

REPÚBLICA DE COLOMBIA



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL
SANTA ROSA DE VITERBO
SALA ÚNICA

PATRIMONIO HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA NACION
LEY 1128 de 2007

RADICACIÓN:	157593103002201800117 01
ORIGEN:	JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE SOGAMOSO
PROCESO:	RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
INSTANCIA:	SEGUNDA
PROVIDENCIA:	SENTENCIA
DECISION:	CONFIRMAR
DEMANDANTE:	LUIS ALBERTO LÓPEZ LÓPEZ
DEMANDADO:	CLÍNICA EL LAGUITO S.A.
APROBACIÓN:	Acta N ° 298 Sala Discusión Sala 17 noviembre 2022
M. PONENTE:	JORGE ENRIQUE GOMEZ ANGEL Sala Segunda de Decisión

Santa Rosa de Viterbo, jueves, diecisiete (17) de noviembre de dos mil
veintidós (2022)

Decide la Sala el recurso de apelación interpuesto por la apoderada judicial de la parte demandante, contra la sentencia de 9 de agosto de 2022 proferida por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Sogamoso.

1. ANTECEDENTES

1.1. Demanda:

1.1.1. El 7 de septiembre de 2018, Luis Alberto López López, a través de apoderada judicial, presentó demanda de responsabilidad médica contra la Clínica El Laguito S.A., pretendiendo que se le declarara civil y extracontractualmente responsable de los daños que sufrió por la negligencia en el servicio médico de urgencias prestado el 30 de octubre de 2011.

1.1.2. En consecuencia, solicita que se le condene al pago de \$13'000.000,00 por concepto de daño emergente, \$2'178.632.649,00 por lucro cesante consolidado y futuro, \$60'000.000,00 por perjuicios morales, la indemnización por daño a la vida de relación, la pérdida de oportunidad y las costas del

proceso.

1.2. Hechos:

1.2.1. Luis Alberto López López, para la fecha de los hechos tenía cuarenta y cuatro (44) años, y se desempeñaba como supervisor de producción en Producción Tren Morgan, devengando un salario de \$4'300.000,00 mensuales.

1.2.2. El demandante formó una unión marital de hecho con Nancy Romero Soler, y fruto de esa unión procrearon dos hijos, Sandra Ximena y José Luis López Romero, de veinticuatro (24) y veinticinco (25) años de edad, respectivamente.

1.2.3. El 30 de octubre de 2011, a eso de las 6:15 de la mañana, Luis Alberto ingresó al servicio de urgencias de la Clínica El Laguito S.A., por una sensación de hipoestesia en el miembro inferior derecho (hormigueo y adormecimiento) y pérdida del conocimiento, así como sangrado en la nariz y el brazo derecho.

1.2.4. En la anamnesis se dejó una observación de un *«episodio compatible con lipotimia por efecto vasovagal vs hipoglicemia»*; pero no se documentó la duración del «desmayo» ni tampoco sus posibles causas.

1.2.5. El examen de glucometría arrojó un resultado de 96 mg/dl, es decir, dentro de los parámetros normales y en el electrocardiograma se encontró un *«trastorno de repolarización precoz en cara inferior por secuelas IAM anterior»*; por lo que, se emitió un diagnóstico de *«obesidad no específica, hipertensión primaria, cardiomiopatía isquémica, mareo y desvanecimiento»*.

1.2.6. Ese mismo día, luego de aplicarle al paciente líquidos endovenosos, analgesia oral y endovenosa y realizarle un examen de troponina que también arrojó resultado normal, se le dio salida a las 1:02 p.m. Pero el 31 de octubre de 2011, a la 1:24 p.m., esto es, casi veinticuatro (24) horas después, tuvo

que regresar al servicio de urgencias, por un cuadro clínico de convulsión tónico-clónica generalizada con desviación de la mirada hacia arriba, diaforesis y pérdida de conciencia.

1.2.7. Nuevamente, se ordenó aplicarle líquidos endovenosos y tomarle un TAC de cráneo simple, en el cual aparece *«imagen hiperdensa en región temporal derecha, compresión del ventrículo lateral derecho y leve desviación de a línea media, compatible con hemorragia masiva intercerebral»*.

1.2.8. Los familiares del demandante autorizaron su salida voluntaria de esa entidad, porque allí no había neurólogo ni neurocirujano, y lo trasladaron a la Clínica de Especialistas, lugar en el que una vez fue valorado por el servicio de neurocirugía, se ordenó el drenaje inmediato de la hemorragia intracraneal.

1.2.9. En la intervención quirúrgica se encontró un hematoma intracraneal y edema cerebral severo que no *«permite reposicionamiento del colgajo óseo craneal (gran masa de sangre intracraneal e inflamación severa de cerebro que no deja colocar el hueso retirado en la cirugía en su posición inicial)»*; por lo que, se realiza el cierre quirúrgico únicamente con los tejidos adyacentes.

1.2.11. Debido a esa situación, el demandante fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos, permaneciendo por cincuenta (50) días y presentó múltiples complicaciones, tales como traqueítis nosocomial por bacteria multirresistente, falla ventilatoria prolongada, estenosis traqueal secundaria a falla ventilatoria prolongada, traqueotomía y gastrostomía, entre otras.

1.2.12. Esos padecimientos y el diagnostico de *«hemiparesia izquierda secundaria a hemorragia intracraneal masiva y drenaje inoportuno del mismo»*, son resultado de la negligencia en la atención prestada en el servicio de urgencias por parte de la Clínica El laguito S.A. pues realizó un examen superficial del paciente y no se tuvo en cuenta los síntomas que presentaba.

1.2.13. La entidad demandada, además, desconoció los antecedentes de infarto del demandante y no le realizó los exámenes que eran necesarios para descartar un trauma craneoencefálico, TAC simple, cuya práctica resultaba de vital importancia para detectar el sangrado intracraneal.

1.2.14. En la historia clínica pueden evidenciarse los retardos en la atención medica prestada tanto en el primer ingreso como en el segundo, y la omisión en la realización de los exámenes que provocó la complicación del paciente, pues si bien la intervención quirúrgica para el drenaje de la hemorragia resultaba necesaria, todas las complicaciones de la UCI pudieron evitarse.

1.2.15. La consecuencia del error en el diagnóstico y el retardo en la atención médica prestada al demandante, es la hemiparesia izquierda o paralización del lado izquierdo de su cuerpo que conlleva una limitación para realizar todo tipo de actividades. A tal punto que la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Boyacá le dictaminó una pérdida de la capacidad laboral del 83%.

1.2.16. El 30 de julio de 2018, se llevó a cabo una audiencia de conciliación ante el Centro de Convivencia Ciudadana de Sogamoso, para la reparación de los perjuicios causados, pero no se logró llegar a ningún acuerdo.

1.3. Actuación Procesal:

1.3.1. La demanda correspondió, por reparto, al Juzgado Segundo Civil del Circuito de Sogamoso, el que, una vez subsanada, mediante providencia de 4 de octubre de 2018, la admitió y ordenó notificar a la entidad demandada.

