las debe tomar el cirujano con base en los hallazgos que estén ahí durante la cirugía, no tiene opción de estudios adicionales distintos a los que se toman previo a la cirugía y ese hueso al estar con signos de infección, se retira, no se vuelve a colocar porque el tejido óseo es un tipo de tejido que en el organismo tiene una tasa de recambio tisular y unos procesos metabólicos extremadamente lentos, es decir, que casi que puede comportarse como un elemento extraño al cuerpo, no penetran muy bien los antibióticos, entonces pudiera funcionar como un reservorio, un ámbito óptimo para que preservaran las bacterias, por tanto, en la cirugía se decidió retirar ese hueso y no volverlo a colocar, el paciente culminó su etapa de tratamiento antibiótico que como explicaba en estos casos debe ser prolongada; posteriormente, en un nuevo ingreso hospitalario fue sometido a una cobertura del sitio que genera el defecto del hueso al retirarlo, al no volverlo a utilizar, con una prótesis sintética con un material que se denomina PEC, que es un plástico que simula la flexibilidad, la rigidez, el peso, el aspecto del hueso natural, fue reimplantado y se resolvió la complicación de la infección del paciente ya cubriendo el hueso, no tuve más contacto con el paciente, salvo unas consultas; luego de esto y al momento, desconozco como sea el estado actual del paciente, este tipo de lesiones muchas veces dejan secuelas, cuando digo este tipo de lesiones me refiero al tumor, pueden dejar secuelas por los daños que ocasiona durante el periodo en que está presente, el tumor al crecer desplaza el tejido cerebral pero va haciendo que el cerebro se remodele, puede dejar cicatrices la misma lesión tumoral como convulsiones, problemas de movimiento, de ahí que estos pacientes muchas veces requieran de un proceso de rehabilitación, no solo para buscar mejorar esas deficiencias, sino muchas veces que el paciente aprenda a vivir con las que quedan, e indudablemente la complicación también puede favorecer que algunas secuelas se preserven un poco en el tiempo o aparezcan unas nuevas; particularmente, en medicina reconocemos que las únicas condiciones que tienen una opción de curación definitiva son los procesos infecciosos y las fracturas del hueso, de resto todo siempre genera algún grado de lesiones residuales, todo el resto de enfermedades no siempre desaparecen por completo. PREGUNTADO: ¿Nos podría informar si para la cirugía inicial hubo manejo profiláctico de antibióticos y con posterioridad a ella? CONTESTÓ: Si, nosotros siempre somos muy obsesivos con eso, yo particularmente siempre hago personalmente como una lista de chequeo en que verifico que hayan dos situaciones muy importantes y es la presencia de los estudios imagenológicos y la historia clínica completa, esto incluye no solo la resonancia y las radiografías que uno tiene que tener presente durante la cirugía para consultarlas, sino también el consentimiento informado y segundo la administración de antibióticos profilácticos, en este caso doy fe que al momento de revisar la historia clínica y lo que la memoria me hace acordar de la cirugía que fue hace 7 años, estos pacientes incluso no llegan al quirófano sin haberse suministrado lo antibióticos profilácticos previamente, en el Federico Lleras existe a la entrada del quirófano existe una zona de filtro donde una enfermera recibe el paciente que lo trae un personal que está a cargo del paciente desde el piso donde está hospitalizado o desde urgencias o desde donde venga el paciente y él le hace entrega del paciente, con los documentos, la historia clínica, los exámenes y en ese punto de filtro es donde se le administra el antibiótico profiláctico, de hecho muchas veces la enfermera o la auxiliar de enfermería que está de turno en la sala donde se va a hacer el procedimiento no recibe el paciente si no tiene completos estos procesos, lo he visto personalmente, y cuando en su momento revisé la historia clínica al inicio de este proceso doy fe que en las notas aparecía que al paciente se le administró antibiótico profiláctico antes de la cirugía, en los días siguientes a la cirugía no se le administró antibiótico porque cuando es profiláctico lo que dicen las guías de manejo es que es una dosis previa al procedimiento quirúrgico y en ausencia de hallazgos de infección, de complicaciones como contaminación del campo quirúrgico, en ausencia de un diagnóstico de una infección instaurada en el organismo, no hay indicación de que el paciente reciba antibiótico adicional, luego casi que pudiéramos decir que la palabra profiláctico en este entorno dice que es una sola dosis (...) en este paciente se le administró cefazolina como antibiótico profiláctico a la dosis habitual que es de dos gramos media hora antes de hacer la incisión que es lo que dictaminan los

