



**JUZGADO TREINTA Y OCHO ADMINISTRATIVO ORAL
CIRCUITO JUDICIAL BOGOTÁ D.C.
SECCIÓN TERCERA**

Juez: ASDRÚBAL CORREDOR VILLATE

Bogotá D.C., dos (2) de junio de dos mil veintiuno (2021)

Medio de Control: Reparación Directa
Radicación: 110013336038201500170-00
Demandante: Ana Leonor Delgado Bello y otra
Demandado: Instituto Nacional de Cancerología y otros
Asunto: Fallo primera instancia

El Despacho pronuncia sentencia de primera instancia dentro del proceso de la referencia, dado que el trámite se agotó en su integridad y no se aprecia ningún vicio que invalide lo actuado.

I.- DEMANDA

1.- Pretensiones

Con la demanda se piden las siguientes declaraciones y condenas:

1.1.- Se declare que el **INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E.** y la **NUEVA EPS S.A.**, son administrativamente responsables de los perjuicios causados a las señoras **ANA LEONOR DELGADO BELLO** y **DOLLY JOHANA SEQUERA DELGADO** por las lesiones y daños derivados del procedimiento quirúrgico practicado el 2 de abril de 2013 a la primera de las mencionadas.

1.2.- Se condene al **INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E.** y a la **NUEVA EPS S.A.** a pagar a la demandante **ANA LEONOR DELGADO BELLO** la suma de \$58.000.000 por concepto de lucro cesante.

1.3.- Se condene al **INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E.** y a la **NUEVA EPS S.A.** a pagar a la demandante **ANA LEONOR DELGADO BELLO** la suma de \$58.000.000 por concepto de lucro cesante y la cantidad de \$252.140 por daño emergente.

1.4.- Se condene al **INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E.** y a la **NUEVA EPS S.A.**, a pagar por concepto de perjuicios morales a favor de **ANA LEONOR DELGADO BELLO** la cantidad de cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes y a **DOLLY JOHANA SEQUERA DELGADO** la suma de cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

1.5.- Se condene al **INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E.**, y a la **NUEVA EPS S.A.**, a pagar a la señora **ANA LEONOR DELGADO BELLO** la cantidad de ciento cincuenta (150) salarios mínimos legales mensuales vigentes por concepto de afectación o alteración grave de las condiciones de existencia.

1.6.- Se condene al **INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E.**, y a la **NUEVA EPS S.A.**, a pagar los intereses moratorios sobre las eventuales condenas impuestas a las entidades demandadas, asimismo se imparta orden de cumplimiento de la sentencia en los términos de los artículos 192 y 195 del CPACA.

2.- Fundamentos de hecho

En el año 2011 a la señora **ANA LEONOR DELGADO BELLO** le diagnosticaron síndrome de Cushing, micro adenoma hipofisiario e hipercortisolismo, respecto a lo cual los médicos tratantes del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., la orientaron sobre la necesidad de realizar el procedimiento de resección transesfenoidal de adenoma hipofisiario, el cual fue practicado el 2 de abril de 2013 por el médico neurocirujano Dr. Pedro José Penagos González, sin embargo, se advirtió que una vez la demandante despertó de la cirugía notó la pérdida de la visión del ojo derecho, la disminución visual del ojo izquierdo y el goteo nasal, por lo que considera que dichas secuelas fueron producto de una falla del servicio médico, por error en el actuar médico, por cuanto comprometieron el nervio óptico y porque le perforaron el septum nasal, riesgos que de ninguna manera le fueron advertidos al momento de la firma del consentimiento informado.

II.- CONTESTACIÓN

2.1.- El 18 de enero de 2016 el apoderado judicial del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., dio contestación a la demanda, se opuso rotundamente a

la prosperidad de las pretensiones y puso en entredicho la gran mayoría de los hechos.

Partiendo de lo anterior planteó las siguientes excepciones de mérito:

i). - Inexistencia de un daño antijurídico: Sostuvo que la atención médica recibida por la señora Ana Leonor Delgado Bello estuvo avalada por un vínculo jurídico derivado de los consentimientos firmados por su hija, asimismo que los médicos le informaron sobre la posibilidad de retractarse en la práctica del procedimiento médico sin que ellas hubieran manifestado algún disenso.

Señaló que la paciente fue atendida entre los años 1985 a 1996 por cirugía general de seno, cabeza y cuello, y que solo después de quince (15) años regresó al Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., con diagnóstico de síndrome de Cushing con imagen sugestiva de micro adenoma, con persistencia de hipercortisolismo, razones por las cuales previo a la definición del procedimiento quirúrgico la usuaria fue valorada por las especialidades de endocrinología y neurocirugía, asimismo le practicaron varios exámenes, luego de lo cual el caso fue sometido en varias oportunidades a las respectivas Juntas Médicas.

Precisó que, en Junta Médica del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., se advirtió la necesidad de realizar dicho procedimiento, por cuanto de no hacerlo se reduciría la expectativa de vida de la paciente, y que los servicios de endocrinología y neurocirugía del Instituto explicaron claramente a la señora Ana Leonor Delgado Bello y a su hija la enfermedad, el tipo de intervención quirúrgica y sus riesgos.

Explicó que la intervención quirúrgica de resección transesfenoidal de tumor de hipófisis por macro adenoma hipofisario, por ser un procedimiento complejo, conllevaba riesgos, y que inclusive algunos de ellos no pueden ser previsibles antes de la práctica de la cirugía, razón por la cual no se puede atribuir la disminución de la agudeza visual del ojo derecho a un error médico, sino que corresponde a una complicación derivada del tumor que la aquejaba, tampoco se presentó por impericia o por falta de previsión o violación de la *lex artis*.

ii). - Existencia de diligencia, prudencia, eficiencia e idoneidad en la realización del procedimiento: Explicó que el objetivo del Instituto Nacional de

Cancerología E.S.E., es procurar la curación de los pacientes afectados con cáncer, con técnicas, procedimientos médicos y quirúrgicos, que de no aplicarse oportunamente llevarían a la muerte de los pacientes. Señaló que en el caso particular de la señora Ana Leonor Delgado Bello, se presentó una situación particular que escapaba de la esfera del Instituto, porque a pesar de haber realizado todos los procedimientos de manera diligente y haber seguido los postulados de la ciencia médica, se presentaron complicaciones que nunca se ocultaron a la paciente, ni a su hija, quienes aceptaron sin oposición alguna lo ofrecido por la entidad.

Entonces, alegó que no es de recibo la imputación de negligencia médica hecha al Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., porque el procedimiento quirúrgico fue llevado a cabo conforme a lo planeado por el neurocirujano, Dr. Pedro José Penagos González, quien tiene más de veinte (20) años de experiencia, pues en ningún momento se pueden catalogar los riesgos de la intervención quirúrgica como un procedimiento erróneo debido a que por tratarse de una cirugía invasiva en el cuerpo humano genera ciertas complicaciones que son advertidas al paciente y a su familia. A su vez, resaltó que existieron otros factores como la edad de la paciente y sus antecedentes clínicos, además se trataba de un tumor de comportamiento incierto que estaba causando graves alteraciones a la paciente por su ubicación en la hipófisis, lo que inclusive podía afectar su visión. Destacó que luego de la cirugía se realizó un tratamiento complementario de quimioterapia con el fin de evitar el retorno del tumor.

Insistió que no existe prueba alguna que demuestre que el Instituto realizó una mala cirugía, o que la persona que la practicó no era la idónea para llevarla a cabo, o que realizaron prácticas no debidas o que la atención médica fue incorrecta.

iii). – Inexigibilidad de las obligaciones de resultado: Sostuvo que en la prestación de servicios de salud no es predicable la exigibilidad de cumplimiento de obligaciones de resultado sino de medio, porque cada uno de los procedimientos que se practican a los usuarios son diferentes en su fisiopatología, en sus reacciones físicas y mentales, y por ende el Instituto no puede garantizar un resultado igual a todos, ya que no se puede adivinar cuáles son las condiciones intrínsecas del paciente que lo puedan conducir a reacciones adversas.

iv). - Existencia de elementos que configuraron un caso fortuito o fuerza mayor: Expuso que en el presente caso se estructuran dichos eximentes de responsabilidad administrativa y extracontractual, porque a la paciente le fue brindado un tratamiento con el único objetivo de controlar la enfermedad y con el propósito de que continuará con su vida de manera tranquila en condiciones óptimas, sin embargo, no se esperaban las complicaciones por las cuales se demanda su reparación ya que escaparon al control del Instituto.

v). - Incongruencia entre lo pretendido y los fundamentos de hecho y de derecho: Alegó que no existe relación entre las pretensiones de la demanda y los fundamentos fácticos y de derecho contenidos en el libelo, por cuanto las demandantes quieren hacer creer al operador judicial que el Instituto había podido evitar cualquier complicación de la paciente. Desde esta perspectiva, continúa, la pretensión es temeraria, injusta e infundada, motivo por el cual debe analizarse la posibilidad de sancionar a la parte actora.

vi). - Ausencia del derecho reclamado por no encontrarse nexo de causalidad: Se basa en que las demandantes no demostraron el nexo causal entre el hecho y el daño, porque en la demanda únicamente se realizó una serie de acusaciones sin conocimiento de las técnicas médicas y del empleo de las mismas, sin abordar el estudio de fondo de la historia clínica.

2.2.- El 27 de enero de 2016¹ el apoderado judicial de la NUEVA EPS S.A. se opuso a la prosperidad de las pretensiones con fundamento en que no le asisten razones legales a las demandantes para deducir la responsabilidad de la EPS.

En el escrito de contestación de la demanda propuso las siguientes excepciones de mérito, así:

i). - Cumplimiento de las obligaciones por parte de la NUEVA EPS: Afirmó que la EPS asumió los costos del tratamiento médico de la enfermedad, asimismo expidió las autorizaciones pertinentes a la usuaria.

ii). - Ausencia de culpa de la NUEVA EPS S.A.: Expuso que actuó con la diligencia requerida por cuanto expidió las autorizaciones que eran de su resorte.

¹ Folios 214 a 295 del Cuaderno 2

iii). – Inexistencia de yerro inexcusable en el actuar del médico tratante, por cuanto es una obligación de medio y no de resultado: Alegó la inexistencia de un error en la atención dada al paciente que pueda ser imputable a título de culpa al equipo médico o a la IPS, dado que en la actividad médica genera obligaciones de medio y no de resultado, puesto que existe un riesgo implícito en la conducta médica.

iv). – Inexistencia del daño indemnizable: Sostuvo que la situación padecida por la demandante corresponde a un hecho fortuito que escapaba de la órbita funcional de la EPS.

2.3.- La Previsora S.A. Compañía de Seguros guardó silencio frente al llamamiento en garantía efectuado por el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.

III.- TRÁMITE DE INSTANCIA

El 20 de febrero de 2015² la demanda fue presentada ante la Oficina de Apoyo Judicial de la Sede Judicial CAN, quien asignó por reparto el conocimiento a este Despacho.

Luego por auto del 21 de abril de 2015³ la demanda fue admitida siendo notificado vía correo electrónico para el 22 de octubre del mismo año⁴. De forma simultánea, se surtieron las notificaciones del admisorio, asimismo se remitieron los respectivos traslados a las entidades demandadas como a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, así como a la Procuraduría 80 Judicial Administrativa de Bogotá D.C., para los días 11 y 17 de noviembre, y 2 y 3 de diciembre de 2015⁵.

Se corrieron los traslados previstos en los artículos 172 y 199 del CPACA desde el 23 de octubre de 2015 hasta el 4 de febrero de 2016. El 11 de noviembre de 2015⁶ la Nación – Ministerio de Salud y Protección Social dio contestación a la demanda dentro del término.

² Ver reverso del folio 164 del Cuaderno 1

³ Folio 166 del Cuaderno 1

⁴ Folios 168 a 176 del Cuaderno 1

⁵ Folios 177 a 186 del Cuaderno 1

⁶ Folios 187 a 213 del Cuaderno 1

El 18 de enero de 2016⁷ el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., contestó la demanda, quien a su vez llamó en garantía al Dr. Pedro José Penagos González, así como a La Previsora S.A. Compañía de Seguros. Posteriormente, por autos proferidos el 19 de abril de 2016, por un lado, fue negado el llamamiento de garantía respecto del primero de los mencionados⁸, y frente a la aseguradora fue admitido el mismo⁹, el cual fue notificado vía correo electrónico el 13 de febrero de 2018¹⁰, sin pronunciamiento de su parte.

De otro lado, el 27 de enero de 2016 la NUEVA EPS S.A.¹¹ presentó contestación a la demanda. En la misma fecha, llamó en garantía a La Previsora S.A. Compañía de Seguros, el cual fue admitido el 19 de abril de 2016¹² siendo notificado vía correo electrónico el 13 de febrero de 2018¹³, quien, dentro del término de traslado, esto es el 2 de marzo del mismo año dio contestación a la demanda y al llamamiento en garantía, para lo cual propuso principalmente la excepción de prescripción extintiva.

El mismo 27 de enero de 2016¹⁴ la NUEVA EPS S.A. llamó en garantía al Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., el cual fue admitido el 19 de abril de 2016¹⁵, cuyo proveído posteriormente con auto del 16 de enero de 2017¹⁶ se decidió dejarlo sin valor y efecto y en su lugar resolvió negarlo por improcedente porque el llamado es parte en el proceso.

La anterior decisión fue objeto del recurso de apelación, el cual fue decidido mediante auto de ponente del 1º de noviembre de 2017¹⁷ por el Magistrado Henry Aldemar Barreto Mogollón integrante de la Sección Tercera Subsección "B" del Tribunal Administrativo de Cundinamarca, en el sentido de confirmar la negativa del llamamiento en garantía.

En audiencia inicial del 22 de enero de 2019¹⁸ resolvió los medios exceptivos previos, así: i) Se declaró probada la falta de legitimación en la causa por pasiva respecto del Ministerio de Salud y Protección Social, en consecuencia,

⁷ Folios 296 a 340 del Cuaderno 2

⁸ Folios 176 a 177 del Cuaderno 4

⁹ Folios 194 a 195 del Cuaderno 5

¹⁰ Folios 198 a 199 del Cuaderno 5

¹¹ Folios 214 a 295 del Cuaderno 2

¹² Folios 11 a 12 del Cuaderno 3

¹³ Folios 15 a 17 del Cuaderno 3

¹⁴ Folios 14 a 19 del Cuaderno 7

¹⁵ Folios 20 a 21 del Cuaderno 7

¹⁶ Folios 42 a 43 del Cuaderno 7

¹⁷ Folios 67 a 71 del Cuaderno 7

¹⁸ Folios 359 a 370 del Cuaderno 2

se terminó el proceso frente a esta entidad, y ii) se declaró probadas las excepciones previas de falta de legitimación en la causa por activa y prescripción del llamamiento que hizo la NUEVA EPS S.A., frente a La Previsora Compañía de Seguros. Por consiguiente, se dispuso la terminación de este llamamiento en garantía. En la misma oportunidad se evacuaron los demás tópicos como la fijación de litigio, y el decreto de pruebas de las partes, entre otros.

