

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Santiago de Cali, jueves, 11 de agosto de 2022

Expediente:	76001-33-31-002-2009-00288-00
Acción:	Reparación directa
Demandante:	Ayda Lucy Sánchez Balanta y otros notificaciones@maconsultor.com carlosocampo@maconsultor.com
Demandado:	Nación – Ministerio de Defensa – Policía Nacional deval.notificacion@policia.gov.co Corporación de Servicios Médicos Internacionales THEM y Cia. Ltda. - Cosmitet notificaciones judiciales@cosmitet.net

SENTENCIA.

OBJETO DE LA DECISION

No existiendo causal de nulidad que afecte la validez de lo actuado dentro de este proceso, procede el **JUZGADO DIECINUEVE ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE SANTIAGO DE CALI**, de conformidad con el artículo 170 del C.C.A., subrogado por el D.E. 2304/89, artículo 38, a proferir la correspondiente sentencia en primera instancia en el asunto de la referencia.

I. ANTECEDENTES

1.1. La demanda

1.1.1. Pretensiones

Los señores Ayda Lucy Sánchez Balanta en nombre propio y en representación de los menores Andrés Felipe Pérez Suratá y Karol Gabriela Pérez Suratá, Yaneth Suratá Sánchez, Carolina Suratá Sánchez y César Emilio Suratá Sánchez, formularon demanda de reparación directa contra la Nación – Ministerio de Defensa – Policía Nacional y la Corporación de Servicios Médicos Internacionales Them y Cia. Ltda. Cosmitet, para que se les declare administrativa responsables por los perjuicios morales y de daño a la vida de relación causados a los demandante con ocasión del fallecimiento de la señora Clara Suratá Sánchez, en hechos acaecidos el 30 de junio de 2007.

Que como consecuencia de lo anterior se proceda a condenar a las demandadas por los perjuicios referenciados a folios 75 a 78 del cdno. ppal.

1.1.2. Hechos

Como fundamentos fácticos de las pretensiones se narraron los siguientes¹:

¹ Folios 79 a 92 del C.P.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



*Consejo Superior
de la Judicatura*

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

La señora Clara Suratá Sánchez, se encontraba vinculada a la Policía Nacional en el grado de Subintendente y el día 22 de junio de 2007 consultó en la Dirección de Sanidad Seccional Valle de la Policía Nacional, por un cuadro de pocos días de evolución consistente en cefalea y dolor torácico, siendo formulada y remitida a consulta externa de neurología.

El día 23 de junio de 2007, la señora Suratá Sánchez consultó nuevamente al servicio de urgencias de la Clínica Nuestra Señora de Fátima de la Policía Nacional, por persistir con cefalea, donde se le suministran analgésicos y es enviada a casa; el 24 de junio de 2007, reconsulta por la persistencia de cefalea, con síntomas adicionales como parestesias, náuseas y visión borrosa, siendo formulada y remitida a la clínica Rey David para consulta por Neurocirugía, no obstante fue atendida por médico general del área de urgencias de esa IPS.

El 25 de junio del mismo año, la paciente acude nuevamente al servicio de urgencias de la Clínica Nuestra Señora de Fátima, siendo atendida por médico general de turno, por igual cuadro clínico y, una vez valorada es remitida nuevamente a la Clínica Rey David, siendo evaluada por médico general, quien comenta el caso con neurólogo, quien imparte instrucciones vía telefónica para que se proceda a su hospitalización.

La señora Clara Suratá Sánchez es examinada por neurólogo clínico el día 26 de junio de 2007, quien interpreta como anormal la tomografía axial computada tomada dos días antes y que había sido reportada como normal, evidenciando la presencia de una imagen de baja densidad en la región frontoparietal superior derecha del cerebro y solicita urgente una resonancia magnética nuclear cerebral y silla turca.

El examen solicitado fue realizado el 27 de junio de 2007, arrojando como resultado abscesos cerebrales y empiema subdural que se confirman con el estudio realizado por medicina nuclear. Para esa misma fecha se solicitó valoración por infectología, medicina interna, valoración por UCI por posible traslado y por neurocirugía. La paciente fue valorada por infectología quien ordenó ayudas diagnósticas, entre ellas un ecocardiograma transesofágico que resultó normal.

Al momento de ser evaluada por neurocirugía el mismo 27 de junio del año ya referenciado, se registra anotación por parte del especialista indicando que la paciente se encuentra en un paro respiratorio, midriática y con bradicardia severa, a la cual se le brindó maniobras de resucitación, ingresando a la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Rey David, permaneciendo allí con signos de muerte cerebral hasta el 30 de junio de 2007, fecha en la que finalmente fallece.

Para los demandantes, lo narrado representa una deficiencia en la prestación del servicio médico, siendo la causa en el deterioro del estado de salud de la señora Clara Suratá Sánchez, provocando su deceso por una herniación cerebral con compresión del tallo encefálico.

1.2. Trámite procesal

La demanda fue radicada el 31 de agosto de 2009 ante el Tribunal Contencioso Administrativo del Valle del Cauca (Folio 112) y, mediante auto del 22 de septiembre de

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

2009 (Folios 114 a 115), ordenó la remisión del expediente al Juez Administrativo del Circuito Judicial de Cali (Reparto).

Este asunto fue conocido por reparto por el Juzgado Segundo Administrativo de Cali, que a través de auto del 23 de octubre de 2009 (Folio 119 del cdno. ppal.), admitió la demanda, ordenó la notificación a las demandadas, al Ministerio Público y fijó en lista el proceso en los términos indicados por el artículo 58 de la Ley 446 de 1998, que modificó el numeral 5 del artículo 207 del C.C.A.

La entidad demandada Cosmitet Ltda. solicitó se declarara la nulidad de la fijación en lista por violación al debido proceso (Folios 140 a 142) y, a través de providencia del 02 de agosto de 2010 (Fl. 151) se declaró la ilegalidad de la mencionada fijación en lista, realizándose nuevamente el 20 de agosto de 2010 (Folio 153 Vto.)

La demanda fue remitida al Juzgado Segundo Administrativo de Descongestión de Cali (Fl. 317 a 320); y finalmente conocido por este Despacho, el que avocó el conocimiento del proceso a través de la providencia del 20 de enero de 2016 (Fl. 512 del cdno. ppal.).

1.3. Contestación de la demanda

1.3.1. Cosmitet Ltda.- Corporación de Servicios Médicos Internacionales Them y Cía. Ltda.²

Se opuso a las pretensiones de la demanda argumentando que la causa de la empiema cerebral no se debió a una mala praxis o negligencia médica, pues los abscesos cerebrales son fatales, incluso con diagnósticos oportunos, según lo refiere la literatura.

Formuló como excepciones las de diligencia y cuidado, causa extraña o caso fortuito, inexistencia de responsabilidad de acuerdo con la ley por cumplimiento de obligación de medio, exoneración de responsabilidad por estar probado que el equipo médico empleó la debida diligencia y cuidado, inexistencia de la obligación de indemnizar por ausencia de los elementos estructurales de la responsabilidad y la innominada.

1.3.2. Nación – Ministerio de Defensa – Policía Nacional

La entidad no contestó la demanda (Auto de pruebas folios 269 a 270).

1.4. Alegatos de conclusión

Por providencia del 18 de mayo de 2017, se dio la oportunidad a las partes para que alegaran de conclusión (Fl. 612 del cdno. ppal.), de la cual hicieron uso Cosmitet Ltda. de manera anticipada³, la Policía Nacional⁴ y la parte demandante⁵.

² Folios 155 a 168 del cuaderno principal.

³ Folios 562 a 568 del cuaderno principal.

⁴ Folios 614 a 622 del cuaderno principal.

⁵ Folios 629 a 636 del cuaderno principal.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Como se encuentran acreditados los presupuestos de validez (no causales de nulidad) y eficacia (no causales para la inhibición) del proceso, se procede a emitir sentencia de mérito, previa las siguientes,

II. CONSIDERACIONES

2.1. Competencia

Debido al territorio, la cuantía y la naturaleza de las pretensiones, este Despacho es competente para conocer de este asunto.

2.2. De las excepciones

En cuanto a las excepciones formuladas por la accionada Cosmitet Ltda., debe decirse que como son una oposición directa a la pretensión principal serán resueltas conjuntamente con aquella.

Por lo anterior, no hay lugar a dar por acreditada ninguna en este estado del proceso.

Dilucidado lo precedente, se estudiará el asunto.

2.3. La legitimación en la causa

2.3.1. Activa:

El Despacho observa que se ha demostrado debidamente la legitimación respecto de la parte demandante, mediante la aportación de las historias clínicas, los registros civiles de origen notarial y la sentencia emanada del Juzgado Tercero de Familia de Cali, lo cual se hizo de la siguiente forma:

- En el historial médico de la atención brindada a la señora Clara Suratá Sánchez en la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, en la Clínica Nuestra Señora de Fátima (Policlínica) y en la Clínica Rey David (Cosmitet Ltda.), se advierte que esta fue la víctima directa y cuya atención médica se acusa fallida (Folios 11 a 47 y 174 a 268 del cdno. ppal.).
- La señora Aida Lucy Sánchez Balanta acreditó su condición de madre de la señora Clara Suratá Sánchez, con copia auténtica del registro civil de nacimiento de esta última, visible a folio 51 del cuaderno principal.
- De los registros civiles de nacimiento de los menores Andrés Felipe Pérez Suratá y Karol Gabriela Pérez Suratá, se demuestra que son hijos de la señora Clara Suratá Sánchez (víctima directa), y de la copia de la sentencia No. 187 del 05 de junio de 2008, emanada del Juzgado Tercero de Familia de Cali, se prueba que la patria potestad sobre estos es ejercida por su abuela, señora Aida Lucy Sánchez Balanta. (Folios 53, 55 y 62 a 71 del cdno. ppal.).
- De los registros civiles de nacimiento de los señores Carolina Suratá Sánchez, Yaneth Suratá Sánchez y César Emilio Suratá Sánchez se comprueba que son

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

hijos de Aida Lucy Sánchez Balanta y, por ende, hermanos de la señora Clara Suratá Sánchez. (Folios 58 a 60 del cdno. ppal.).

2.3.2. Pasiva:

Las entidades accionadas, Nación, Ministerio de Defensa – Policía Nacional y Cosmitet Ltda., se encuentran legitimadas de hecho en la causa por pasiva por ser instituciones prestadoras y promotoras del servicio de salud, brindado a la señora Clara Suratá Sánchez al momento de los hechos.

La legitimación material en la causa se analizará conjuntamente con las pruebas arrojadas al proceso.

2.4. El problema jurídico a resolver

En este asunto se debe resolver el siguiente interrogante jurídico:

¿Se materializó o no un evento en el que exista responsabilidad administrativa y patrimonial de las entidades demandadas por la muerte de la señora Clara Suratá Sánchez, ocurrida el día 30 de junio de 2007, al habersele prestado el servicio de salud de manera deficiente que conllevó al deterioro de su estado médico provocándose su deceso por abscesos cerebrales y empiema subdural que le produjo una herniación cerebral, o por el contrario, dichas instituciones actuaron conforme los protocolos de atención establecidos para esos eventos?

Para resolver el problema jurídico referenciado, se estima que debe precisarse el régimen de responsabilidad aplicable a las circunstancias del caso concreto, para luego, atendiendo la valoración de los elementos de convicción que obran en el plenario, resolver el fondo de la controversia.

2.5. Régimen de responsabilidad estatal aplicable

Desde hace algunos años el Consejo de Estado ha manifestado que la responsabilidad patrimonial del Estado por la prestación de los servicios médicos – asistenciales se enmarca en el régimen subjetivo, bajo el título de imputación clásico de falla del servicio⁶.

Sobre la responsabilidad por falla médica y la prueba de la relación causal entre el daño y la falla ha manifestado la Alta Corporación⁷:

⁶ Al respecto, se puede consultar, entre otras, las sentencias de 31 de agosto 31 de 2006, expediente 15772, C.P. Ruth Stella Correa; sentencia de 3 de octubre de 2007, expediente 16402, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; sentencia de 28 de febrero de 2011, expediente 18515, C.P. Stella Conto Díaz del Castillo; y la sentencia de 28 de abril de 2011, expediente 20027, C.P. Danilo Rojas Betancourt

⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B. Sentencia de 30 de octubre de 2013. Expediente con radicación 66000-23-31-000-1998-00181-01 (24985). C.P Dr. Danilo Rojas Betancourt.

Ver también la sentencia Sala de lo Contencioso Administrativo-Sección Tercera-C.P. María Adriana Marín, sentencia del ocho (8) de noviembre de dos mil veintiuno (2021), Radicación número: 18001-23-31-000-2006-00364-01(46258)

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

“(...) Actualmente, la jurisprudencia aplica la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo de causalidad entre ésta y aquel, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria. Prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño. Se acoge dicho criterio porque además de ajustarse a la normatividad vigente (art. 90 de la Constitución y 177 del Código de Procedimiento Civil), resulta más equitativa. ... la prueba indiciaria, que en esta materia es sumamente relevante, con la historia clínica y los indicios que pueden construirse de la renuencia de la entidad a aportarla o de sus deficiencias y con los dictámenes que rindan las entidades oficiales que no representan costos para las partes. ... En materia médica, para que pueda predicarse la existencia de una falla, la Sala ha precisado que es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance (...)”

2.6. Acervo probatorio allegado a la actuación

El expediente consta de 3 cuadernos a saber: el cuaderno principal (Folios 1 a 637 C. 1), un cuaderno de apelación de auto (Folios 1 a 54), y uno de historia clínica (Folios 1 a 193).

Documentales:

- Antecedentes clínicos registrados en el área de Sanidad de la Policía Nacional, la Clínica Nuestra Señora de Fátima y en la Clínica Rey David, en las cuales se relacionan la atenciones médicas brindadas a la señora Clara Suratá Sánchez del 22 a 30 de junio de 2007. (Folios 11 a 47 y 174 a 268 del cdno. ppal.).
- Registro civil de defunción con indicativo serial No. 06418275 de la Notaría Segunda del Círculo de Cali, referente al fallecimiento de la señora Clara Suratá Sánchez ocurrido el 30 de junio de 2007. (Folio 48 cdno. ppal.).
- Hojas de vida de la doctora Carolina Maytana Vallejo Villota y de la auxiliar de enfermería Jined Obando (Fls. 290 a 295 del cuaderno principal).
- Memorial radicado el 23 de septiembre de 2016, a través del cual el Jefe de Gestión Humana de Cosmitet Ltda., da respuesta al requerimiento respecto de: i) la copia del listado de turnos del servicio de urgencias y emergencias de los médicos especialistas en neurología y neurocirugía que prestaron atención en dicha área el 24 de junio de 2007 y, ii) copia del listado de turnos del servicio de hospitalización donde se encontraba la señora Clara Suratá Sánchez, durante los días 25, 26 y 27 de junio de 2007, con identificación clara de los médicos y el personal encargado de su cuidado, indicando que: “...en los archivos de COSMITET LTDA no se encontraron listados de turnos del servicio de urgencias del año 2007, por lo que no se puede certificar al despacho la información solicitada...”. (Folios 529 y 538).