1.3.2. La Clínica El Laguito S.A., por conducto de su apoderado judicial, procedió a contestar la demanda oponiéndose a todas las pretensiones. En cuanto a los hechos señaló que era cierto el relativo a la prestación del servicio de urgencias, pero aclaró que el paciente ingresó a las 7:21 a.m.; que en ningún momento refirió haber perdido la conciencia (desmayo); que la atención fue la adecuada en el primer ingreso como en el segundo; y, que no les consta cómo fue el servicio durante su permanencia en la Clínica de Especialistas. Propuso como excepciones de mérito las que denominó:

«prudencia y diligencia (inexistencia de culpa)», «inexistencia de nexo causal», «ruptura del nexo causal – hecho de la víctima – hecho de un tercero / causa extraña», «inadecuada tasación de perjuicios» y «solicitud de condena en costas».

1.3.3. En escrito separado, la Clínica el Laguito S.A. llamó en garantía a La Previsora S.A., con el objeto de hacer efectiva la Póliza núm. 1022869 con vigencia desde el 10 de marzo de 2011 hasta el 10 de marzo de 2012, cuyo objeto era amparar los riesgos de responsabilidad civil profesional médica. El llamamiento se aceptó por auto de 6 de diciembre de 2008.

1.3.3.1. Notificada la aseguradora, citada en garantía, se opuso a la demanda proponiendo las excepciones de mérito de: *«prescripción de acciones derivadas del contrato de seguros», «inexistencia de obligación de indemnización de perjuicios por ausencia de presupuestos de la responsabilidad civil extracontractual», «ausencia de acreditación de perjuicios materiales» e «inexistencia de la obligación de indemnización por ausencia de nexo de causalidad».* También se opuso al llamamiento en garantía con base en las excepciones de mérito, que denominó: *«prescripción de acciones derivadas del contrato de seguros», «inexistencia de obligación por parte de La Previsora S.A. Compañía de Seguros de ser confirmados los hechos de la demanda sobre la Póliza 1022869, riesgos excluidos de acuerdo al clausulado general 1324-P-06-RCP006-3 responsabilidad civil profesional individual propia de médicos», «límite del valor asegurado»,* y cualquier otro medio exceptivo que de oficio resultare demostrado.

1.3.4. La audiencia de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso se llevó a cabo el 20 de noviembre de 2019¹, en la que agotaron las etapas de conciliación y fijación del litigio y se recibieron los interrogatorios de las partes y, la audiencia de trámite y juzgamiento, se evacuó en sesión del 9 de agosto de 2022², en la que se practicaron las pruebas, se escucharon las alegaciones de las partes y se dictó la sentencia correspondiente.

¹ Fl. 578 y ss c. 2

² Cfr. Arch- 109 Expediente digitalizado

1.4. Sentencia impugnada:

1.4.1. En la aludida sentencia de 9 de agosto de 2022, el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Sogamoso resolvió: «**PRIMERO: DENEGAR** las pretensiones propuestas por la parte demandante, tal y como se expuso en la parte considerativa de esta decisión. **SEGUNDO: CONDENAR EN COSTAS** a la parte demandante por haber sido vencida en juicio, atendiendo lo establecido en el numeral 1° del artículo 365 del C. G. del P. **TERCERO:** De conformidad con el numeral 4° del artículo 366 del Código General del Proceso en concordancia con lo establecido en el Acuerdo PSAA16-10554 **FIJAR** como **AGENCIAS** en derecho a favor de la parte demandada y a cargo de la parte demandante la suma de **CUATRO SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES...**».

1.4.2. La sentencia se funda en las siguientes consideraciones:

1.4.2.1. El problema jurídico que plantea el sentenciador, es determinar si se cumplen los presupuestos para declarar civil y extracontractualmente responsable a la Clínica El laguito S.A. de los daños causados al demandante o, si, por el contrario, alguna de las excepciones propuestas por las demandadas está llamada a prosperar.

1.4.2.2. Empieza por señalar que la responsabilidad civil contractual se funda en el principio según el cual todo aquel que cause un daño a otro está obligado a indemnizarlo y que para ello es necesario que se demuestren ciertos requisitos tales como que exista un vínculo contractual, el incumplimiento de un deber, una conducta culposa en el obligado, el daño y la relación de causalidad.

1.4.2.3. En cuanto a la existencia de la relación contractual, afirma que, con las pruebas documentales allegadas al expediente, en especial, con la historia clínica, se encuentra acreditado que el demandante Luis Alberto López López fue atendido por la Clínica El Laguito S.A. los días 30 y 31 de octubre de

2011, por servicio de urgencias, de modo que está demostrado el vínculo contractual.

1.4.2.4. A continuación, señala que el incumplimiento del deber no se predica de los médicos que atendieron el paciente sino de la entidad y que, estos eventos, se someten a las reglas de la teoría de la culpa probada, salvo que se asuman obligaciones de resultado. Por eso, solo se puede imputar responsabilidad cuando se demuestra imprudencia médica o una violación de la *lex artis*.

1.4.2.5. Se refiere a la historia clínica y a los requisitos que debe cumplir, para luego advertir que de acuerdo con lo manifestado por el demandante se alteró dicho documento. Pero que no hay ninguna razón para considerar que ello sea cierto, como para dar credibilidad a esa afirmación y restarle valor probatorio.

1.4.2.6. En esa historia clínica aparece que Luis Alberto López López ingresó el 30 de octubre de 2011, a las 7:55 a.m., fue valorado en el servicio de urgencias de la Clínica El Laguito S.A. por el médico Carlos Fabián Barrera Novoa, pues aquel había manifestado que había presentado un episodio de lipotimia luego de finalizar su turno de trabajo nocturno y se dejó constancia que no había perdido la conciencia y que presentaba un aceptable estado general.

1.4.2.7. En ese momento, resalta que se dejó al paciente en observación por «*episodio compatible con lipotimia por efecto vasovagal vs hipoglicemia*», y sobre las 8:05 a.m., en la hoja de evolución aparece que el médico internista señaló que era necesario tomar encimas cardíacas para descartar nuevo evento coronario, por alteración hemodinámica secundaria. Pero a las 13:02 p.m., se advirtió que el resultado del examen de glicemia era normal, el de troponina negativo, y que luego de examinarlo en términos generales su estado era normal, además, que había reportado mejoría y una leve cefalea; por lo que se decidió darle salida y explicarle los signos de alarma tanto al actor, como a sus familiares.

1.4.2.8. Agrega que también está acreditado que, el 31 de octubre de 2011, a la 1:24 p.m., el demandante reingresó al servicio de urgencias de la Clínica El Laguito, señalando como motivo de la consulta y evolución que había presentado un episodio de convulsión tónico-clónica generalizada con desviación de la mirada hacia arriba, diaforesis y pérdida de la conciencia mientras manejaba. A las 2:37 p.m., se ordenó tomarle un TAC cerebral y se dejó constancia que se observó lesión que ocupa espacio en región temporo-parietal derecho de etiología a establecer y como diagnóstico hemorragia intracerebral en hemisferio cortical.

1.4.2.9. Ese mismo día, señala que se deja como plan a seguir, sobre las 5:07 p.m., la remisión del paciente a la Clínica de Especialistas, para ser tratado en la Unidad de Cuidados Intensivos - UCI y neurología, apareciendo como anamnesis, que se trata de un paciente con un cuadro clínico de inicio súbito de cefalea y síncope con crisis tónico-clónica generalizada, desorientación y hemiparesia con TAC cerebral que muestra hemorragia frontoparietal derecha.