protocolos de profilaxis. PREGUNTADO: Cuando el paciente reingresó al hospital con ocasión de una infección urinaria usted lo valoró? CONTESTÓ: No recuerdo si fui yo el que respondió la interconsulta, pero el paciente llega por una infección de la orina que es un sistema que no maneja neurocirugía, pero por el antecedente de 23 días antes una cirugía del cráneo se interconsultó a neurocirugía, no recuerdo si fui yo el que respondió esa interconsulta en esa nueva hospitalización, el neurocirujano que lo vio en la historia clínica dictamina que va bien en su cirugía, no hay signos de infección y por tanto cierra la interconsulta por cuanto el tratamiento del motivo por el cual está el paciente hospitalizado en ese momento es ajeno al neurocirujano, entonces él define cerrar la interconsulta pero en la historia clínica quedó anotado que no había signos de infección a ese momento, es posible que con esa infección de la orina que tuvo el paciente haya hecho algún proceso de diseminación por la sangre de la infección y haya llegado al sitio inflamado de una cirugía relativamente reciente y se haya contaminado, se haya colonizado por esa infección, que diríamos es una diseminación hematológica, pero lo más probable que haya sucedido es que el paciente desafortunadamente, cual es uno de los riesgos que se corren en cirugías y más en cirugías tan prolongadas, es que haya adquirido una infección bacteriana de lenta evolución que incluso al momento en que él volvió, 23 días después de la cirugía, no fuera evidente en su piel sino que se tradujera en manifestaciones clínicas casi 50 días después de la cirugía cuando yo lo vi en consulta, entonces él en el re ingreso lo evaluó neurocirugía, estaba a cargo de otra especialidad en tratamiento de la infección urinaria que era el diagnóstico en ese momento y aparentemente no se encontraron signos clínicos que sugirieran que estaba cursando un proceso infeccioso, pese a ello el paciente recibió tratamiento antibiótico con un antibiótico que es de muy amplio espectro que se denomina ceftriaxona, es un antibiótico que corresponde a un grupo de antibióticos que se llaman cefalosporinas de tercera generación que tienen amplia penetración en todo el organismo incluido el cerebro, ese fue el antibiótico que él recibió para el tratamiento de su infección urinaria, obviamente fruto de un estudio que lo realizó el especialista que lo estaba tratando en ese momento que creo que era medicina interna en base a cultivos de la orina que demostraron un germen que era sensible a este antibiótico. PREGUNTADO: ¿En su concepto el aumento de las convulsiones padecidas por el señor Gómez con posterioridad a la craneotomía pudieron ser causadas por la ausencia de la tabla ósea? CONTESTÓ: El paciente de por sí ya presentaba convulsiones cuando tenía su tumor puesto, cambios en la frecuencia de las convulsiones en pacientes que estaban convulsionando bien sea por una causa anatómica como un tumor o por una cicatriz de una herida o lo que llamamos epilepsia que es que se descarga cualquier causa de convulsiones pueden darse por cambios en la dieta, por cambios del medicamento, incluso he visto pacientes que están recibiendo un medicamento y el medicamento que le entrega la EPS es de otro laboratorio puede cambiar la frecuencia de las convulsiones; en este paciente, durante el periodo que estuvo sin el hueso a consecuencia del tratamiento que se debía hacer por la complicación de la infección lo expone a él a que en esa parte la piel se deprime y esté el cerebro bajo el influjo de la presión atmosférica, eso se denomina el síndrome del trefinado (...) pero en realidad no hace parte del panorama de signos clínicos típicos del síndrome del trefinado las convulsiones, yo diría que el paciente presentaba convulsiones por efecto de su tumor previamente, no puedo desconocer que en algo es posible que la complicación infecciosa que tuvo haya favorecido que de pronto las convulsiones aumentaran aunque no tengo recuerdo que esté relatado en la historia clínica pero es una situación que se puede presentar pero no creo que las convulsiones del paciente pudiesen haber aumentado por efecto directo de la falta del hueso (...), en la experiencia que tengo no he percibido que este procedimiento haga que aparezcan convulsiones nuevas o que aumente la incidencia de convulsiones en pacientes previamente epilépticos, entonces yo diría que no tiene relación directa. PREGUNTADO: Por qué el tiempo que transcurrió entre el retiro del colgajo óseo y la colocación de la prótesis. CONTESTÓ: No recuerdo exactamente el motivo pero me suena en la cabeza al momento de revisar esto, es que desafortunadamente y aun hoy en día pasa con estos pacientes que tienen que someterse a una craneoplastia reconstructiva que es el siguiente, la IPS ordena el procedimiento pero la EPS que es la que lo debe autorizar muchas veces lo autoriza a otra IPS, si la memoria no me falla específicamente con este paciente pasaba que yo cuando