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Testimoniales

- Testimonio de la señora María Fernanda Piedrahita Colmenares, rendido ante el Despacho el 18 de enero de 2011. (Folios 301 a 302 del cdno. ppal.).
- Testimonio del médico especialista en medicina interna, subespecialista en medicina crítica en cuidados intensivos, magíster en salud pública, Dr. Elías Vieda Silva, rendido ante el Despacho el 15 de marzo de 2011. (Folio 308 cdno. ppal.).
- Testimonio del médico especialista en neurocirugía, Dr. Jairo Enrique Sánchez Galindo, rendido ante el Despacho el 15 de marzo de 2011 (Folios 309 a 310 del cdno. ppal.).
- Testimonio del cirujano general, Dr. Carlos Fernando Munar Holguín, rendido ante el Despacho el 31 de julio de 2013. (Folios 384 a 387 del cdno. ppal.).
- Testimonios de las señoras Jenith Romero Carballo y María Ruth Sarasti Mina, rendidos ante el Despacho (Folios 388 a 390 y Cd visible a folio 550 del cdno. ppal.).
- Testimonio del médico especialista en neurología y neurofisiología Gustavo Eduardo Ramos Burbano, rendido ante el Despacho el 25 de enero de 2017 (Cd. Visible a Folio 550 del cdno. ppal.).

Dictamen pericial

Obra en el expediente el Informe Técnico Médico Legal de Responsabilidad Médica No. 2013C-0604051089 del 26 de marzo de 2013, emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en el cual se absolvieron los cuestionamientos planteados por la entidad demandada Cosmitet Ltda., en el escrito de contestación de la demanda (Fls. 341 a 360 del cdno. ppal.).

El anterior dictamen fue objetado por error grave por la parte demandante, según escrito visible a folios 364 a 372 del cuaderno principal y, mediante providencia del 31 de enero de 2014, se accede a la solicitud de pruebas de que trata el escrito de objeción. (Fl. 406 del cdno. ppal.).

2.6.1. Dictamen pericial y objeción por error grave

Antes de estudiar el fondo del asunto, esta Instancia se pronunciará sobre la objeción por error grave formulada por la parte actora respecto del Informe Técnico Médico Legal de Responsabilidad Médica emanado del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Se observa que, en el numeral 5.3, del acápite de Pruebas del escrito de contestación de la demanda, Cosmitet Ltda., solicitó la práctica de la siguiente prueba pericial:

“(…)

5.3. DICTAMEN PERICIAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

*...por tratarse de un área que requiere de conocimientos científicos especializados, solicito al señor Juez se sirva ordenar la emisión de dictamen médico pericial especializado conformado por **peritos de Neurología Clínica, Neurocirugía, Medico Intensivista, Infectólogo** quienes rendirán su dictamen sobre los interrogantes que a continuación se formulan. **En el caso eventual de que dentro de la lista de auxiliares de la justicia no figuren los expertos requeridos para el caso, solicito al Señor Juez tramitar el dictamen pericial ante el Instituto de Medicina Legal y Ciencias forenses de la Ciudad de Bogotá:***

Los señores peritos han de tener en cuenta de acuerdo al método científico de la ciencia médica el estado de la ciencia en las circunstancia de tiempo y espacio que le brindaron en su oportunidad por parte del equipo médico y en un juicio ex ante de acuerdo con los medios al alcance.

1. *Que digan los peritos médicos especializados si en el estado actual del avance científico técnico la medicina puede considerarse como una ciencia exacta y si los resultados de un tratamiento o procedimiento, en casos como el correspondiente a la paciente señora CLARA SURATA SANCHEZ, debían o no ser garantizados. Explicarán los peritos el porqué de una u otra afirmación.*
 2. *Que se sirvan manifestar los peritos si las reacciones que se constituyen en efecto de un tratamiento o intervención son las mismas en todos los pacientes o si ellas dependen de los antecedentes clínico-patológicos de los mismos y de las respuestas propias de sus organismo de manera individual en cada caso.*
 3. *Que se sirvan decir los peritos médicos, a la luz de las historias clínicas de la paciente CLARA SURATA SANCHEZ, tanto de la IPS POLICLINICA, como la Clínica Rey David de Cali 3.1. En qué consiste el ABSCESO CEREBRAL, EMIEMA CEREBRAL, cuáles son sus complicaciones y estadísticas de mortalidad en nuestro medio. 3.2. Indicarán los peritos si un empiema severo debe ser drenado inmediatamente en paciente hemodinámicamente inestable. 3.3. Y si tal afección se produjo por el acto médico. 3.4. Además, si en este caso se puede identificar de manera cierta cual fue la causa u origen de los Abscesos Cerebrales. 3.5. E igualmente, si aun tomando todas las medidas protocolarias para la realización de un diagnóstico oportuno en la institución hospitalaria como del equipo médico, los riesgos y complicaciones se pueden presentar vulnerando el organismo del paciente. 3.6. Indiquen si las TAC CEREBRALES son confiables en el 100% de los casos de Abscesos Cerebrales, indiquen el porcentaje de error de estas ayudas diagnósticas. 3.7. Indiquen si los exámenes imagenológicos contrastados requieren de preparación, y evaluación del riesgo nefrotóxico.*
 4. *Indiquen si el actuar del equipo médico que interviniera la paciente en los dos centros hospitalarios lo hizo dentro de unas expectativas razonables, de lo que era de esperarse de su conducta profesional, tanto en el diagnóstico inicial, como una vez diagnosticado el EMPIEMA CEREBRAL en cuanto al seguimiento y tratamiento implementado.*
 5. *Indiquen los señores peritos si la Antibioticoterapia instaurada se encuentra protocolizada mundialmente como aconteció en este caso y si el organismo de la paciente no reaccionó a la terapéutica médica instaurada.*
- *Comendidamente, solicito oficial al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la ciudad de Santiago de Cali para que, CON BASE EN LA HISTORIA CLÍNICA de la paciente y con el concurso de los especialistas que correspondan, se sirvan dictaminar además sobre los siguientes puntos, en relación con la atención de la paciente.*
 - *¿Qué se entiende por ABSCESO CEREBRAL – EMPIEMA CEREBRAL y como se hace el diagnóstico y tratamiento?*
 - *¿En el caso subexamine podríamos hablar que se presentaron antecedentes personales que podían confundir el diagnóstico como era la presencia de ADENOMAS HIPOFISIARIOS?*
 - *¿En el caso subexamine la causa de ABSCESOS CEREBRALES Y EMPIEMA CEREBRAL de la paciente es atribuible a mala praxis médica?*
 - *Definan el porcentaje de errores que presentan las lecturas de TAC CEREBRALES SIMPLES en estadios iniciales de Abscesos Cerebrales.*
 - *Concepto médico sobre la atención brindada a la paciente”.*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

La anterior prueba fue decretada por auto interlocutorio No. 1083 del 16 de septiembre de 2010⁸ y el dictamen fue presentado mediante informe pericial visible a folios 341 a 360 del cuaderno principal⁹.

Dentro del término de traslado (Art. 238 del Código de Procedimiento Civil), la parte accionante lo objetó por error grave argumentando que en la emisión del dictamen se incumplieron las directrices establecidas para ello por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses (Circular No. 03-2001-DG y el Instructivo Guía para la Resolución de casos de presunta Responsabilidad en la Prestación de los Servicios de Salud), concluyendo entonces que¹⁰: *“(...) En ese orden de ideas, la descripción del manejo esperado y las conclusiones realizadas en el dictamen que ahora es objetado por error grave, realizados por perito forense CARLOS ENRIQUE CASTRO OSORIO, no deben ser tenidas en cuenta pues el dictamen que suscribe, no cuenta con los elementos que soportan su idoneidad como perito para el caso específico, no cuenta con la totalidad de la información disponible pues existen números fragmentos ilegibles y no se aportan los protocolos o guías de manejo apropiados para el caso en estudio, convirtiéndose estos aspectos del dictamen (la descripción del manejo esperado y las conclusiones) en meras opiniones, es decir juicios de valor que no pueden ser tomadas en cuenta como conceptos técnicos y científicos”*.

Por ello solicitó como prueba para demostrar el error grave del dictamen: i) que se oficiara al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Dirección Regional Suroccidente – Seccional Valle del Cauca para que el perito que rindió el informe presente las condiciones académicas que le califican como experto en las áreas de medicina interna, neurocirugía y neurología clínica, ii) Que se decretara la práctica de un experticio por parte de médicos especialistas en neurología, radiodiagnóstico y neurología clínica de la Universidad del Valle para que desarrollaran los cuestionarios visibles a folios 369 a 372 del cuaderno principal.

De la objeción al dictamen se dio traslado¹¹, empero, el término feneció en silencio.

Mediante auto No. 056 del 31 de enero de 2014 (Fl. 406), se decretó como prueba de la objeción por error grave la solicitada por la parte actora, por lo que se dispuso librar oficio la Escuela de Medicina de la Universidad del Valle para que emitiera dictamen pericial, resolviendo el cuestionario planteado.

En respuesta de lo anterior, la Dirección de la Escuela de Medicina de la Universidad del Valle informa sobre el costo de los honorarios de las experticias requeridas (Fls. 408 a 409), razón por la cual la parte demandante radicó escrito de amparo de pobreza (Fls. 413 a 414), el que fue negado en primera instancia¹², decisión que fue revocada por el Tribunal Contencioso Administrativo del Valle del Cauca, mediante providencia del 30 de abril de 2015¹³.

⁸ Folios 269 a 270 del cdno. ppal.

⁹ Informe Técnico Médico Legal Responsabilidad Médica No. 2013C-06040501089, de fecha 26 de marzo de 2013.

¹⁰ Folios 364 a 372 del cdno. ppal.

¹¹ Fl. 405 cdno ppal.

¹² Auto del 17 de septiembre de 2014. Folios 422 a 425 cdno. ppal.

¹³ Auto Interlocutorio No. 26. Folios 476 a 488 del cdno. ppal.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Así las cosas, se ordenó a la demandada Cosmitet Ltda. cubrir los gastos de la prueba pericial, no obstante, mediante escrito visible a folio 518, la parte demandante desistió de la práctica de las pruebas relacionadas con la objeción por error grave del dictamen formulado por Medicina Legal, solicitud que fue acogida mediante auto del 07 de septiembre de 2016 (Folio 519 del Expediente).

En lo relacionado con la contradicción del dictamen, el artículo 238 del Código de Procedimiento Civil, aplicable por remisión del Código Contencioso Administrativo, señalaba:

“Para la contradicción de la pericia se procederá así:

- 1. Del dictamen se correrá traslado a las partes por tres días durante los cuales podrán pedir que se complemente o aclare, u objetarlo por error grave.*
- 2. Si lo considera procedente, el juez accederá a la solicitud de aclaración o adición del dictamen, y fijará a los peritos un término prudencial para ello, que no podrá exceder de diez días.*
- 3. Si durante el traslado se pide complementación o aclaración del dictamen, y además se le objeta, no se dará curso a la objeción sino después de producidas aquéllas, si fueren ordenadas.*
- 4. De la aclaración o complementación se dará traslado a las partes por tres días, durante los cuales podrán objetar el dictamen, por error grave que haya sido determinante de las conclusiones a que hubieren llegado los peritos o porque el error se haya originado en éstas.*
- 5. En el escrito de objeción se precisará el error y se pedirán las pruebas para demostrarlo. De aquél se dará traslado a las demás partes en la forma indicada en el artículo 108, por tres días, dentro de los cuales podrán éstas pedir pruebas. El juez decretará las que considere necesarias para resolver sobre la existencia del error, y concederá el término de diez días para practicarlas. El dictamen rendido como prueba de las objeciones no es objetable, pero dentro del término del traslado las partes podrán pedir que se complemente o aclare.*
- 6. La objeción se decidirá en la sentencia o en el auto que resuelva el incidente dentro del cual se practicó el dictamen, salvo que la ley disponga otra cosa; el juez podrá acoger como definitivo el practicado para probar la objeción o decretar de oficio uno nuevo con distintos peritos, que será inobjetable, pero del cual se dará traslado para que las partes puedan pedir que se complemente o aclare.*
- 7. Las partes podrán asesorarse de expertos, cuyos informes serán tenidos en cuenta por el juez, como alegaciones de ellas.*

Adicionalmente, el artículo 241 de la misma obra jurídica, destaca:

“Al apreciar el dictamen se tendrá en cuenta la firmeza, precisión y calidad de sus fundamentos, la competencia de los peritos y los demás elementos probatorios que obren en el proceso.

Si se hubiere practicado un segundo dictamen, éste no sustituirá al primero pero se estimará conjuntamente con él, excepto cuando prospere objeción por error grave” (Se subraya).

Sobre el tema de la objeción del dictamen pericial por error grave, el Consejo de Estado ha sostenido¹⁴:

¹⁴ Sección Quinta, C.P.: Rocío Araújo Oñate, diecisiete (17) de mayo de dos mil dieciocho (2018) radicación número: 15001-23-31-000-2006-01363-01.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Cuando la contradicción se ejerza mediante la objeción por error grave, deben cumplirse los requisitos del numeral 5º del referido artículo 238, relacionadas con el deber de precisar el error y de solicitar las pruebas que se consideren necesarias para demostrarlo.

Sobre el concepto de error grave, la Sección Primera del Consejo de Estado se pronunció en sentencia de 26 de noviembre de 2009 indicando que:

"[...] Resulta pertinente precisar que para que se configure el "error grave", en el dictamen pericial, se requiere de la existencia de una equivocación en materia grave por parte de los peritos, una falla que tenga entidad suficiente para llevarlos a conclusiones igualmente equivocadas, tal y como lo exigen los numerales 4 y 5 del artículo 238 CPC.

La Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ha precisado, respecto de la objeción por error grave contra el dictamen pericial y sus especiales condiciones, lo siguiente:

"(...) si se objeta un dictamen por error grave, los correspondientes reparos deben poner al descubierto que el peritazgo tiene bases equivocadas de tal entidad o magnitud que imponen como consecuencia necesaria la repetición de la diligencia con intervención de otros peritos..." pues lo que caracteriza desaciertos de ese linaje y permite diferenciarlos de otros defectos imputables a un peritaje, "...es el hecho de cambiar las cualidades propias del objeto examinado, o sus atributos, por otras que no tiene; o tomar como objeto de observación y estudio una cosa fundamentalmente distinta de la que es materia del dictamen, pues apreciando equivocadamente el objeto, necesariamente serán erróneos los conceptos que se den y falsas las conclusiones que de ellos se deriven [...]"

En efecto, para que prospere la objeción del dictamen pericial por error grave se requiere la existencia de una equivocación de tal gravedad o una falla que tenga entidad de conducir a conclusiones igualmente equivocadas. Así mismo, se ha dicho que éste se contrapone a la verdad, es decir, cuando se presenta una inexactitud de identidad entre la realidad del objeto sobre el que se rinda el dictamen y la representación mental que de él haga el perito. Sin embargo, se aclara que no constituirán error grave en estos términos, las conclusiones o inferencias a que lleguen los peritos, que bien pueden adolecer de otros defectos.

En otros términos, la objeción por error grave debe referirse al objeto de la peritación, y no a la conclusión de los peritos.

(...)

Con base en los antecedentes jurisprudenciales expuestos, la Sala precisa que el error grave procede, entonces, en aquellos eventos en los cuales el dictamen incurra en ostensibles yerros entre lo que era su objeto y lo realmente estudiado, de lo que se sigue que el perito ha ido en contra de la naturaleza o la esencia del objeto de prueba, contraponiéndolo con la realidad.

Por lo tanto, el error debe presentarse en el proceso de elaboración de la prueba y no en las conclusiones de la misma, pues estas últimas son resultado del proceso de confección de la experticia, por lo cual es la alteración de la realidad en el mismo lo que conduce a una equivocación que devenga en conclusiones equivocadas".

Al respecto, debe indicarse que, de acuerdo con la normatividad y la jurisprudencia traída a colación, no se avizora que el Informe Técnico Médico Legal Responsabilidad Médica No. 2013C-06040501089 del 26 de marzo de 2013, emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses adolezca de errores ostensibles que conlleven a determinar la prosperidad de la objeción planteada por la parte actora, por cuanto para su elaboración se tuvo en cuenta la totalidad de la historia clínica de la

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

señora Clara Suratá Sánchez elaboradas en la Clínica Nuestra Señora de Fátima (Policlínica) y en la Clínica Rey David (Cosmitet Ltda.), casas de la salud en las que fue atendida la paciente desde el 22 de junio de 2007 hasta el día 30 del mismo mes y año en que ocurrió su deceso, que le permitieron concluir sobre la atención médica brindada, la causa de la muerte y la relación de causalidad médica, aclarando que no se contó con información referente a la atención médica e historia clínica anterior al año 2007.