1.4.2.10. Resalta que luego de la evolución en esa entidad, los múltiples efectos del accidente cerebro vascular sufrido por el demandante, le acarrearón problemas en la movilización por parálisis del lado izquierdo de su cuerpo y dificultad en el lenguaje. Pero que esos efectos no podían evitarse, pues el manejo al cuadro clínico del paciente fue el adecuado según los protocolos de la *lex artis*.

1.4.2.11. Desde que el paciente ingresó, por primera vez, al servicio de urgencias no se reportó que debiera ser atendido por síntomas de un accidente cerebro vascular – ACV, pues el motivo de la consulta es que «*se me fueron las luces*» y en los síntomas nada se dijo acerca de cefalea (dolor de cabeza), entumecimiento o debilidad repentina de la cara o de los miembros del cuerpo, confusión o dificultad para comprender el lenguaje, problemas de movilidad, etc. Por el contrario, se dejó claro en el examen físico que el paciente se encontraba alerta, orientado en tres esferas, afebril y con aceptable estado general. En las observaciones aparece que el paciente presentaba cefalea leve sin signos de alteración psicomotora, pero ese

episodio se manejó como un síncope que evolucionó de la mejor manera y por ello se decide darle de alta.

1.4.2.12. Agrega que en la demanda se alega que si desde ese momento se hubiera ordenado tomarle un TAC las consecuencias serían menos graves porque se les podría dar un tratamiento oportuno. Pero, en ese momento, atendiendo los síntomas que presentaba el paciente y el diagnóstico no resultaba necesario conforme a la guía SC de 2018 del Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología, pues según esta, las pruebas radiológicas y de laboratorio, tienen un rendimiento diagnóstico bajo en los pacientes con síncope.

1.4.2.13. Señala que el uso infrecuente del TAC cerebral y de la resonancia magnética, para casos de síncope de alto riesgo como el del demandante por sus antecedentes cardíacos, se encuentra corroborado con el dictamen pericial, en el cual, se advirtió que, en esa primera fase de atención, esas guías señalan que a los pacientes con síncope se les puede dar de alta, desde el servicio de urgencias y que los exámenes como el TAC cerebral no aportan nada adicional, por lo que, atendiendo los síntomas y el examen físico no resultaba necesario que se practicara al paciente ese tipo de exámenes para su manejo clínico, sobre todo cuando la cefalea que presentaba era leve.

1.4.2.14. En el interrogatorio de parte, Luis Alberto López López dijo haberse caído de las escaleras, pero no explicó si perdió o no el conocimiento, pues no fue claro sobre las circunstancias de modo, tiempo y lugar de ese suceso, ni tampoco afirmó que producto de esa caída se hubiera golpeado la cabeza o que como consecuencia de ello sangrara; pero que, además, no se dejó constancia de ese hecho en el informe de atención prehospitalaria de Acerías Paz de Río.

1.4.2.15. Por lo anterior, se considera que no se encuentra acreditado que el demandante se haya caído o sangrado, ni mucho menos que hubiese perdido el conocimiento por varias horas, de modo que no se podía exigir al profesional que lo atendió, realizarle un TAC cerebral o una resonancia

magnética cuando sus síntomas no eran compatibles con un ACV para cambiar el diagnóstico o tratamiento.

1.4.2.16. Se advierte que al indagarle al perito sobre el tema, refiere que la atención brindada al demandante era la adecuada para los síntomas que presentaba, pues se ajusta a las guías de práctica clínica para el síncope. Los exámenes realizados eran los que correspondían y el diagnóstico era el correcto por los antecedentes cardíacos y la lipotimia, así como que, en su reingreso, la atención también fue la adecuada, pues los síntomas eran otros y lo que procedía allí si era realizar el TAC cerebral y tratar esa patología, como en efecto ocurrió.

1.4.2.17. Además, advirtió que según el perito no era recomendable drenar la hemorragia de manera inmediata y que así se hubiera advertido desde el 30 de octubre y el paciente se encontrara en la ciudad de Bogotá en una institución de IV nivel, era imposible programar la intervención para ese mismo día, cuando ni siquiera se tenía certeza sobre el diagnóstico o las causas de la hemorragia.

1.4.2.18. En general, estima que la parte demandante no logró demostrar los supuestos necesarios para declarar la responsabilidad de la entidad demandada, por las consecuencias que se derivaron para el demandante del accidente cerebro vascular que sufrió, y debían negarse las pretensiones de la demanda..

1.4.2.19. Por último, considera que no era necesario pronunciarse sobre las excepciones propuestas ni el llamamiento en garantía y condenó en costas al demandante.

1.5. La apelación:

1.5.1. El actor formuló recurso de apelación en contra de la decisión, expresando como reparos breves:

1.5.1.1. En la sentencia impugnada se da plena credibilidad al dictamen pericial rendido por el doctor Víctor Hugo Bastos Pardo, pero no se hace una valoración en conjunto de todas las pruebas que dan cuenta de la negligencia en el servicio de salud prestado por la Clínica El Laguito S.A.

1.5.1.2. Se desconoció que no se realizó de manera oportuna un TAC al demandante para descartar una lesión por trauma craneoencefálico severo, ni tampoco se tuvo en cuenta la información brindada por el paciente relativa a la pérdida de conocimiento, el desvanecimiento y el dolor de cabeza intenso.

1.5.1.3. La entidad demandada con esas omisiones lo privó de la posibilidad de detectar un ACV hemorrágico en curso, pues de haberse detectado a tiempo ésta, seguramente las secuelas para el demandante serían mucho menores.

1.5.1.4. La Clínica El Laguito S.A. no realizó un buen diagnóstico del cuadro clínico presentado por el demandante, pues no se trató de manera adecuada el dolor de cabeza y según el perito una vez se descartó el problema cardíaco por las enfermedades de riesgo que presentaba, el siguiente paso era descartar el ACV mediante la realización de una Tomografía Axial Computarizada - TAC.

1.5.1.5. La omisión de incluir en el informe APH el dolor de cabeza generalizado que presentaba el paciente, es indicativo de la negligencia en el servicio médico prestado y se ordenó darle salida, sin tener en cuenta que el uso de analgésicos, lo único que hace era *«enmascarar u ocultar un ACV»*.

1.5.1.6. No es cierta la información del perito Víctor Hugo Bastos Pardo, acerca de que al demandante se le realizó un implante de tres stent coronarios en 2007, porque esa información no se encuentra corroborada en la historia clínica. Además, en su dictamen no tuvo en cuenta que la enfermera de Acerías Paz de Río, dejó constancia que el paciente había dicho que sufrió un desmayo cuando iba subiendo las escaleras y se despertó sentado en el primer escalón.

1.5.1.7. El dictamen pericial tan solo se basa en la historia clínica para señalar que la atención médica fue la adecuada, pero allí se omitió dejar constancia acerca de que el paciente perdió la conciencia por varias horas, pues tan solo se consignó que había sufrido una lipotimia y posterior cefalea, luego de terminar su jornada laboral nocturna, cuando eso no era cierto.

1.6. Trámite en segunda instancia:

Por auto de 25 de agosto de 2022, este despacho dio traslado a la parte apelante, para que procediera a sustentar por escrito el recurso, quien allegó dentro del término otorgado la sustentación respectiva y, corrido el traslado a los no recurrentes, presentaron réplica.