Posteriormente, en audiencias 9 de mayo¹⁹, 8 de octubre de 2019²⁰ y 17 de septiembre de 2020²¹, se practicaron los medios probatorios decretados, así como la recepción del testimonio del médico neurocirujano Dr. Pedro José Penagos González, de la demandante Ana Leonor Delgado Bello, igualmente se surtió la contradicción de los dictámenes periciales practicados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, y por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá D.C. y Cundinamarca; se declaró finalizada la etapa probatoria y se corrió traslado para presentar alegatos de conclusión. El mismo término se concedió al Ministerio Público para que rindiera su concepto.

IV.- ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

4.1.- El 29 de septiembre de 2020 el apoderado judicial de La Previsora S.A. Compañía de Seguros²² presentó sus alegatos de conclusión, con fundamento en que los daños alegados por las demandantes no tienen su causa en una conducta negligente y violatoria de los reglamentos por parte del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., por cuanto obedece exclusivamente al estado de salud que presentaba la señora Ana Leonor Delgado Bello para el momento en que le fue practicada la cirugía.

Hizo hincapié en los antecedentes de la prestación del servicio médico debido a que desde tiempo atrás la paciente venía padeciendo esta enfermedad, ya que el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., le había tratado un tumor de desmoide de la pared abdominal desde el 4 de enero de 1985 hasta el 19 de noviembre de 1996, y que aun cuando se le ordenó un control para el año siguiente ella no lo cumplió. Luego de quince (15) años acudió de nuevo por los diagnósticos de síndrome de Cushing, con imagen sugestiva de micro adema con persistencia de hipercortisolismo con un control endocrinológico con

¹⁹ Folios 379 a 400 del Cuaderno 2 y 401 a 404 del Cuaderno 8

²⁰ Folios 413 a 420 del Cuaderno 8

²¹ Folios 452 a 454 del Cuaderno 8

²² Folios 461 a 466 del Cuaderno 8

polimedicación para la tensión arterial, cuyo adenoma hipofisiario fue tratado con una resección con abordaje endonasal transesfenoidal, el cual fue llevado a cabo con los más altos estándares de calidad y oportunidad.

Basado en ello, alegó que conforme a las pruebas obrantes en el expediente se arriba a la conclusión que la operación practicada el 2 de abril de 2013 en la humanidad de la señora Ana Leonor Delgado Bello fue un éxito porque la paciente después de siete (7) años se encuentra libre de cáncer, y no existe una prueba científica que indique que la pérdida de la visión hubiera sido consecuencia de la cirugía y no de la patología que padecía.

Del mismo modo, puso de presente que coadyuvaba las excepciones de mérito formuladas por el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., por cuanto la entidad actuó de manera diligente en la aplicación correcta de los protocolos establecidos internacionalmente y exigidos por la literatura médica, y que los riesgos acaecidos no obedecen a un actuar médico puesto que inciden otros factores concomitantes, como la edad, preexistencias, antecedentes patológicos o genéticos de la paciente, ajenos a la pericia y destreza del galeno.

Destacó que las obligaciones del profesional médico por regla general son de medio y no de resultado, puesto que no existe un modelo de conducta prefijado, ni hay una norma que regule la actuación del médico, motivos por los cuales alegó que por ello acude a los códigos éticos de la profesión, al conjunto de saberes, protocolos, prácticas habituales, procedimientos previamente definidos, que conforman un referente plural y complejo denominado *lex artis*, y por ende en el caso de la señora Ana Leonor Delgado Bello no existió falla médica del servicio porque el actuar médico fue prudente y diligente.

De otra parte, adujo que las pólizas aportadas con el llamamiento en garantía Nos. 1005684 y 1005965, no cubren los hechos materia del proceso en razón a que la reclamación debía haberse presentado dentro del periodo de vigencia del seguro, toda vez que fue presentada con posterioridad, cuando se celebró la audiencia de conciliación, esto es el 30 de octubre de 2014. A su vez, alegó que entre la asegurada y la aseguradora no existe solidaridad, porque nace de la Ley o por convenio de las partes. Lo anterior, en virtud a lo previsto en el artículo 1079 del Código de Comercio que dispone que el asegurador no está obligado a responder sino hasta la ocurrencia de la suma asegurada.

En ese orden ideas, trajo a colación que la aseguradora entra asumir el pago del siniestro hasta el monto de las coberturas pactadas en la póliza de responsabilidad civil, esto es por daños morales en una cuantía equivalente a 300 SMLMV menos el deducible pactado del 10%, siempre y cuando exista disponibilidad del valor asegurado en la póliza N° 1005684, por cuanto este puede verse disminuido por otras condenas.

4.2.- El 29 de septiembre de 2020 el apoderado judicial de la NUEVA EPS S.A. sustentó sus alegaciones finales²³ con fundamento en que la parte demandante no logró demostrar si existió una violación a la *lex artis*, motivo por el cual consideró que no hay elementos para estructurar la existencia de una responsabilidad médica. A su vez, trajo a colación la conclusión del dictamen pericial del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses que determinó que la atención médica fue técnicamente correcta y que las consecuencias podían corresponder a complicaciones inherentes a la cirugía.

4.3.- El 30 de septiembre de 2020 el apoderado judicial del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.,²⁴ argumentó en sus alegatos conclusivos que no existe prueba fehaciente e inequívoca que determine la relación de causalidad entre los supuestos padecimientos de la demandante y el presunto daño que se imputa al demandado.

Reiteró su defensa que trata sobre la configuración de la eximente de responsabilidad de fuerza mayor o caso fortuito, porque en el caso de la señora Ana Leonor Delgado Bello se presentó una situación particular que escapa de la esfera del Instituto, pues aun cuando se realizaron todos los procedimientos de manera diligente y siguiendo los postulados de la ciencia médica, se presentaron complicaciones que fueron debidamente documentadas y tratados conforme a los protocolos.

Insistió en que las complicaciones fueron comunicadas tanto a la demandante como a su hija, y que nunca se les ocultó información, sino que por el contrario se les orientó sobre los procedimientos a seguir, y que gracias a la claridad de la información fue que firmaron el consentimiento. Por ello, alegó que no puede catalogarse el actuar médico como una decisión unilateral del médico tratante, ya que las demandantes se encontraban en plena libertad de

²³ Folios 467 a 470 del Cuaderno 8

²⁴ Folios 471 a 475 del Cuaderno 8

explorar otras alternativas o simplemente manifestar la intención de no continuar con el tratamiento médico.

De acuerdo con lo anterior, refirió que las demandantes no allegaron experticia técnica que demuestre que la paciente antes de la cirugía tenía una visión excelente; y que, contrario a lo afirmado por la parte actora el neurocirujano Dr. Pedro José Penagos González, demostró que el acto médico fue avalado por una Junta Médica como una solución para salvaguardar la vida e integridad de la paciente. Por ello, antes de la intervención quirúrgica el médico tratante le comentó a la paciente y a la hija que era la única solución para el control del tumor porque de lo contrario se causarían más daños a la salud y muy seguramente la muerte de la señora Ana Leonor Delgado Bello. De igual manera, precisó que les explicaron los riesgos y complicaciones de la cirugía sin que ellas hubieran manifestado disenso sobre el particular.

Trajo a colación lo probado con la experticia del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en cuanto a que, si bien el médico no era par del Dr. Pedro José Penagos González, sí explicó que de no haberse practicado el procedimiento quirúrgico la paciente hubiera muerto dada la ubicación y complicación del tumor.

Destacó que, dadas las características del tumor y la complejidad del procedimiento, fue practicado por un especialista de neurocirugía con más de veinte años de experiencia, profesional que ya había practicado en el Instituto muchas intervenciones quirúrgicas iguales con éxito. Por lo tanto, las complicaciones presentadas no constituyen una falla médica en razón a que el tratamiento fue brindado de manera correcta en su aplicación y por consiguiente la cirugía fue la indicada para tratar la patología de la paciente.

4.4.- El 30 de septiembre de 2020 el apoderado judicial de las demandantes²⁵ presentó sus alegaciones finales con sustentó en que las secuelas padecidas por la señora Ana Leonor Delgado Bello, son producto del procedimiento quirúrgico practicado el 2 de abril de 2013 por el Dr. Pedro José Penagos González en las instalaciones del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.

Además, alegó que ese Instituto incurrió en una falla del servicio médico por la no obtención de un consentimiento que cumpliera los requisitos contemplados

²⁵ Folios 476 a 482 del Cuaderno 8

en la Ley 23 de 1981, comoquiera que era una obligación médica haberle informado a la paciente que uno de los posibles riesgos era la pérdida de la visión. Refirió que el cirujano oftalmólogo, Dr. Jorge A. Zambrano C., en consulta del 22 de julio de 2013 concluyó que la pérdida de la visión del ojo derecho y la disminución de la agudeza visual fue posterior a la cirugía esfenoïdal. Igualmente, trajo a colación el concepto del médico estrabólogo y neuro oftalmólogo, Dr. Carlos H. Téllez del 11 de julio de 2013, que diagnosticó a la señora Ana Leonor Delgado Bello, la pérdida de la visión del ojo derecho, así como la hemianopsia temporal izquierda consistente en la disminución de la visión en el ojo izquierdo.

De otra parte, alegó como circunstancia adicional de falla del servicio médico el permanente goteo nasal que requirió de otro procedimiento quirúrgico con el fin de corregir la ruptura del septum nasal.

Sumado a lo anterior, alegó que de acuerdo a lo narrado por el Dr. Pedro José Penagos González en la declaración rendida en audiencia del 19 de mayo de 2019, él afirmó que la información brindada en el consentimiento a la paciente no es tan meticulosa, que la pérdida de la visión del ojo derecho de la señora Ana Leonor Delgado Bello es un caso excepcional, porque a lo largo de su experiencia no había tenido más de diez (10) casos en que se produjera una lesión en el nervio óptico por la vía endonasal, y que le sorprendió que la paciente hubiera tenido esta complicación. A su vez, adujo que él admitió que ella quedó con una *“fistula de líquido cefalorraquídeo”*.

Basado en ello, sostuvo que del testimonio del Dr. Pedro José Penagos González se concluye que existieron diferentes circunstancias que comprometieron la responsabilidad administrativa y extracontractual del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., porque se presentó un error en la ejecución del procedimiento, por cuanto se produjo un daño en el nervio óptico que conllevó a la pérdida de la visión del ojo derecho, así como la disminución de la visión del ojo izquierdo; sumado a que la paciente presentó una ruptura del septum nasal que solamente fue corregido dos años después.

De otro lado, cuestionó lo dicho en el dictamen pericial rendido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses por considerar que el médico no contaba con la especialidad de neurocirugía, sumado a que incurrió a una serie de contradicciones e imprecisiones que evidenciaron el desconocimiento de la especialidad, por lo que solicitó al Juzgado analizar las conclusiones con

mayor rigurosidad ya que contradice lo dicho por el médico tratante en cuanto a que se presentó una hemorragia intraselar que causó la compresión del nervio óptico.

CONSIDERACIONES

1.- Competencia

Este Juzgado tiene competencia para conocer esta acción porque así lo determinan los artículos 140, 155 numeral 6, 156 numeral 6° y 164 numeral 2 letra i), del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

2.- Problema Jurídico

Al Juzgado le corresponde establecer si la NUEVA EPS S.A. y el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., son administrativamente responsables de los perjuicios reclamados por las demandantes con ocasión a las secuelas presentadas por la señora Ana Leonor Delgado Bello con posterioridad al procedimiento médico – quirúrgico que se le practicó el 2 de abril de 2013, en las instalaciones de dicho Instituto, lo cual es calificado por la parte actora como una falla del servicio médico.

En caso de acreditarse la responsabilidad del Instituto Nacional de Cancerología determinar si el llamado en garantía La Previsora S.A. Compañía de Seguros debe asumir el pago de la eventual condena con base en las pólizas de seguro N° 1005684 y 1005964 pactada entre estas.

3.- Presupuestos de la responsabilidad

Con relación a la responsabilidad del Estado, la Carta Política de 1991 produjo su “*constitucionalización*” al erigirla como garantía de los derechos e intereses de los administrados y de su patrimonio, sin distinguir su condición, situación o interés.

De lo dispuesto en el artículo 90 de la Constitución, cláusula general de responsabilidad extracontractual del Estado, se desprende que ésta tiene como fundamento la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado y la imputación del mismo a la administración pública, tanto por

su acción como por su omisión, ya sea atendiendo a los criterios de falla en el servicio, daño especial, riesgo excepcional o cualquier otro.

En síntesis, la responsabilidad extracontractual del Estado se configura con la demostración del daño antijurídico y de su imputabilidad a la Administración.

El daño consiste en el menoscabo del interés jurídico tutelado y la antijuridicidad del mismo en que ese daño no debe ser soportado por el administrado, ya sea porque es contrario a la Carta Política o a una norma legal, o, porque es “irrazonable” sin depender “de la licitud o ilicitud de la conducta desplegada por la Administración.”²⁶.

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

“(…) La circunstancia de que los hechos relatados en la demanda sean constitutivos de una falla del servicio, o conformen un evento de riesgo excepcional o puedan ser subsumidos en cualquier otro régimen de responsabilidad patrimonial de los entes públicos, es una valoración teórica que incumbe efectuar autónomamente al juzgador, como dispensador del derecho ante la realidad histórica que las partes demuestren (...)”²⁷.

Finalmente, debe considerarse que la responsabilidad extracontractual no puede ser concebida simplemente como una herramienta destinada a la reparación, sino que debe contribuir con un efecto preventivo que permita la mejora o la optimización en la prestación, realización o ejecución de la actividad administrativa globalmente considerada.

4.- Régimen de imputación derivado de la actividad médica

Ahora bien, en cuanto al régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica, en casos como el presente, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha establecido que el régimen aplicable es el de falla del servicio, realizando una transición entre los conceptos de falla presunta a falla probada, en la actualidad la posición consolidada de esa Alta Corte en esta materia la

²⁶ Consejo de Estado- Sentencia de 23 de septiembre de 2009, Exp. 17.986.