Adicionalmente, en lo que tiene que ver con el cuestionamiento de la idoneidad del profesional de la salud adscrito al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses que suscribió el dictamen objetado, debe decirse que, conforme lo ha sostenido el Consejo de Estado¹⁵, la carga de probar dicha falencia estará a cargo de quien la cuestionó, en este caso la parte actora.

Pues bien, con el fin de probar la falta de idoneidad del perito, la parte actora solicitó como prueba que se allegara al expediente las condiciones académicas que le califican como experto en las áreas de medicina interna, neurocirugía y neurología clínica, recibiendo como respuesta la constancia suscrita por la Coordinadora del Grupo de Registro y Control de la Oficina Asesora de Personal del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en la que se certificó que el doctor Carlos Enrique Castro Osorio cuenta con formación académica como Médico Cirujano, cuyo título fue otorgado por la Universidad del Valle en el año 2002. (Fl. 421).

Así las cosas, en aplicación de la autonomía de la autoridad judicial, el Juzgado considera que el dictamen pericial allegado al líbello se presenta como un elemento de convicción suficiente de acuerdo con lo que se intenta probar, pues las conclusiones y respuestas del perito al cuestionario planteado se consideran consecuentes con la competencia y experiencia certificada.

Adicionalmente, a folio 331 se avizora el Oficio No. GRCOPPF-DRSOCCDTE-00474-2013 del 50 de marzo de 2013, a través del cual, el Coordinador del Grupo Regional Clínica, Odontología Psiquiatría y Psicología Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses informa que esa institución no cuenta con especialistas expertos en neurología clínica, neurología, médico intensivista e Infectólogo; no obstante, es la misma parte demandante quien allega al proceso el dictamen pericial rendido (Fl. 340), el que posteriormente es objetado también por el extremo activo de la litis.

Vale recordar que la parte actora desistió de la realización de un nuevo dictamen pericial con los profesionales por ella requeridos, desistimiento que se aceptó en la providencia del 7 de septiembre de 2016, motivo por el cual refiere esta instancia que

¹⁵ Sección Tercera, Subsección A, sostuvo en la sentencia del 26 de abril de 2017, consejero ponente: Carlos Alberto Zambrano Barrera, radicación: 54001-23-31-000-1999-00762-01(47375): “...En lo que se refiere a las demandas de responsabilidad derivada del servicio médico, la Sección actualmente considera que, en los casos en los cuales el actor cuestione la pertinencia o idoneidad de los procedimientos médicos efectuados, a su cargo estará la prueba de dichas falencias, para lo cual podrá acudir incluso a la prueba indiciaria, teniendo en cuenta que, dada la complejidad de los conocimientos técnicos y científicos que involucra este tipo de asuntos, en ocasiones son los indicios los únicos medios que permiten establecer la presencia de la falla endilgada”.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

no cuenta con elemento básico de prueba técnica para acceder de manera favorable a la solicitud, pues quien pretende la contradicción no aportó experticia que funde sus objeciones e inconformidades con la prueba decretada y dictaminada por un profesional de la salud, más aún cuando su pretensión conlleva un carácter económico, por las posibles fallas, faltas u omisiones de la prestación de un servicio como el que aquí se insinúa.

Por lo explicado, la objeción del dictamen por error grave formulada por la parte actora no prosperará y en su lugar se valorará en conjunto con los demás medios de convicción, en aplicación de lo establecido en el primer del artículo 241 del Código de Procedimiento Civil transcrito en otro acápite de este proveído.

2.7. Fondo de la controversia

2.7.1 La prueba del daño¹⁶

Al respecto, la parte actora lo derivó de la muerte de la señora Clara Surata Sánchez, quien acudió a ser valorada médicamente los días 23, 24 y 25 de junio de 2007 en el servicio de urgencias de la Clínica Nuestra Señora de Fátima y remitida a la Clínica Rey David, centro de salud en el que finalmente falleció el día 30 del mismo mes y año, hecho que se halla debidamente probado de conformidad con los elementos de convicción aportados al expediente.

De la atención brindada por la Clínica Nuestra Señora de Fátima (Policlínica), se destaca¹⁷:

“23/06/07

3:30 pm

Motivo de la Consulta: Dolor de Cabeza

Enfermedad Actual: CC de 10 días de cefalea de hemicraneio der. Disfagia, visión borrosa.

Antecedentes Importantes: Px: Adenohipofisis hace 5 años. FCO; acetaminofén...

Examen Físico: T: afebril. P: 95 Fc:95 TA: 120/70 FR 18.(...)

IDX: Migraña.

(...)

Pte se niega a ser excusada por lo cual se devuelve excusa y se anula.

5:35 pm

Pte refiere mejora, refiere ausencia de dolor.

Rx: Salida con acetaminofén tab, se dan recomendaciones y se explican signos de alarma.

24/06/2007

12:11 pm

Anamnesis Motivo de Consulta

Tengo adormecida la cara

Enfermedad actual

CC de una hora de parestesia de hemicuerpo izq. Cefalea hemicráneo der. Nauseas, visión

¹⁶ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección C. Sentencia del 6 de marzo de 2012. C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Rad. 66001-23-31-000-2001-00098-01(24884). – Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera–Subsección B -Consejero Ponente: RAMIRO PAZOS GUERRERO veintinueve (29) de mayo de dos mil catorce (2014)- Radicación número: 05001-23-31-000-2000-4596-01 (29882).

¹⁷ Folios 10 a 11 del cdno. ppal.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

borrosa, niega otra sintomatología.

(...)

Examen Físico – Valoración

Ojos: PINRI, no se puede realizar fondo de ojo ya que no hay oftalmoscopio en la institución.

Neurológico: No déficit motor ni sensitivo, leve disminución de fuerza muscular en MMSI.

Diagnósticos.

Principal: Cefalea

Conductas – Interconsultas / Remisiones

Especialidad: Neurocirugía

Tipo: Interconsulta

Acción de Salud: Consulta de primera vez por medicina especializada incluye: Aquella realizada para la protección de la salud de los trabajadores en el ingreso, retiro, reubicación, reintegro del trabajador, así como para definir el origen del evento en salud, calificación.

Datos Clínicos de Importancia: Cefalea hemisférico der. Sin mejoría a analgésicos. Hoy parestesia hemicuerpo Izq. Sin mejoría de cefalea.

(...)

25/06/2007

16:17

Motivo de la Consulta: Dolor de Cabeza

Enfermedad Actual: CC de cefalea global constante intensa, náuseas, no cede a analgésicos, ayer se remitió a clínica Rey David, le tomaron TAC cerebral...

Sistema Nervioso: No déficit sensitivo

IDX: Cefalea...

Formato de Remisión No. 101125

25/06/2007

Pte de 33 años quien .. CC cefalea intensa global. No cede a analgésicos y desde ayer parestesias en cara y MMDI

Ayer le dieron salida de Rey David se le remitió ayer en la mañana por ... cuadro clínico.

Tratamiento Empleado:

Pte en buen estado general... PINRI no nistagmus. SNC: no déficit motor ni sensitivo".

En la historia médica de la Clínica Rey David, se plasmó:

"(...)

24/06/2007

16:28

Enfermedad Actual:

Paciente con cefalea tipo migrañosa, en tratamiento por consulta externa y en el servicio de urgencias de la Policía, hoy presentó cefalea intensa con fosfenos y sensación de adormecimiento en región izquierda de cuello, hemicara izquierda y todo el miembro superior izquierdo, no dolor torácico.

(...)

Examen Físico:

Signos Vitales: T.A.: 120/66 F.C.: 84 F.R.: 18 °T: 36.4 PESO:---

(...)

Observaciones: Sin déficit motor ni sensitivo, fuerza levemente disminuida no valorable

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

100X100% por el estado de la paciente al pensar que está muy mal.

Destino final: Hospitalización.

Descripción: Se comenta Dr. Arturo (Neurólogo) quien solicita TAC Cráneo Simple.

(...)

Diagnóstico de Egreso:

Tumor benigno de glándula endocrina no especificada.

Observaciones:

Migraña Complicada.

Indicaciones:

- 1- SSN 0.9% 1000 A CHORRO, LUEGO A 100CC HORA.*
- 2- DICLOFENACO AMP 75MG, APLICAR IM*
- 3- DAPIRONA AMP DE 2,5 GR IV LENTA Y DILUIDA DIRECTA.*
- 4- METOCLOPRAMIDA AMP 10 MG, APLICAR I.V EN LOS LIQUIDOS*
- 5- VALORACION POR NEUROLOGIA CLINICA*
- 6- CSV-AC.*

18:40 Paciente que disminuye el dolor, que se le toma TAC cerebral, que no demuestra ninguna lesión isquémica, ni hemorrágica, ni masa aparentemente, P/salida, debe ser valorada por el servicio de psiquiatría, psicología y neurología clínica. Manejo del stress labora. Se da salida con Alprazolam 0.25 cada 12 H. Dipirona Tabs, Metoclopramida Tabs.

Paraclínicos: TAC Cerebral: Normal.

25/06/2007

22:11

Paciente que desde hace 3 días presenta cefalea global sin mejoría a tratamiento médico instaurado en el día de ayer con metoclopramida, dipirona y ergotamina son mejoría por lo que se remite nuevamente para continuar estudios para aclarar origen de la sintomatología.

(...)

Observaciones:

Ingresa por igual sintomatología TAC de cráneo simple de ayer negativo para lesión, isquemia o sangrado.

(...)

Indicaciones:

Valoración por Neurología.

Control Historia Clínica Urgencias Médico general:

Evolución paciente que se comenta con Dr. Ramos neurólogo de turno quien indica hospitalizar para realizar estudios de escan y paraclínicos y evaluar sintomatología a manejo médico.

Antecedentes: Adenoma de Hipófisis 2rio a prolactinemia.

(...)

Otros Procedimientos:

Tomografía Axial Computada de Cráneo Simple y con Contraste.

Tomografía Axial Computada de Silla Turca (Hipófisis)

Hallazgos y Observaciones: Simple y Contrastado.

Plan de Manejo:

Hospitalizar Dr. Ramos

TAC de cráneo simple y contrastado en la mañana y de Silla turca(...)

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

EPICRISIS UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS

Fecha Ingreso: 27-Jun-07

Fecha Egreso: 30-Jun-07

Enfermedad Actual:

Paciente de 33 años, uniformada de la Policía, hospitalizada en CRD el día 26 de junio por cuadro clínico de 10 días de evolución de cefalea intensa, especialmente hemicránea derecha asociada a parestesias en cara y MSI y emesis. El dolor no cedió a la administración de analgésicos comunes. Valorada al ingreso por neurología clínica y como hallazgo relevante al E. Físico había debilidad facial izquierda. Se solicitó TAC de cráneo hallando zona hipodensa frontoparietal superior derecha. Ante presencia de cuadro confusional, somnolencia, cefalea severa, leucocitosis, neutrofilia y hallazgo escanográfico se solicitó RNM (27/06/07) que mostró imágenes compatibles con abscesos cerebrales múltiples y un empiema subdural, fue valorada entonces por infectología y neurocirugía indicándose preparación para cirugía urgente. En la noche de hoy es encontrada por neurocirujano en apnea, bradicardia extrema por lo que se iniciaron medidas de reanimación hasta obtener pulso tras un lapso aproximado de 5 minutos. Cuando se asiste paro en piso encuentro paciente: PA: 110/7 FC: 80X', en apnea. Se procede a intubar con TOT #8 sin complicaciones. Pupilas 4 MM simétricas, no reactivas...

Antecedentes

Prolactinoma manejado medicamente hace 10 años.

Diagnóstico Egreso:

- 1. Encefalopatía Anoxo Isquémica*
- 2. Herniación Cerebral*
- 3. Estado Post Reanimación*
- 4. Empiema Cerebral*
- 5. Muerte Encefálica*

Evolución:

28 DE JUNIO 2007 Pcte en pésimas condiciones generales, con signos clínicos de muerte cerebral. TA 61/36 TAM 44 FC 45 Hipotérmica en falla orgánica múltiple, no quirúrgica según opinión de NeuroQX.

29/06/07 Pte en críticas condiciones parámetros moderados valorada por neurología clínica y neuro cirugía quienes diagnostican muerte cerebral pronostico sombrío alta probabilidad de fallecer.

30/06/07 Pte con soporte vital avanzado con diagnóstico de muerte cerebral quien presenta asistolia se aviza (sic) a familiares se declara fallecida 08+40 AM". (Folios 21 a 47 y 174 a 268 cdno. ppal.).

En ese orden, se advierte que quedó debidamente demostrado el daño alegado en la demanda, pues se probó la muerte de la señora Clara Suratá Sánchez, ocurrida el 30 de junio de 2007, por lo que se hace imperativo establecer si en el caso concreto tiene el carácter de antijurídico y si le puede ser atribuido o imputado a la actividad médica de las entidades demandadas.

2.7.2. Imputación de la responsabilidad – Actividad médica-

En consideración a que en el caso que se juzga las imputaciones formuladas por los demandantes se enunciaron como una falla durante la prestación del servicio médico, pues invocan como hecho generador la deficiente atención brindada a la paciente,

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

reflejada en no haberse ofrecido un tratamiento médico y quirúrgico oportuno para los abscesos cerebrales y el empiema subdural, eventos que supuestamente ocasionaron el deterioro en el estado de salud de la paciente y su posterior muerte, se indica que dada la naturaleza del caso, el procedimiento y la complejidad, se procederá a la valoración de las pruebas aportadas y lo prescrito por la Lex Artis para tratar este asunto, con el fin de demostrar **el nexo causal** entre la actividad médica y el daño mencionado.

En este contexto, para determinar las circunstancias que rodearon la prestación del servicio médico, haciendo uso de la prueba documental, el Juzgado se permite retrotraer:

En la historia clínica abierta en la Clínica Nuestra Señora de Fátima (Policlínica), referente a la atención brindada los días 23 y 24 de junio de 2007, se plasmó:

"(...)

"23/06/07

3:30 pm

Motivo de la Consulta: Dolor de Cabeza

Enfermedad Actual: CC de 10 días de cefalea de hemicráneo der. Disfagia, visión borrosa.

Antecedentes Importantes: Px: Adenohipofisis hace 5 años. FCO; acetaminofén...

Examen Físico: T: afebril. P: 95 Fc:95 TA: 120/70 FR 18.(...)

IDX: Migraña.

(...)

Pte se niega a ser excusada por lo cual se devuelve excusa y se anula.

5:35 pm

Pte refiere mejora, refiere ausencia de dolor.

Rx: Salida con acetaminofén tab, se dan recomendaciones y se explican signos de alarma.

24/06/2007

12:11 pm

Anamnesis Motivo de Consulta

Tengo adormecida la cara

Enfermedad actual

CC de una hora de parestesia de hemicuerpo izq. Cefalea hemicráneo der. Nauseas, visión borrosa, niega otra sintomatología.

(...)

Examen Físico – Valoración

Ojos: PINRI, no se puede realizar fondo de ojo ya que no hay oftalmoscopio en la institución.

Neurológico: No déficit motor ni sensitivo, leve disminución de fuerza muscular en MMSI.

Diagnósticos.

Principal: Cefalea

Conductas – Interconsultas / Remisiones

Especialidad: Neurocirugía

Tipo: Interconsulta

Acción de Salud: Consulta de primera vez por medicina especializada incluye: Aquella realizada para la protección de la salud de los trabajadores en el ingreso, retiro, reubicación, reintegro del trabajador, así como para definir el origen del evento en salud, calificación.