2. CONSIDERACIONES PARA RESOLVER:

2.1. Problema Jurídico

De acuerdo con la propuesta de la parte recurrente, son temas a tratar en esta instancia los de: *i) si concurren los presupuestos para declarar la responsabilidad médica de la Clínica El Laguito S.A. por los daños sufridos por el demandante luego del servicio de salud prestado; y, en caso afirmativo, ii) El monto de los perjuicios reclamados, en caso de revocatoria.*

2.2. La responsabilidad médica:

2.2.1. El primer tema sometido a estudio de la Sala es el de la responsabilidad civil de la Clínica El Laguito S.A. por los daños causados al demandante luego de un accidente cerebro vascular y, específicamente, si existe el nexo de causalidad que permita imputarle esos resultados a título de culpa.

2.2.2. La responsabilidad civil médica es una especie de responsabilidad profesional que surge cuando por desconocimiento de las reglas del ejercicio de la medicina en cualquiera de sus fases de prevención, pronóstico, diagnóstico, intervención, tratamiento, seguimiento y control, se causa un

daño al paciente y se demuestran los restantes elementos de la responsabilidad civil, esto es, el acto o hecho dañoso, el daño y la relación de causalidad³ entre éstos.

2.2.3. Ese nexo o relación de causalidad, en este tipo especial de responsabilidad, depende entonces de la omisión de las normas o directrices que regulan la profesión de la medicina, pues son las que ilustran el contenido de la *lex artis*, en la materia como parámetro para evaluar el grado de diligencia y cuidado empleados por los médicos y las instituciones en el cumplimiento de su oficio.

2.2.4. Esa regulación, por supuesto, abarca no solo el acto médico en estricto sentido, es decir, el proceso de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas, sino además el ejercicio de aquellas actividades que se adelantan antes, durante y después de la intervención, tales como la atención previa o preventiva, la atención pre y quirúrgica, postquirúrgica y el seguimiento hasta la recuperación del paciente.

2.2.5. En el presente caso, como lo que se discute es la existencia de un nexo causal entre las secuelas padecidas por el demandante a causa de un accidente cerebrovascular, y la atención médica prestada en el servicios de urgencias, esos parámetros están dados por las reglas que determinan el diagnóstico, tratamiento, e intervención quirúrgica de ese tipo de patologías⁴.

2.2.6. El accidente cerebrovascular (*Ictus*) es una enfermedad que se presenta cuando una arteria que va al cerebro se obstruye o se rompe y la falta de irrigación sanguínea produce la muerte de un área del tejido cerebral. El *ictus* puede ser de dos tipos: isquémico o hemorrágico.

³ CSJ, sentencia SC de 3 de septiembre de 2002, radicación 6199.

⁴ Los protocolos médicos que constituyen la *lex artis* responden a protocolos internacionales consignados en la literatura médica que son los que permiten determinar en el análisis probatorio si la actuación de los médicos se ajustó o no a lo que se debe hacer en ese tipo de eventos. Al respecto, recientemente la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, en sentencia SC042 de 7 de febrero de 2022, advirtió: «[E]n casos donde se evalúan actividades profesionales o técnicas, la apreciación probatoria exige del juez, en la mayoría de las veces, confrontar el contenido de los elementos de juicio con el conocimiento científico relacionado con el arte u oficio sobre el que versa el proceso, en procura de comprender su genuino sentido, toda vez que “el conocimiento científico afianzado, como parte de la reglas de la sana crítica, tiene la misma implicación que consultar una enciclopedia, un libro de texto especializado, o un diccionario con el fin de desentrañar el significado de los conceptos generales que permiten comprender y valorar la información suministrada por los medios de prueba”, puesto que “si la técnica probatoria permite y exige valorar las pruebas de acuerdo con las máximas de la experiencia común, con mucha más razón es posible analizar las probanzas según los dictados del conocimiento científico afianzado, sin el cual muchas veces no será posible saber si el órgano de prueba brinda o no una información que corresponde a la realidad” (CSJ, ib.; se subraya)».

2.2.7. El accidente cerebrovascular ACV isquémico se produce por la presencia de un coágulo que obstruye una arteria e impide que la sangre llegue a una determinada zona del cerebro y suele ser de carácter transitorio, pues debido a que las paredes de las arterias se encuentran obstruidas a veces la propia presión de la sangre hace que las paredes vuelvan a dilatarse.

2.2.8. Por otro lado, los ACV hemorrágicos se producen por la ruptura de una arteria debido a un traumatismo o a una dilatación localizada de un vaso que provoca una hemorragia que afecta al cerebro o a sus envolturas.

2.2.9. Entre los principales síntomas se encuentran la pérdida de fuerza en la mitad del cuerpo (cara, brazo o pierna del mismo lado), confusión repentina, dificultad para hablar, dificultad para ver con uno o ambos ojos, problemas para caminar, mareos, pérdida de equilibrio y dolor de cabeza severo distinto al habitual.

2.2.10. El diagnóstico del accidente cardiovascular se basa en una valoración por parte del especialista y, sobre todo, en la realización de pruebas de neuroimagen (tomografía axial y resonancia magnética), ecodoppler u otros, y su tratamiento depende de la clase de accidente y de su complejidad.

2.2.11. En efecto, en el artículo *«Actualización en diagnóstico y tratamiento del ataque cerebrovascular isquémico agudo»*, 2018, Carolina García Alfonso, Andrea Martínez Reyes Pontificia, Valentina García, Andrés Ricaurte Fajardo, Isabel Torres y Juliana Coral, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia, sobre los síntomas y el diagnóstico de ese tipo de enfermedades, se advirtió: *«La enfermedad cerebrovascular es un término jerárquicamente amplio. Es un síndrome que incluye un grupo de enfermedades heterogéneas con un punto en común: una alteración en la vasculatura del sistema nervioso central, que lleva a un desequilibrio entre el aporte de oxígeno y los requerimientos de oxígeno, cuya consecuencia es una disfunción focal del tejido cerebral (1,2). El accidente cerebrovascular (ACV), por otra parte, se refiere a la naturaleza de la lesión, y se clasifica en dos grandes grupos: isquémico y hemorrágico. El ACV isquémico agudo se genera por oclusión de un*

vaso arterial e implica daños permanentes por isquemia; no obstante, si la oclusión es transitoria y se autorresuelve, se presentarán manifestaciones momentáneas, lo cual haría referencia a un ataque isquémico transitorio, que se define como un episodio de déficit neurológico focal por isquemia cerebral, de menos de 60 minutos de duración, completa resolución posterior, y sin cambios en las neuroimágenes. Por otro lado, el ACV de origen hemorrágico es la ruptura de un vaso sanguíneo que lleva a una acumulación hemática, ya sea dentro del parénquima cerebral o en el espacio subaracnoideo.