²⁷ Consejo de Estado- Sentencia de 7 de octubre de 2009. Exp. 35656.

constituye aquella según la cual es la falla probada del servicio el fundamento bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria.²⁸

Dicho título de imputación opera, como lo señala la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado, no sólo respecto de los daños indemnizables derivados de la muerte o de las lesiones corporales causadas, sino que también comprende:

“...los que se constituyen por la vulneración del derecho a ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y, (...), por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz.”²⁹

Cuando la falla probada en la prestación del servicio médico y hospitalario se funda en la “*lesión al derecho a recibir atención oportuna y eficaz*”, se debe observar que ésta produce como efecto la vulneración de la garantía constitucional que recubre el derecho a la salud, especialmente en lo que hace referencia al respeto del principio de integridad en la prestación de dicho servicio, el cual según el precedente jurisprudencial constitucional indica que:

“La protección al derecho fundamental a la salud no se limita simplemente al reconocimiento de los servicios que se requieren con necesidad; sino que comprende también su acceso de manera oportuna, eficiente y de calidad. La prestación del servicio de salud es oportuna cuando la persona lo recibe en el momento que corresponde para recuperar su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. En forma similar, el servicio de salud se considera eficiente cuando los trámites administrativos a los que se somete al paciente para acceder a una prestación requerida son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no imponen al interesado una carga que no le corresponde asumir. Por otro lado, el servicio de salud es de calidad cuando las entidades obligadas a prestarlo actúan de manera tal “que los usuarios del servicio no resulten víctimas de imponderables o de hechos que los conduzcan a la desgracia y que, aplicando con razonabilidad los recursos estatales disponibles, pueden ser evitados, o su impacto negativo reducido de manera significativa para la persona eventualmente afectada.”³⁰

Dicho principio de integralidad del servicio exige considerar, según el precedente jurisprudencial constitucional, que corresponde a:

“todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento,

²⁸ Consejo de Estado – Sección Tercera, sentencia de 12 de mayo de 2011, Exp. 19.835.

²⁹ Sala de lo Contencioso Administrativo- Sección Tercera- Subsección C, C.P.: Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Bogotá, D.C., 2 de mayo de 2018. Rad. 68001-23-31-000-2000-02504-01(39038) Actor: José Antonio Hernández Camacho Y Otro Demandado: Caja Nacional De Previsión Social - Cajanal Y Otros Referencia: Acción De Reparación Directa- Apelación Sentencia.

³⁰ Corte Constitucional, sentencia T-104 de 2010.

así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”³¹

A lo que se agrega, según el precedente jurisprudencial constitucional:

“Se considera por tanto que hay un daño, cuando se produce un dolor intenso, cuando se padece la incertidumbre y cuando se vive una larga e injustificada espera, en relación con la prestación de servicios médicos, la aplicación de medicamentos o la ejecución de procedimientos que no llegan o que se realizan de manera tardía o incomoda.

“Al respecto cabe destacar que el derecho a la salud de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Constitucional:

-Debe ser integral:

“(…) la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento³², así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente³³ o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud.”³⁴

En ese sentido, la Sala ha manifestado en decisiones precedentes que dicha falla se circunscribe a una consideración básica:

“La obligación de prestar asistencia médica es compleja, es una relación jurídica total, compuesta por una pluralidad de deberes de conducta (deber de ejecución, deber de diligencia en la ejecución, deber de información, deber de guardar secreto médico, etc.). Ese conjunto de deberes conforma una trama, un tejido, una urdimbre de la vida social responde a la idea de organización – más que de organismos- en punto a la susodicha relación jurídico total (...) Por tanto, aquel deber jurídico principal supone la presencia de otros deberes secundarios de conducta, como los de diagnóstico, información, recepción de la voluntad jurídica del enfermo –

³¹ Corte Constitucional, sentencia T-1059 de 2006

³² “*Que comprende, a su vez, diversas obligaciones: a) de habilidad y diligencia, referida la primera a aquellos supuestos en los que produzca un daño antijurídico como consecuencia de un diagnóstico, intervención o atención médica en un campo para el que el profesional, o la institución médica no tenga la aptitud o el personal idóneo en la especialidad necesaria, o de no consultar con un especialista, o de incumplirse el deber de aconsejar la remisión del paciente; b) obligación de medio técnicos, consistente en la existencia del material adecuado “para que el trabajo a realizar pueda efectuarse en condiciones normales de diagnóstico y tratamiento”; así como en el “mantenimiento en correcto estado de funcionamiento de los aparatos”, ámbito en el que cabe incluir la profilaxis necesaria, y; c) obligación de continuidad en el tratamiento”.* FERNÁNDEZ HIERRO, José Manuel. Sistema de responsabilidad médica., ob., cit., pp.257 a 269.

³³ En este sentido se ha pronunciado la Corporación, entre otras, en la sentencia T- 136 de 2004.

³⁴ Corte Constitucional, sentencias T- 1059 de 2006; T- 062 de 2006; T- 730 de 2007; T- 536 de 2007; T- 421 de 2007

llamada comúnmente consentimiento del paciente-, prescripción, guarda del secreto profesional, satisfacción del plan de prestación en su integridad (actividad que supone no abandonar al enfermo y cuidar de él hasta darlo de alta)”³⁵

En lo tocante a la imputación, por virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, ratificado por Colombia³⁶, los Estados signatarios reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, garantía que la Carta Política de 1991 tradujo en el deber estatal de garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Ese derecho social no solo se interpreta como la posibilidad formal de acceder a esa clase de servicios, sino a que estos se presten de manera eficiente, digna, responsable, diligente y de acuerdo con la *lex artis*; lo que debe traducirse en que a quien, en evidentes condiciones de debilidad, derivadas de la enfermedad que lo aqueja, acude en procura del servicio, se le brinde una atención de calidad que le permita tener las mejores expectativas de recuperar la salud.

Esa interpretación no supone una obligación de resultado para el prestador del servicio, sino que debe comprenderse como la garantía del paciente a obtener la atención en las mejores condiciones disponibles, bajo el entendido de que quien acude en busca de un servicio médico confía en que será tratado de manera adecuada.

Por otra parte, en relación con la carga de la prueba tanto de la falla del servicio como del nexo causal, el Consejo de Estado ha dicho que corresponde, en principio, al demandante, en los siguientes términos:

“La responsabilidad estatal por fallas en la prestación del servicio médico asistencial no se deriva simplemente a partir de la sola constatación de la intervención de la actuación médica, sino que debe acreditarse que en dicha actuación no se observó la *lex artis* y que esa inobservancia fue la causa eficiente del daño. Esa afirmación resulta relevante porque de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuridicidad del daño, sin que sea suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que surja el derecho a la indemnización, dado que se requiere que dicho daño sea imputable a la administración, y sólo lo será cuando su intervención hubiera sido la causa eficiente del mismo (subrayado no original).

(...)

³⁵ Sección Tercera, sentencia de 18 de febrero de 2010. Exp. 17655.

³⁶ Ley 74 de 1968

En varias providencias proferidas por la Sala se consideró que cuando fuera imposible demostrar con certeza o exactitud la existencia del nexo causal, no sólo por la complejidad de los conocimientos científicos y tecnológicos en ella involucrados sino también por la carencia de los materiales y documentos que probaran dicha relación, el juez podía “contentarse con la probabilidad de su existencia”, es decir, que la relación de causalidad quedaba probada cuando los elementos de juicio que obraran en el expediente conducían a “un grado suficiente de probabilidad”, que permitían tenerla por establecida.

De manera más reciente se precisó que la exigencia de “un grado suficiente de probabilidad”, no implica la exoneración del deber de demostrar la existencia del vínculo causal entre el daño y la actuación médica, que haga posible imputar responsabilidad a la entidad que presta el servicio, sino que esta es una regla de prueba, con fundamento en la cual el vínculo causal puede ser acreditado de manera indirecta, mediante indicios.

Así la Sala ha acogido el criterio según el cual para demostrar el nexo de causalidad entre el daño y la intervención médica, los indicios se erigen en la prueba por excelencia, dada la dificultad que en la mayoría de los casos se presenta de obtener la prueba directa. Indicios para cuya construcción resulta de utilidad la aplicación de reglas de la experiencia de carácter científico, objetivo o estadístico, debidamente documentadas y controvertidas dentro del proceso.”

5.- Asunto de fondo

El problema jurídico que se plantea al Despacho, consiste en determinar si la NUEVA EPS S.A. y el INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E., son solidaria, administrativa y extracontractualmente responsables por la presunta falla en la prestación del servicio médico que se les atribuye por las secuelas que presentó la señora Ana Leonor Delgado Bello posteriormente a la práctica de una intervención quirúrgica por parte del mencionado Instituto. En caso afirmativo, se deberá determinar también si a la aseguradora le corresponde asumir el pago de la condena.

Los reproches que se formulan por las demandantes en contra de las demandadas se contraen a: **i)** la omisión de informar en el consentimiento informado los riesgos del procedimiento quirúrgico, tales como la eventual pérdida de la visión así como el goteo nasal – rinoliquia -, y **ii)** por error en el actuar médico incurrido en el procedimiento practicado el 2 de abril de 2013 por parte del médico neurocirujano Dr. Pedro José Penagos González, debido a la perforación nasal y al compromiso del nervio óptico.

En su defensa, las demandadas junto con la aseguradora, alegaron inexistencia de falla del servicio médico tras considerar que la conducta médica del especialista tratante fue desarrollada acorde con la *lex artis* debido a que con la resección del tumor ubicado en la hipófisis se salvaguardó la vida de la

señora Ana Leonor Delgado Bello, y además, porque que por tratarse de una cirugía compleja por la ubicación del tumor en la paciente comprendía unos riesgos para ella, complicaciones que no podían ser consideradas como un error del actuar médico.

El extremo pasivo también adujo que las secuelas padecidas por la aquí demandante no obedecen a una falla del servicio, sino a una circunstancia imprevisible, puesto que la pérdida de la visión del ojo derecho y la disminución visual del ojo izquierdo, son el producto de riesgos no previsibles para el momento de la firma del consentimiento informado, toda vez que existieron factores intrínsecos de la paciente que sobresalieron durante el desarrollo del procedimiento, motivo por el cual dicha complicación configura la eximente de responsabilidad del Estado de fuerza mayor o caso fortuito, ya que escapa al manejo dado por el equipo médico que practicó la intervención quirúrgica.

Como soporte de la falla del servicio médico las demandantes principalmente allegaron dos certificaciones, una la del cirujano oftalmólogo Dr. Jorge A. Zambrano C., del 22 de julio de 2013, que da cuenta del diagnóstico de neuropatía óptica posterior a cirugía esfenoidal³⁷, y la otra, la del estrabólogo y neurooftalmólogo de la Clínica Barraquer, del 11 de julio de 2013³⁸, que hizo constar que la paciente Ana Leonor Delgado Bello tiene secuelas de neuropatía óptica comprensiva bilateral por adenoma de hipófisis reseca y presbicia, agudeza visual del ojo derecho “NPL” y hemianopsia temporal izquierda. Igualmente, obra dictamen de pérdida de capacidad laboral y ocupacional de la Junta Regional de Calificación de Validez de Bogotá y Cundinamarca del 18 de octubre de 2019³⁹, mediante el cual calificó la secuela de deficiencia por sistema visual en un 50,04%, cuya experticia fue objeto de contradicción en audiencia del 17 de septiembre de 2020⁴⁰.

A su vez, obra Informe Pericial de Clínica Forense N° UBSC-DRB-27242-2019 del 7 de diciembre de 2019⁴¹, cuya contradicción se surtió en la misma

³⁷ Folio 12 del Cuaderno 1

³⁸ Folio 13 del Cuaderno 1

³⁹ Folios 421 a 425 del Cuaderno 8

⁴⁰ Ver contradicción de dictamen pericial de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá D.C. realizada en audiencia del 8 de octubre de 2019 contenida en el DVD-R incorporado a folio 413 del Cuaderno 8

⁴¹ Folios 429 a 536 del Cuaderno 8

audiencia del 17 de septiembre de 2020⁴². Del precitado informe la profesional médica forense Dra. Magdolin Laila Hassan Afifi Alonso hizo la salvedad que no era especialista en neurocirugía, oftalmología y endocrinología, por cuanto su ocupación es médico especialista en salud ocupacional y riesgos profesionales con una experiencia de aproximadamente 12 años en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, no obstante ello, puso a consideración del Despacho las conclusiones desde los conocimientos básicos que tiene en medicina.

Respecto a lo dictaminado por la Profesional Médica Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se observa que, con ocasión al análisis de los principales hallazgos en la atención médica brindada por el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., durante el periodo comprendido entre el 22 de agosto de 2011 y el 16 de diciembre de 2014, arribó a las siguientes conclusiones, así: i). – Que el abordaje transesfenoidal es el principal tratamiento para adenomas de hipófisis por cuanto es mínimamente invasivo, en razón a que antiguamente era usado de forma transcraneal que generaba una gran tasa de morbilidad y mortalidad en los pacientes debido al gran sangrado y la gran exposición en la cavidad craneal, ii). – Que la técnica habitual, que se realiza en la inmensa mayoría de los casos - 96% -, se hace a través de la nariz, lo que se denomina cirugía transnasal transesfenoidal, la cual se puede realizar con técnicas microquirúrgicas o por endoscopia, dependiendo de cada caso, iii). – Señaló que no fue aportada la historia completa de los hechos de la amaurosis y de la rinoliquia del año 2013, ni los controles del año 2019, pero aun así advirtió que la técnica quirúrgica empleada es la que habitualmente se utiliza y enfatizó que por el hecho que sea mínimamente invasiva no quitaba el grado de complejidad de la misma, iv). – Expuso que debido al abordaje endonasal transeptal transesfenoidal del adenoma hipofisiario existen posibles complicaciones y que una de ellas es la pérdida o alteración visual, que en algunos artículos científicos se encuentra entre el 1% y 2% de los pacientes y en otros se habla de que puede llegar al 10% como complicación habitual; y v). – Que la complicación transoperatoria más frecuente es la hemorragia intraselar, que varía entre el 0.4% y el 3%, seguida de la hipertensión arterial y fistula de líquido cefalorraquídeo, por lo cual sugirió un cuestionario para que se realice una interconsulta con los especialistas pares académicos de los profesionales, preferiblemente

⁴² Ver contradicción de dictamen pericial de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá D.C. realizada en audiencia del 8 de octubre de 2019 contenida en el DVD-R incorporado a folio 413 del Cuaderno 8

neurocirugía oncológica, oftalmología y endocrinología, para que hagan un abordaje completo de la historia clínica, por cuanto en la planta de personal del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses no se cuenta con especialistas en el área requerida.