Datos Clínicos de Importancia: Cefalea hemicráneo der. Sin mejoría a analgésicos. Hoy parestesia hemicuerpo Izq. Sin mejoría de cefalea. (...)

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

24/06/07

Referencia y Contra Referencia No. 65310

Informe de Remisión o Interconsulta

Resumen de datos clínicos, laboratorio y RX, Relativos al caso:

CC de 8 días de cefalea hemicránea der. Manejado con analgésicos sin mejoría. Refiere visión borrosa y náuseas, hoy refiere parestesias hemicuerpo izq. Ant: PX Adenoma de Hipófisis hace ... años (...)

Tratamiento empleado:

EF: Pte en buen estado gral, FC: 70 TA: 120/80. FR: 18, PINRI RSCSRS, CP: normal, SNC, Alerta, orientada, no déficit motor ni sensitivo, fuerza menor miem SI IDX: 1) cefalea a estudio, 2) antecedente de adenoma de hipófisis.”

Una vez dispuesta la remisión de acuerdo con los hallazgos transcritos, está es trasladada a la Clínica Rey David, atención médica respecto de la cual se plasmó en la correspondiente historia clínica:

“(…)

24/06/2007

16:28

Enfermedad Actual:

Paciente con cefalea tipo migrañosa, en tratamiento por consulta externa y en el servicio de urgencias de la Policía, hoy presentó cefalea intensa con fosfenos y sensación de adormecimiento en región izquierda de cuello, hemicara izquierda y todo el miembro superior izquierdo, no dolor torácico.

(…)

Examen Físico:

Signos Vitales: T.A.: 120/66 F.C.: 84 F.R.: 18 °T: 36.4 PESO:---

(…)

Observaciones: Sin déficit motor ni sensitivo, fuerza levemente disminuida no valorable 100X100% por el estado de la paciente al pensar que está muy mal.

Destino final: Hospitalización.

Descripción: Se comenta Dr. Arturo (Neurólogo) quien solicita TAC Cráneo Simple.

(…)

Diagnóstico de Egreso:

Tumor benigno de glándula endocrina no especificada.

Observaciones:

Migraña Complicada.

Indicaciones:

- 1- SSN 0.9% 1000 A CHORRO, LUEGO A 100CC HORA.
- 2- DICLOFENACO AMP 75MG, APLICAR IM
- 3- DIPIRONA AMP DE 2,5 GR IV LENTA Y DILUIDA DIRECTA.
- 4- METOCLOPRAMIDA AMP 10 MG, APLICAR I.V EN LOS LIQUIDOS
- 5- VALORACION POR NEUROLOGIA CLINICA
- 6- CSV-AC.

18:40 Paciente que disminuye el dolor, que se le toma TAC cerebral, que no demuestra ninguna lesión isquémica, ni hemorrágica, ni masa aparentemente, P/salida, debe ser valorada por el servicio de psiquiatría, psicología y neurología clínica. Manejo del stress labora. Se da salida con Alprazolam 0.25 cada 12 H. Dipirona Tabs, Metoclopramida Tabs. Paraclínicos: TAC Cerebral: Normal”.

Luego, al no notar mejoría en su estado de salud la señora Suratá Sánchez consultó nuevamente, el 25 de junio de 2007 a la Clínica Nuestra Señora de Fátima (Policlínica),

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

de cuya atención se destaca:

25/06/2007

16:17

Motivo de la Consulta: Dolor de Cabeza

Enfermedad Actual: CC de cefalea global constante intensa, náuseas, no cede a analgésicos, ayer se remitió a clínica Rey David, le tomaron TAC cerebral...

Sistema Nervioso: No déficit sensitivo

IDX: Cefalea...

Notas de Enfermería:

25-06-07: 7:00. Recibo paciente en el servicio de urgencias consciente, orientada en T.L.P., muy algica en compañía de familiar con Dx cefalea a estudio sin vena canalizada, se toma SV FC 90x FR 22x TA 120/80 T° 36.4°C. paciente valorada por la dra. Carolina Vallejo. Ordena canalizar y pasar dipirona.

7:30: Se canaliza se deja con 50000 SSN y 1 AMP de dipirona por agr..

8:00: Paciente continúa con igual dolor. La Dra. Decide remitir ya que la paciente ha venido en varias ocasiones en el día de ayer fue remitida a la Clínica Rey David a donde le tomaron TAC cerebral pero no lo entregan hasta el miércoles. Se llama a Clínica Rey David, manifiesta que la reciben en 1.1/2. Comentada con el Dr. Rueda.

9:00: Paciente continúa con cefalea. Paciente presenta episodio de emesis en poca cantidad material bilioso. Se informa a la dra. Vallejo. Ordena pasar 1 amp de metoclopramida EU diluida en 100cc. Se pasa medicamentos.

9:20: Se llama nuevamente a Rey David, recibe la paciente se lleva paciente a la Clínica Rey David consciente, orientada en T.L.P. muy algica en silla de ruedas en compañía de familiar y auxiliar de urgencias...

Formato de Remisión No. 101125

25/06/2007

Pte de 33 años quien .. CC cefalea intensa global. No cede a analgésicos y desde ayer parestesias en cara y MMDI

Ayer le dieron salida de Rey David se le remitió ayer en la mañana por ... cuadro clínico.

Tratamiento Empleado:

Pte en buen estado general... PINRI no nistagmus. SNC: no déficit motor ni sensitivo..." (Folios 18 a 19 del Cdno Ppal.).

Una vez es trasladada la paciente de la Clínica Nuestra Señora de Fátima a la Clínica Rey David en la noche del 25 de junio de 2007, se evidencia se le prestó la siguiente atención médica¹⁸:

25/06/2007

22:11

Paciente que desde hace 3 días presenta cefalea global sin mejoría a tratamiento médico instaurado en el día de ayer con metoclopramida, dipirona y ergotamina son mejoría por lo que se remite nuevamente para continuar estudios para aclarar origen de la sintomatología.

(...)

Observaciones:

¹⁸ Folios 28 a 47 y 174 a 268 cdno. ppal.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Ingresa por igual sintomatología TAC de cráneo simple de ayer negativo para lesión, isquemia o sangrado.

(...)

Indicaciones:

Valoración por Neurología.

Control Historia Clínica Urgencias Médico general:

Evolución paciente que se comenta con Dr. Ramos neurólogo de turno quien indica hospitalizar para realizar estudios de escan y paraclínicos y evaluar sintomatología a manejo médico.

Antecedentes: Adenoma de Hipófisis 2rio a prolactinemia.

(...)

Otros Procedimientos:

Tomografía Axial Computada de Cráneo Simple y con Contraste.

Tomografía Axial Computada de Silla Turca (Hipófisis)

Hallazgos y Observaciones: Simple y Contrastado.

Plan de Manejo:

Hospitalizar Dr. Ramos

TAC de cráneo simple y contrastado en la mañana y de Silla turca (...)

Junio 26/2007 9:30 am

Neurología

Fem 33A

Historia de cefalea e hiperprolactinemia manejada por NQX. Desde hace 10 días cefalea hemicránea derecha pulsátil y/o pesante, asociada a vómito, fotofobia y adormecimiento de la hemicara izq y MI izquierdo. Es policía trabaja en inteligencia. Mucho estrés en su trabajo. Ha estado trasnochando. Neuroexamen: en el momento sopor medicamentos (amitriptilina y tizanidina) despierta fácilmente. Responde ordenes y preguntas, leve debilidad facial izq. Marcado dolor y espasmo muscular cervicoescapular y pericraneal bilateral. No hay bibinski ni sucedáneos. No otras alteraciones.

Comentario:

Cefalea en estudio, revisaremos TAC craneal que se hizo hace 2 días.

Se hará TAC craneal S y C de silla turca ya le tomaron NS de prolactina. Por ahora se manejará con analgésicos, miorrelajantes, amitriptilina y fisioterapia. Esperamos Estudios.

10 am

En TAC simple de hace 2 días se observa zona hipodensa frontoparietal superior derecha. Esto explicaría síntomas que refiere en región facial izq y en MII. Debe hacerse TAC craneal con contraste y TAC de silla turca S y C, podría requerirse IRM craneal.

Una conducta más costoefectiva a nuestro modo de ver las cosas es hacer de una vez una IRM craneal y de silla turca ya que si la TAC no aclara la situación, de todas maneras hay que hacer IRM + el costo de la TAC (sale más costoso). LA IRM es urgente, podría requerir PL y estudios LCR.

Add. En el hemograma hay leucocitosis, neutrofilia y anemia, glicemia levemente elevada.

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO SIMPLE Y CON GADOLINIO Y RESONANCIA MAGNETICA DE HIPÓFISIS

(...)

JUNIO 27 DE 2007

(...)

CONCLUSIÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Probables abscesos localizados en la región frontal anterior y superior derecha, aspecto posterior del lóbulo occipital derecho y región frontal derecha hacia la convexidad que se asocian con colección subdural. Diagnóstico diferencial mucho menos probable metástasis.

(...)

RESONANCIA MAGNETICA DE HIPOFISIS CON GADOLINIO

JUNIO 27 DE 2007

(...)

CONCLUSIÓN:

Hipófisis dentro de la normalidad.

Neurología Junio 27/2007

Hoy se realizó IRM – continúa con Sx contusional, somnolienta y severa cefalea. El cuadro de neuroimagen es compatible con abscesos cerebrales múltiples, además existen colecciones subdurales que pueden corresponder a empiemas subdurales. Por ahora no es aconsejable PL.

Se solicita valoración urgente por infectología y medicina interna – valoración por UCI para traslado a UCI.

Valoración urgente por neurocirugía para decidir sobre el drenaje de empiemas subdurales.

16H

Infecto

...Cuadro neurológico propio de 4 días de evolución, ahora somnolienta, sedada, no signos meníngeos..., no rigidez, no estigmas punción. RMN múltiples lesiones... Ecocardiograma + VIH...

(...)

Junio 27/07 Neurocirugía

Paciente que vengo a evaluar por abscesos cerebrales múltiples y se encuentra en paro cardiorrespiratorio, midriática y con bradicardia severa. Se inician maniobras de resucitación y se llama a UCI para traslado.

(...)

Se realiza evaluación por intensivista. Se explica a la familiar... de la paciente y traslado a cirugía solo si mejora algo sus condiciones generales.

8+30 pm Se atiende llamado de enfermería. Pte en paro respiratorio se dio masaje x 5 minutos, Pte pupilas midriáticas, Pte con dx de absceso cerebral múltiples. Se llama al Dr. De UCI intuba pte.. P/ traslado.

EPICRISIS UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS

Fecha Ingreso: 27-Jun-07

Fecha Egreso: 30-Jun-07

Enfermedad Actual:

Paciente de 33 años, uniformada de la Policía, hospitalizada en CRD el día 26 de junio por cuadro clínico de 10 días de evolución de cefalea intensa, especialmente hemicránea derecha asociada a parestesias en cara y MSI y emesis. El dolor no cedió a la administración de analgésicos comunes. Valorada al ingreso por neurología clínica y como hallazgo relevante al E. Físico había debilidad facial izquierda. Se solicitó TAC de cráneo hallando zona hipodensa frontoparietal superior derecha. Ante presencia de cuadro confusional, somnolencia, cefalea severa, leucocitosis, neutrofilia y hallazgo escanográfico se solicitó RNM (27/06/07) que mostró imágenes compatibles con abscesos cerebrales múltiples y un empiema subdural, fue valorada entonces por infectología y neurocirugía indicándose preparación para cirugía urgente. En la noche de hoy es encontrada por neurocirujano en apnea, bradicardia extrema por lo que se iniciaron medidas de reanimación hasta obtener pulso tras un lapso aproximado de 5 minutos. Cuando se asiste paro en piso encuentro paciente: PA: 110/7 FC: 80X', en apnea. Se procede a intubar con

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

TOT #8 sin complicaciones. Pupilas 4 MM simétricas, no reactivas se traslada a UCI.

Antecedentes

Prolactinoma manejado medicamente hace 10 años.

Diagnóstico Egreso:

1. *Encefalopatía Anoxo Isquémica*
2. *Herniación Cerebral*
3. *Estado Post Reanimación*
4. *Empiema Cerebral*
5. *Muerte Encefálica*

Evolución:

28 DE JUNIO 2007 Pcte en pésimas condiciones generales, con signos clínicos de muerte cerebral. TA 61/36 TAM 44 FC 45 Hipotérmica en falla orgánica múltiple, no quirúrgica según opinión de NeuroQX.

29/06/07 Pte en críticas condiciones parámetros moderados valorada por neurología clínica y neuro cirugía quienes diagnostican muerte cerebral pronóstico sombrío alta probabilidad de fallecer.

30/06/07 Pte con soporte vital avanzado con diagnóstico de muerte cerebral quien presenta asistolia se aviza (sic) a familiares se declara fallecida 08+40 AM".

De la información acabada de reseñar, se tiene hasta el momento, que la paciente Clara Suratá Sánchez, acudió a la Clínica Nuestra Señora de Fátima (Policlínica) el 23 de junio de 2007, consultando por un cuadro clínico de 10 días de cefalea de hemicráneo derecho, disfagia y visión borrosa, se trata con analgésicos, diagnosticándosele migraña, refiere mejoría y se dispone su salida con recomendaciones y signos de alarma.

Que, el día 24 de junio de 2007, la señora Suratá Sánchez acude nuevamente a la Clínica Nuestra Señora de Fátima, por presentar adormecimiento en el lado izquierdo de su rostro (parestesia), además de cefalea en hemicráneo derecho, náuseas, visión borrosa y leve disminución en fuerza muscular de su miembro superior izquierdo, razón por la cual es tratada una vez más con analgésicos, se diagnostica cefalea disponiéndose su remisión para valoración por neurocirugía.

El mismo 24 de junio es atendida en la Clínica Rey David, solicitándose por el neurólogo TAC de cráneo simple, el cual no mostró ninguna lesión isquémica, hemorrágica ni masa aparentemente, por lo que se dispone su salida con medicación y se sugiere valoración por el servicio de psiquiatría, psicología y neurología clínica, además de manejo del estrés laboral.

El 25 de junio de 2007, la señora Clara Suratá Sánchez reconsulta en la Clínica Nuestra Señora de Fátima, por persistir con cefalea global constante intensa y náuseas que no cede a los analgésicos, continuando con las parestesias en cara y miembro superior izquierdo, motivo por el cual es remitida, otra vez, para continuar con estudios y aclarar origen de la sintomatología.

La paciente ingresa en la Clínica Rey David el mismo 25 de junio y el día 26 del mismo mes y año es valorada por Medico Neurólogo el cual comentó: *"Cefalea en estudio. Revisaremos Tac Craneal que se hizo hace 2 días. Se hace TAC Craneal y s y c de*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

silla turca". De la toma del TAC Simple, el especialista observó una zona hipodensa frontoparietal superior derecha solicitando a su vez un IRM craneal, por si el TAC no aclaraba la situación, dentro de sus anotaciones, refiere que el IRM es urgente.

El 27 de junio se realizó resonancia magnética de cerebro simple y con gadolinio y resonancia magnética de hipófisis, arrojando cuadro de neuroimagen compatible con abscesos cerebrales múltiples y empiemas subdurales, solicitando valoración urgente por infectología y medicina interna para su traslado a UCI, además de valoración urgente por neurocirugía para decidir sobre drenaje de empiemas subdurales.

El mismo 27 de junio de 2007, la señora Surata Sánchez hace paro cardiorrespiratorio, por lo que se inician labores de reanimación, siendo trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Rey David, con un cuadro probable de herniación cerebral, con alta probabilidad de muerte encefálica y pronóstico reservado.