lo vi y pedí la prótesis específica, esto lo producía en ese tiempo muy pocas empresas en Colombia, incluso creo que la que se utilizó en el paciente es importada de un fabricante europeo, la IPS donde la EPS lo autorizaba, el procedimiento allá yo no trabajaba o allá no tenía acceso a esta empresa que ya le tenía hecho el dispositivo, entonces allá tocaba reiniciar el proceso, que el especialista que lo viera ordenara nuevamente la cirugía y entonces en ese proceso hacía que se postergara la realización de la cirugía (...) la EPS es quien decide a donde lo envía, las clínicas manejan tarifas distintas y eso es una decisión unilateral de la EPS (...) el paciente finalmente se operó en el Federico Lleras (...) yo recuerdo que a ese paciente yo lo vi en lo que era Clínica Calambeo o Diacorsa y allá no hay contrato con la empresa Syntecs para poder utilizar el implante que ya tenía hecho (...). PREGUNTADO: ¿En el caso específico del señor Miguel Gómez usted recuerda cuánto tiempo después del retiro del colgajo óseo se ordenó implantarle la prótesis? CONTESTÓ: La orden de implantación yo supongo que fue a los pocos meses de resuelto el proceso infeccioso, siempre estas cirugías de implantar un elemento, el hueso o un hueso sintético, se debe estar muy seguro de que el proceso infeccioso original este resuelto y esto posiblemente llevó no menos de dos meses porque el tratamiento antibiótico general de estas complicaciones es por seis semanas, sin tener el dato concreto de la historia clínica con fechas, yo diría que si la infección se diagnosticó y trató en septiembre de 2015 yo diría que la cirugía se debió haber estado ordenando entre diciembre 2015 y enero de 2016, por lo que la memoria me da la cirugía de reimplantación fue en 2017, pero como le informaba el motivo de que se difiriera tanto la cirugía fue por eso de que el paciente era trasladado para recibir esa atención a distintas IPS con lo cual se perdía la continuidad en el proceso. PREGUNTADO: ¿Usted ya nos informó que la ausencia del colgajo óseo en su concepto no incidía en el aumento de las convulsiones, esa ausencia del colgajo óseo pudo incidir en la pérdida de la agudeza visual del paciente? CONTESTÓ: No, la pérdida de la agudeza visual del paciente, primero que todo, ya estaba diagnosticada desde el ingreso, de hecho fue uno de los síntomas que motivó previo a que el paciente llegara por urgencias por primera vez que ya lo estaban estudiando, muy seguramente quien lo estaba viendo en ese momento al examinar su pérdida de la agudeza visual le haría un fondo de ojo, encontraría un signo clínico que denominamos papiledema que es un aumento de presión dentro de la cabeza y seguramente le pidió una tomografía que con ella llegó el paciente a urgencias, luego me atrevería a decir que la pérdida de agudeza visual que el paciente tenía venía por efecto del aumento de la presión intracraneal que eso lentamente va dañando los nervios ópticos y fue uno de los motivantes para que al paciente se le hubiera hecho una tomografía; como parte del síndrome del trefinado, los pacientes no hacen aumento de la presión intracraneana, el defecto del hueso no genera aumento de la presión intracraneana, la presión intracraneana es de 0 (...) no puedo afirmar que por efecto de tener la ausencia de una zona del cráneo el paciente haya tenido deterioro en su función visual más allá de lo que ya le había dañado el tumor.

#### **4.5. DE LA SOLUCIÓN AL PROBLEMA JURÍDICO PLANTEADO**

Efectuadas las anteriores precisiones y relacionado el material probatorio obrante en el expediente, corresponde al Despacho verificar si en el asunto sub examine se estructuran o no los presupuestos necesarios para que se configure la responsabilidad del Estado, esto es, la 1) La existencia de un daño antijurídico; 2) Que le sea imputable al Estado (imputabilidad) y, 3) Que haya sido producido por una acción u omisión de una entidad pública o de alguno de sus agentes (causalidad).

##### **4.5.1 De la configuración del Daño**

Tanto la doctrina como la jurisprudencia han coincidido en que el primer elemento de la responsabilidad lo constituye el daño, a tal punto que su inexistencia o la ausencia de prueba sobre su existencia, hace

inocuo el estudio de los demás elementos de la responsabilidad, como son el título de imputación y el nexo de causalidad entre el daño y la actuación estatal.

El daño antijurídico ha sido definido por la jurisprudencia como la afectación, menoscabo, lesión o perturbación a la esfera personal (carga anormal para el ejercicio de un derecho o de alguna de las libertades cuando se trata de persona natural), a la esfera de actividad de una persona jurídica (carga anormal para el ejercicio de ciertas libertades), o a la esfera patrimonial (bienes e intereses), que no es soportable por quien lo padece bien porque es irrazonable, o porque no se compadece con la afirmación de interés general alguno.

Dentro del presente asunto la parte demandante hace consistir el daño en el aumento de la frecuencia de los episodios convulsivos y la pérdida de agudeza visual padecida por el demandante con posterioridad al procedimiento quirúrgico de craneotomía que le fuera realizado en el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de Ibagué el día 23 de julio de 2015 y la presunta mora en la realización del procedimiento de craneoplastia.

Una vez revisada la historia clínica, encuentra el Despacho que el señor Miguel Antonio Gómez Ortiz con posterioridad a la realización del procedimiento de craneotomía acudió al servicio de urgencias del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E en continuas ocasiones por presentar cuadro de convulsión, tal y como da cuenta la historia clínica del paciente que data del 10 de julio de 2016, 06 de diciembre de 2016, 07 de febrero de 2017 y 11 de julio de 2017; igualmente, se advierte que el día 02 de agosto de 2015 el señor Gómez Ortiz refiere disminución de la agudeza visual.