En audiencia del 17 de septiembre de 2020⁴³ la Profesional Médica Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Dra. Magdolin Laila Hassan Afifi Alonso, entre minutos 30:57 a 31:25, explicó que la causa de la amaurosis referente a la pérdida de la función visual del ojo derecho fue la hemorragia desarrollada en la región intraselar, lo que conllevó a la compresión del nervio óptico. Respecto a la anterior conclusión, precisó que la hemorragia intraselar puede ser considerada como una complicación que conlleva el desarrollo del procedimiento en sí mismo.

Frente a lo anterior, el apoderado judicial de la parte actora, en su escrito de alegatos de conclusión, cuestiona la veracidad del dictamen pericial rendido por la Profesional Médica Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Dra. Magdolin Laila Hassan Afifi Alonso, por aspectos tales como no ser especialista en neurocirugía, oftalmología, y endocrinología, por afirmar que el procedimiento se realizó de forma endoscópica, y por aseverar que se presentó una hemorragia intraselar, cuando el médico neurocirujano Dr. Pedro José Penagos González afirmó que la ejecución de la cirugía no presentaron este tipo de accidentes.

Sobre el particular, la apreciación del dictamen está reglada por el artículo 232 del CGP, el cual señala los elementos que debe tener en cuenta el juez tales como: (i) Respeto de las reglas de la sana crítica, (ii) La solidez, (iii) Claridad, (iv) Exhaustividad, (v) Precisión, (vi) Calidad de los fundamentos, (vii) Idoneidad del perito, (viii) Comportamiento del perito en la audiencia y (ix) Las demás pruebas que obren en el proceso.

Entonces, es necesario aclarar que para el Juzgado no es ajeno que la Profesional Médica Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Dra. Magdolin Laila Hassan Afifi Alonso, no es especialista en neurocirugía, oftalmología o endocrinología, pues en el mismo Informe Pericial de Clínica Forense N° UBSC-DRB-27242-2019 del 7 de diciembre de 2019⁴⁴, se

⁴³ Folios 452 a 454 del Cuaderno 8 incluido 1 DVD-R contentivo de la audiencia del 17 de septiembre de 2020, entre minutos 30:57 a 31:25

⁴⁴ Folios 429 a 536 del Cuaderno 8

advirtió tal situación, inclusive la médico en audiencia del 17 de septiembre de 2019 manifestó y explicó que su especialidad era en salud ocupacional y riesgos profesionales y por ende a partir de sus conocimientos básicos en medicina rendía dicho dictamen. Sin embargo, esta circunstancia no conduce necesariamente a dejar de lado sus conclusiones, debido a que la presente decisión se apoya en la valoración conjunta de los medios probatorios oportunamente allegados y controvertidos en esta instancia, acervo no desvirtúa lo dicho por esta profesional sino que por el contrario lo confirma.

En lo que atañe a la afirmación hecha por la Profesional Médica Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Dra. Magdolin Laila Hassan Afifi Alonso, ella se refirió a minuto 29:54 de la audiencia del 17 de septiembre de 2019 que el procedimiento transesfenoidal se realizó por vía endoscópica. No obstante, si bien ésta no fue la técnica por la cual se ejecutó la cirugía, porque fue por vía microscópica, dicha circunstancia no impide hacer la valoración de las demás conclusiones del dictamen, sin olvidar que su apreciación será más rigurosa en comparación con las otras pruebas incorporadas al proceso.

Ahora bien, una de las conclusiones a las que ella se refirió en la audiencia del 17 de septiembre de 2019 fue la de advertir que la causa que conllevó a la amaurosis del ojo derecho de la señora Ana Leonor Delgado Bello, obedeció a la hemorragia intraselar desarrollada en la región intraselar al momento de la extracción del adenoma hipofisiario, lo que hizo compresión en el nervio óptico. Este aspecto es precisamente el objeto de decisión del presente asunto, en razón a que se debe determinar si el procedimiento desarrollado impactó el nervio óptico y si ello obedeció a un error del actuar médico o a una complicación derivada del procedimiento de la resección transesfenoidal del adenoma hipofisiario en la paciente Ana Leonor Delgado Bello, llevado a cabo el día 2 de abril de 2013, y si ello fue lo que conllevó a una amaurosis del ojo derecho, y a una disminución visual del ojo izquierdo.

En consonancia con lo anterior este Despacho procede a la valoración de la histórica clínica, así como de la declaración rendida por la señora Ana Leonor Delgado Bello y del testimonio del Neurocirujano Dr. Pedro José Penagos González, y demás pruebas documentales obrantes en el expediente, para así determinar si las secuelas que presenta la paciente pueden atribuirse o no a una falla cometida en el procedimiento médico quirúrgico que se le practicó en el Instituto Nacional de Cancerología.

De acuerdo a la historia clínica allegada por las partes, se observa que la señora Ana Leonor Delgado Bello para el día 13 de julio de 2011⁴⁵ consultó por primera vez por la especialidad de endocrinología del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., con ocasión a la remisión de otra IPS, por ser una paciente con síndrome de Cushing ACTH, dependiente, por micro adenoma hipofisiario; en la cual se ordenó valoración por las especialidades de neurología y neuropsicología.

Luego, obra consulta por servicio de neurocirugía del 1° de agosto de 2011⁴⁶ por la enfermedad de Cushing con imagen sugestiva micro adenoma con persistencia de hipercortisolismo; en esta oportunidad se observa que la paciente presentó una imagen de resonancia magnética del 5 de abril de 2011, en la cual se evidenció una lesión nodular en silla turca izquierda con extensión central sin causa o efecto compresivo. Por consiguiente, de acuerdo a los hallazgos evidenciados en esta valoración se desprende que el médico tratante diagnosticó un tumor de comportamiento incierto o desconocido de la glándula hipófisis distinguido con el código N° D 443 y a su vez, lo catalogó como un tumor benigno de la hipófisis bajo código de diagnóstico N° D352.

Posteriormente, en resonancia magnética de base de cráneo silla turca del 18 de agosto de 2011⁴⁷, se registra la presencia de una imagen redondeada de diámetros mayores de 5.7 x 6.9 x 5 mm⁴⁸, de aspecto central en la hipófisis, no obstante el radiólogo determinó que este hallazgo era compatible con el de un quiste hipofisiario porque no habían imágenes que sugirieran la presencia de una lesión tumoral, asimismo advirtió el compromiso específico de sustancia blanca relacionado probablemente con arterioesclerosis.

Igualmente, entre los antecedentes del diagnóstico se tiene que en el mismo Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., la paciente tuvo otra valoración⁴⁹ por la especialidad de endocrinología oncológica para el día 22 de agosto de 2011, en donde se puede evidenciar que para el mes de febrero del año 2011 tenía un adenoma hipofisiario de diámetros de 7 x 6 milímetros.

⁴⁵ Folio 26 del Cuaderno 1

⁴⁶ Folio 28 del Cuaderno 6

⁴⁷ Folio 33 del Cuaderno 6

⁴⁸ Ver hallazgos en resonancia nuclear magnética del 23 de agosto de 2018 obrante a folio 109 del Cuaderno 1

⁴⁹ Folio 30 del Cuaderno 6

Por ende, se observa que el endocrinólogo, Dr. Leonardo Javier Rojas Melo, determinó un cuadro clínico con ciertas claves de Cushing consistentes en osteoporosis, obesidad, hipertensión de difícil control y trastorno cognitivo. De igual forma, dejó constancia que llamaba la atención que el cortisol urinario y el sérico no eran concordantes entre sí, asimismo advirtió que la imagen de la resonancia del 18 de agosto de 2011⁵⁰ era equivocada, ya que el médico radiólogo la informaba como quiste.

En ese momento, el endocrinólogo, Dr. Leonardo Javier Rojas Melo ordenó medir cortisol urinario con la salvedad de que, si el cortisol urinario seguía negativo, se tomaría prueba con Dexametasona IV, y que de acuerdo al reporte el médico endocrinólogo contempló desde un inicio la posibilidad de practicar la cirugía o el cateterismo de senos petrosos en consenso con la especialidad de neurocirugía.

Posteriormente, en consulta del 29 de agosto del 2011⁵¹ con el médico neurocirujano Dr. Nicolás Gil Guevara, la señora Ana Leonor Delgado Bello manifestó “*se me olvidan las cosas a veces*”, asimismo se evidencia que el médico tratante la orientó en cuanto a darle un manejo continuo con endocrinología por tratarse de una enfermedad multiinfarto y recomendó comentar el caso en Junta de Neurocirugía. Después, para el 6 de septiembre de 2011⁵² el Neurólogo Dr. Gonzalo Melo Gómez, consideró que el compromiso neurológico podía ser un posible síndrome demencial secundario a la enfermedad multiinfarto y ordenó la remisión a la EPS para dar manejo por neurología especializada en memoria. Igualmente, se desprende la constancia de que el caso fue comentado a los Dres. Garavito, Rojas y Fierro.

El 17 de noviembre de 2011⁵³ en consulta por endocrinología oncológica no fue posible determinar si la sintomatología se asociaba a Cushing o Pseudocushing, debido a que se llamó al laboratorio de investigación hormonal para definir el punto de corte del cortisol en saliva a las 11 de la noche, pero aún estaba pendiente evaluar esta situación.

Con posterioridad, en la consulta del 23 de febrero de 2012⁵⁴, por la especialidad de endocrinología, se puso en duda si se trataba de un quiste

⁵⁰ Folio 30 del Cuaderno 6

⁵¹ Folio 32 del Cuaderno 6

⁵² Folio 31 del Cuaderno 1

⁵³ Folio 34 del Cuaderno 1 y folio 37 del Cuaderno 6

⁵⁴ Folio 36 del Cuaderno 1 y folio 38 del Cuaderno 6

hipofisario, y para ese momento el médico tratante dejó constancia que para esa época no era posible discernir si se trataba de la patología Cushing o Pseudocushing. Igualmente, para el 23 de abril de 2012⁵⁵, se dio continuidad al seguimiento de los niveles de cortisol, asimismo no se descartó que la sintomatología podía estar asociada al síndrome de Cushing.

Ahora, para establecer si existió falla del servicio en el caso de la señora Ana Leonor Delgado Bello, es necesario traer a colación los conceptos médicos dados en las valoraciones efectuadas por las especialidades de endocrinología oncológica y neurocirugía debido a que, si bien inicialmente se encontraba en estudio el diagnóstico, lo cierto es que desde el 22 de agosto del año 2011 el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., advirtió la existencia de un tumor de comportamiento incierto en la hipófisis, puesto que la paciente contaba con resultados desde el mes de febrero de 2011 y que posteriormente la IPS que la atendía ordenó su remisión a finales de junio de 2011 al Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.

Especialmente advierte este Despacho que en la consulta del 18 de mayo de 2012⁵⁶ el Dr. Leonardo Javier Rojas, médico internista de endocrinología oncológica, a partir de los resultados de la imagen de la resonancia magnética del 4 de mayo de 2012, observó un aumento de volumen de la hipófisis con diámetros mayores de 11 x 4 x 12 mm⁵⁷, terminación en domo, en la parte intermedia con imagen redondeada, hipointensa en T 1, hiperintensa T 2, con tallo ligeramente desviado a la derecha.

El 31 de julio de 2012 los Dres. Fierro, Garavito y Marín, del servicio de endocrinología oncológica⁵⁸, realizaron el seguimiento del caso de la señora Ana Leonor Delgado Bello, en el cual revisaron los resultados del test liddle del 18 de julio de 2012, así como los paraclínicos previos y las imágenes de las resonancias magnéticas, determinando la prioridad de los controles debido a que llamó la atención la elevación del porcentaje del ACTH y CORTISOL.

Respecto a ello, en Junta Médica Multidisciplinaria Oncológica del 5 de septiembre de 2012⁵⁹, luego de analizar los antecedentes clínicos de la

⁵⁵ Folio 38 del Cuaderno 1 y Folio 43 del Cuaderno 6

⁵⁶ Folio 40 del Cuaderno 1 y Folios 46 a 47 del Cuaderno 6

⁵⁷ Ver hallazgos de la resonancia nuclear magnética del 4 de mayo de 2012 obrante a folio 110 del Cuaderno 1

⁵⁸ Folios 52 a 53 del Cuaderno 6

⁵⁹ Folio 55 a 57 del Cuaderno 6

paciente, como hipertensión arterial, osteoporosis, enfermedad multiinfarto, déficit de vitamina D, así como los paraclínicos de cortisol pots Dexa 1 Mg (UG/DL), cortisol urinario (ug/día), volumen urinario (ml), cortisol en saliva 2300 Hrs (NMOL/L) y ACTH (PG/ML), y los perfiles hipofisiario y metabólico, junto con las imágenes de la silla turca, le determinaron a la paciente el diagnóstico de Cushing ACTH dependiente, asimismo por hallazgo de quiste hipofisiario ordenaron realizar cateterismo de senos petrosos con el fin de lateralizar la lesión hipofisiaria, igualmente se ordenó que posterior a ello debía ser presentada con los resultados en la Junta de Neurocirugía. De igual forma, se puede evidenciar que el anterior análisis fue explicado de forma clara a la paciente Ana Leonor Delgado Bello y a su hija.

Luego, en consulta del 12 de diciembre de 2012⁶⁰ la especialidad de endocrinología remitió a la paciente a valoración por neurocirugía. De forma simultánea, el 11 de enero de 2013⁶¹ se observa del informe de resultados de la resonancia magnética nuclear realizada a la paciente Ana Leonor Delgado Bello que aumentó el volumen de la hipófisis con diámetros mayores a 14 x 10 x 10 mm (TxAPxL) con tallo ligeramente desviado a la derecha.

Posteriormente, la señora Ana Leonor Delgado Bello consultó por neurocirugía el 28 de enero de 2013⁶², por cursar enfermedad de Cushing y porque a veces se le olvidaban las cosas. En esta oportunidad, se remitió el caso a la Junta Médica de Neurocirugía para llevarse a cabo el 1° de febrero de 2013, a fin de determinar el manejo de la cirugía. Sin embargo, tras efectuar una revisión exhaustiva al expediente no obra dicha Junta Médica; no obstante, de la valoración efectuada el 18 de febrero de 2013⁶³ por endocrinología oncológica se hizo referencia a que fue valorada por la Junta Médica de Neurocirugía y que fue programada la cirugía con abordaje TE, por lo anterior el endocrinólogo igualmente decidió dar manejo con intervención quirúrgica de resección por cuanto no observó contraindicación para la cirugía desde el punto de vista endocrinológico.