Para el día 28 de la misma calenda, la paciente presenta signos clínicos de muerte cerebral, la que es diagnosticada al día siguiente (29 de junio de 2007), de acuerdo a la valoración realizada por neurología clínica y neurocirugía.

Posteriormente, el 30 de junio de 2007, la señora Clara Surata Sánchez presenta asistolia (insuficiencia en las contracciones del corazón), declarándose fallecida a las 8:40 am.

Sobre el particular, si bien en el expediente obra dictamen pericial emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y testimonios de algunos de los médicos que atendieron a la señora Surata Sánchez, se considera pertinente acudir a la definición de diferentes términos médicos para comprender los síntomas padecidos por la paciente, el diagnóstico dado y los procedimientos sugeridos y realizados.

En lo que tiene que ver con los Abscesos cerebrales se tiene¹⁹:

*"...El absceso cerebral (AC) se define como un proceso supurativo focal del parénquima cerebral, que inicia como un área localizada de cerebritis que posteriormente se convierte en una colección de pus dentro de una cápsula bien vascularizada. El AC puede ser causado por diversos microorganismos, incluidas bacterias, micobacterias, protozoos, helmintos y hongos. Constituye un problema de salud pública mundial, debido a su importante morbilidad, y por ende alta carga económica. El diagnóstico y manejo del AC han cambiado en las últimas décadas debido al avance de los estudios imagenológicos, la disponibilidad de antimicrobianos con mejor penetrancia en sistema nervioso central, así como el desarrollo de procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos. Sin lugar a dudas, las características previamente descritas se han traducido en disminución de la morbilidad en pacientes inmunocompetentes principalmente, no siendo así en los inmunocomprometidos. **El tratamiento exitoso de los AC requiere un alto índice de sospecha, y a menudo una combinación de drenaje quirúrgico, asociado a terapia antimicrobiana adecuada.***

(...)

¹⁹ <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/absceso-cerebral-una-revisioacuten-de-la-literatura>. Review Article, Absceso Cerebral: Una Revisión de la Literatura, Fecha de Publicación: Abril 07, 2021

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Las bacterias pueden invadir el cerebro ya sea por diseminación directa, que representa la mitad de los casos, mediante siembra hematógena en aproximadamente un tercio de los casos y mecanismos aun no conocidos en los casos restantes.

La diseminación directa desde un sitio contiguo usualmente causa un solo AC, mientras que la diseminación bacteriemia típicamente causa múltiples lesiones ubicadas en el territorio de la arteria cerebral media. Las causas de diseminación directa desde un sitio contiguo incluyen infecciones dentales (generalmente propagadas al lóbulo frontal), sinusitis etmoidal o frontal (generalmente se extiende al lóbulo frontal), y otitis media subaguda o crónica o mastoiditis (relacionadas al lóbulo temporal y cerebelo). Por su parte, dentro de las etiologías que cursan con siembra hematógena destacan las infecciones pulmonares (absceso o empiema), de la piel, intraabdominales, pélvicas, endocarditis y enfermedad cardíaca congénita cianótica.

(...)

El AC es una emergencia médica, puede comportarse como una afección indolente, pero también como una lesión que podría comprometer rápidamente la vida. Las manifestaciones clínicas pueden ser diversas e inespecíficas lo que puede conllevar a un retraso en el establecimiento del diagnóstico, el cual suele realizarse en promedio de 13 a 14 días después de la aparición de los síntomas y en la mayoría de los casos los síntomas tienen una duración de 2 semanas con un rango de 3 a 120 días.

Las manifestaciones clínicas dependen del tamaño de la lesión, de la localización, del número de abscesos, de las estructuras cerebrales afectadas, de la virulencia del microorganismo implicado y del estado inmunológico del huésped. La cefalea, fiebre y déficit neurológico focal, se encuentran en 69, 53, y 48% de los pacientes, respectivamente.

(...)

El diagnóstico clínico del AC carece de sensibilidad y especificidad, la sospecha clínica es fundamental para iniciar el proceso diagnóstico.

Los estudios de laboratorio suelen ser poco concluyentes para el diagnóstico preciso por lo que el uso de herramientas de neuroimagen es la base del diagnóstico. La tomografía computarizada (TAC) con contraste es a menudo el estudio imagenológico de primera línea debido a su disponibilidad, pero la resonancia magnética (RM) proporciona una mayor sensibilidad y especificidad, sin embargo, es un estudio mucho más costoso y a veces no se encuentra disponible. (Se resalta).

Asimismo, la Universidad Pontificia Javeriana, en reciente estudio sobre los empiemas subdurales²⁰, precisó lo siguiente:

“Se define el empiema cerebral como una infección piogénica que se da en un espacio anatómico sin alteraciones previas. Si se habla de empiema subdural, se encuentra entre la duramadre y la aracnoides. Corresponde del 13% al 23% de las infecciones encefálicas y representa del 10% al 40% de las infecciones supurativas que se presentan en esa área. Corresponde a una urgencia neuroquirúrgica, debido a que se presenta con un deterioro neurológico rápido y una mortalidad hasta del 17%.

²⁰ Universitas Medica, vol. 60, núm. 1, 2019, Craniectomía descompresiva para empiema por *Aggregatibacter aphrophilus*: revisión de la literatura y presentación de caso.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Anatómica y clínicamente, podemos dividir los empiemas en dos grandes grupos: los que se presentan en el encéfalo y la formación de empiemas en las meninges que recubren la médula. Estos últimos se consideran raros y, por esto, hay muy pocos casos clínicos publicados, sin series grandes de pacientes. Lo importante de esta diferenciación es la identificación de los signos semiológicos que se presentan en cada caso, lo cual adquiere mayor importancia debido a que muchas veces la sintomatología es inespecífica y dificulta el diagnóstico temprano. Cuando el empiema se presenta en el cerebro se caracteriza por: signos de irritación meníngea (principalmente rigidez nuca), focalización sensitiva o motora, alteración del estado de conciencia, convulsiones, fiebre, signos de hipertensión endocraneana, dolor (facial, ocular o cefalea) y episodios eméticos. En el caso de una presentación espinal, se tendrían síntomas como fiebre, dolor lumbar, parestesias y disfunción vesical, aunque esta patología no es el objetivo de esta revisión.

Se ha descrito que la causa de la formación de empiemas cerebrales está dada por dos mecanismos principales: 1) por contigüidad, en el que se presenta una infección próxima a la masa encefálica que disemina hasta el espacio subdural y genera la formación de la colección, y 2) por vía hematógena, en el que alguna infección sistémica presente diseminación que llegue hasta el cerebro. Dado lo anterior, las principales causas de empiema son mastoiditis secundaria a otitis media, sinusitis, meningitis e infecciones dentarias; también se ha asociado con trauma, por la posibilidad de fractura de la pared posterior del seno frontal principalmente, que genera una comunicación directa entre el seno paranasal y la masa encefálica, lo que favorece la aparición de empiema.

La clave para el pronóstico y desenlace de los pacientes que cursan con empiema se ha relacionado con un temprano diagnóstico que se siga de un manejo médico-quirúrgico inmediato. Algunos estudios estiman que desde la instauración del tratamiento temprano de manera agresiva se ha disminuido la mortalidad del 40% al 10%. **La dificultad radica en lo poco específicos que son los síntomas y la cercanía semiológica con otras patologías como la meningitis, así como en la gran posibilidad de obtener resultados paraclínicos, como la muestra de líquido cefalorraquídeo sin ninguna alteración.** Por esto, las imágenes diagnósticas constituyen el principal eje diagnóstico de la patología. Se recomienda la toma de una tomografía computarizada (TAC), por su facilidad y rapidez; adicionalmente, porque se considera suficiente para el diagnóstico según algunas series de casos, teniendo en cuenta que pueden obviarse empiemas intracraneales por el artefacto que genera la tabla ósea. Dado lo anterior, el patrón de referencia (gold standard) para el diagnóstico del empiema es la resonancia magnética, específicamente con gadolinio como contraste.

Posterior a la consecución del diagnóstico, se pasa inmediatamente al tratamiento, que se ha fundamentado en tres ejes principales: **1) manejo antibiótico, el cual varía dependiendo del autor; pero todos coinciden en la necesidad del uso de antibióticos de amplio espectro que cubran los principales microorganismos típicamente causantes de la patología. 2) Manejo quirúrgico que cuenta con un doble propósito: el de descomprimir el edema e inflamación que se está produciendo en la masa encefálica y el de obtener muestras directas de la colección purulenta, con el objetivo de tipificar el germen causal y ajustar el manejo antibiótico. 3) Drenaje del empiema, con el objetivo de frenar la diseminación de la infección, disminuir la inflamación y disminuir al máximo la posibilidad de reaparición. La evaluación del manejo quirúrgico corresponde a determinar la efectividad de las principales técnicas usadas actualmente: la realización de un trepano por el que se drena el pus y se irriga el empiema y el uso de una craniectomía o craneotomía, a fin de liberar mayor espacio para el edema del encéfalo.** (Subraya y negrilla fuera del texto original).

En cuanto a la definición y causas de herniación cerebral²¹, tenemos que:

²¹ <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001421.htm> - Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

“Es el desplazamiento de tejido cerebral de un lado del cerebro a otro a través de varios pliegues y aberturas.”

Causas

Una hernia cerebral se presenta cuando algo dentro del cráneo produce presión que desplaza los tejidos cerebrales. En la mayoría de los casos, esto es el resultado de un edema cerebral o sangrado a raíz de un traumatismo craneal, accidente cerebrovascular o tumor cerebral.

(...)

Una hernia cerebral también puede ser causada por otros factores que llevan al aumento de la presión intracraneal, como:

- **Acumulación de pus y otras materias en el cerebro, usualmente por una infección por hongos o bacterias en el cerebro (abscesos)**
- Sangrado en el cerebro (hemorragia)
- Acumulación de líquido en el cráneo que causa inflamación en el cerebro (hidrocefalia)
- Accidentes cerebrovasculares que producen inflamación del cerebro
- Hinchazón después de radioterapia
- Defectos en la estructura del cerebro, como una condición llamada malformación de Arnold-Chiari”. (Se subraya)

En ese orden, se indica claramente que los abscesos cerebrales pueden ser causados por una variedad de microorganismos que posteriormente derivan en pus, que sus síntomas pueden ser variables e inespecíficos, lo que puede llevar a un retraso en el diagnóstico, por lo que toma mayor relevancia la sospecha clínica, ya que la determinación suele realizarse en promedio de **13 a 14** días luego de la existencia de sintomatologías.

También, que el empiema subdural es una patología poco común que aparece subsidiaria a otra infección en el complejo craneofacial que puede ser por otitis media o por sinusitis, que igualmente el éxito en su tratamiento depende de un diagnóstico temprano, no obstante, **la dificultad se halla en lo poco específicos que son los síntomas.**

Ahora bien, en relación con los testimonios médicos sobre la atención brindada a la señora Clara Surata Sánchez se cuenta con el relato del médico especialista en medicina interna, sub especialista en medicina crítica en cuidados intensivos Elías Vieda Silva, quien atendió a la paciente en el Área de Cuidados Intensivos de la Clínica Rey David, y manifestó (Folio 308 del Cdno. Ppal.):

“... ”

*Es una paciente que ingresó a la unidad de cuidados intensivos en horas de la noche posterior a una reanimación cerebro cardio pulmonar en ventilación para asistencia en ventilación mecánica la cual evoluciona irreparablemente hacia la muerte cerebral sin posibilidad en ese momento de neurocirugía y fallece el día 30 de junio de 2007. La intervención nuestra fue solamente de soporte hemodinámico y a continuación de manejo de antibiótico... **PREGUNTADO:** Sírvase manifestar al despacho a manera de descripción, como es la historia natural de una acceso (sic) cerebral. **CONTESTÓ.** Esta patología puede tener su etiología en varios focos que pueden ser parameningios (sinusitis, otitis, etc.), diseminación hematógena o por lesión directa cerebral, puede empezar como un síndrome febril oculto o con manifestaciones neurológicas como cefalea, cuadro laberínticos, síndrome vestibular o déficit neurológico, al haber descartado causas comunes de cefalea, la realización de exámenes paraclínicos como la tomografía pueden ayudar a confirmar este*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

diagnóstico, clínicamente es difícil hacer diagnóstico de esta patología. Su tiempo de evolución puede ser de días a semanas y su manejo es de antibióticos y en ocasiones drenaje quirúrgico. **PREGUNTADO:** Sírvase manifestar al despacho si lo conoce, cual es la tasa de mortalidad de esta patología en personas jóvenes y que factores influyen favorablemente en su recuperación. **CONTESTÓ:** La tasa de mortalidad es dependiente de la edad de inicio, en el caso de esta paciente como adulto joven pueden variar hasta el 50%, su pronóstico depende del diagnóstico precoz del enfoque antibiótico adecuado y de los factores de comorbilidad previos. **PREGUNTADO:** En qué aspectos favorece favorablemente (sic) el diagnóstico precoz e igualmente el inicio de la terapéutica antibiótica precoz. **CONTESTÓ:** Puede cambiar el curso de la enfermedad, mejorando las tasas de supervivencia. **PREGUNTADO:** Cual es la prueba Gold estándar en nuestro medio como ayuda diagnóstica para esta patología. **CONTESTÓ:** La prueba diagnóstica para esa patología la resonancia magnética nuclear y la tomografía axial computarizada simple y contrastada, no hay prueba de GOLD ESTÁNDAR. Los exámenes anteriores ayudan a sospechar con mayor fuerza el diagnóstico. **PREGUNTADO:** Cual es la especialidad médica más idónea para realizar el diagnóstico de esta patología. **CONTESTÓ:** Todo médico está en capacidad de sospechar y diagnosticar una acceso cerebral (sic), pero en casos difíciles las especialidades de apoyo son la neurología clínica, neurocirugía e insectología (sic)...

En el mismo sentido, el médico especialista en neurocirugía Jairo Enrique Sánchez Galindo, expuso: (Folios 309 a 310)

“...se trata de una paciente que el día 27 de junio de 2007, soy llamado a evaluar por un proceso infeccioso cerebral, la evolución es solicitada el mismo 27 y cuando ingreso a revisarla la encuentro con paro respiratorio haciendo frecuencias cardíacas muy bajas por lo cual le inicio maniobras de resucitación se llama a la unidad de cuidados intensivos para trasladarla, la interconsulta había sido solicitada de acuerdo a la nota que encontré por presentar acceso cerebrales múltiples (sic), pero ante el pésimo estado en que se encontraba se explica a familiar de la paciente, que solo se realizará un procedimiento si se obtiene algo de mejoría después de la reanimación. El día 28 evalué nuevamente y se considera que ya está clínicamente con muerte cerebral. **PREGUNTADO:** Sírvase manifestar por qué razón el paciente sin patologías concomitantes hace un paro cardiorrespiratorio. **CONTESTÓ:** Cualquier proceso infeccioso en el sistema nervioso, como meningitis, empiemas o acceso cerebral (sic), pueden producir edema del cerebro, trombosis y muerte. Dependiendo de la seguridad del daño producido. **PREGUNTADO:** Todo acceso cerebral (sic) evoluciona de esta manera, cual es la tasa de mortalidad que se maneja para esta patología. **CONTESTÓ:** Los únicos además de los antibióticos que ha mejorado la mortalidad, ha sido el desarrollo de las imágenes diagnósticas como el scanner que ha permitido disminuir mortalidades del 90% antes de la escanografía a un 20% de acuerdo al tipo de germen aislado y a la presencia de enfermedades adicionales al paciente. **PREGUNTADO:** Sírvase manifestar al despacho en qué influye con relación a la mortalidad el momento en que se realice el diagnóstico y se haga el tratamiento. **CONTESTÓ:** Siempre debe ser lo más rápido posible y de hecho a la paciente el día 27 en el que le diagnostican la infección, ese mismo día evaluado por infectología y por neurocirugía. Se considera una urgencia inmediata. **PREGUNTADO:** Sírvase manifestar al despacho, hace cuánto está vinculado con la Clínica Rey David y si brinda servicios en el servicio de urgencias. **CONTESTÓ:** Desde su fundación me encuentro vinculado a dicha clínica y atendemos por llamado o por disponibilidad lo que significa es que nosotros no estamos de planta en la clínica sino que hay un listado de turnos para ciertos especialistas y cuando se requiere la atención al usuario nos llaman y nosotros vamos... **PREGUNTADO:** Cuando se realizan estudios como como escanografías en la noche solicitadas por el servicio de urgencias, en que momento es reportado el informe por parte de radiología. **CONTESTÓ:** Si el estudio es muy complicado llaman a los radiólogos pero usualmente cada especialista está en capacidad de interpretar la gran mayoría de las imágenes. **PREGUNTADO:** Para la lectura de una imagen diagnóstica como una tomografía cerebral, que tan superior es el entrenamiento para su interpretación del sub especialista en neurología o neurocirugía, con relación al médico general. **CONTESTÓ:** La interpretación del especialista, casi siempre es superior a la del médico general, el problema es que cuando las imágenes no son típicas siempre existen potenciales equivocaciones diagnósticas y de hecho en los informes

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

radiológicos se plantean la gran mayoría de las veces varias interpretaciones diagnósticas.