En consecuencia, se tiene que en el presente asunto se encuentra acreditada la existencia del daño, por lo cual, pasa el Despacho a realizar el correspondiente juicio de imputación, que permita determinar si el mismo es atribuible a las Entidades demandadas, o si, por el contrario, opera alguna de las causales exonerativas de responsabilidad.

#### **4.5.2 De la imputabilidad de responsabilidad**

La imputación no es otra cosa que la atribución fáctica y jurídica que del daño antijurídico se hace al Estado de acuerdo con los criterios que se elaboren para ello, como por ejemplo la falla del servicio, el desequilibrio de las cargas públicas, la concreción de un riesgo excepcional, o cualquiera otro que permita hacer la atribución en el caso concreto.

Dentro del presente asunto la parte actora solicita que se declare la responsabilidad del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de Ibagué y del Departamento del Tolima- Secretaría de Salud, por las afectaciones a la salud producidas al señor Miguel Antonio Gómez Ortiz presuntamente como consecuencia de la craneotomía realizada el día 23 de julio de 2015, la omisión en el suministro de antibióticos posteriores al procedimiento quirúrgico y la mora en la realización del procedimiento quirúrgico denominado craneoplastia.

Al respecto, el despacho debe empezar por indicar que, de las historias clínicas aportadas por las partes a la actuación, se evidencia que, el señor MIGUEL ANTONIO GÓMEZ ORTÍZ realizó un primer ingreso al servicio de urgencias del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de Ibagué el día 06 de julio de 2015 a las 14:31 horas por presentar un cuadro convulsivo, consignándose en la historia clínica que se trata de un paciente con cuadro clínico de 3 años de evolución, consistente en crisis convulsivas tónico clónicas, quien refiere que antes de presentar episodios convulsivos presenta astenia, adinamia y hemiparesia izquierda, acompañado de disminución de la agudeza visual, el paciente acude con reporte de TAC de

**Reparación Directa.** SENTENCIA  
**Radicaciones:** 73001-33-33-007-2017-00380-00  
**Demandante:** MIGUEL ANTONIO GÓMEZ ORTÍZ  
**Demandados:** HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E DE IBAGUÉ Y OTROS.

fecha 10 de junio de 2015 que evidencia masa intraxial, con calcificaciones en su interior, que desplaza la línea media, con efecto de masa y edema, con presión de la cisterna ventricular, se registra en la historia clínica, entre otros, pérdida de agudeza visual y se diagnostica con tumor intracraneal de comportamiento incierto y síndrome convulsivo y, como plan de manejo se ordena hospitalizar, valoración por neurología y neurocirugía, hoja neurológica y anticonvulsivos.

Continuando con el análisis de la historia clínica se advierte que, el mismo día, 06 de julio de 2015, siendo las 16:15 horas, el paciente es valorado por neurocirugía, quien a la valoración efectuada al paciente concluye, que se trata de un paciente estable, al momento sin deterioro neurológico, sin nuevos episodios convulsivos, pendiente de resonancia magnética cerebral simple y contrastada y ordena continuar vigilancia neurológica.

Revisada la historia clínica se evidencia que el paciente fue evolucionado por neurología los días 07, 08, 09, 10, 11, 12 y 13 de julio de 2015, consignándose en cada una de las revisiones que el paciente refería disminución de la agudeza visual.

El día 12 de julio de 2015 se le practicó al demandante la Resonancia Magnética Cerebral simple y contrastada, cuyo reporte fue dado el día 14 de julio de 2015, por lo cual, se decidió que el caso del señor Gómez Ortiz sería llevado a junta quirúrgica.

Así, en junta quirúrgica que fuera realizada el día 14 de julio de 2015 se consignó que se aprecia una gran lesión tumoral frontal derecha, que compromete y pasa la línea media, desplaza el cuerpo calloso, sugerente de necrosis intratumoral, sin cambio de lesión tipo glial de alto grado, probable glioblastoma multiforme, se sugiere realizar cirugía tipo leucotomía frontal derecha con abordaje precoronal.

El 15 de julio de 2015, esto es, pasado solo un día desde que fuera realizada la junta médica, el paciente es valorado por anestesiología quien dio el aval para la realización del procedimiento quirúrgico y ordenó reservar cama en UCI para manejo postoperatorio.

Seguidamente, el día 23 de julio de 2015 se practica al señor Gómez Ortiz craneotomía + extirpación de tumor frontal derecho por parte del Dr. Morales, médico neurocirujano, y se traslada el paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos para postoperatorio.

El 03 de agosto de 2015 se da de alta al paciente, se entrega fórmula médica, orden para cita de control con neurocirugía, orden para terapias y se brinda educación sobre cuidados en casa.

El 15 de agosto de 2015, el señor Miguel Antonio Gómez Ortiz reconsultó el servicio de urgencias del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de Ibagué, manifestando presentar un cuadro clínico de fiebre y vómito, siendo diagnosticado con infección de vías urinarias y como plan de manejo se le ordenó parcial de orina, urocultivo, antibiótico y líquidos endovenosos.