Cuadro clínico Los signos y síntomas se manifiestan según la localización y extensión de la lesión (28). Los principales territorios vasculares que pueden verse alterados son: Circulación anterior: arteria carótida interna, arteria cerebral media y anterior. Arteria cerebral anterior: presentará hemiparesia e hipoestesia contralateral de predominio crural, disartria, incontinencia urinaria, apatía, abulia, desinhibición y mutismo acinético en caso de daño bilateral. Arteria cerebral media en su porción más proximal (M1) presentará hemiplejia e hipoestesia contralateral, hemianopsia homónima, desviación forzada de la mirada, alteración del estado de conciencia y afasia si se afecta el hemisferio dominante. Las porciones M2-M3 se presentarán con hemiparesia e hipoestesia contralateral, disartria, afasia si se afecta el hemisferio dominante, y hemiamopsia homónima en compromiso de M2. Si el daño es en la porción M4, presentará los mismos signos y síntomas, pero de forma menos severa, y presentará más afectación de funciones corticales como el lenguaje, así como disgrafia, discalculia, agrafoestesia, apraxias o debutar con crisis. Circulación posterior: arteria cerebral posterior, arteria basilar y arteria vertebral. Arteria cerebral posterior: afectación del campo visual contralateral, agnosia visual, o ceguera cortical o crisis visuales. Territorio vertebrobasilar: pueden presentar compromiso cerebeloso o troncoencefálico de acuerdo con la arteria afectada. Existe daño de la punta de la basilar, que se presentará con compromiso del estado de conciencia, alteraciones pupilares u oculomotoras, cerebelosas, y compromiso motor de las cuatro extremidades, que en caso de no ser identificado y tratado, puede llevar

al paciente a la muerte en pocas horas. En la evaluación inicial se utiliza la escala del National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS), para evaluar la severidad del cuadro clínico (18) (tabla 1). Tabla 1 Escala de NIHSS para ACV. **Ayudas diagnósticas.** El diagnóstico del ACV isquémico agudo es clínico y los estudios imagenológicos se realizan con el fin de detectar hemorragia, evaluar el grado de lesión e identificar el territorio vascular afectado (29). Dentro de los estudios imagenológicos que se exponen a continuación habrá mayor o menor disponibilidad de acuerdo con el centro clínico, el acceso a una unidad de ACV y la ciudad; así, la mayoría de estudios descritos están disponibles en ciudades principales del país, como Bogotá, Cali, Medellín, entre otras, y en lugares de bajo acceso se dispone de TAC cerebral simple, con opción de remisión a ciudades intermedias para realización de RM cerebral. La tomografía axial computarizada (TAC) cerebral simple es la imagen recomendada por la Asociación Americana del Corazón (AHA) para la evaluación inicial y toma de decisiones sobre el manejo del paciente con sospecha de ACV, ya que la TAC es ampliamente disponible, tiene una alta sensibilidad y es relativamente rápida (30). Se recomienda su toma en los primeros 20 minutos de llegada al centro médico con el objetivo de diferenciar el ACV isquémico del hemorrágico, ya que este último contraindicaría el tratamiento con rtPA (31,32).”.

2.2.12. En el mismo sentido, en el estudio que da lugar al «Protocolo diagnóstico del Accidente Cerebrovascular Hemorrágico, M. Rebollo Álvarez-Amandi, M. Martín Millán y C. Ricart Coloméa, Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, España, 2003, sobre las causas, el diagnóstico y tratamiento de los ACV hemorrágicos, se señaló: «El accidente cerebrovascular hemorrágico se divide en hemorragia intracerebral y hemorragia subaracnoidea (HSA). El diagnóstico de ambos procesos se tratará por separado. Proceso diagnóstico de la hemorragia intracerebral. Los síntomas y signos de la hemorragia cerebral (HC), que dependen de la localización del sangrado y del tamaño del hematoma, pueden ser idénticos a los del ictus isquémico, por lo que el diagnóstico se basa en la demostración de la presencia de

sangre dentro del cerebro por medio de técnicas de neuroimagen. Antes de realizarse estos estudios, la clínica nos puede hacer sospechar un ictus hemorrágico en algunos casos, ya que hay ciertos signos y síntomas que se asocian más frecuentemente a la HC, como son los vómitos, la cefalea, las crisis, una mayor hipertensión arterial (HTA) y el deterioro precoz del nivel de conciencia, incluyendo el coma agudo 1,2. Además del diagnóstico de HC, es necesario conocer la causa del sangrado y la situación clínica general del paciente, ya que de ello va a depender el pronóstico y el tratamiento que debemos establecer».

2.2.13. Las anteriores son, pues, las reglas más significativas sobre los síntomas, diagnóstico y tratamiento de los accidentes cerebrovasculares y es con base en ellas que la Sala debe determinar si las obligaciones que estas le imponían a los médicos fueron inobservadas, así como su incidencia en el desencadenamiento del daño, es decir, la existencia del nexo causal entre esos incumplimientos y el daño.

2.2.14. De acuerdo con la historia clínica, Luis Alberto López López, quien había sufrido un infarto agudo de miocardio con tratamiento de cateterismo en 2007, ingresó al servicio de urgencias de la Clínica El Laguito S.A., el 30 de octubre de 2011, a las 7:21 horas, señalando como motivo de la consulta *«se me fueron las luces»*, y como evolución de la enfermedad un *«episodio de lipotimia, posterior a finalizar turno de trabajo, no perdida de la conciencia, refiere posterior cefalea asociada, no alteraciones [m]otoras ni de la conciencia»*⁵

2.2.15. En ese momento, se dejó constancia que en el examen físico se encontraba *«alerta, orientado en 3 esferas, afebril, no álgido, no disneico, aparente estado general»*, y que no presentaba vértigo, náuseas o vómitos. En las observaciones se consignó *«paciente con episodio compatible con lipotimia por efecto vasofagal vs hipoglicemia, actualmente con cefalea leve sin signos de afectación psicomotora»* y se decide dejarlo en observación.

⁵ Cfr. Fls. 41 y ss Arch. 1 Demanda

2.2.16. Por sus antecedentes de infarto, se ordena, además, de un examen de glicemia, practicarle un electrocardiograma y uno de troponina cualitativa, para descartar un nuevo evento coronario y se emite una impresión diagnóstica de *«obesidad no especificada, hipertensión esencial, cardiomiopatía isquémica, mareo y desvanecimiento»*, tratado con lactato de ringer, acetaminofén y dipirona.

2.2.17. El paciente, según el informe de atención prehospitalaria de Acerías Paz de Río S.A. había sido atendido por una enfermera de esa entidad, a las 6:15 a.m., porque señaló que *«sufri[ó] un desmayo»*. Pero se advirtió que no tenía ningún tipo de traumatismo y se valoró con glasgow 15/15, porque la apertura de los ojos era espontánea, estaba orientado en la respuesta verbal y obedecía órdenes en la respuesta motora. Además, en la revisión secundaria de la cabeza se especificó que no tenía heridas, hematomas, ni hemorragia⁶.

2.2.18. El examen de glicemia y el electrocardiograma arrojaron resultados normales y el de troponina negativa, por lo que se *«se examina sistema neurológico, [con] fuerza muscular normal, sensibilidad superficial y profunda normal, reflejos teotendinosos normales, pupilas isocóricas normoreactivas a la luz y a la acomodación»*. Se deja constancia que refiere mejoría, leve cefalea y, sobre la 1:02 de la tarde, se resuelve darle de alta, prescribirle acetaminofén y *«explica[r] signos de alarma a paciente y familiares»*⁷.

2.2.19. El día siguiente, a la 1:24 p.m. Luis Alberto regresa al servicio de urgencias de la Clínica El Laguito, pues refiere que *«hace aprox. 15 min. (sic) presenta episodio de convulsión tónico-clónica generalizada con desviación de la mirada hacia arriba, diaforesis y pérdida de la conciencia mientras manejaba»*⁸. En la evolución aparece que se ordena tomarle un TAC cerebral⁹, en el que se observa una *«lesión que ocupa espacio en región temporo parietal derecho de etiología a establecer»*, y

⁶ Cfr. Fl. 46 Arch. 1 Demanda y anexos

⁷ Cfr. fl. 40 ib.