PREGUNTADO: Los especialistas de llamado que cubren el servicio de urgencias de la Clínica Rey David, tiene la obligación de acudir para valorar los pacientes que el médico de urgencias solicite. **CONTESTÓ:** Depende de la patología del paciente y del estado en que se encuentre. Por ejemplo, si el paciente tiene una hemorragia cerebral, así esté en buenas condiciones el especialista siempre va. Pero si el paciente, tiene un trauma de cráneo y está en perfectas condiciones con una escanografía normal, usted puede diferir la evaluación varias horas...”.

Igualmente, tenemos el testimonio del cirujano general Carlos Fernando Munar Holguín, quien sobre la tención suministrada a la paciente en el área de cuidados intensivos de la Clínica Rey David, dijo:

“...la del folio 178 si se trata de mi firma y mi sello, este es un resumen al momento de finalizar la atención de la paciente del 27 al 30 de junio, esta se hace a la salida de la paciente de la unidad de cuidados intensivos, básicamente lo que comenta el resumen es que fue ingresada por un evento de paro cardiorrespiratorio y desde el día del ingreso se encuentran síntomas de muerte cerebral y la paciente finalmente se declara fallecida el 30 de junio de 2007 a las 8:40 am. Respecto del folio 193 también es una nota avalada por mi firma y sello, es una nota del turno de la noche del 28 de junio de 2007 a las 22:30 pm, en la cual básicamente lo que dice es que la paciente está en muy malas condiciones, sin respuesta neurológica con criterios de muerte encefálica, valorada por neurocirujano y se continua con las medidas de soporte básico o sea la ventilación mecánica y los líquidos endovenosos, medicamentos. **PREGUNTADO:** Sírvase manifestarle al Despacho, con su experiencia médica, cual podría ser el origen o la causa de este tipo de alteración o daño. **CONTESTÓ.** Pues en ella lo que se lee y uno considera es producto del colapso cardiorrespiratorio que presentó durante la hospitalización y como consecuencia daño cerebral extenso e irreversible por hipoxemia (baja oxigenación sanguínea y cerebral por el colapso). Sin ver más de la historia no podría saber por qué se da este evento pero este tipo de alteración lo puede presentar cualquier persona en cualquier evento... **PREGUNTADO:** Sírvase manifestarle al Despacho, teniendo en cuenta la epicrisis firmada por usted que obra a folio 178 cuaderno principal, cuál era el diagnóstico de la paciente. **CONTESTÓ:** como están registrados encefalopatía anoxia isquémica (es el daño cerebral que se produce por falta de una oxigenación adecuada), que en este caso es por el colapso cardiorrespiratorio, herniación cerebral (en este caso es un aumento de la presión dentro del cráneo por un cerebro que se hincha secundario a la anoxia), el otro diagnóstico es esta pos reanimación, colección de empiema cerebral (pus) en las envolturas del cerebro y muerte encefálica. **PREGUNTADO:** Sírvase explicarle al Despacho, qué relación existe entre el diagnóstico mencionado y la anotación que se realiza en el aparte denominado análisis – plan de la misma foliatura en el que se consignó “paciente con abscesos y empiema cerebral”. **CONTESTÓ.** Ese es el diagnóstico de ingreso, es el diagnóstico inicial con el que se atendió a la paciente en hospitalización. **PREGUNTADO:** Sírvase explicarle al Despacho que son abscesos cerebrales y cuales sus consecuencias. **CONTESTÓ:** no soy neurólogo ni neurocirujano, pero un absceso es una colección de pus que puede localizarse en cualquier parte de la anatomía en este caso en el cerebro, las consecuencias por su ubicación podría causar secuelas neurológicas como pérdida de la fuerza, convulsiones, esto según la ubicación de los mismos. **PREGUNTADO:** Sírvase manifestarle al Despacho, si los abscesos cerebrales ocasionan cefalea intensa, parestesias en cara y miembro superior izquierdo y vómito. **CONTESTÓ:** reitero no soy especialista en ciencias neurológicas pero si podría causar esto. **PREGUNTADO:** Sírvase manifestarle al Despacho, si es posible desde su especialidad hacerlo cual es el examen a elección para descartar los abscesos. **CONTESTÓ:** Sería una resonancia nuclear magnética, la cual es realizada por el equipo de radiología quien la interpreta y dependiendo del área el especialista también daría su interpretación. **PREGUNTADO:** Sírvase manifestarle al Despacho y teniendo en cuenta lo consignado a folio 193 en la nota por usted sellada en el presente caso, porque la paciente fue valorada por neurocirugía y porque se refería que se valorara por neurología clínica. **CONTESTÓ:** era la especialidad tratante, había sido operada por el especialista del área y porque se requería confirmar los hallazgos de muerte encefálica. **PREGUNTADO:**

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Sírvase manifestarle al Despacho, según las dos notas que se la han puesto de presente, porqué afirma la paciente se le operaron los abscesos. **CONTESTÓ:** Porque en la nota de ingreso hablan de iniciación para cirugía urgente y por tal asumo que había sido operada. **PREGUNTADO:** acorde con la respuesta anterior usted no tiene conocimiento de si se operó o no. **CONTESTÓ:** No... **PREGUNTADO:** Sírvase manifestarle al Despacho, teniendo de presente la historia clínica básicamente en qué se centró su atención a la paciente y cuál fue su actividad desplegada para con la misma de acuerdo con su especialidad. **CONTESTÓ:** lo que se hizo fue soporte vital avanzado en terapia intensiva lo cual incluye, ventilación mecánica, soporte hemodinámico, demás medicamentos, monitoria continúa. **PREGUNTADO:** Conforme a la respuesta anterior indíquele al Despacho si dicha atención corresponde a los protocolos para dicho diagnóstico o a lo establecido en la literatura médica. **CONTESTÓ:** Si a ambos por que los protocolos se basan en la literatura médica...”.

También, el testimonio del neurólogo Gustavo Eduardo Ramos Burbano:

“...una paciente de 33 años de edad que el diagnóstico final que figura aquí es el de unos abscesos cerebrales múltiples a nivel cerebral y según se refiere ahí en la historia ella tiene una historia de cefalea que había sido diagnosticada como migraña de varios días de evolución, en la historia dice que lleva 10 días de evolución con cefalea y al final aparecieron otros síntomas diferentes a los habituales porque revisando las notas que han hecho los médicos ahí al parecer ellos dicen que el examen era normal, pero en los últimos días, ya cerca de cuando la vi, dice que refería unos síntomas diferentes, un adormecimiento en la hemicara y en el hemicuerpo izquierdo, entonces cuando yo la vi decidí profundizar un poco más en los estudios porque obviamente era una paciente que había consultado muchas veces y a pesar de que el cuadro en cierta forma podría sugerir una migraña en un paciente que ha consultado muchas veces, que no mejora y que además aparecen otros signos, hay que ahondar en la exploración porque pueden ser unas lesiones estructurales, entonces eso fue lo que se hizo, se solicitó, realicé un estudio previo, ahí hay una interpretación de radiólogo que dice que la tomografía es normal, sin embargo, yo la miré y me llamó la atención algo que había en la región frontal izquierda y entonces se decidió solicitar unos estudios de resonancia magnética craneal y el estudio de resonancia magnética craneal muestra que la paciente tenía lesiones compatibles con abscesos cerebrales y una entidad que se llama empiemas subdurales que son unas entidades infecciosas del cerebro y del espacio que cubre el cerebro, entonces cuando se hizo ese diagnóstico inmediatamente se tomaron las conductas que había que tomar y la vio infectología la valoró la UCI, se pidió interconsulta a neurocirugía y ahí menciona el neurocirujano, una nota del neurocirujano que cuando la va a ver que ella tenía midriasis, que estaba apneica y tenía bradicardia, entonces le iniciaron un proceso de reanimación y al parecer la paciente quedó en muy malas condiciones porque según se refiere ahí tenía midriasis y tenía unos datos de severa lesión cerebral en la exploración y el manejo final fue en la UCI con esos datos clínicos, yo tengo una nota ahí de unos días después, como dos o tres días después, donde vuelven a llamar para revisarla y se refiere que la paciente tenía datos clínicos de muerte cerebral y esa era la situación clínica es una situación muy delicada, muy grave que prácticamente es irrecuperable, cuando un paciente tiene muerte cerebral, básicamente eso es lo del caso clínico... **PREGUNTADO:** Puede indicarnos por favor en qué momento usted valoró por primera vez a la señora Clara Suratá, con base en la historia clínica que se le ha puesto de presente. **CONTESTÓ:** Junio 26 de 2007. **PREGUNTADO:** En el hecho noveno de la demanda se hace transcripción de la historia clínica de la atención del día 25 de junio de 2007... en la nota de evolución el doctor Néstor Enrique Rueda Noriega dice que la paciente fue comentada con el Dr. Ramos neurólogo de turno, para esa época había otro Dr. Ramos neurólogo aparte de usted en esa entidad. **CONTESTÓ:** En el capítulo suroccidente el único neurólogo de apellido Ramos que hay aquí soy yo. **PREGUNTADO:** Usted puede indicarnos si ese día, el día anterior 25 de junio a las 22:50 cuando la paciente le es comentada a usted por el Dr. Néstor Enrique Rueda Noriega, usted valoró directamente a la paciente en ese momento. **CONTESTÓ:** Dice que me la comentaron telefónicamente, entonces el sistema, las clínicas aquí en Cali nadie tiene neurólogo de planta, entonces uno depende mucho del médico general que le llama, entonces le llaman a comentar, le comentan el caso, le dicen más o menos los

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

antecedentes, le dicen más o menos cual es la situación clínica, entonces lo que se hizo en esta paciente fue seguramente comentarle al médico, porque él dice aquí que se decidió hospitalizarla para hacer estudios de extensión, entonces seguramente con una paciente con una cefalea reconsultante... a la paciente había que hospitalizarla y esa era la conducta que había que tomar y hacerle los estudios de extensión, o sea, mínimo una tomografía con contraste o lo que se decidió después que era la resonancia magnética contrastada, entonces si el médico le dice a uno doctor necesito que se venga que este está en muy malas condiciones entonces uno tiene que ir, pero si el médico le dice a uno que no es necesario que vaya que al otro día lo ve, pues uno va al día siguiente y se le van haciendo los estudios mientras uno va a ver el paciente, porque el paciente, lo ideal es verlo con todos los estudios que uno ha solicitado. **PREGUNTADO:** ...usted estaba de turno para la valoración de los pacientes que llegaran esa noche doctor. **CONTESTÓ:** Son turnos de disponibilidad, yo estaba de disponibilidad. **PREGUNTADO:** Cuando dice disponibilidad que quiere decir doctor. **CONTESTÓ:** Disponibilidad quiere decir que uno no está en la clínica, sino que a uno lo llaman y dependiendo del caso clínico uno va, a diferencia de los estudios que hacen los médicos por ejemplo en UCI, que los de UCI son turnos presenciales y tienen que estar todo el tiempo... **PREGUNTADO:** ...a que se refiere o depende en qué sentido del médico general que le comenta esos pacientes. **CONTESTÓ:** El médico general es el médico más importante en el sistema de salud... es el eje del sistema nacional de salud, entonces el médico es como el director de orquesta... y se supone que el médico general está preparado para eso... entonces el médico le comenta a uno su visión del caso, entonces él en urgencias decide este paciente va para ginecología, este hay que interconsultarle a neurología, a traumatología, dependiendo de su concepto, entonces en ese caso él me llamó a mí para pedirme el concepto y yo le di el concepto que está expresado ahí en la historia clínica... **PREGUNTADO:** Usted valora la paciente el día 26 de junio de 2007 a las 9:30 horas, es decir más o menos unas 10 horas después de que le fue comentada la paciente en el servicio de urgencias, es eso cierto doctor. **CONTESTÓ:** La fui a valorar porque tenía pendiente esa valoración, pero cuando llegué todavía no había sido factible hacer los estudios, porque para uno es ideal uno valorar con los estudios que ha solicitado, para poder confirmar la impresión clínica, además en un caso de estos es importante realizar estudios adicionales... **PREGUNTADO:** Usted sabe porque razón estos estudios no se habían realizado a la paciente. **CONTESTÓ:** No. La razón no la conozco.... **PREGUNTADO:** La Clínica Rey David contaba con los recursos tecnológicos para la práctica de una TAC de cráneo simple y contrastado como el que usted ordenó telefónicamente.... **CONTESTÓ:** Si cuenta con la disponibilidad, para eso depende mucho del concepto médico... **PREGUNTADO:** Que importancia tenía para este caso el antecedente de una hiperprolactinemia en esta paciente que incluso hubiera sido necesario que fuera intervenida quirúrgicamente por el neurocirujano. **CONTESTÓ:** ... un control de área afectada para ver cómo estaba porque esas lesiones eventualmente pueden volver a crecer y si uno no tiene los estudios de la época a mano uno también tiene que ver si fue resecada parcialmente o totalmente o como está el área quirúrgica entonces por eso se le ordenó de cráneo y de silla turca para ver la silla turca también. **PREGUNTADO:** Cuando usted dice doctor un control del área afectada exactamente a qué se refiere. **CONTESTÓ:** De la silla turca. **PREGUNTADO:** Que estaban buscando en la silla turca. **CONTESTÓ:** si el paciente fue operado, entonces uno tiene que ver cuál fue la extensión de la recesión, como está, si ha residuado la lesión, entonces es importantísimo hacer un control, de hecho, se hacen controles periódicos postoperatorios después de una cirugía de estas más o menos anualmente o dependiendo de la situación clínica se pueden hacer más frecuentemente. **PREGUNTADO:** Puede indicarnos doctor de que fue operada la paciente. **CONTESTÓ:** supongo yo que fue de un adenoma hipofisario, según dice por ahí dice que tenía hiperprolactinemia que es por un adenoma hipofisario, se llama prolactinoma el tumor. **PREGUNTADO:** En qué época fue eso doctor. **CONTESTÓ:** No la época no la tengo aquí... **PREGUNTADO:** Doctor, en el inicio cuando se hizo el ingreso de la paciente, de la señora Clara Surata el médico general la recibe dejó constancia en los antecedentes que se le reciben al paciente de que ella había sido operada, que tenía ese antecedente clínico. **CONTESTÓ:** Aquí dice Patológicos adenoma de hipófisis secundario con prolactinemia dentro de los antecedentes patológicos, dice que tiene antecedentes de un adenoma de hipófisis... **PREGUNTADO:** Usted ese día 26 de junio de 2007 a las 9:30 horas que valora a la paciente, usted hace una valoración, usted hace un examen neurológico de la paciente.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