El 16 de agosto de 2015, el paciente es valorado por medicina interna, se revisa herida quirúrgica en cráneo con abundante sangrado, zona de renitencia, se refiere que no ha tenido control con neurocirugía; dado infección de vías urinarias y antecedente quirúrgico de sistema nervioso se suspende piperacilina/tazobactam y se inicia ceftriaxona con el fin de cubrir los dos focos, se solicita valoración por neurocirugía y medicina interna.

**Reparación Directa.** SENTENCIA  
**Radicaciones:** 73001-33-33-007-2017-00380-00  
**Demandante:** MIGUEL ANTONIO GÓMEZ ORTÍZ  
**Demandados:** HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E DE IBAGUÉ Y OTROS.

Así, el 16 de agosto de 2015 el paciente es valorado por neurocirugía, encontrando que se trata de un paciente con adecuada evolución por recuperación de movilidad en hemicuerpo izquierdo, no se encuentra dehiscencia, se aconseja colocar apósito más vendaje compresivo sobre herida quirúrgica.

El 18 de agosto de 2015 se ordena hospitalización para continuar estudios y continúa en observación y tratamiento, y el 19 de agosto de 2015 ante la mejoría presentada por el paciente se le ordena continuar 7 días de tratamiento antibiótico.

Posteriormente, el día 20 de agosto de 2015 se cierra interconsulta por neurocirugía, el 21 de agosto del mismo año se inicia trámite para hospitalización domiciliaria y el 24 de agosto de 2015 se da salida con fórmula médica, recomendaciones y signos de alarma, consignando en la historia clínica que se trata de un paciente con infección de vías urinarias complicada y POP de craneotomía para resección de tumor cerebral bifrontal.

Continuando con el análisis de la historia clínica, se tiene que el día 11 de septiembre de 2015 el paciente acude a control por consulta externa de neurocirugía, quien evidencia salida de secreción de aspecto purulento por herida quirúrgica, motivo por el cual el servicio de neurología ordena hospitalizar para estudio de secreción y realizar estudios complementarios y descartar posible infección intracraneal, se determina como plan de manejo antibiótico IV vancomicina, ceftriaxona, vigilancia neurológica estricta, se solicita cultivo de secreción, TAC cerebral simple y contrastado, CH, PTT, PT, Función Renal, PCR.

El 13 de septiembre de 2015, estando el paciente en hospitalización y valoración por neurología, se le ordena resonancia magnética cerebral con contraste y el 14 de septiembre del mismo año se presenta la historia clínica del paciente a junta médica; posteriormente, el día 15 de septiembre de 2015 la junta médica de neurocirugía y neuroradiología considera que el paciente requiere tratamiento quirúrgico con craneotomía y drenaje de colección.

Seguidamente, el día 17 de septiembre de 2015 el paciente es sometido a procedimiento quirúrgico de drenaje de absceso intracerebral, drenaje de epidemia subdural interhemisférico en línea media, durorrafia, encontrando dentro de los hallazgos colección sobre colgajo óseo, cambios de coloración de colgajo óseo, severo engrosamiento de duramadre, colección purulenta interhemisférica, colección intraparenquimatosa frontal derecha.

El 02 de octubre de 2015 se da salida al paciente, con hospitalización en casa y con orden para completar esquema antibiótico en casa.

El 01 de diciembre de 2015 sobre las 12:19 horas el paciente ingresa al servicio de urgencias del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de Ibagué, quien consulta porque dos horas antes mientras salía de la peluquería fue atacado, siéndole propinados puños y patadas en la cabeza, siendo diagnosticado con trauma en cráneo y cara, se deja en observación, se suministran analgésicos, se ordena revalorar en 6 horas y siendo las 19:50 horas se da salida con recomendaciones y signos de alarma.

El 10 de julio de 2016 siendo las 13:26 horas, esto es, pasados aproximadamente 10 meses desde la última intervención quirúrgica, el demandante asistió nuevamente al Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E a través del servicio de urgencias manifestando tener dolor de cabeza intenso desde el día anterior, exacerbado y episodio de convulsión, se le ordena valoración por neurocirugía, epamin, diclofenaco IM, TAC cerebral y prueba de función renal; sobre las 16:00 horas del mismo día el paciente es valorado por neurocirugía quien a los síntomas encontrados concluye que se trata de un paciente con síndrome convulsivo y antecedente de resección quirúrgica de meningioma, hemodinamicamente estable, sin

alteración de consciencia, se revisa TAC cerebral simple en el que no se observan imágenes de signos de alarma, ni lesiones ocupando espacio, encefalomalacia frontal izquierda, sin desviación de línea media, con ausencia de bóveda ósea frontal derecha y le ordena al paciente TAC cerebral con contraste, hospitalizar, hoja neurológica y terapia anticonvulsionante.

El 11 de julio de 2016 se toma al paciente TAC contrastado pendiente de lectura para manejo por neurocirugía, continúa en observación y manejo por neurocirugía.