A pesar de no contar con el análisis efectuado por la Junta Médica de Neurocirugía que, al parecer fue llevada a cabo en el 1° de febrero de 2013, es importante no pasar por alto que antes de la intervención quirúrgica la paciente Ana Leonor Delgado Bello, además de ser diagnosticada por micro

⁶⁰ Folio 49 del Cuaderno 1 y Folios 70 a 71 del Cuaderno 6

⁶¹ Folio 111 del Cuaderno 1

⁶² Folio 51 del Cuaderno 1

⁶³ Folio 53 a 54 del Cuaderno 1 y folios 72 a 73 del Cuaderno 6

adenoma hipofisiario central, síndrome de Cushing ACTH, también padecía de un deterioro cognitivo en estudio por zonas de desmielinización frontal⁶⁴ y osteoporosis diagnosticada desde el año 2011, entre otras patologías.

El 27 de febrero de 2013⁶⁵ se observa en la valoración por parte del anesthesiólogo, que le dio explicaciones a la paciente de riesgos y complicaciones de la cirugía de resección transesfenoidal de tumor de hipófisis por micro adenoma de hipófisis.

Seguidamente se tiene que para el día 4 de marzo de 2013 la señora Ana Leonor Delgado Bello, junto con su hija Dolly Johana Sequera Delgado, suscribieron el consentimiento informado para la práctica del procedimiento de resección tumor hipofisiario por vía transepto esfenoidal.

Tenemos pues, que para el día 2 de abril de 2013 entre las 9:00 hasta las 12:00 horas fue realizada la cirugía por el equipo médico del Instituto Nacional de Cancerología.

Una vez realizada la cirugía fue ingresada a la UCI con diagnósticos de ingreso de pop inmediato de resección transesfenoidal de tumor de hipófisis por macro adenoma hipofisiario, riesgo de diabetes insípida e hipertensión arterial crónica. Enseguida, el 3 de abril de 2013 a las 5:25 horas⁶⁶ el Dr. Germán René Álvarez Berástegui, con ocasión al seguimiento de la evolución de post operatorio se refirió a la disminución y agudeza visual por ojo derecho. Por consiguiente, el mismo día a las 13:10⁶⁷ horas iniciaron manejo con metilprednisolona para mejorar posible oftalmoplejía, a la espera del concepto de oftalmología.

El 3 de abril de 2013⁶⁸, con ocasión a la tomografía axial computada de cráneo simple se observa el estado post operatorio de los cambios postquirúrgicos de abordaje transepto esfenoidal, con material hemático a lo largo de celdillas etmoidales posteriores y senos esfenoidales sin que se documentaran estigmas que sugirieran fistulas de líquido cefalorraquídeo. También se registra discreto aumento de amplitud del espacio subaracnoideo por cambios retráctiles asociados a leucoencefalopatía microangiopática de predominio supratentorial.

⁶⁴ Ver aparte de IDx de la consulta efectuada el 18 de febrero de 2013 obrante a folio 53 del Cuaderno 1

⁶⁵ Folio 55 del Cuaderno 1

⁶⁶ Ver vuelto folio 88 del Cuaderno 1 y folio 165 del Cuaderno 6

⁶⁷ Folio 89 del Cuaderno 1

⁶⁸ Folio 131 del Cuaderno 6

Sin signos de isquemia fase aguda o subaguda. La densidad de los senos cavernosos era normal. Órbitas y contenido normales. Acumulación de líquido en antros maxilares, probablemente postural y por disminución ciliar postraumática. Múltiples lesiones de aspecto lítico sin esclerosis, mal definidas localizadas a lo largo de la calota y que las mismas se debían correlacionar con la historia clínica. Se planteó el diagnóstico diferencial de compromiso por mieloma múltiple.

Luego, para el 3 de abril de 2013 a las 17:14 horas la Dra. Abel Yurialdy Espinoza Ríos⁶⁹, diagnosticó la disminución visual como una oftalmoparesias derecha ante la “*visión bultos ojo derecho*”.

Después, para el 4 de abril de 2013 a las 10:36 horas el Dr. Diego Leonardo Pérez Monroy⁷⁰, cambió el diagnóstico por una neuritis óptica derecha en estudio, por cuanto estableció un curso clínico irregular con amaurosis derecha post operatoria, sin deterioro metabólico, pero con alto riesgo de complicación por esquema esteroide iniciado por neurocirugía para neuritis óptica post operatoria; a su vez, se dio manejo con desparasitación y esquema corto de antibiótico por inmunosupresión aguda severa por taponamiento nasal y riesgo sinusitis.

En la misma fecha, a las 11:52 horas la Dra. María Alejandra Toro Millán⁷¹, reiteró el diagnóstico de sospecha de neuritis óptica derecha, asimismo en el examen físico se pudo evidenciar en el ojo derecho una percepción de luz dudosa y en el ojo izquierdo 20/30 con carta de visión a tres (3) metros, igualmente observó lo siguiente:

- Examen externo: Apertura y cierre palpebral normal movimientos oculares normales.

- Examen con linterna: En el ojo izquierdo se observó una quemosis bilateral de predominio inferior, cornea clara, cámara anterior formada, pupila central de 2 mm, reflejo fotomotor normal, consensual, ausente, cristalino claro. Y en ojo derecho no reactiva.

⁶⁹ Folio 165 del Cuaderno 6

⁷⁰ Ver vuelto folio 91 del Cuaderno 1

⁷¹ Folio 92 del Cuaderno 1 y folio 162 del Cuaderno 6

De acuerdo a ello, la oftalmóloga estableció pérdida de la agudeza visual del ojo derecho posterior a procedimiento de resección de micro adenoma hipofisario, con globo ocular estructuralmente sano, sin evidencia de papiledema o anomalías retinianas. En consecuencia, ordenó la realización de potenciales visuales evocados para descartar lesión retrobulbar.

El 5 de abril de 2013 a las 8:53 horas⁷² se diagnóstica a la paciente buena evolución, pero con amaurosis derecha. El mismo día obra registro a las 9:42 horas⁷³ de oftalmoscopia derecha con borramiento de papila derecha, leve “ingurgiciaocon” (sic) de vasos sin papiledema, izquierda normal excepto por cruces arteriovenosos, visión a bultos por ojo derecho, no oftalmoparesias.

El 8 de abril de 2013⁷⁴ a través de la resonancia magnética de cerebro practicada a la señora Ana Leonor Delgado Cuellar se puede observar a manera de conclusión emitida por el radiólogo las hiperintensidades en sustancia blanca subcortical y compatible con leucoencefalopatía microangiopática, hipertensiva o arteriosclerótica.

En valoración del 9 de abril de 2013⁷⁵ a las 12:00, el Dr. Germán René Álvarez Berastegui, de la revisión de las imágenes diagnósticas determinó la existencia del edema en el nervio óptico derecho hasta el quisma del mismo lado siendo dada de alta con dicho diagnóstico. En efecto, en los resultados de la resonancia magnética realizada el 8 de abril de 2013⁷⁶, sobresale que la imagen en la mitad derecha e inferior a la glándula hipofisaria, la cual desplaza en sentido lateral y superior, podía corresponder a un hematoma posquirúrgico o alteración de la intensidad del nervio óptico derecho con obliteración del espacio subaracnoideo compatible con contusión posquirúrgica.

El 15 de abril de 2013⁷⁷ a las 8:23 horas en consulta externa de neurocirugía por el Dr. Pedro José Penagos González, en control post operatorio, reiteró disminución de agudeza visual de ojo derecho y vidrio esmerilado. Como plan de manejo dio orden de control dentro de quince (15) días con reportes de potenciales evocados, asimismo la envió a urgencias para evaluación

⁷² Folio 161 del Cuaderno 6

⁷³ Folio 94 del Cuaderno 1 y folio 160 del Cuaderno 6

⁷⁴ Folio 134 del Cuaderno 1

⁷⁵ Ver vuelto folio 97 del Cuaderno 1 y folio 157 del Cuaderno 6

⁷⁶ Ver vuelto folio 114 del Cuaderno 1 y folio 137 del Cuaderno 6

⁷⁷ Folio 201 del Cuaderno 6

endocrinológica para descartar trombosis, siendo atendida entre las horas 10:11:42 a 17:09 horas, dándole de alta a partir del seguimiento de paraclínicos⁷⁸.

En la historia clínica del 6 de mayo de 2013 en consulta externa post operatorio por neurocirugía con el Dr. Pedro José Penagos González⁷⁹, se observa que el médico tratante determinó la pérdida de la visión del ojo derecho por salir de la cirugía con amaurosis y por encontrarse demostrado una contusión o isquemia del nervio óptico, además la paciente refirió que percibe algo de hilos de luz y unos cuadros en la oscuridad ocasionalmente y que la visión por el ojo izquierdo es incompleta. Igualmente, dejó registro de que la paciente tiene reportes de potenciales evocados visuales sin respuesta del lado derecho.

El 14 de mayo de 2013⁸⁰ el endocrinólogo Dr. Luis Felipe Fierro Maya, en consulta externa de la especialidad refirió la amaurosis como complicación en el transoperatoria.

El 1° de junio de 2013⁸¹ de la tomografía axial computada de órbitas se observa la solución de continuidad del piso de la silla turca con discreta alteración en la densidad de tejidos blandos adyacentes y ocupación del seno esfenoidal por material de tejidos blandos que pueden corresponder a los cambios quirúrgicos; no se identificaron masas o colecciones adyacentes en el área quirúrgica con estructuras óseas de aspecto homogéneo.

El 4 de junio de 2013⁸², en consulta por oftalmología, se observa que el Dr. Fernando Rojas Rojas, con apoyo en los resultados de los potenciales visuales observó compromiso importante en la vía visual prequiasmática sin compromiso intraocular, asimismo del examen físico determinó en el ojo derecho una cornea clara, pupila formada no reactiva y cristalino con opacidad incipiente.

El 12 de agosto de 2013⁸³ el neurocirujano Dr. Pedro José Penagos González informó tanto a la paciente como a su familiar, por encontrarse muy molestos

⁷⁸ Folios 203 a 205 del Cuaderno 6

⁷⁹ Folio 206 del Cuaderno 6

⁸⁰ Folios 210, 284 y 285 del Cuaderno 6

⁸¹ Folios 113 y 385 del Cuaderno 6

⁸² Folios 213 y 281 del Cuaderno 6

⁸³ Folios 216 y 218 del Cuaderno 6

por el daño visual -según nota médica de la historia clínica-, que el diagnóstico de la amaurosis del ojo derecho fue una secuela de la resección del macro edema de hipófisis. De igual manera, al día siguiente⁸⁴, por consulta externa el endocrinólogo, Dr. Andrés Arturo Cuellar Cuellar, explicó a la hija de la paciente que presentó amaurosis en el ojo derecho como complicación en el transoperatorio asociado a la osteoporosis, igualmente a la familiar le expusieron el deterioro cognitivo por zonas de desmielinización frontal.

El 2 de septiembre de 2013⁸⁵ en consulta externa de neurocirugía con el Dr. Pedro José Penagos González, de nuevo reiteró el diagnóstico de amaurosis del ojo derecho. Luego, el 7 de septiembre de 2013⁸⁶, se puede evidenciar de la resonancia magnética de la base del cráneo – silla turca-, que registró cambios quirúrgicos de abordaje transesfenoidal y resolución de contusión de nervio óptico.

El 31 de octubre de 2013⁸⁷ en control de endocrinología con los Dres. Nadia Melisa Palomino Castro y Andrés Arturo Cuéllar Cuéllar, tras hacer un seguimiento de los niveles de cortisol se encontró el nivel de cortisol basales normales, pero con el cortisol postdexametasona no fue óptimo, asimismo se puede observar que la pérdida de la visión del ojo de derecho lo asociaron al diagnóstico de amaurosis como complicación en el transoperatoria de osteoporosis.

En virtud de ello, en consulta externa del 18 de noviembre de 2013⁸⁸ por neurocirugía el Dr. Pedro José Penagos González señaló que no era posible hablar de curación de la enfermedad. De igual forma, obra nota médica de la no mejoría de la amaurosis derecha, a su vez ordenó estudio de campo visual.

El 24 de febrero de 2014⁸⁹ en consulta externa por neurocirugía con el Dr. Pedro José Penagos González, sobresale registro de reporte de campimetría computarizada del 28 de enero de 2014, que muestra ausencia de percepción de estímulo luminoso en ojo derecho y defecto temporal superior en ojo izquierdo. Además, se observa nota médica que a la paciente se realizó

⁸⁴ Folios 219 a 221 y 274 a 275 del Cuaderno 6

⁸⁵ Folios 223 y 272 del Cuaderno 6

⁸⁶ Folio 111 del Cuaderno 6

⁸⁷ Folios 226, 227, 268 y 269 del Cuaderno 6

⁸⁸ Folios 229 y 266 del Cuaderno 6

⁸⁹ Folios 232 y 263 del Cuaderno 6

nasofibrolaringoscopia el 8 de enero de 2014 con evidencia de perforación septal sin fistula activa de LCR.

El 25 de febrero de 2014⁹⁰, en consulta externa de endocrinología con los Dres. Luis Felipe Fierro Maya y Ariana Margarit Sierra Osorio, obra registro de resultados de laboratorio con niveles de cortisol normales sin evidencia de hipercortisolismo o de insuficiencia suprarrenal secundario.

El 31 de marzo de 2014⁹¹, en consulta externa de neurocirugía con los Dres. Camilo Zubieta Vega y Edison Junior Cabas Vanegas, sobresale nota médica de la presencia de amaurosis derecha, con extenso defecto campímetro en ojo izquierdo y con rinoliquia persistente, por lo que ordenó solicitar concepto de otorrinolaringología. Igualmente, obra tomografía axial computada de senos paranasales del 1° de abril de 2014⁹², en la cual encontraron como hallazgos alteración en la configuración de los senos esfenoidales por ruptura del septo interno esfenoidal y cambios de abordaje a la región selar por antecedente conocido de adenoma hipofisiario.