CONTESTÓ: Si se hace una, para todos los pacientes hay un protocolo de examen neurológico que se les hace completo y ese protocolo es inherente al examen neurológico tiene varios pasos y uno los hace todos. **PREGUNTADO:** Qué pasos se le hicieron a la paciente de conformidad con lo que obra ahí en la historia clínica. **CONTESTÓ:** Se comienza con las funciones mentales superiores, después los nervios craneales, el sistema motor, el sistema sensitivo, reflejos, signos meníngeos y función cerebelosa. **PREGUNTADO:** Y qué encontró con ese examen. **CONTESTÓ:** Acá dice que estaba somnolienta, respondía a órdenes y preguntas, tenía debilidad facial izquierda, marcado dolor y espasmo muscular servicoescapular y pericraneal bilateral y no había otros hallazgos positivos... ni otras alteraciones... **PREGUNTADO:** ...sírvese manifestarle al Despacho de conformidad con lo que encontró en la historia clínica del 25 de junio, sí la decisión que se tomó de ordenar los estudios de extensión en este caso la tomografía que se ordenó simple y contraste era el que correspondía a el ingreso de la paciente o había algo más que se debía hacer en ese momento de acuerdo a lo que se informó en el ingreso de la paciente. **CONTESTÓ:** La conducta era hospitalizarla y hacerle esos estudios... y según los resultado de esa tomografía hacer una resonancia magnética, sin embargo, se decidió hacer primero la resonancia magnética para mejorar la precisión diagnóstica simple y contrastada y fue lo que finalmente se hizo... **PREGUNTADO:** ...influyó el que no se haya hecho esa tomografía para que cambiara el comportamiento de la paciente entre las 22:49 del 25 de junio al 26 de junio de las 9:30. **CONTESTÓ:** La verdad no pienso que haya influido mucho porque la paciente ya tenía como 10 días de estar enferma y entonces pienso yo que puede variar un poquito la exploración dependiendo de quien la vea... a mí lo que me llama la atención es que esta paciente para lo que ella tiene, o sea que ella, es un cuadro que no es típico, porque el cuadro de un absceso cerebral eso no dura más de dos días en que ella busque atención y en hacer el diagnóstico, sin embargo, la paciente llevaba 10 días con dolor de cabeza y la examinaron y era normal y ella se iba y volvía, entonces me llama la atención la atipicidad del cuadro y tampoco tengo claro la causa pero ese no es el motivo de esta situación... incluso por ahí se refiere que tenía una cefalea con fosfenos y un cuadro sugerente de otra patología, sin embargo, la experiencia de uno, si uno ve un paciente reconsultante, le ve determinados detallitos aunque sean poquitos, uno evalúa el paciente más a fondo y yo creo que eso fue lo que pasó en este caso, como yo consideré, además de que yo refiero ahí en una nota que yo observé algo, pero eso también es muy subjetivo, eso lo observé yo y los otros no, porque incluso estoy viendo la nota del radiólogo que dice que esa tomografía era normal... pero en eso también hay diferencias, en la observación...”.

En este estado se hace imperioso citar apartes de la experticia rendida por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses que, al absolver los cuestionamientos planteados por la entidad demandada Cosmitet Ltda., puntualizó (Folios 341 a 360, Cdno. Ppal.):

“(…)”

Es importante considerar en el análisis de la atención en salud, aspectos relacionados con:

- El paciente: Edad: 33 años al momento de la atención, patología: cefalea, situación de salud previa; antecedente de adenoma hipofisiario; idiosincrasia: policia, trabajo en inteligencia de la misma, con jornada laboral nocturna y alto estrés; y en relación con su actuación, se considera la diligencia: consultó solo ocho días después de iniciado el cuadro de cefalea y la capacidad para el autocuidado del paciente antes de recibir la atención médica: no se encuentran registros que orienten a considerar que la paciente tuviese alguna limitación para consultar oportunamente al médico, durante la atención: la paciente rechazó la incapacidad médica que se le daba por la médico tratante en las primeras consultas que realizó en su IPS y después de la atención: la paciente y su familia permitieron la realización de estudios, tratamientos y procedimientos ordenados por los médicos tratantes.
- La entidad nosológica: a la paciente se le hicieron los diagnósticos los 1) cefalea tipo migrañosa – Migraña complicada 2) Adenoma de Hipófisis 3) abscesos cerebrales múltiples 4) empiemas subdurales. 5) herniación cerebral. El manejo esperado, su

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

**JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**

pronóstico y urgencias se abordó en el punto 6.

- *El entorno: Con respecto a la disponibilidad, suficiencia y oportunidad de los recursos humanos, tecnológicos y terapéuticos que se le ofrecieron a la paciente en cada una de las consultas médicas que realizó en los dos centros asistenciales se considera que para la IPS primaria donde consultó por consulta externa se le brindaron, según la documentación aportada, todas las consultas que solicitó, también en el momento de las reconsultas, en los estudios y en las remisiones ordenadas por los médicos tratantes, que se le dio incapacidad médica, la cual fue rechazada por la paciente. Así mismo en la institución donde recibió la atención de urgencias se encuentra que para cada uno de los diagnósticos realizados se le prestó la atención médica acorde con dichos diagnósticos, no se encuentran registros de negación para la prestación del servicio, se documenta el registro de los diagnósticos realizados en cada etapa del proceso de atención y que el tratamiento instaurado para cada caso fue acorde con el manejo esperado y sin retrasos administrativos. Con respecto a la eficiencia de los procesos de referencia y contrarreferencia: se evidencia que la paciente fue remitida a criterio médico oportunamente cuando consultó a su IPS primaria y que la paciente cuando fue remitida a la Institución de atención de urgencias fue admitida en el tiempo aceptable para el diagnóstico instaurado en la paciente. Con respecto a las interconsultas y estudios solicitados se considera que se realizaron en el momento en el que se hizo el diagnóstico de infección del sistema nervioso central, que en ese momento no tenía deterioro del estado general de la paciente.*

8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En este acápite se incluyen los siguientes aspectos:

- A. *Considero que teniendo presente las historias clínicas aportadas de los centros médicos asistenciales de Policlínica y Clínica Rey David, que la atención médica esperada para el caso en cuestión corresponde a la atención médica brindada, se desconoce la información de la atención médica e historia clínica de la paciente antes de la atención del año 2007. Teniendo en cuenta que los síntomas de cefalea en la paciente estaban presentes desde ocho días antes de la consulta inicial de urgencias, considero que hubo un retraso grave por parte de la paciente para consultar oportunamente a su servicio médico, pues en esos ocho días en los que no consultó, para recibir atención médica, hubiesen podido cambiar el desenlace fatal de la patología infecciosa grave severa que presentaba la paciente. Dicha enfermedad (abscesos cerebrales múltiples y empiemas subdurales) fue criptogénica, con una presentación atípica (sin deterioro del estado general de la paciente y sin signos de infección del sistema nervioso central), sin fiebre referida, con ocho días de evolución y con antecedente médico de adenoma hipofisiario, todas estas características orientaron a los profesionales tratantes para hacer diferentes diagnósticos, buscando la causa de la enfermedad que aquejaba a la paciente. Cuando finalmente se instaura el diagnóstico de infección en el sistema nervioso central, el desarrollo atípico y severo de la enfermedad, le produce deterioro acelerado de sus funciones neurológicas por lesión severa del cerebro, que lleva a la paciente rápidamente a la muerte, a pesar de la instauración del tratamiento médico apropiado.*
- B. *Se determina que no existe correlación médica, entre la atención en salud brindada y producción de la muerte, con respecto a la atención en salud registrada en las historias clínicas aportadas de los centros médicos asistenciales Policlínica y Clínica Rey David, se desconoce la información de la atención médica e historia clínica de la paciente antes de la atención del año 2007.*
- C. *Se determina que no existe un daño en la salud, con respecto a la atención en salud registrada en las historias clínicas aportadas de los centros médicos asistenciales de Policlínica y Clínica Rey David.*

9. CONCLUSIÓN

- A. *Se conceptúa que la atención en salud brindada, con respecto a la atención en salud registrada en las historias clínicas aportadas de los centros médicos asistenciales de Policlínica y Clínica Rey David, fue adecuada a la atención esperada o norma de atención para el caso específico, se desconoce la información de la atención médica e*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

**JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**

historia clínica de la paciente antes de la atención del año 2007.

- B. *Se considera que no se produjo daño en la vida de la paciente con respecto a la atención en salud brindada Policlínica y Clínica Rey David. La causa de la muerte se determinó como paro cardiorrespiratorio secundario a herniación cerebral por empiemas subdurales – abscesos cerebrales múltiples.*
- C. *Se determina la no existencia de relación de causalidad médica, entre la atención prestada (investigada) y la producción de la muerte de la paciente con respecto a la atención en salud registrada en las historias clínicas aportadas de los centros médicos asistenciales Policlínica y Clínica rey David. No se aportó información de la atención médica e historia clínica de la paciente antes de la atención de 2007.*

10. RESPUESTA A INTERROGANTES ESPECÍFICOS

-1. La medicina se apoya en diferentes ciencias, algunas denominadas como ciencias exactas (como las matemáticas, la física, etc.) y en otras ciencias que no se consideran exactas (la biología, las ciencias sociales, etc.), se basa igualmente en estudios epidemiológicos y sociales. La medicina interviene en los seres humanos, que son organismos biológicos vivos y cada uno de ellos presenta variabilidad genética, social, familiar, alimenticia, etc. Este hecho hace que la respuesta que cada uno de los seres humanos pueda dar a un tratamiento médico específico sea imprevisible. Por lo tanto, la medicina no es una ciencia exacta, aunque se apoya en ciencias exactas para desarrollarse y aumentar así la probabilidad de acierto. Estas mismas son las razones por las cuales no se puede garantizar el éxito en los resultados de un mismo tratamiento o procedimiento médico específico y en dos personas diferentes.

-2. La variabilidad intergenética en una misma población, las características nutricionales de los individuos que conforman una sociedad, la exposición previa individual a diferentes patologías, tratamientos, etc. Condicionan la respuesta de cada persona, dicha respuesta puede variar desde la máxima eficacia sin ningún daño en algunas personas, hasta ninguna eficacia terapéutica con máximo daño como la muerte en otros individuos, esto para un mismo tratamiento en similares condiciones.

-3.1 Para dar una mejor respuesta se transcriben los siguientes apartes de la literatura científica consultada "Definición: es una colección purulenta ubicada en el espacio subdural... reconociéndose dos causas esenciales: Infección de Vecindad: infección de cuero cabelludo -osteomielitis- y más raro otitis y sinusitis en evolución. Traumáticas: Fracturas de la pared posterior del seno frontal. En ocasiones la causa no se evidencia, por actuar de la infección de una manera solapada. A pesar de la terapia antibiótica que ha mejorado el pronóstico, aun se registra una alta mortalidad que arroja cifras hasta del 50%, es una enfermedad rápidamente fatal, si no se diagnostica con prontitud y se establece en tratamiento adecuado correspondiente a la gravedad de la lesión". #El absceso cerebral (AC) es un proceso supurativo focal del parénquima cerebral, con una morbilidad elevada, la incidencia es de 4-111:1.000.000 habitantes y año, aunque últimamente parece observarse un aumento, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos y por patógenos oportunistas. La frecuencia es mayor en países en vía de desarrollo. La edad de aparición está relacionada con la etiopatogenia de cada caso".

-3.2 Cuando un paciente se encuentra inestable hemodinámicamente, sea por estar en paro cardíaco o respiratorio o por la combinación de ambas situaciones, se debe estabilizar hemodinámicamente para ser sometido a una intervención quirúrgica, pues el drenaje del empiema o de los abscesos no reactivará el paro cardiorrespiratorio, solo cuando el paciente esté en condiciones de tolerar la cirugía se debe llevar a cabo dicho procedimiento.

-3.3 Los empiemas y abscesos cerebrales tienen múltiples orígenes, en algunos casos son criptogénicos quedando por siempre en incertidumbre su causa. Pueden suceder estas patologías después de procedimientos quirúrgicos de tumores, por cirugías posteriores a sufrir accidentes con fracturas craneoencefálicas, también pueden sucederse por cirugías secundarias a infecciones de los senos paranasales o del oído. Adicionalmente, a los anteriores ejemplos, se pueden producir empiemas y/o abscesos cerebrales espontáneamente, sin la intervención médica, por el proceso propio del desarrollo de la historia natural de la enfermedad en la diseminación de infecciones o sobreinfecciones de zonas de trauma. No se documentó, en la historia clínica aportada, que se le hubiese

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

realizado a la paciente procedimiento quirúrgico alguno, intrahospitalariamente, al que se le pudiese atribuir el origen de dicha patología.

-3.4 No. según la historia clínica aportada de las dos instituciones, el origen de los abscesos y empiemas cerebrales no se pudo aclarar. La literatura científica consultada documenta que dicha situación de desconocer el origen de una enfermedad se denomina criptogénica y que se presenta en el caso de los diagnósticos de abscesos y empiemas cerebrales, siendo lo que sucedió en el presente caso.

-3.5 El empiema y los abscesos cerebrales se consideran como catástrofes neurológicas y tienen unos efectos devastadores en el sistema nervioso central (cerebro). Por lo tanto, su diagnóstico temprano e inicio de tratamiento rápidamente una vez realizado el diagnóstico ayudan a disminuir los riesgos de presentar desenlace fatal, aunque actualmente presenta morbimortalidad alta a pesar de los avances en antibioterapia y manejo médico quirúrgico avanzado en los países desarrollados, siendo aun mayor esta morbimortalidad en los países en vía de desarrollo como el nuestro.

-3.6 Como se toma de la literatura científica consultada, los TAC cerebrales simples no tiene mayor capacidad para detectar los procesos infecciosos e inflamatorios en estadios iniciales. Hay mayor capacidad para la detección de estos procesos en los estudios de TAC contrastados, en especial hay mayor capacidad para detectar los procesos inflamatorios del cerebro y de sus estructuras de soporte, cuando se usa la resonancia magnética nuclear y con gadolinio (contrastados). La respuesta a su solicitud de los porcentajes de error en estas ayudas diagnósticas se puede solicitar a la Asociación Colombiana de Radiología o a la Universidad del Valle, a la Coordinación del Postgrado de Radiología.

-3.7 Los estudios imagenológicos contrastados requieren de medicamentos llamados medios de contraste, estas sustancias son usualmente agresivas contra el riñón y requieren que se determine el estado de la función renal (del riñón) antes de ser administrados al paciente y si hay alteración en la función renal, se debe hacer manejo previo a la administración del respectivo medio de contraste, para proteger el riñón.

-4. Esta pregunta se responde en los puntos 7, 8 y 9 del presente informe.

-5. Si, el manejo antibiótico para el empiema-absceso cerebral se encuentra protocolizado, según el origen de la infección o si el mismo es criptogénico.

-6. Se respondió esta pregunta en el punto 3.1.

-7. La paciente consultó con cuadro de cefalea de 8 días de evolución, sin deterioro neurológico, sin datos de haber presentado fiebre o traumas craneanos, además con antecedente de haber recibido manejo médico para tumor de adenohipófisis, además del antecedente laboral de trabajo en el servicio de inteligencia de la policía, con horario nocturno, lo anterior orientó el manejo de los médicos hacía los antecedentes y datos clínicos referidos por la paciente, orientando el enfoque diagnóstico y terapéutico para descartar patología a nivel hipofisiario inicialmente.

-8. Esta pregunta se responde en el punto 3.3.

-9. Esta pregunta se responde en el punto 3.6.