El 12 de julio de 2016 se realiza al paciente una nueva junta por neurocirugía y radiología, en la que una vez analizada la historia clínica del paciente se concluye que, se requiere TAC contrastado para tener decisión de salida y el 14 de julio de 2016 se revisa resultado de TAC contrastado que descarta recidiva tumoral, por lo cual, se da salida con anticonvulsionantes permanente y orden de control por consulta externa.

Posteriormente, el día 06 de diciembre de 2016 el paciente asiste a control con neurocirugía, en la cual se consigna que se trata de un paciente pendiente de craneoplastia que consulta por convulsiones tónico clónicas generalizadas, últimas no presenciadas, en tratamiento con fenitoína, con herida quirúrgica bien, como plan de manejo se ordena cita de neurología para programación por el Dr. Morales en otra institución.

Seguidamente, el 13 de diciembre de 2016 se realiza una nueva junta médica, en la cual se determina que se ha estado contemplando para implante específico en otra IPS y se considera procedente continuar proceso para realizar craneoplastia con implante específico.

El 25 de julio de 2017, el paciente acude a valoración por neurocirugía, consignándose en la historia clínica que se trata de un paciente conocido en la consulta de múltiples IPS, que presenta defecto óseo como de cráneo, como secuelas de complicaciones de una infección posterior a la cirugía de un tumor interventricular meningioma, que cruzaba línea media, se consigna a su vez que, el paciente tiene ordenado y autorizado por la EPS la cirugía de craneoplastia con implante óseo específico, que la EPS ha ordenado la confección del implante a fabricante Depuy Sinthes y el paciente ha sido remitido a instituciones donde no aceptan que la EPS coloque el implante y ahora es remitido al Hospital Federico Lleras Acosta para la cirugía de craneoplastia, previamente ha sido valorado por anestesiólogo pero con paraclínicos y concepto de más de seis meses de antigüedad, por lo cual, ordena valoración por anestesiología, se solicitan paraclínicos para valoración por anestesiólogo, PTT, Trombina Tiempo, craneoplastia con remplazo óseo, reparación fistula líquido cefalorraquídeo, craneotomía literal.

Así las cosas, del análisis de las historias clínicas efectuado en precedencia es posible concluir que, desde que el paciente ingresó al servicio de urgencias del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de Ibagué, se le brindó una atención médica oportuna y adecuada, realizándosele por parte de la Institución Hospitalaria un análisis completo de la sintomatología presentada, se le sometió a una valoración médica y física completa y se le ordenaron los exámenes médicos que los médicos encontraron necesarios para la elaboración de un diagnóstico completo y preciso, ordenándose además su hospitalización inmediata en procura de garantizar un tratamiento adecuado y oportuno a las patologías que le aquejaban.

Igualmente, encuentra el Despacho que, una vez se diagnosticó al demandante con una gran lesión tumoral frontal derecho que comprometía y pasaba la línea media, se realizó junta médica de neurocirugía, en la cual, un grupo de profesionales sugirieron que el mejor tratamiento para la patología que presentaba el paciente era realizar cirugía de tipo leucotomía frontal derecha con abordaje precoronal.

Así, se tiene que el 23 de julio de 2016, esto es, pasados solo 17 días desde el ingreso del paciente a la Institución Prestadora de los Servicios de Salud aquí demandada, se le practica el procedimiento de quirúrgico de craneotomía más extirpación de tumor frontal derecho.

En este punto resulta necesario precisar, que si bien el extremo demandante aduce en su escrito de demanda, que el paciente fue dado de alta sin plan de antibióticos, el médico perito del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses quien rindió dictamen pericial dentro del presente asunto concluyó al respecto, que no hay elementos de juicio para poder afirmar si en la recepción del tumor se usó o no antibióticos de manera profiláctica o preventiva y que con respecto a su utilidad resultaba discutible, por cuanto, si no estaba afectada la faringe era relativamente inútil utilizar anti microbianos, siendo una conducta que la toma el especialista dependiendo de las condiciones clínicas de la persona.

Sumado a lo anterior, el Dr. Nelson Morales Alba, médico neurocirujano que practicó el referido procedimiento de craneotomía al paciente, en audiencia de pruebas realizada ante este Despacho en relación al uso de antibióticos posterior a la realización del referido procedimiento indicó,

*“(…) cuando en su momento revisé la historia clínica al inicio de este proceso doy fe que en las notas aparecía que al paciente se le administró antibiótico profiláctico antes de la cirugía, en los días siguientes a la cirugía no se le administró antibiótico porque cuando es profiláctico lo que dicen las guías de manejo es que es una dosis previa al procedimiento quirúrgico y en ausencia de hallazgos de infección, de complicaciones como contaminación del campo quirúrgico, en ausencia de un diagnóstico de una infección instaurada en el organismo, no hay indicación de que el paciente reciba antibiótico adicional luego casi que pudiéramos decir que la palabra profiláctico en este entorno dice que es una sola dosis (…) en este paciente se le administró cefazolina como antibiótico profiláctico a la dosis habitual que es de dos gramos media hora antes de hacer la incisión que es lo que dictaminan los protocolos de profilaxis (…)”*

De lo anterior es posible concluir, que contrario a lo afirmado por el extremo demandante en su escrito introductorio, dentro del plenario se encuentra plenamente acreditado que al señor Miguel Antonio Gómez Ortiz le fueron suministrados los antibióticos necesarios y que dictamina la lex artis para este tipo de procedimientos.