⁸ Fl. 39 ib.

⁹ Fl. 38 ib.

se emite una impresión diagnóstica de *«hemorragia intracerebral en hemisferio cortical»*¹⁰.

2.2.20. En el examen físico, aparece que se recibió con *«agitación psicomotora, no responde órdenes verbales, afebril»*; pero luego del episodio convulsivo hay *«recuperación de la conciencia»*, neuro Glasgow de 15/15¹¹. Sin embargo, en la valoración neurológica se deja constancia del deterioro paulatino de su estado de conciencia a Glasgow de 13/15¹².

2.2.21. Debido a su situación, aparece una orden de remisión del paciente a la Clínica de Especialistas de Sogamoso¹³ y también un formato de retiro voluntario de esa misma fecha, en el que se describe *«paciente q[ue] por decisión de la familia y esposa deciden (sic) trasladarlo a la Clínica de Especialistas por la disponibilidad inmediata de especialista Neurólogo. Se traslada en ambulancia en compañía de médico»*, y una orden de *«contraresimisión entre instituciones por lo tanto no requiere retiro voluntario»*¹⁴.

2.2.22. En la epicrisis de la Clínica de Especialistas Limitada, se deja constancia que se recibe a las 17:00 horas, del 31 de octubre de 2011, con un diagnóstico de *«hemorragia intracerebral en hemisferio cortical»*; remitido por un cuadro clínico que *«inicia ayer de cefalea intensa, estuvo en observación y dieron de alta, presenta episodio convulsivo tónico clónico generalizado, autolimitado, con poscital somnoliento, desorientado y hemiparetico. Realizan TAC cerebral simple que evidencia hemorragia cortico subcortical frontoparietal derecha en zona área motora, con deterioro de Glasgow, riesgo respiratorio y riesgo de resangrado, se decide manejar en UCI»*¹⁵.

2.2.23. En esa institución, inicialmente se *«decide a pesar del tamaño del sangrado manejo expectante por la localización en área motora y el riesgo de que se trate de una malformación vascular hospitalizar en*

¹⁰ Fl. 37 ib.

¹¹ Fl. 39 ib.

¹² Fl. 57 ib.

¹³ Fl. 66

¹⁴ Fl. 68 ib.

¹⁵ Fl. 85 ib.

UCI»¹⁶, pero como su situación empeora, se resuelve practicarle una intervención quirúrgica de drenaje de espacio subdural con reparo de senos duros rotos y drenaje de colección intracerebrales por craneotomía para controlar la hemorragia.

2.2.24. Luego de la intervención quirúrgica permanece en esa entidad hasta el 13 de diciembre de 2011, cuando se resuelve remitirlo a la Clínica Valle del Sol con secuelas de ECV hemiparesia izquierda, malformación arteriovenosa, que limitan su movilización, y complicación de traqueostomía por estenosis traqueal severa y antecedentes de falla ventilatoria prolongada, siendo atendido hasta su estabilización y finalmente se resuelve disponer su salida.

2.2.25. En la sentencia de primera instancia se negaron las pretensiones, tras señalar con apoyo en el dictamen decretado de oficio, que la atención de urgencias en el primer ingreso era la adecuada de acuerdo con los síntomas que presentaba el paciente, y lo que se alega en el recurso es que allí no se tuvieron en cuenta los datos suministrados por la enfermera de Acerías Paz del Río, en los cuales aparecía que el demandante perdió la conciencia por varias horas, ni tampoco se tomaron exámenes para descartar un accidente cerebrovascular, sin embargo, en el primer ingreso al servicio de urgencias, el 30 de octubre de 2011, se destacó con base en los datos de la historia clínica que Luis Alberto López López solo señaló como motivo de la consulta que «*se me fueron las luces*», y una vez es examinado, se determinó que estaba «*alerta, orientado en 3 esferas... [con] aparente estado general*»; pero, además, se relacionó «*no perdida de la conciencia, no alteraciones [m]otoras ni de la conciencia*»¹⁷ y que no no presentaba vértigo, náuseas o vómitos.

2.2.26. Entonces, ese examen general, descartaba los principales síntomas de una enfermedad cerebrovascular, tales como la pérdida de fuerza en la mitad del cuerpo (cara, brazo o pierna del mismo lado), confusión repentina, dificultad para hablar, dificultad para ver con uno o ambos ojos, problemas para caminar, mareos, pérdida de equilibrio y un dolor de cabeza severo distinto al habitual.

¹⁶ Fl. 87 ib.

¹⁷ Cfr. Fls. 41 y ss Arch. 1 Demanda

2.2.27. En la apelación, se insiste en que se omitieron otros síntomas y que en el informe de atención prehospitalaria de Acerías Paz de Río aparece que el paciente se cayó de las escaleras, que perdió la conciencia por varias horas y que incluso presentaba sangrado en un brazo y la nariz, pero revisada esa prueba, no es cierto que presentara ninguno de esos síntomas. En efecto, en el informe atención prehospitalaria visto a folios 46 y 47 del archivo digitalizado de la demanda, si bien se refiere como motivo de la consulta que Luis Alberto López López «sufri[ó] un desmayo». A renglón seguido se advierte que no presentaba ningún tipo de traumatismo, el Glasgow se valora en 15/15, marcando las casillas de apertura de los ojos como espontánea, de respuesta verbal como orientado y respuesta motora como obedece órdenes; todos esos signos son indicativos de que su estado de conciencia era el normal para alguien que se encuentra en plenitud de sus capacidad cognitivas, sin limitación de movimiento y en el capítulo del formato denominado «revisión secundaria», el acápite relativo a la cabeza se diligenció negativamente para heridas, hematomas o hemorragia, descartando su presencia¹⁸.

2.2.28. Por el contrario, si se revisa el expediente se encuentra que, además de la demanda, en el único lugar en que se hace referencia a que el demandante haya perdido la conciencia o sangrara por la nariz, lo es en el dictamen pericial aportado por la parte demandante¹⁹, lo cual, no solo carece de valor probatorio para demostrar ese hecho, sino que le resta credibilidad al dictamen, porque parte de supuestos diferentes a los consignados en la historia clínica, y aun a los del informe prehospitalario que se denuncia como no apreciado.

2.2.29. En el mismo sentido, si bien el demandante Luis Alberto López López, en su interrogatorio de parte, narró que se había caído de las escaleras, lo cierto es que nada dijo sobre la presencia de hemorragia o traumas. Es más, cuando se le preguntó sobre la caída dijo que luego de caerse lo llevaron a la enfermería y que de ahí lo remitieron a la Clínica El Laguito para ser atendido, expresando «La razón por la cual yo llegué a la Clínica El Laguito fue

¹⁸ Cfr. Fl. 46 Arch. 1 Demanda y anexos

¹⁹ Cfr. Fs. 146 y ss Arch. 2 Anexos de la demanda

porque tuve una caída por una escalera en mi lugar de trabajo. El médico de la empresa tiene nexos muy cercanos con la Clínica El Laguito, se llama el doctor Luis Abelardo Becerra Merchán que sería bueno tener en cuenta eso, yo tuve la caída y entonces me remitieron con la hoja de remisión que le comentaba a sumerce, donde se aclara que tenía que sufrí una vez un IAM, la valoración que me hizo la señorita enfermera en ese momento que coincidieran con los exámenes que me hicieron en la Clínica El Laguito, pero antes de eso no había tenido yo sintomatología específica sobre eso su señoría... Eso fue de turno de amanecida yo estaba en la planta en la escalera entrando en la entrada a mi oficina hay una escalera en la cual asumo resbalar y caer su señoría... La línea de tiempo es la siguiente estoy en el lugar de trabajo, sufro el desmayo, me llevan al centro médico industrial de la empresa y de ahí me remiten a la Clínica».