El 1° de julio de 2014⁹³ en consulta externa de otorrinolaringología, con los Dres. Javier Andrés Ospina Díaz y Maikel Adolfo Pacheco Trujillo, evidenciaron los siguientes hallazgos, alteración de la configuración de los senos esfenoides por ruptura del septo interno esfenoidal y cambios de abordaje a la región selar por antecedente conocido de adenoma hipofisiario. De la misma manera, registraron cambios retráctiles difusos de parénquima cerebral visualizado con leucoencefalopatía microangiopática y ateromatosis calcificada intracraneal. Además, arribaron a la conclusión de corresponder a cambios quirúrgicos antiguos de abordaje transepto esfenoidal, además plantearon sospecha de fistula de líquido cefalorraquídeo posterior a este procedimiento. De igual manera, dejaron consignado que de la nasofibrolaringoscopia no es claro si hay fistula, por lo cual le ordenaron una nasosinuscopia.

El 7 de julio de 2014⁹⁴ en consulta externa de neurocirugía, Dres. Camilo Zubieta Vega y Daniel Fernando Moreno Mora, para el momento la paciente presentaba rinoliquia activa izquierda con sospecha de fistula de LCR, para lo

⁹⁰ Folios 234 a 236 y 259 a 261 del Cuaderno 6

⁹¹ Folios 238 y 257 del Cuaderno 6

⁹² Folio 109 del Cuaderno 6 y folio 381 del Cuaderno 6

⁹³ Folios 241 a 242 y 253 a 254 del Cuaderno 6

⁹⁴ Folios 245 y 250 del Cuaderno 6

cual atendiendo el concepto médico de otorrinolaringología instaron en la prioridad de realizar nasofibrolaringoscopia.

El 5 de agosto de 2014⁹⁵, en consulta externa de otorrinolaringología con los Dres. Javier Andrés Ospina Díaz y Laura Palacio Bedoya, se consideró que en virtud al riesgo de meningitis e infecciones intracraneales era necesario realizar cierre endoscópico transnasal de fistula líquido cefalorraquídeo de fosa media, etmoidectomía - anterior y posterior - con esfenoidotomía.

El 22 de septiembre de 2014⁹⁶ en consulta externa de endocrinología con los Dres. Andrés Arturo Cuellar y María Gimena Mejía López, sobresale la nota médica “no signos de Cushing”. A su vez, se sugirió valoración maxilofacial.

El 3 de octubre de 2014⁹⁷, en valoración de la especialidad maxilofacial, Dr. Odel Chediak Barbur, observó la presencia de resto radicular diente 15 placa bacteriana, cálculos sub y supragingivales generalizados, para lo cual se dio plan de manejo consistente en detartraje 3 cuadrantes y radiografía periapical con el fin de dar tratamiento del diente 15.

El 6 de octubre de 2014⁹⁸, en consulta externa de neurocirugía con los Dres. Pedro José Penagos González y Javier Andrés Jacobo Vásquez, le hicieron énfasis de la importancia de la cirugía nasofibrolaringoscopia y del cierre de fistula por vía endoscópica. A su vez dejaron constancia que por el momento no requería de más intervenciones por neurocirugía.

En virtud de los anteriores hallazgos la señora Ana Leonor Delgado Bello, fue programada para cirugía de corrección de fistula de LCR el 15 de diciembre de 2014⁹⁹.

Del procedimiento practicado el 15 de diciembre de 2014¹⁰⁰, sobresalen notas médicas de sinequias septo-turbínales en zona II – III derecha, perforación septal en zona III alta, tejido fibroso sobre piso de la silla turca especialmente hacia la carótida izquierda en su porción paraselar con maniobra de Valsalva, y se dejó constancia que no se identificó líquido cefalorraquídeo activo, se

⁹⁵ Folios 246 a 249 del Cuaderno 6

⁹⁶ Folios 243 a 244 y 252 a 253 del Cuaderno 6

⁹⁷ Folios 239 a 240 y 255 a 256 del Cuaderno 6

⁹⁸ Folios 237 y 258 del Cuaderno 6

⁹⁹ Folios 352 a 353 del Cuaderno 6

¹⁰⁰ Folio 352 a 353 del Cuaderno 6

exploraron recesos esfenoidales, silla turca y planum esfenoidal sin identificar salida de líquido.

El 23 de diciembre de 2014¹⁰¹ en consulta por otorrinolaringología con los Dres. Javier Andrés Ospina Díaz y Rafael Alber Velandia Mahecha, observaron una adecuada evolución de no rinoliquia y no sangrado, a su vez ordenaron nasosinuscopia.

El 5 de enero de 2015¹⁰² en valoración de neurocirugía con los Dres. Camilo Zubieta Vega y Javier Mauricio Saavedra Gerena, establecieron que la paciente fue llevada a cirugía de fistula persistente de LCR en diciembre de 2014 cuyo cierre de fistula fue realizado por vía de endoscópica y que desde allí ya no presentaba rinoliquia con evolución favorable. Posteriormente, el 20 de enero de 2015¹⁰³ en valoración de otorrinolaringología, con los Dres. Javier Andrés Ospina Díaz y Javier Eduardo del Castillo Orrego, la paciente contaba con adecuada evolución postoperatoria. Luego, en consulta del 26 de marzo de 2015¹⁰⁴ por la misma especialidad y con reporte de nasofibrolaringoscopia no se evidenció fistula activa.

El 7 de abril de 2015¹⁰⁵, en control de endocrinología oncológica con los Dres. Luis Felipe Fierro Maya y Angelica María González Clavijo, se observa nota médica que da cuenta de reporte de cortisol postdexa en 3.5. UG/DL que conllevó a ordenar un segundo test para confirmar si había recidiva.

El 25 de mayo de 2015¹⁰⁶, con ocasión a la práctica de la resonancia magnética de base de cráneo silla a la paciente se logró establecer cambios posquirúrgicos de abordaje transesfenoidal con remanente hipofisiario sin cambios significativos de tamaño comparado con el estudio previo – IRM 21 de agosto de 2013 -.

El 17 de junio de 2015¹⁰⁷, en control de endocrinología se hizo mención del diagnóstico de la amaurosis del ojo derecho en el transoperatorio asociado a osteoporosis, asimismo refirió pruebas de cortisol limítrofes, cortisol salival en

¹⁰¹ Folio 264 a 265 y 230 a 231 del Cuaderno 6

¹⁰² Folio 228 y 267 del Cuaderno 6

¹⁰³ Folios 224 a 225 y 270 a 271 del Cuaderno 6

¹⁰⁴ Folios 222 y 273 del Cuaderno 6

¹⁰⁵ Folios 218 a 217 y 276 a 277 del Cuaderno 6

¹⁰⁶ Folio 391 del Cuaderno 6

¹⁰⁷ Folio 215 a 216 y folios 279 a 280 del Cuaderno 6

límite superior, por lo cual se dio la orden de continuar seguimiento estrecho con cortisol plasmático y se ordenó ACTH.

El 26 de agosto de 2015¹⁰⁸ en control de endocrinología con los Dres. Andrés Bedoya Ossa y Javier Leonardo Rojas Melo, tras hacer un recuento de la evolución del síndrome de Cushing, refirió pruebas persistentemente en zona gris, ACTH superior a 5, y “CORTISOL POST DEXA que no suprime, pero inferior a 5”, motivo por el cual se consideró necesario realizar test de desmopresina para diferenciar Cushing de Pseudocushing.

De la historia clínica aportada por el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. advierte este Despacho que obra como último registro, la consulta externa de fecha 13 de noviembre de 2015¹⁰⁹ en donde se puede observar que en anterior oportunidad se había considerado por ATHC en zona gris y no supresión de cortisol post dexametasona con realización de test de desmopresina (pero valor < 5.0 MCG/DL). Posteriormente, se reevaluó el caso y decidieron realizar nueva medición de cortisol orina de 24 horas y cortisol en saliva en la noche.

En esta oportunidad la paciente acudió con reporte de cortisol en orina de 24 horas como normal para rango de referencia, pero con volumen urinario de 1160 C C, asimismo allegó reporte de cortisol en saliva realizado en horas de la mañana, razón por lo cual se dio nuevamente orden para realización cortisol en saliva, pero en horas de la noche, igualmente se dio orden continuidad de vigilancia bioquímica.

Ahora, de vuelta a lo sostenido en la demanda, se tiene que la señora Ana Leonor Delgado Bello en la demanda así como en la declaración rendida del 9 de mayo de 2019, afirma que ni a ella ni a su hija les informaron el riesgo de la pérdida de la visión y del goteo nasal –rinoliquia- cuando firmaron el consentimiento informado para el día 4 de marzo de 2013, por lo que sostienen que el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., omitió el deber jurídico que tiene el médico de obtener previamente tal consentimiento, tal como lo prevé la Ley 23 de 1981. Esta norma, en su artículo 15, señala:

“ARTÍCULO 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere

¹⁰⁸ Folios 211 a 212 y 282 a 283 del Cuaderno 6

¹⁰⁹ Folios 209 a 210 del Cuaderno 6

posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.”

“**ARTÍCULO 16.** La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto.

El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados. (...)”

El 4 de marzo de 2013, la señora Ana Leonor Delgado Bello junto con su hija Dolly Johana Sequera Delgado, suscribieron el consentimiento informado para la práctica del procedimiento de resección tumor hipofisiario por vía transepto esfenoïdal en los siguientes términos:

“NOMBRE TÉCNICO DEL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR
 RESCCIÓN (sic) TUMOR HIPOFISIARIO POR VÍA TRANSEPTOESFENOïDAL

DECLARACION

Me han explicado reiterada y persistentemente y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de este procedimiento. También, me han aclarado todas las dudas y me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como otras alternativas.

Se me dio a conocer ampliamente y soy consiente (sic) que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente en qué consiste el procedimiento y que será realizado por los profesionales de la Salud del INSTITUTO NACIONAL DE CANCEREOLOGIA (sic).

Me han explicado y he comprendido los posibles riesgos más importantes que de ello se deriven.

Doy el consentimiento para que practiquen el procedimiento descrito arriba y los procedimientos complementarios que sean necesarios convenientes durante la realización del mismo, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

Entiendo que en caso de no aceptar el procedimiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución, evento en el cual asumo consciente y voluntariamente las consecuencias que de ello se me puedan derivar, las cuales también fueron puestas en mi conocimiento y aceptó. (...)”¹¹⁰ (Negrillas y subrayado fuera de texto)

De acuerdo a lo anterior, si bien no se enuncia expresamente que la resección del tumor hipofisiario por vía transepto esfenoïdal, podría causar la pérdida de la visión, sí obran otros medios de prueba que permiten demostrar que a la paciente sí le fueron informadas las complicaciones de la cirugía, tal como se observa en la declaración del médico neurocirujano, Dr. Pedro José Penagos González, así como en la Junta Médico de Endocrinología Oncológica del 5 de septiembre de 2012, la valoración médica del 18 de febrero de 2013 por la

¹¹⁰ Folios 73 a 76 del Cuaderno 6

especialidad de endocrinología que decidió dar manejo de intervención quirúrgica, y la consulta de anestesiología del 27 de febrero de 2013.

De acuerdo a lo narrado por el neurocirujano Dr. Pedro José Penagos González en audiencia de pruebas del 9 de mayo de 2019¹¹¹, quien integró el equipo médico que practicó la intervención quirúrgica del 2 de abril de 2013, precisó los detalles relacionados con el consentimiento informado.

En lo atinente al consentimiento expuso que, tanto a la paciente como a su hija, se le explicaron los beneficios, así como los riesgos de la cirugía, al igual que las consecuencias en caso que la misma no se efectuara, frente a lo cual ambas firmaron en señal de asentimiento. Expresó, además, que la complicación relacionada con la pérdida de la visión o disminución visual, es una de las más frecuentes y que por ello sí la pusieron en conocimiento de las interesadas.

A pesar del deterioro cognitivo de la paciente, esto no conlleva a un total desconocimiento del tratamiento médico, puesto que en la historia clínica está demostrado que en varias oportunidades la acompañaba un familiar, sumado al hecho que el proceder del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., no fue ajeno a la usuaria, porque al observar cada uno de los diez (10) controles por endocrinología realizados con anterioridad a la fecha de la cirugía, se tiene que no fue una decisión intempestiva de los médicos de esta especialidad, habida cuenta que desde el 22 de agosto de 2011 se contempló la posibilidad de hacer la intervención quirúrgica, ya que los niveles de ACTH y CORTISOL causaban otros problemas de salud, como hipertensión, osteoporosis, deterioro cognitivo, obesidad, entre otros.

También está acreditado que tanto para la paciente como para su hija que la acompañaba, no era desconocido el hecho de la gravedad del adenoma hipofisiario, que si bien en algunas notas se concibe como un tumor benigno, en diferentes consultas por endocrinología oncológica aparecen notas médicas del seguimiento bioquímico de la hormona y de su dimensión, que sugerían todo lo contrario.

En efecto, desde la consulta del 22 de agosto de 2011 obra nota médica sobre que el diámetro del adenoma para el mes de febrero de 2011 era superior a los

¹¹¹ Folios 401 a 413 del Cuaderno 8

7 x 6 milímetros, luego para el 4 de mayo de 2012 superaba los 11 x 4 x 12 milímetros y el 11 de enero de 2013 tenía una dimensión de 14 x 10 x 10 milímetros, lo que conllevó a que la paciente fuera remitida a neurocirugía, siendo valorada el 28 de enero de 2013, y luego el 1° de febrero de 2013 fue sometida a Junta Médica de Neurocirugía y posteriormente el 18 de febrero de 2013 se decidió dar manejo del tumor con intervención quirúrgica.

Por lo tanto, no se explica el Juzgado por qué en la demanda se aduce un total desconocimiento de los beneficios, riesgos y complicaciones de la resección transesfenoidal de tumor hipofisario, cuando lo que se observa en lo dicho por la misma demandante en su declaración es que en el Instituto la venían tratando por el Síndrome Cushing y que le dijeron que si no se operaba podía perder la vista.

De igual modo, no se puede pasar por alto que la paciente tuvo un seguimiento bioquímico estricto frente al adenoma hipofisario, según se desprende de las notas médicas de diez (10) controles anteriores a la cirugía, lo que se confirma con el nivel de rigurosidad del análisis de las hormonas de ACTH y CORTISOL, por lo que no se puede ahora arribar a la conclusión que a la paciente no le información suficientemente las complicaciones y los riesgos de la cirugía que se le ofreció, así como de la posible pérdida o disminución de la visión.

De esta manera, se puede inferir que el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., no solamente al momento de la firma del consentimiento informado, sino además en las diferentes consultas externas por endocrinología oncológica le hicieron saber a la señora Ana Leonor Delgado Bello y a su hija, la necesidad de practicar la intervención quirúrgica debido al aumento del diámetro del adenoma, sumado al hecho de que si a la paciente no se le realizaba la resección del tumor, ello implicaría una disminución del 20% de expectativa de vida probable respecto a la población en general, sin dejar de lado las patologías que se agudizaban por el aumento de las hormonas de ACTH y CORTISOL.