Continuando con el análisis del acervo probatorio arrimado al plenario, encuentra el Despacho que, contrario a lo que fuera afirmado por el extremo demandante en el libelo introductorio, está plenamente acreditado en la actuación que cuando el paciente re consulta a través del servicio de urgencias el día 15 de agosto de 2015 por presentar un cuadro clínico de fiebre y vómito, es valorado el día 16 de agosto del mismo año en interconsulta por neurocirugía, especialidad que en dicha oportunidad encontró que el paciente se encontraba con adecuada evolución por recuperación de movilidad en hemicuerpo izquierdo, no se encontró dehiscencia, se aconsejó colocar apósito más vendaje compresivo sobre herida quirúrgica, por lo cual, continuó en tratamiento por medicina interna para el tratamiento del diagnóstico de Infección de Vías Urinarias.

Seguidamente, aprecia el Despacho que dentro de la diligencia de audiencia de pruebas, el Dr. Guillermo Jaramillo Lugo, médico perito del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, indicó: *“(…) normalmente en todo procedimiento quirúrgico hay complicaciones, generalmente esas complicaciones corresponden a sangrado y proceso infeccioso, para este caso el análisis que se hizo más lo que el otro par forense revisó de las respuestas y de la historia clínica no hay ninguna observación respecto a malos procedimientos que se haya realizado a esta persona, se le hicieron los procedimientos, se le hicieron juntas médicas, se le hizo su tratamiento quirúrgico, se le hizo su tratamiento anti microbiano para evitar*

*procesos infecciosos de tal modo que no encontró ningún tipo de alteración con respecto al tratamiento ya sea médico o quirúrgico de esta persona (...)*”

De lo anterior es posible colegir, que la complicación infecciosa presentada por el paciente con ocasión del procedimiento quirúrgico de craneotomía no se debió a una falla en la prestación del servicio médico, sino que se trata de una complicación esperada en cualquier tipo de intervención, la cual, además fue tratada oportunamente, de tal suerte que al paciente le es realizada una nueva junta médica, en la que un grupo de profesionales especialistas en neurocirugía sugieren que el paciente requiere tratamiento quirúrgico con craneotomía y drenaje de colección.

Ahora bien, en relación a la decisión médica de extirpar parte del hueso craneal, se tiene que el médico perito perteneciente al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses a las preguntas formuladas frente al particular respondió que si los médicos *“decidieron extirpar ese pedazo de hueso por la osteomielitis era lo más conveniente para evitar procesos infecciosos en los tejidos o en las zonas vecinas a donde estaba el proceso infeccioso”*

Por su parte, el Dr. Néstor Morales Alba, médico neurocirujano tratante, frente al particular afirmó *“...el colgajo del hueso que se quita y se reimplanta en la cirugía nos impresionaba para que tuviera ya signos de infección, en ese momento las decisiones las debe tomar el cirujano con base en los hallazgos que estén ahí durante la cirugía no tiene opción de estudios adicionales distintos a los que se toman previo a la cirugía y ese hueso al estar con signos de infección, se retira no se vuelve a colocar porque el tejido óseo es un tipo de tejido que en el organismo tiene una tasa de recambio tisular y unos procesos metabólicos extremadamente lentos, es decir, que casi que puede comportarse como un elemento extraño al cuerpo, no penetran muy bien los antibióticos, entonces pudiera funcionar como un reservorio, un ámbito óptimo para que preservaran las bacterias, por tanto, en la cirugía se decidió retirar ese hueso y no volverlo a colocar...”*

En consecuencia, no evidencia el Despacho que dentro del plenario se encuentre probado que el acto médico de retirar el colgajo del hueso constituya una falla en el servicio médico, encontrándose acreditado muy por el contrario, que resultaba ser la conducta médica más favorable para la recuperación del paciente.

Por su parte, en relación a la mora en la realización de la cirugía de implante de prótesis, se advierte, que de conformidad con el material probatorio obrante en la actuación, la misma no resulta atribuible a ninguna de las Entidades aquí demandadas, máxime cuando se encuentra probado en la historia clínica, que el referido procedimiento fue ordenado de manera oportuna por el médico tratante adscrito al Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de esta ciudad.

Finalmente, en relación al nexo causal existente entre el aumento de las convulsiones y la pérdida de la agudeza visual con ocasión de la mora en la realización del procedimiento de implante de prótesis craneal, no obra documento probatorio alguno que soporte dicha afirmación, encontrándose acreditado que al momento en que el paciente acude por primera vez a través del servicio de urgencias del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de Ibagué, presentaba un cuadro clínico de evolución de 3 años de cuadros convulsivos y pérdida de la agudeza visual.