2.2.30. Más adelante, a la pregunta de si le había dicho todos los síntomas al médico que lo atendió en el servicio de urgencias de la Clínica, respondió que sí, pero que toda esa información aparecía en informe de atención prehospitalaria de la enfermera y que ellos habían modificado la historia clínica, además, resulta difícil de creer que tanto el informe de la enfermera como la historia se hayan modificado o que los médicos quisieran ocultar parte de la información, lo que llevó a entender que hasta ese momento, no había ningún síntoma que estuviera asociado directamente con la pérdida de la conciencia o pérdida de la fuerza o de la movilidad y es por ello que el perito Víctor Hugo Bastos Pardo, médico y profesor de neurocirugía de la Universidad Nacional, advirtió que el manejo dado por la Clínica, era el adecuado para los síntomas que presentaba el paciente cuando ingresó, por primera vez, al servicio de urgencias.

2.2.31. El doctor Bastos Pardo, explicó la diferencia entre la lipotimia y el síncope, para luego resaltar que la primera no implica la pérdida de la conciencia, mientras el segundo sí. Además, que, por la lipotimia y los antecedentes de infarto, lo primero era descartar un nuevo episodio coronario, pues hasta allí no había signos o síntomas de que pudiera sufrir un accidente cerebrovascular, respecto de lo cual expresó «Entonces, vuelvo a repetir lo

que ya escribí en el dictamen, cuando el señor López ingresa al servicio de urgencias no hay nada que le haga a uno pensar que tiene un accidente cerebrovascular, si es imperativo descartarle que sus desmayos, su se le fueron las luces, su lipotimia, se debería a que estaba teniendo de nuevo un problema de corazón, y en las guías de práctica clínica que yo les anexé, se dice que hay que diferenciar entre la lipotimia o el síncope que es banal, que no tiene ninguna importancia al que es grave. Entonces, en urgencias se le maneja como si fuera grave, o sea, se va a descartar que tenga un problema cardíaco y de hecho se hace, él, el señor López evolucionó muy bien. Él está en la Clínica El Laguito durante siete horas, no, él sale a las 3:00 de la tarde, está muy bien, si tiene dolor de cabeza, pues no se le nota, sale caminando, hablando, está perfecto, está mucho mejor».

2.2.32. Ese tipo de actuación, es decir, el de descartar un problema coronario por los antecedentes de infarto del miocardio, además, ciertamente es el que aparece en la Guía ESC 2018 sobre el diagnóstico y el tratamiento del síncope, del Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), anexa al dictamen, en la cual se describe el tratamiento a seguir, así: “4.1.2. *Tratamiento del síncope en el servicio de urgencias según la estratificación del riesgo* El tratamiento de la PTC de naturaleza probablemente sincopal en el servicio de urgencias debe responder a 3 preguntas clave: 1. ¿Se puede identificar una causa subyacente grave? 2. ¿Hay riesgo de un desenlace adverso? 3. ¿Se debe ingresar al paciente? La figura 5 muestra un gráfico de flujo para el tratamiento y la estratificación del riesgo de los pacientes referidos al servicio de urgencias por PTC de naturaleza probablemente sincopal (adaptada de Casagrande et al.). Pregunta 1: ¿se puede identificar una causa subyacente grave en el servicio de urgencias? Por lo general, el síncope se puede confirmar por la presencia de síntomas característicos. El objetivo principal del médico de urgencias en ese momento es establecer el diagnóstico de una causa subyacente, especialmente cuando esta se asocie con un posible deterioro clínico rápido. A menudo la enfermedad subyacente aguda es lo que determina los eventos adversos a corto

plazo, más que el síncope en sí. 43. Por lo tanto, el tratamiento ulterior debe centrarse en la causa subyacente (figura 5). Alrededor de un 40-45% de las enfermedades subyacentes cardiovasculares y no cardiovasculares son obvias e identificables en el servicio de urgencias. La tabla 6 enumera las características de alto riesgo que indican que hay una causa subyacente grave y las características de bajo riesgo que indican una causa subyacente benigna. Pregunta 2: ¿hay riesgo de un desenlace adverso? Las características de alto riesgo se enumeran en la tabla 6, y la forma en que debe emplearse el perfil de riesgo para guiar el tratamiento y las medidas requeridas se muestra en la figura 6. La estratificación del riesgo es importante por 2 razones: 1. Reconocer a los pacientes con enfermedad de bajo riesgo que podrían recibir el alta después de un asesoramiento adecuado»²⁰.

2.2.33. Por eso, si había constancia de antecedentes de riesgo cardíaco y no se discute que el paciente ingresó en varias oportunidades al servicio de urgencias de esa entidad por afecciones cardíacas, los protocolos indicaban, como primera medida, descartar un nuevo episodio coronario, mucho más cuando no habían otros síntomas que indicaran otro tipo de patologías. En efecto, en el contrainterrogatorio, la apoderada de la parte demandante le preguntó al perito sobre el informe de atención prehospitalaria de Acerías Paz de Río, pero aquel corroboró que la caída, el sangrado y la pérdida del conocimiento no aparecen relacionados por la enfermera, como así se puede constatar con la historia clínica; pero, sobre todo, indica que si el accidente cerebrovascular hemorrágico fuera resultado de un trauma, los síntomas se presentarían de manera inmediata y no veinticuatro (24) horas después: *«Bueno yo tengo que ser muy objetivo y en la historia clínica la enfermera, eso no es una historia clínica, es un informe prehospitalario, no recuerdo exactamente la hora, pero eso fue como las 6:00 de la mañana. Ella anota, 6:00 o 6:15, hace su anotación y el señor López está en la Clínica El Laguito creo que a las 7:00 de la mañana, él esta como a las dos horas, cuando él ingresa a urgencias él no está inconsciente, él está despierto, luego eso de que duró cuatro horas inconsciente eso es falso, eso no es cierto, el señor López no estuvo*