-10. Dicho concepto es el objeto del presente informe Técnico Médico Legal Responsabilidad Médica y se encuentra plasmado en el mismo...”.

Así pues, de lo dicho en los testimonios de los profesionales citados y de lo analizado por el perito en las historias clínicas aportadas al proceso, se observó que las actuaciones desplegadas por las Clínicas Nuestra Señora de Fátima (23, 24 y 25 de junio de 2007) y Rey David (24 y 25 al 30 de junio de 2007), fueron ajustadas a la Lex Artis y a los protocolos establecidos para la atención tanto de los síntomas variables e inespecíficos que presentaba la señora Suratá Sánchez los días 23, 24 y 25 de junio, como para el diagnóstico final de abscesos cerebrales múltiples y empiema subdural realizado finalmente el 27 de junio, el que fue descubierto con el resultado de la resonancia magnética nuclear, llevada a cabo en razón a que el TAC de cráneo simple tomado con anterioridad no mostró ninguna lesión ni masa aparente.

Además, que una vez establecido el diagnóstico definitivo y siendo valorada por el infectólogo y el neurocirujano, la paciente inesperadamente entró en paro

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

cardiorrespiratorio, siendo reanimada y que, por ello es trasladada al unidad de cuidados intensivos, aclarando que para la realización de cualquier procedimiento quirúrgico, primero debía mostrar una mejoría en su estado de salud, la cual no se presentó, derivando en muerte cerebral y posterior fallecimiento por herniación cerebral derivada de las patologías diagnosticadas.

Del material probatorio que compone el expediente traído a colación, queda claro entonces que:

1. La señora Clara Suratá Sánchez, ingresó el día 23 de junio de 2007 a la Clínica Nuestra Señora de Fátima, consultado por tener una evolución de 10 días de cefalea del hemicráneo derecho, disfasia y visión borrosa, posterior al tratamiento con analgesia refiere mejoría y ausencia de dolor, otorgándosele salida e incapacidad de un día, la que es rechazada por la misma paciente.
2. Que el 24 de junio de 2007, consultó nuevamente por el servicio de urgencias en la Clínica Nuestra Señora de Fátima (Policlínica), por presentar cefalea con fosfenos, sumado a sensación de adormecimiento en región izquierda del cuello, hemicara izquierda y miembro superior izquierdo. Fue diagnosticada con migraña complicada, procediendo a su remisión para toma de TAC cerebral simple en la Clínica Rey David (Cosmitet Ltda.), resultado que no demostró ninguna lesión isquémica, hemorrágica o masa aparente, por lo que se ordenó dar de alta y consultar con especialistas de psiquiatría, psicología y neurología clínica de acuerdo con el cuadro presentado.
3. Al día siguiente, esto es, el 25 de junio de 2007, la señora Suratá Sánchez reconsulta en el servicio de urgencias de la Clínica Nuestra Señora de Fátima por igual sintomatología con toma de TAC de cráneo simple negativo para lesión de isquemia o sangrado; una vez auscultada por medicina general, se requiere valoración por neurología, para lo cual es trasladada a la Clínica Rey David para realizar estudios de escan y paraclínicos, evaluar sintomatología a través de otros procedimientos de tomografía axial computarizada de cráneo simple y con contraste y tomografía axial computada de silla turca (hipófisis).
4. El día 26 del mismo mes y año, estando hospitalizada en la Clínica Rey David, es valorada por médico neurólogo el cual comentó: *“Cefalea en estudio. Revisaremos Tac Craneal que se hizo hace 2 días. Se hace TAC Craneal y s y c de silla turca”*. De la toma del TAC Simple, el médico especialista observó una zona hipodensa frontoparietal superior derecha solicitando a su vez un IRM craneal, por si el TAC no aclara la situación, dentro de sus anotaciones, refiere que el IRM es urgente.
5. El 27 de junio de 2007, se realizó la resonancia magnética de cerebro simple y con gadolinio y resonancia magnética de hipófisis, concluyéndose por el médico radiólogo la existencia de probables abscesos que se localizan en la región frontal anterior y superior derecho y colección subdural; adicionalmente el resultado de la resonancia magnética de hipófisis con gadolinio concluyó que este se encontraba dentro de la normalidad.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

6. Que ante el anterior hallazgo fue valorada por infectología y neurocirugía, dándose inicio a la preparación para cirugía de urgencia; no obstante, es encontrada por neurocirujano en paro cardiorrespiratorio, motivo por el cual se inician labores de reanimación de manera satisfactoria, es intubada y trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos con cuadro probable de herniación cerebral, aclarándose que se implementarían medidas antiedema y de neuroprotección y que, en esas condiciones no debía ser llevada a cirugía, presentando alta probabilidad de muerte encefálica y con pronóstico reservado.
7. El 28 de junio, la paciente presenta signos clínicos de muerte cerebral con falla orgánica múltiple, el 29 es diagnosticada con muerte cerebral con alta probabilidad de morir y, finalmente, el día 30 de junio de 2007, la señora Clara Suratá Sánchez presenta asistolia declarándose su fallecimiento a las 8:40 am.

Así las cosas, en virtud de los elementos de convicción allegados al expediente, no hay forma de estructurar la responsabilidad deprecada a título de falla en el servicio en este caso en contra de la Policía Nacional y Cosmitet Ltda., comoquiera que, las actividades médicas desplegadas por la Clínica Nuestra Señora de Fátima (Policlínica) y la Clínica Rey David no fueron la causa determinante del deceso de la señora Clara Suratá Sánchez.

Lo dicho muestra que las acciones desarrolladas por las clínicas Nuestra Señora de Fátima y Rey David se ajustaron a lo recomendado por la literatura médica, teniendo en cuenta que, de acuerdo a la sintomatología atípica, variable e inespecífica comentada por la paciente, se le dio en primera instancia el manejo analgésico estimado para los casos de cefalea intensa y/o migraña complicada, que ante la continuidad y aparición de nuevos síntomas se realizó el respectivo TAC cerebral simple que no evidenció la existencia de lesiones.

Además, ante la reconsulta fue remitida para la realización de pruebas adicionales, siendo atendida y valorada físicamente por neurología clínica, quien solicitó TAC de cráneo al observar una zona hipodensa frontoparietal en la parte superior derecha, y ante la presencia de resultados paraclínicos solicitó RNM, el que reveló imágenes compatibles con abscesos cerebrales múltiples y empiema subdural, lo que conllevó a que fuera valorada por infectología y neurocirugía con el fin de evaluar su preparación quirúrgica.

Que estando hospitalizada y en proceso de preparación quirúrgica, la señora Suratá Sánchez hizo paro cardiorrespiratorio en el momento en que iba a ser valorada por el neurocirujano, se le practicaron medidas de reanimación y fue trasladada a la UCI por cuadro de herniación cerebral, señalando que en esas condiciones no debe ser llevada a cirugía, por alta probabilidad de muerte encefálica; no obstante, no se pudo evitar el resultado final, que fue el fallecimiento de la paciente.

De esta manera, no se advierte medio de convicción que permita inferir que las entidades demandadas dieron un manejo inadecuado o tardío al padecimiento presentado por la señora Clara Suratá Sánchez, lo que sí está probado es que, pese a que la paciente fue atendida en debida forma y remitida para el manejo de la patología que la aquejaba, la que dicho sea de paso es de difícil diagnóstico y que, a pesar a los

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

ingentes esfuerzos realizados por los profesionales de la salud adscritos estas, la paciente terminó falleciendo.

Entonces, si bien el extremo activo afirmó que no se brindó oportunamente el tratamiento que requería la paciente que generó su fallecimiento, en virtud de lo consignado en las historias clínicas por parte del personal adscrito tanto a la Clínica Nuestra Señora de Fátima (Policlínica), como a la Clínica Rey David, los testimonios y las conclusiones a las que arribó el dictamen médico, como se vio ampliamente en párrafos precedentes, se colige que la prestación del servicio médico, en lo que a estas concierne, se dio dentro de los procedimientos que la Lex Artis impone, en razón a la cual se declara que no está probada la falla como criterio subjetivo de imputación.

Bajo el anterior contexto, se advierte que las demandadas no incurrieron en una falla del servicio y que la atención médica que prestaron a la señora Clará Suratá Sánchez los días 23, 24 y 25 de junio de 2007 en la Clínica Nuestra Señora de Fátima y del 24 al 30 de junio de 2007 en la Clínica rey David, fue adecuada y oportuna, teniendo en cuenta la sintomatología variable e inespecífica mencionada por la paciente, los días de avance (10) de los síntomas previo a consultar y el difícil diagnóstico temprano de los abscesos cerebrales y empiemas subdurales, que coincide con lo señalado por la literatura médica y así lo confirman tanto los médicos especialistas que rindieron testimonio en el presente asunto, como el dictamen emanado del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

En otras palabras, se deben negar las pretensiones de la demanda, porque no se probó la falla del servicio por parte de los demandados y no se demostró que la actividad médica fue la que motivó el deterioro en la salud de la paciente, lo que hace imposible atribuir el daño.

Por lo anterior, se encuentra que en este caso la parte actora no cumplió con la carga probatoria que le correspondía.

Dicho de otra manera, la carga de la prueba asiste a la parte que alega el hecho lesivo y por ello resulta determinante demostrar por los medios legalmente dispuestos para tal fin, las circunstancias fácticas sobre los cuales se fundó la demanda, de modo que su mera afirmación no resulta suficiente para ello²².

En un caso de circunstancias fácticas similares a este, el Consejo de Estado- Sección Tercera - Consejero ponente: Jaime Orlando Santofimio Gamboa, del cinco (05) de julio de dos mil dieciocho (2018), Radicación número: 08001-23-31-000-1995-10045-01(39427), respecto de la carga de la prueba, fue enfático en señalar que:

"(...) Es infántica la Sala al recordar que en aplicación del artículo 177 del Código de Procedimiento Civil²³, "Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas

²² Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 24 de septiembre de 2020, Exp. 59400.

²³ Al respecto, ver Exp.31915: "(...) "Con relación a la carga de la prueba tuvo oportunidad de pronunciarse esta Corporación en sentencia de Sala Plena de la Sección Tercera el 18 de febrero de 2010, en donde se refirió a la noción de carga como "una especie menor del deber consistente en la necesidad de observar una cierta diligencia para la satisfacción de un interés individual escogido dentro

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

*que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen (...)", esto quiere decir que si la señora Guillermina Mercedes Ferrer Carvajal, **buscaba la declaración de responsabilidad extracontractual del Estado, tenía la carga procesal de acreditar que la configuración de un daño sufrido, se debió a una causa atribuible a la entidad demandada, situación que no ocurrió en el presente asunto.***

*Sin embargo, como puede advertirse, el aspecto en últimas, más que de las reglas de la carga de la prueba, **se concreta en las consecuencias que se derivan de su no satisfacción, esto es, del no ejercicio de los derechos a la aportación o solicitud de práctica de pruebas o a la formulación de alegaciones dentro del proceso, si se tiene en cuenta que la finalidad de éste, para las partes, es la estimación o desestimación de la(s) pretensión(es) formulada(s)** y que, por ello, dentro de él se lleve a cabo una instrucción encaminada a proporcionar al juzgador los elementos necesarios para que pueda efectuar la comparación entre los fundamentos de tal(es) pretensión(es) y el ordenamiento jurídico²⁴. Y el de las consecuencias del incumplimiento de la carga de probar o de alegar es el aspecto más relevante, habida cuenta de que la parte que desee obtener un resultado favorable a sus pretensiones necesitará probar y alegar todo aquello que sea útil y pertinente para la defensa de su posición...* (Se resalta).

En conclusión, la parte actora faltó al deber de probar que las entidades demandadas hubieran incurrido en una falla del servicio médico, así como tampoco demostró que el fallecimiento de la señora Suratá Sánchez hubiera sido determinado por las actuaciones de los centros médicos (nexo) cuya actividad es objeto de reproche.

Por último, no se puede pasar por alto que las obligaciones que emanan en desarrollo de la actividad médica son de medio y no de resultado, motivo por el cual la prestación que se exige es la aplicación de las técnicas idóneas y oportunas en lo que a la práctica médica concierne, sin que deba aceptarse una responsabilidad con base solo en la producción del daño²⁵.

de los varios que excitaban al sujeto". La carga, entonces, a diferencia de la obligación, no impone al deudor la necesidad de cumplir incluso pudiendo ser compelido a ello coercitivamente con la prestación respecto de la cual se ha comprometido con el acreedor, sino que simplemente faculta la aludida carga, a aquél en quien recae, para realizar una conducta como consecuencia de cuyo despliegue puede obtener una ventaja o un resultado favorable, mientras que si no la lleva a cabo, asume la responsabilidad de aceptar las consecuencias desventajosas, desfavorables o nocivas que tal omisión le acarree. Trayendo este concepto al ámbito del proceso y de la actividad probatoria dentro del mismo, la noción de carga se traduce en que a pesar de la igualdad de oportunidades que, en materia de pruebas, gobierna las relaciones entre las partes procesales, dicho punto de partida no obsta para que corra por cuenta de cada una de ellas la responsabilidad de allegar o procurar la aportación, al expediente, de la prueba de ciertos hechos, bien sea porque los invoca en su favor, bien en atención a que de ellos se deduce lo que pide o a lo que se opone, ora teniendo en cuenta que el hecho opuesto está exento de prueba ¾verbigracia, por venir presumido por la Ley o por gozar de notoriedad o por tratarse de una proposición (afirmación o negación) indefinida. En ese orden de ideas, el concepto de carga de la prueba se convierte en (i) una regla de conducta para el juez, en virtud de la cual se encontrará en condiciones de proferir fallo de fondo incluso cuando falte en el encuadramiento la prueba del hecho que sirve de presupuesto a la norma jurídica que debe aplicar y, al mismo tiempo, (ii) en un principio de autorresponsabilidad para las partes, derivado de la actividad probatoria que desplieguen en el proceso, pues si bien disponen de libertad para aportar, o no, la prueba de los hechos que las benefician y/o la contraprueba de aquellos que, habiendo siendo acreditados por el adversario en la litis, pueden perjudicarlas, las consecuencias desfavorables derivadas de su eventual inactividad probatoria corren por su cuenta y riesgo." (...)

²⁴ GUASP, Jaime, *Derecho Procesal Civil*, I, Madrid, Instituto de Estudios Políticos, 1.968, p. 312.

²⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, Consejera ponente: María Adriana Marín, Bogotá, D.C., cuatro (4) de marzo de dos mil veintidós (2022), Radicación número: 73001-23-31-000-2011-00439-01 (48147)

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



*Consejo Superior
de la Judicatura*

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

En consecuencia, se niegan las pretensiones de la demanda.

Finalmente, no hay lugar al pago de costas en vista que no se reúnen los requisitos para su imposición.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Diecinueve Administrativo del Valle del Cauca, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: DECLARAR NO PROBADAS las excepciones propuestas por la entidad demandada Cosmitet Ltda.

SEGUNDO: NEGAR las pretensiones de la demanda.

TERCERO: Sin costas en esta instancia.

CUARTO: RECONOCER personería para actuar al Dr. Wilmer Caicedo Navia, identificado con la cédula de ciudadanía No. 10.229.062 del Popayán y Tarjeta Profesional No. 234.143 del C. S. de la J., en nombre de la Policía Nacional de Colombia.

QUINTO: RECONCER personería para actuar a la Dra. Ángela María Villa Medina, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.113.632.980 y Tarjeta Profesional No. 234.148 del c. S. de la J., en nombre de Cosmitet Ltda.

SEXTO: DEVOLVER a la parte actora los remanentes de gastos del proceso, en el evento de existir y previa solicitud.

SÉPTIMO: ARCHIVAR el expediente, una vez en firme esta sentencia, dejando las anotaciones de rigor.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

ROGERS ARIAS TRUJILLO
JUEZ