En relación a lo anterior, el Doctor Nestor Morales Alba, a las preguntas formuladas respondió: *“(...) El paciente de por sí ya presentaba convulsiones cuando tenía su tumor puesto (...) no creo que las convulsiones del paciente pudiesen haber aumentado por efecto directo de la falta del hueso (...) en la experiencia que tengo no he percibido que este procedimiento haga que aparezcan convulsiones nuevas*

**Reparación Directa.** SENTENCIA  
**Radicaciones:** 73001-33-33-007-2017-00380-00  
**Demandante:** MIGUEL ANTONIO GÓMEZ ORTÍZ  
**Demandados:** HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E DE IBAGUÉ Y OTROS.

*o que aumente la incidencia de convulsiones en pacientes previamente epilépticos, entonces yo diría que no tiene relación directa (...) la pérdida de la agudeza visual del paciente primero que todo ya estaba diagnosticada desde el ingreso, de hecho fue uno de los síntomas que motivó previo a que el paciente llegara por urgencias por primera vez que ya lo estaban estudiando (...) luego me atrevería a decir que la pérdida de agudeza visual que el paciente tenía venía por efecto del aumento de la presión intracraneal que eso lentamente va dañando los nervios ópticos y fue uno de los motivantes para que al paciente se le hubiera hecho una tomografía, (...) no puedo afirmar que por efecto de tener la ausencia de una zona del cráneo el paciente haya tenido deterioro en su función visual más allá de lo que ya le había dañado el tumor (...)*”.

Se concluye entonces, que el diagnóstico dado por los médicos tratantes fue acertado, el manejo que se le suministró fue el adecuado, el tiempo de atención fue oportuno, se le hizo el seguimiento al caso hospitalario, sin que exista entonces un nexo causal entre la atención médica suministrada al aquí demandante y el aumento de los episodios convulsivos y la pérdida de la agudeza visual, razón por la cual, se declararán probadas las excepciones denominadas “ausencia de nexo de causalidad, ausencia de culpa profesional,” propuestas por la entidad demandada Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de Ibagué.

En relación con el Departamento del Tolima- Secretaría de Salud Departamental, encuentra el Despacho que existe una falta de conexión entre la parte demandada y la situación fáctica constitutiva del litigio, por lo cual, se declarará proada la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva, por cuanto, de los hechos, pretensiones y del material probatorio arrojado a la actuación, se tiene que dicha Entidad no participó realmente en los supuestos fácticos que dieron lugar a la demanda.

En consecuencia, al no encontrarse acreditado dentro del plenario que existió una falla en el acto médico, resulta improcedente por esta vía una condena en contra del Estado, por lo cual, habrán de despacharse desfavorablemente las pretensiones de la demanda.

## **COSTAS**

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 188 del C.P.A. y de lo C.A., salvo en los procesos donde se ventile un interés público, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil, hoy C.G.P.

No obstante, como quiera que el aquí demandante goza de amparo de pobreza, el Despacho se abstendrá de condenarlo en costas, al tenor de lo establecido en el artículo 154 del Código General del Proceso.

## **V.- DECISIÓN**

Como natural corolario de lo expuesto, la Juez Séptima Administrativa de Oralidad del Circuito de Ibagué, Distrito Judicial del Tolima, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

## **RESUELVE:**

**PRIMERO: DECLARAR PROBADAS** las excepciones denominadas “ausencia de nexo de causalidad y ausencia de culpa profesional”, propuestas por la entidad demandada Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de Ibagué.

Reparación Directa. SENTENCIA  
Radicaciones: 73001-33-33-007-2017-00380-00  
Demandante: MIGUEL ANTONIO GÓMEZ ORTÍZ  
Demandados: HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E DE IBAGUÉ Y OTROS.

**SEGUNDO: DECLARAR PROBADA** la excepción denominada “falta de legitimación en la causa por pasiva”, propuesta por la entidad demandada Departamento del Tolima- Secretaría de Salud.

**TERCERO: NEGAR** las pretensiones de la demanda interpuesta por el señor MIGUEL ANTONIO GÓMEZ ORTIZ en contra del HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E y del DEPARTAMENTO DEL TOLIMA- SECRETARÍA E SALUD, conforme a los argumentos expuestos en la parte motiva de esta providencia.

**CUARTO: ABSTENERSE** de condenar en costas.

**QUINTO: ORDENAR** se efectúe la devolución de los dineros consignados por la parte demandante por concepto de gastos del proceso, si los hubiere, lo cual deberá realizarse por la Dirección Ejecutiva de Administración Judicial, acorde con lo establecido en la Circular DEAJC19-43 del 11 de junio de 2019, y los lineamientos establecidos para tal fin.

**SEXTO:** En firme esta providencia, archívese el expediente, previas constancias de rigor y anotaciones en el Sistema de Gestión Judicial Samai.

**CÓPIESE, NOTIFÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**



**INÉS ADRIANA SÁNCHEZ LEAL  
JUEZ**