En efecto, tal como se observa en el dictamen rendido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, que no pierde mérito probatorio porque la profesional que lo rindió no fuera especialista en las áreas de la medicina por las que se intervino quirúrgicamente a la demandante, así como de lo declarado por el médico neurocirujano Dr. Pedro José Penagos González, en este tipo de adenoma hipofisario la intervención quirúrgica se hace por vía

endonasal transesfenoidal, por cuanto si el tumor es muy grande no se le puede extraer a través de dicha zona sino que debe acudir a otra técnica de cirugía como la intracraneal, que es una intervención abierta que implicaría más morbilidad y mortalidad para la paciente.

Es claro, entonces, que el procedimiento quirúrgico requerido para extraer el tumor hipofisario era la resección intranasal transesfenoidal, por cuanto para la época de la cirugía tenía un diámetro superior de 14 x 10 x 10 milímetros, lo que permitía su resección por el seno esfenoidal y por las fosas nasales, para así evitar la cirugía transcraneal.

En la literatura médica se describe dicho procedimiento quirúrgico de la siguiente manera:

“Tratamiento quirúrgico del Tumor de la Hipófisis

La cirugía hipofisaria consiste en extirpar el tumor dejando intacto el tejido glandular sano. La cirugía de la hipófisis ha mejorado notablemente en los últimos años gracias **al abordaje por vía transesfenoidal, que consiste en extirpar el tumor a través de una incisión a la altura de la nariz, entrando a través del seno esfenoidal (cavidad localizada detrás de la nariz).**

Clásicamente, se realizaba a través de una craneotomía (vía transcraneal), en la que se abría el cráneo para entrar y extirpar el tumor. Actualmente, esta técnica solo se realiza en casos excepcionales donde el abordaje transesfenoidal no es posible.

Para visualizar el área quirúrgica por la vía transesfenoidal se emplea un **microscopio quirúrgico** o un endoscopio de fibra óptica que permite un abordaje mínimamente invasivo de la hipófisis.

Los beneficios de la técnica en comparación con la técnica clásica, repercuten directamente sobre el paciente con una reducción significativa de las complicaciones locales, una disminución del tiempo quirúrgico, un aumento del confort para el paciente (ausencia de taponamiento nasal postoperatorio y disminución del dolor postquirúrgico) y una reducción de la estancia media hospitalaria, que puede llegar a ser de solo 24-48 horas.

En muchas ocasiones, se puede extirpar la totalidad del tumor y preservar el tejido sano, pero, en otras, el tumor es muy grande y puede invadir estructuras vecinas, dejando restos de tumor o extirpando parte del tejido sano, por lo que pueden aparecer déficits de algunas hormonas hipofisarias. En ese caso, es necesario tratamiento médico para corregir dichos déficits.

Los resultados en cirugía de hipófisis están directamente relacionados con la experiencia y formación del neurocirujano dedicado a este campo. (...)”¹¹² (Negrilla y subrayado fuera de texto).

¹¹² Consulta efectuada en la dirección, <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/tumor-de-la-hipofisis/tratamiento#tratamiento-quirurgico-del-tumor-de-la-hipofisis>

Es claro, entonces, que esta técnica fue la empleada por el médico neurocirujano Dr. Pedro José Penagos González, según lo consignado en el informe de cirugía y lo manifestado por este profesional en su declaración rendida el 9 de mayo de 2019¹¹³, lo que armoniza, además, con la explicación dada por la Profesional Médica Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Dra. Magdolin Laila Hassan Afifi Alonso, en la audiencia de pruebas celebrada el 17 de septiembre de 2020¹¹⁴.

En efecto, se tiene que para el día 2 de abril de 2013, entre las 9:00 y las 12:00 horas,¹¹⁵ fue realizada la cirugía por el equipo médico integrado por: i) cirujano principal 1, Dr. Pedro José Penagos González, ii) cirujano principal 2, Dr. Camilo Zubieta Vega, iii) anestesiólogo: Dr. César Armando Rubiano Macias, iv) ayudante: Germán René Álvarez Berástegui, e v) instrumentador: Angelina María Alvarado Lipea, consistente en una escisión total hipófisis vía transesfenoidal SOD (134), desarrollado de la siguiente manera: 1). Decúbito supino cabeza elevada 30°, rotada hacia la derecha 10 grados, asepsia y antisepsia de región nasal, 2). Abordaje transepto esfenoidal por otorrinolaringología, 3). Se realizó osteotomía de rostrum esfenoidal con cincel y martillo exponiendo la silla turca y osteotomía de la misma en bisagra anterior, 4). Durotomía con bisturí N° 15, disección de lesión tumoral con disector en balloneta (sic), 5). Resección de lesión amarilla que ocupaba la mayoría de la silla turca hasta observar diafragma selar libre y pulsátil, 6). Hemostasia con spongostan y cierre de silla con colgajo óseo libre, y 7). Cierre y taponamiento anterior por otorrinolaringología.

Igualmente, cabe traer a colación lo dicho por el médico neurocirujano, Dr. Pedro José Penagos González en audiencia del 9 de mayo de 2021¹¹⁶, quien destacó que al Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., llegan los casos donde el paciente ya tiene problemas de visión, y que el caso de la señora Ana Leonor Delgado Bello es excepcional porque ella como tal no tenía disminución visual antes de la cirugía. Entonces, aclaró que el procedimiento de resección de macro adenoma hipofisario no tiene como propósito mejorar la visión, sino evitar que no fallezca el paciente, porque el nervio óptico es una estructura demasiado sensible a manipulación, a una hipotensión en cirugía o a una lesión de una arteria pequeña.

¹¹³ Folios 401 a 413 del Cuaderno 8

¹¹⁴ Folios 452 a 454 del Cuaderno 8 incluido 1 DVD-R contentivo de la audiencia del 17 de septiembre de 2020, entre minutos 30:57 a 31:25

¹¹⁵ Ver informe de cirugía anexo a la demanda

¹¹⁶ Folios 401 a 413 del Cuaderno 8

A su vez, describió que el procedimiento de cirugía base de cráneo era mínimamente invasiva, así:

“(…) llamamos mínimamente invasivo, que se realiza a través de la nariz con la colaboración de un otorrinolaringólogo que nos abre y nos hace un abordaje inicial que es muy sencillo que se llama una septoplastia, es exponernos la base de seno del hueso esfenoidal y nosotros después con microscopios y hoy con endoscopios llegamos a encontrar lo que llamamos el piso de la silla turca, que es donde está ubicada la glándula y repito es una estructura de un diámetro entre uno o dos centímetros máximo, y que a los lados están las arterias carótidas y encima de la glándula y rodeando la glándula el quiasma de los nervios ópticos. (...)”¹¹⁷

En su declaración el neurocirujano Dr. Pedro José Penagos González explicó que si la paciente no hubiera sido sometida al procedimiento ella continuaría con los síntomas de síndrome de Cushing, como hipertensión, diabetes, osteoporosis que redundan en fracturas patológicas, así como de las vértebras, que inclusive podía llegar a paraplejía, lo que implicaba enfermedades sistémicas como infartos al corazón, accidentes cardiovasculares, ya sea hemorrágicos o tumores cerebrales, o insuficiencia renal; igualmente, precisó que un paciente con síndrome de Cushing no tratado tiene una expectativa de vida disminuida en el 20% con respecto a la población en general.

Entonces, resulta claro que cuando estas lesiones alcanzan grandes dimensiones, pueden afectar estructuras neurovasculares cercanas, tales como sistema visual, seno cavernoso, senos paranasales, ventrículos o inclusive el tallo cerebral, lo cual representa un alto grado de dificultad en su resección, cuya realidad no era ajena para la señora Ana Leonor Delgado Cuello, cuando le manifestó al Despacho en la declaración rendida el 9 de mayo de 2019, que si no se operaba corría el riesgo de agravar su estado de salud.

En lo que atañe a la perforación septal aludida por la demandante como causa de la rinoliquia, el médico neurocirujano declarante explicó que esto no afecta de forma funcional o neurológica a la paciente, por lo tanto, resaltó que el equipo médico contó con el otorrinolaringólogo para que abriera el tabique nasal, y realizara la septoplastia, es decir hacer la perforación nasal, para luego disecarlo y después meter el espejo y abrirlo, razón por la cual aclaró que el otorrino nunca llegó a la base del cráneo. Agregó que como médico neurocirujano está adiestrado para abrir el seno esfenoidal, que le permite abrir la silla turca, porque le da orientación espacial para ver por dónde va a

¹¹⁷ Minutos 15:35 a 16:31 de la audiencia de pruebas del 9 de mayo de 2019 contentiva en 1 DVD-R obrante a folios 401 a 404 del Cuaderno 8

entrar, ya que, si se pasaba dos milímetros, podía causar un daño al tallo cerebral y la paciente puede salir en coma, y que es por eso que no permite que el otorrino toque la base craneal.

Lo anterior evidencia que el goteo nasal que aluden las demandantes como consecuencia de la perforación septal, forma parte de las complicaciones intraoperatorias del mencionado procedimiento quirúrgico, dado que el acceso transepto esfenoidal es el utilizado para realizar este tipo de abordaje quirúrgico para llegar a la silla turca, motivo por el cual necesariamente esta técnica conlleva hacer una osteostomía de rostrum esfenoidal.

Por consiguiente, no puede considerarse como falla médica la perforación septal que produjo el goteo nasal, pues como se ha dicho, el abordaje quirúrgico transesfenoidal es el empleado en este tipo de cirugías y, por ende, esta complicación intraoperatoria no obedece a un error del actuar médico sino a una de las diferentes complicaciones inherentes a la cirugía. Inclusive, el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., el 15 de diciembre de 2014¹¹⁸, realizó la cirugía de corrección de fistula de LCR, por lo cual la rinoliquia fue resuelta por la misma entidad.

El médico neurocirujano que practicó la cirugía cuestionada insistentemente manifestó que este caso es excepcional, porque en su experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., no habían tenido más de diez (10) casos en que sobreviniera una lesión del nervio óptico por vía endonasal, ya que por vía transcraneal es muy diferente debido a que lo primero que se ve es el nervio óptico y por lo tanto es necesario removerlo para llegar la hipófisis. Por consiguiente, dejó claro que nunca vieron el nervio óptico, como tampoco existió un accidente, ya que es una obligación reportar si se rompió la carótida, o si se tuvo un sangrado profuso, o si se hubiera afectado una arteria, o que se hubiera presentado una fistula de líquido cefalorraquídeo, y que en las imágenes diagnósticas post operatorias no se observa la existencia de algún accidente o complicación intraoperatoria.

Hizo hincapié en que él ha pensado mucho qué pudo haber pasado, como por ejemplo que el espéculo al abrirlo y por la osteoporosis todos los huesitos que rodean esa zona nasal se hubieran estallado, porque el nervio óptico va por un canal óseo o estructura ósea, pero que eso tampoco se evidenció en el TAC post

¹¹⁸ Folio 352 a 353 del Cuaderno 6

operatorio, porque no se ve ninguna fractura, y que realmente hasta el día de su declaración no ha logrado identificar la causa de la disminución de la visión de la demandante, lo que resulta más enigmático si se repara en que ellos no manipularon el nervio óptico.

En contraste a ello, en audiencia del 17 de septiembre de 2020¹¹⁹ la Profesional Médica Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Dra. Magdolin Laila Hassan Afifi Alonso, explicó que la causa de la amaurosis fue la hemorragia intraselar que conllevó a la compresión del nervio óptico, lo que según la literatura médica corresponde a la presencia postoperatoria de sangre confinada a la silla turca¹²⁰.

Sin embargo, llama la atención del Juzgado que, de acuerdo a los informes de los resultados de las imágenes diagnósticas tomadas con posterioridad a la fecha de la cirugía del 2 de abril de 2013, los médicos radiólogos que las interpretaron no evidenciaron una hemorragia en la región intraselar, aunque sí registraron otro tipo de hallazgos.

En efecto, en la tomografía axial computada de cráneo simple realizada el 3 de abril de 2013¹²¹ consignaron los cambios postquirúrgicos de abordaje transepto esfenoidal, con material hemático a lo largo de celdillas etmoidales posteriores y senos esfenoidales sin que se documentaran estigmas que sugirieran fistulas de líquido cefalorraquídeo. También aparece la nota de un discreto aumento de amplitud del espacio subaracnoideo por cambios retráctiles asociados a leucoencefalopatía microangiopática de predominio supratentorial, más no obedece a una hemorragia intraselar.

Luego, de la resonancia magnética realizada el 8 de abril de 2013¹²², sobresale el informe de resultados del 15 de abril de 2013, que alude a una alteración de la intensidad del nervio óptico derecho con obliteración del espacio subaracnoideo compatible con contusión posquirúrgica.

¹¹⁹ Folios 452 a 454 del Cuaderno 8 incluido 1 DVD-R contentivo de la audiencia del 17 de septiembre de 2020, entre minutos 30:57 a 31:25

¹²⁰ Consulta al artículo denominado “*Complicaciones del abordaje endonasal directo transefenoidal en el manejo de adenomas de hipófisis*”, **J.H. Sandoval-Sánchez; F. Flores-Cárdenas; M^a. C. Vargas-Frutos* y J.M. Páez-Ontiveros**, Departamentos de Neurocirugía y de Medicina Interna*. Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional de Occidente. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara. Jalisco. México. Consulta efectuada en la dirección, https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-14732007000600004

¹²¹ Folio 131 del Cuaderno 6

¹²² Ver vuelto folio 114 del Cuaderno 1 y folio 137 del Cuaderno 6

Por tanto, queda desvirtuada la apreciación de la Profesional Médica Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Dra. Magdolin Laila Hassan Afifi Alonso, sobre que la afectación al nervio óptico hubiera sido producto de una hemorragia intraselar, pues de la revisión exhaustiva a las notas médicas no obran registros en este sentido.

Inclusive, en los diferentes controles postoperatorios inicialmente se encontraba en estudio los diagnósticos de oftalmoplejía y neuritis óptica, pero a raíz de lo reportado en la anterior resonancia magnética se determinó la amaurosis del ojo derecho, ya que para el 6 de mayo de 2013 en consulta externa post operatorio por neurocirugía con el Dr. Pedro José Penagos González¹²³, se observa que el médico tratante determinó la pérdida de la visión del ojo derecho por salir de la cirugía con amaurosis y por encontrarse demostrada una contusión o isquemia del nervio óptico. Igualmente, el 14 de mayo de 2013¹²⁴ el endocrinólogo, Dr. Luis Felipe Fierro Maya en consulta externa de la especialidad refirió la amaurosis como complicación en el transoperatorio.