²⁰ Cfr. Fls. 12 y ss Arch. 81 Anexo del dictamen pericial de oficio

inconsciente cuatro horas. Eso está probado en la historia clínica, eso no tiene discusión... Por eso cuando la enfermera lo ve a las 6:00 de la mañana, él está despierto, cuando llega a la clínica El Laguito está despierto, entonces no sé qué llaman inconciencia, precisamente, por eso se creó la escala de Glasgow para evitar esos términos subjetivos que una persona puede decir no es que yo estoy inconsciente, puede interpretar que está desorientado, pero está inconsciente no. No está inconsciente, ni cuando llegó adonde la enfermera, ni cuando llegó a la Clínica estaba inconsciente, eso es falso... Bueno eso del sangrado de la nariz, yo sinceramente no recuerdo haberlo visto en la nota de la enfermera, lo vi en la demanda. En la demanda si dice que él se golpeó y que la sangraba la nariz y tal, pero en la nota de la enfermera no se hace mención a trauma y cuando llega a urgencias de la Clínica El Laguito el médico tampoco encuentra ningún signo de trauma [para luego agregar:] Bueno, en general, todos los neurocirujanos colombianos tenemos mucha experiencia en trauma si como producto de un trauma ocurre una lesión en el cerebro de la magnitud que sufrió el señor López eso se suele manifestar inmediatamente. Él tiene un trauma y para que el trauma produzca una hemorragia de tal magnitud tiene que ser un trauma de una intensidad bastante fuerte a no ser que el paciente esté anticoagulado o este antiagregado o tenga alguna enfermedad de la coagulación. Pero inmediatamente cuando recibe el trauma se manifiesta inmediatamente (sic) y vuelvo a repetir y yo creo que esto es lo clave en todo, para el médico esto es lo clave en todo, no hay área más sensible, más elocuente en el cerebro que el área motora, que el área del lenguaje, cualquier cosa que ocurra en el área motora y en el área del lenguaje, se suele manifestar inmediatamente. Entonces, no es que yo tuve un trauma hoy y estuve feliz y contento todo el día y mañana, 24, 48 horas después ya me voy a poner mal. No, así no es y sobre todo lo súbito que ocurrió todo. El accidente cerebrovascular hemorrágico se caracteriza por ser brusco, muy brusco, entonces qué fue lo que ocurrió brusco, lo que ocurrió brusco fue que convulsionó y muy pocos minutos después empezó a perder la fuerza en el lado izquierdo y ese hematoma hubiera sido producto de un trauma que sufrió el día

anterior se hubiera manifestado de otra manera. Entonces, repito, nosotros los médicos actuamos es con base en el interrogatorio, en el examen físico, con eso solicitamos lo que necesita el paciente vital, es muy claro para mí, para mí es muy claro que el hematoma que tuvo el señor López no es producto de trauma».

2.2.34. Se recurre a la transcripción anterior, más o menos extensa, porque recoge en buena medida las conclusiones del perito y nos permite otorgarle un alto grado de credibilidad, no solo por ajustarse fielmente al contenido de la historia clínica, sino además porque corrobora la literatura médica sobre los síntomas del accidente cerebrovascular hemorrágico, y la forma en que se presenta, y por tratarse de un dictamen pericial decretado de oficio no hay ninguna razón como para considerar que pretenda beneficiar a alguna de las partes. En efecto, el perito explica que la escala de Glasgow oscila entre 3 y 15 puntos a partir de los resultados del examen físico al paciente para determinar su grado de conciencia. Así, por ejemplo, señala que el puntaje de 15 corresponde a una persona que está despierta, tiene los ojos abiertos, entiende y sigue las instrucciones que se le indican. Mientras el Glasgow mínimo de 3 puntos, alude a una persona que está en coma y que el puntaje se asigna atendiendo aspectos tales como la apertura ocular, el lenguaje y el seguimiento de órdenes, para luego señalar que la asignación por parte de la enfermera y del servicio de urgencias de un puntaje de Glasgow de 15/15 en el momento en que es atendido en la empresa y se recibe en la Clínica, resulta indicativo de que no había síntomas de una enfermedad cerebrovascular.

2.2.35. El perito, además, pone de relieve que a diferencia de lo que ocurrió ese día, el 31 de octubre de 2011, las primeras manifestaciones del ACV son evidentes con la pérdida de la conciencia mientras el demandante va conduciendo, la convulsión y la pérdida de movilidad de la parte izquierda de su cuerpo, así como el deterioro de Glasgow. Lo cual demuestra que los signos y síntomas de una hemorragia cerebral se manifiestan de forma inmediata, por lo que no se discute que, en ese momento, el diagnóstico es el correcto y que, para corroborar la hemorragia cerebral, se ordenó realizar la Tomografía Axial Computarizada - TAC que lo confirma y luego por petición de los familiares del paciente; pero, también, por orden del médico tratante se

dispone su remisión a la Clínica de Especialistas, actuación en la que tampoco se advierte negligencia en la prestación del servicio de salud y allí más allá de una anotación sobre una cefalea desde el día anterior, nada se dice sobre una complicación que surgiera antes de esa fecha, como para sostener un error en la primera atención.

2.2.36. Al respecto, el propio perito destaca que ni siquiera luego de la intervención quirúrgica es posible determinar la causa de la hemorragia cerebral. A tal punto que, ni el médico cirujano, ni luego con el angiograma es posible establecer la razón de la hemorragia: *«al neurocirujano le toca entrar y drenar el hematoma, arriesgándose a que se le muera por una hemorragia incontrolable en cirugía, pero igualmente si no lo opera todo parece indicar que se va a morir, entonces el neurocirujano actuando de manera correcta, pues lo opera y le drena un hematoma y vean lo complicado que es esto, ni siquiera el neurocirujano que estuvo allá y que vio el hematoma, supo que era lo que se le había roto, él menciona ahí que le drenó el hematoma y que en el fondo había unas arteritas pequeñas que sangraban, entonces le tocó coagularlas y solucionar el problema. Pero ni siquiera en el hallazgo quirúrgico podemos decir bueno lo que se rompió con toda seguridad fue esto, esto, esto, como para decir la enfermedad del señor López es tal. Es más, para acabar de complicar la situación, finalmente, le realizan aquí en Bogotá, le realizan una angiografía cerebral y en la angiografía cerebral tampoco se demuestra que haya ninguna enfermedad que haya sido lo que le ocasionó el accidente cerebrovascular hemorrágico».*

2.2.37. El hecho de que ni en la intervención quirúrgica ni con posterioridad a ella se haya podido establecer la causa de la hemorragia, no nos permite determinar la existencia de un nexo causal entre el presunto error en el diagnóstico y las secuelas del accidente cerebrovascular, cuando ni siquiera, en este momento, existe certeza de la razón que motivó la hemorragia cerebral, ni mucho menos aparece demostrado el alegado error al diagnosticar al paciente.

2.2.38. Por lo anteriormente explicado, se confirmará, la providencia impugnada.

2.3. Costas:

Para condenar en costas se debe examinar por el juez, si ellas se han causado, puesto que la regla 8ª del artículo 365 del Código General del Proceso solo permite su imposición *“cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación”*.

Pues bien, el trámite de esta segunda instancia, se desarrolló con controversia, pues el recurrente actuó en esta instancia, y el demandado hizo uso de su derecho a la réplica, por lo que se hará condena en costas a carga del recurrente, fijándose las agencias en derecho en una suma igual a tres (3) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

3. Por lo expuesto, la Sala Segunda de Decisión, de la Sala Única del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Santa Rosa de Viterbo, administrando justicia en nombre de la República de Colombia, y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

3.1. Confirmar, en lo demás la sentencia impugnada.

3.2. Condenar en costas en esta instancia la parte recurrente, en favor del demandado Clínica El Laguito S.A. Fijar la suma de tres (3) salarios mínimos legales mensuales vigentes como agencias en derecho.

Una vez ejecutoriada esta decisión, ordenar la devolución del expediente al Juzgado de origen.

Notifíquese y cúmplase,



JORGE ENRIQUE GÓMEZ ÁNGEL
Magistrado Ponente



GLORIA INÉS LINARES VILLALBA
Magistrada



EURÍPIDES MONTOYA SEPÚLVEDA
Magistrado

4812-220228

12/31/22