Posteriormente, el 1° de junio de 2013¹²⁵ de la tomografía axial computada de órbitas se observa la solución de continuidad del piso de la silla turca con discreta alteración en la densidad de tejidos blandos adyacentes y ocupación del seno esfenoidal por material de tejidos blandos que pueden corresponder por los cambios quirúrgicos; y no se identificaron masas o colecciones adyacentes en el área quirúrgica con estructuras óseas de aspecto homogéneo, por lo tanto no es viable advertir que haya existido una fractura de los huesos por su osteoporosis.

Teniendo en cuenta la resonancia magnética realizada el 8 de abril de 2013¹²⁶, se tiene que la causa de la pérdida visual del ojo derecho fue la alteración en la intensidad del nervio óptico con engrosamiento y obliteración del espacio subaracnoideo que se extiende hasta el quiasma óptico.

Con ocasión a la realización de potenciales visuales evocados ordenado por la oftalmóloga Dra. María Alejandra Toro Millán¹²⁷, el 4 de abril de 2013, y que con posterioridad la señora Ana Leonor Delgado Bello fue valorada el 3 de

¹²³ Folio 206 del Cuaderno 6

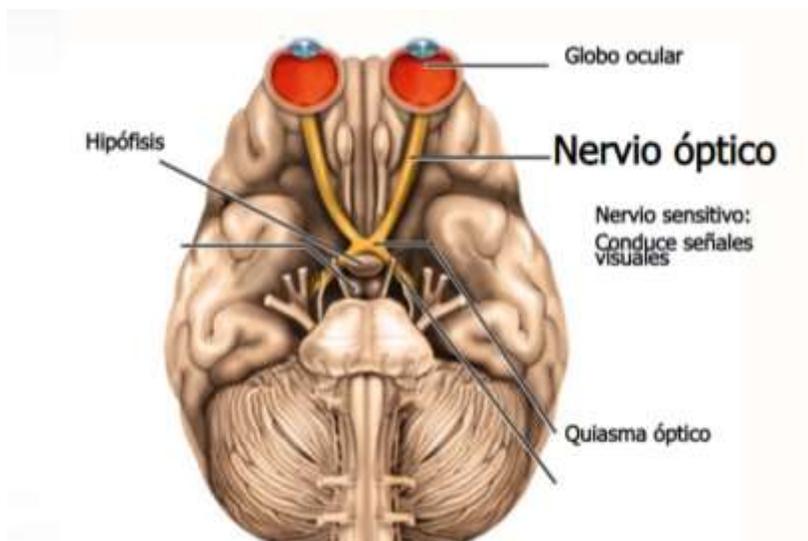
¹²⁴ Folios 210, 284 y 285 del Cuaderno 6

¹²⁵ Folios 113 y 385 del Cuaderno 6

¹²⁶ Ver vuelto folio 114 del Cuaderno 1

¹²⁷ Folio 92 del Cuaderno 1 y folio 162 del Cuaderno 6

junio de 2013¹²⁸ en consulta externa por oftalmología por el Dr. Fernando Rojas Rojas, se constató la precitada alteración prequiasmática con apoyo en los resultados de los potenciales visuales



129

Desde esta perspectiva la alteración del nervio óptico tuvo relación con el engrosamiento y obliteración del espacio subaracnoideo que se extendió hasta el quiasma óptico, cuya circunstancia fue analizada por la especialidad de oftalmología a través de los potenciales visuales como una alteración prequiasmática. Sin embargo, no obra prueba alguna que demuestre que estos hallazgos obedezcan a una indebida ejecución del abordaje transesfenoidal por el método microscopio.

Además, de la tomografía axial computada de cráneo simple realizada el 3 de abril de 2013¹³⁰ se aprecia la nota de un discreto aumento de amplitud del espacio subaracnoideo por cambios retráctiles asociados a leucoencefalopatía microangiopática de predominio supratentorial, lo que en criterio del Despacho denota un cambio de estructuras que no puede considerarse como un error del actuar médico.

Sumado a ello, con la precitada tomografía axial computada de cráneo simple realizada el 3 de abril de 2013¹³¹ se descartaron otras complicaciones, se dijo que no existían estigmas que sugirieran fistulas de líquido cefalorraquídeo.

El Despacho, no se encuentra demostrado que este tipo de complicación intraoperatoria obedezca a un error en el actuar médico, ya que la

¹²⁸ Folio 213 del Cuaderno 6

¹²⁹ Imagen consultada en la dirección <https://slideplayer.es/slide/5569501/>

¹³⁰ Folio 131 del Cuaderno 6

¹³¹ Folio 131 del Cuaderno 6

responsabilidad de la falla médica del servicio no puede surgir de conjeturas, sino de la valoración conjunta del material probatorio, lo que incluye, entre otros medios de prueba, la historia clínica, los testimonios recibidos y la experticia rendida por la Profesional Médica Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Dra. Magdolin Laila Hassan Afifi Alonso.

En criterio del juzgado, la alteración en la intensidad del nervio óptico derecho con engrosamiento y obliteración del espacio subaracnoideo que se extiende hasta el quiasma óptico, fue lo que causó la pérdida de la visión del ojo derecho, pero ello no prueba que se cometió un error por parte del personal médico que participó en la cirugía de la demandante para hacer la resección del tumor.

Lo anterior permite concluir que, en el presente asunto no puede atribuirse responsabilidad alguna al Instituto Nacional de Cancerología por la pérdida de la visión del ojo derecho, ni por la disminución de la visibilidad del ojo izquierdo, como tampoco por la rinoliquia, en razón a que dicha entidad brindó de manera adecuada y oportuna el servicio médico a la paciente, aunado a que las circunstancias que conllevaron al edema del nervio óptico no se causaron por un error en el actuar médico, sino debido a una complicación intraoperatoria de la resección de micro adenoma de hipófisis productor de ACTH.

En la literatura médica están concebidas las anteriores secuelas como complicaciones intraoperatorias. Veamos:

“(…) Las complicaciones por lo general son bajas y están directamente relacionadas con el volumen de cirugías del centro. Las complicaciones endocrinológicas son las más frecuentes (18%), la fistula de LCR se observa alrededor del 4%, las complicaciones menores como sinusitis, perforaciones septales, epistaxis son de un 6,5% y las complicaciones mayores como deterioro visual, meningitis, lesiones carotídeas afectan entre el 1 y 2% de los pacientes. La mortalidad es por lo general menor al 1%¹³².

La lesión carotídea es afortunadamente poco frecuente. Una vez ocurrida, el paciente es estabilizado y llevado a una angiografía cerebral. En el caso de encontrarse un pseudoaneurisma, este es tratado con exclusión por vía endovascular.¹³³

En el caso de deterioro visual o aparición de neuropatías craneales en el post operatorio inmediato, debe realizarse una tomografía computada para

¹³² Laws E R, Jane J A J. Neurosurgical approach to treating pituitary adenomas. Growth Horm IGF Res 2005; 15 Suppl A: S36-41.

¹³³ Dumont A S, Nemergut E Cn, Jane J A J, Laws E R J. Postoperative care following pituitary surgery. J Intensive Care Med 2005; 20:127-40.

descartar hemorragia a nivel del lecho operatorio o relleno excesivo con material hemostático a nivel de la silla turca. Otra causa de deterioro visual es la fractura de la pared medial de la órbita con irradiación al canal óptico con neuropatía traumática secundaria. En estos casos la tomografía computada en plano coronal con ventana ósea permite realizar el diagnóstico.

Es frecuente que los pacientes presenten descarga nasal en los días siguientes a la operación. Generalmente la descarga es opaca y ligosa, pero en algunos casos puede ser clara. Si el paciente refiere descarga de líquido claro por la nariz u orofaringe, debe descartarse la presencia de una fistula de LCR tardía. En general la descarga es mayor al inclinarse hacia delante y se asocia generalmente a cefalea. En esos casos la toma de muestra y estudio de glucosa en la secreción permite hacer el diagnóstico. En muchos casos esto puede ser difícil, debido a que en algunas ocasiones la descarga es de baja cuantía e intermitente. En esos casos se requiere un alto índice de sospecha, y se puede complementar con una TAC de silla turca para buscar neumoencéfalo. Si la fistula es de muy bajo débito puede manejarse con reposo en cama. Si por el contrario es de muy alto débito, la re exploración es la conducta más apropiada¹³⁴. (...)”¹³⁵

Lo dicho hasta el momento es suficiente para descartar la hipótesis de la demanda, relativa a que el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., causó un daño antijurídico a la señora Ana Leonor Delgado Bello por las secuelas que aparecieron con posterioridad a la intervención quirúrgica que su personal médico le practicó, pues está visto (i) que sí se firmó un consentimiento informado por parte de la paciente y su acompañante, (ii) que la cirugía se realizó posterior a múltiples exámenes médicos y valoraciones por parte de médicos de diferentes especialidades, de todo lo cual participó la paciente, lo que supone su pleno conocimiento de la patología que la aquejaba y de los pormenores y posibles efectos de la cirugía que le ofreció dicho instituto, (iii) que las secuelas relativas a pérdida de la visión y salida de líquido nasal no está probado que se hayan debido a una falla en el procedimiento quirúrgico que se le practicó para extirpar el tumor en su hipófisis, puesto que la intervención quirúrgica se hizo bajo el método menos invasivo posible y el más recomendado por la medicina según el estado de la ciencia para la fecha en que se surtió, y porque no existe evidencia que indique que durante la intervención se incurrió en algún error, por el contrario, lo que sí está demostrado es que tanto la fistula como la afectación al órgano de la visión están contemplados en la literatura médica como posibles efectos secundarios, no obstante su baja tasa de ocurrencia.

¹³⁴ *Ibíd*em

¹³⁵ Transcripción del texto del artículo denominado “Manejo de los adenomas hipofisarios”, David Rojas Z., Alvaro Palma F. y Nelson Wohllk G., Revista Chilena de Neuro-psiquiatría, v.46 n.2 Santiago jun. 2008, <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272008000200009>. Cuya transcripción fue consultada en la dirección https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272008000200009.

Es decir, que sí se probó un daño en la humanidad de la señora Ana Leonor Delgado Bello a raíz de la cirugía de escisión total de hipófisis vía transesfenoidal Sod, para extirparle un tumor en su glándula del mismo nombre, daño que consistió en la afectación del órgano de la visión y en una fistula temporal por perforación septal, pero no se acreditó que el mismo fuera antijurídico, dado que por tratarse de secuelas inherentes al complejo procedimiento quirúrgico que se le practicó, sus efectos adversos deben ser asumidos por la accionante, sin que por lo mismo pueda la jurisdicción reconocerle el pago de una indemnización, pues no debe olvidarse que las obligaciones derivadas de este tipo de prácticas son de medios y no de resultados, lo que se traduce en que los profesionales de la salud tienen solamente la obligación de poner toda la ciencia, su conocimiento y experticia al servicio de las personas, sin que ello implique la garantía de un resultado exitoso; y, en el *sub lite*, se demostró que el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., puso al servicio de la señora Ana Leonor todos sus equipos, laboratorios y sus mejores profesionales de la salud, para extirparla un tumor alojado en su hipófisis, resultado que sí se obtuvo y que garantiza a la paciente una expectativa de vida más alta.

La improsperidad de las pretensiones frente al Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., desde luego se extiende a la Nueva EPS S.A., frente a quien no se alegó, ni se podía alegar, una falla médica, como tampoco se acreditó que hubiera incurrido en demoras administrativas para aprobar la cirugía en cuestión, la que dicho se paso, se hizo bajo criterios de calidad y oportunidad. Lo mismo aplica para las llamadas en garantía, cuya responsabilidad, como se dijo al fijar el litigio, está subordinada al éxito de las pretensiones de la demanda, lo que no ocurrió.

6.- Costas

El artículo 188 del CPACA, adicionado por el artículo 47 de la Ley 2080 de 2021, prescribe que la sentencia dispondrá sobre la condena en costas y que cuando se establezca que la demanda se presentó con manifiesta carencia de fundamento legal habrá lugar a ello. En este caso, al ponderar la argumentación del libelo introductorio, resulta razonable no imponer costas en esta instancia, dado que la parte actora decidió instaurar la demanda bajo una hipótesis que no puede considerarse descabellada.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Treinta y Ocho Administrativo Oral – Sección Tercera del Circuito Judicial de Bogotá D.C., administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

F A L L A

PRIMERO: DENEGAR las pretensiones de la demanda de **REPARACIÓN DIRECTA** promovida por **ANA LEONOR DELGADO BELLO** y **JOHANA SEQUERA DELGADO** contra el **INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E** y la **NUEVA EPS S.A.**

SEGUNDO: Sin condena en costas.

TERCERO: ORDENAR la liquidación de los gastos procesales, si hay lugar a ello. Una vez cumplido lo anterior **ARCHÍVESE** el expediente dejando las anotaciones del caso.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

ASDRÚBAL CORREDOR VILLATE

Juez 38 Administrativo Bogotá D.C.

DMAP

DEMANDANTE:	jairomorenoabogado@hotmail.com;
DEMANDADOS:	secretaria.general@nuevaeps.com.co; notificacionesjudiciales@cancer.gov.co; notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co; jpino@minsalud.gov.co; ocarreno@cancer.gov.co; avanzar.a.c@gmail.com; milciadesnovo77@gmail.com; notificacionesjudiciales@previsora.gov.co; contactenos@previsora.gov.co ; radicaciones@litigando.com; correos@litigando.com; angela.urrego@litigando.com; nicolas.jimenez@litigando.com; sandra.yaquen@litigando.com; laborales.bogota4@gmail.com; albertogarciac Fuentes@outlook.com; nuevaeps@gmail.com; abcm.notificacionesjudiciales@gmail.com; maconsu.2001@gmail.com;
ANDJE:	procesos@defensajuridica.gov.co;
MIN. PÚBLICO	mferreira@procuraduria.gov.co;

Firmado Por:

HENRY ASDRUBAL CORREDOR VILLATE
JUEZ CIRCUITO
JUZGADO 038 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE BOGOTA-CUNDINAMARCA

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

Código de verificación: **b04f4cac482ff8719ef214f3c30b1320bcdadc3f994b113e0235594a961ac7e0**

Documento generado en 02/06/2021 02:48:14 PM

Valide éste documento electrónico en la siguiente URL: <https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>