



**RAMA DEL PODER JUDICIAL  
JUZGADO CUARENTA Y SEIS CIVIL DEL CIRCUITO DE  
BOGOTA D.C.**

**BOGOTA D.C. Diciembre diez de dos mil veinte**

El despacho procede a emitir sentencia en el proceso ordinario de Responsabilidad Civil Médica 2011-00371 00 instaurado por **GABRIEL RODRIGO SABOGAL CRUZ, ROSALBA BUSTAMANTE BETANCOURT, JUAN CAMILO SABOGAL BUSTAMANTE, MONICA MARÍA BUSTAMENTE BETANCOURT, ANA CONSTANZA SABOGAL DE LÓPEZ, NUBIA MARLEN SABOGAL CRUZ, LUZ AMPARO SABOGAL CRUZ y GINA PATRICIA SABOGAL CRUZ** contra la **EPS COOMEVA y la FUNDACIÓN ABOOD SHAI**O de esta ciudad, el cual fue remitido por el Juzgado Cuarenta y Cinco Civil del Circuito de Bogotá.

**ANTECEDENTES**

**1o.** Los demandantes actuando por conducto de apoderado judicial, instauraron demanda ordinaria de **RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL** con el propósito de obtener que se declare que las entidades demandadas **EPS COOMEVA** y la **FUNDACIÓN ABOOD SHAI**O, son civil y solidariamente responsables por los daños y perjuicios que personalmente experimentaron los demandantes, tras la muerte del paciente de 19 años de edad **IVAN ESTEBAN SABOGAL BUSTAMANTE** quien según su dicho, pese a haber acudido en el año 2009 a dichas instituciones para la práctica del procedimiento quirúrgico nominado “*extracción completa de un tumor cerebral o craneofaringioma*” se habrían generado otras complicaciones durante su hospitalización que restaron sus capacidad de respuesta y recuperación y por el contrario llegaron al punto de precipitar su deceso. Como consecuencia de la anterior declaración se les condene a las demandadas a resarcir los perjuicios generados por su conducta. Asimismo, solicitó se condene en costas a la parte demandada.

**TRÁMITE DE LA ACCION**

1°. Admitida la demanda el día 3 de abril del año 2014, se le imprimió el trámite del procedimiento ordinario de mayor cuantía y se ordenó la notificación del extremo pasivo. (fol. 1511).

2°.- La E.P.S., COOMEVA compareció a la Litis el 22 de Abril de 2014 (fol. 1512 a 1570) quien a través de su apoderado judicial contestó la demandada oponiéndose a la totalidad de las pretensiones invocadas, y formulando como defensa las excepciones de mérito nominadas *“Inexistencia de conducta culposa de parte de Coomeva EPS., en su calidad de Entidad Promotora de Salud (EPS) por inexistencia de la función de prestar el servicio de salud de manera directa y material”, “La disponibilidad en la atención del servicio de salud no es responsabilidad de mi mandante sino de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) Fundación Abood Shaio”, “Inexistencia de Solidaridad entre Coomeva EPS., y la fundación Abood Shaio”, “Inexistencia de Nexo de Causalidad”, “Excepción genérica”.*

Igualmente procedió a llamar en garantía a la FUNDACIÓN ABOOD SHAI0 quien, a través de apoderado judicial debidamente investido, formuló las excepciones de mérito que tituló *“Inexistencia de responsabilidad de la Fundación Abood Shaio en calidad de garante en favor de Coomeva EPS., para los fines de la prestación de servicio médico asistenciales al paciente Iván Esteban Sabogal Bustamante”.*

3°.- Por su parte la FUNDACIÓN ABOOD SHAI0 compareció a la Litis el 25 de abril de 2014 (fol. 1571) quien a través de su apoderado judicial formuló la excepción de mérito que tituló *“Inexistencia de responsabilidad de acuerdo con la ley”, “Sujeción de la practica medica en el tratamiento del paciente Iván Esteban Sabogal Bustamante, durante a su hospitalización en la fundación A. Shaio, tanto en la práctica quirúrgica como en el tratamiento instaurado, a los principios que informan la Lex Artis en el ejercicio de la medina”.*

Así mismo, procedió a llamar en garantía a la compañía ALLIANZ SEGUROS S.A., quien, mediante apoderado judicial debidamente reconocido, formuló las excepciones de mérito que nominó *“Ausencia de responsabilidad civil profesional”, “Inexistencia de siniestro”, “Ausencia de derecho a la indemnización”, “Suma asegurada, deducibles y alcance de responsabilidad”, “Genérica”.*

4°. Acto seguido, mediante proveído del 26 de agosto de 2015 se citó a las partes para llevar a cabo audiencia de que trata el artículo 101 del C.P.C., la cual se efectuó el día 4 de mayo de 2016 (fol. 1718 a 1719), declarándose fracasada en su etapa conciliatoria.

5°. Agotado el debate probatorio, se citó a las partes para llevar a cabo audiencia de que trata el artículo 373 del C.G.P. instancia procesal en la cual los abogados formularon sus alegatos de conclusión.

### **CONSIDERACIONES**

Revisada la actuación, el despacho advierte la presencia de los presupuestos procesales, pues, las partes intervinientes, demandante y demandados actúan por conducto de sus representantes y sus apoderados judiciales vislumbrándose en tal sentido la capacidad para actuar. Asimismo, se observa que la demanda, se ajusta a los requerimientos formales que consagra nuestro Estatuto Procesal Civil, necesarios para lograr el trámite llevado a cabo. Por último, el despacho no advierte causal de nulidad que pudiere invalidar lo actuado lo que da paso al fallo que pone fin a esta instancia.

Para comenzar, es menester recordar que según el artículo 2341 del Código Civil, quien *"ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido"*.

De igual forma la doctrina y la jurisprudencia han expresado que *"la necesidad jurídica de reparar un daño en que una persona se coloca frente a otra puede tener varias causas. Unas veces es la mora o el simple incumplimiento de las obligaciones previamente adquiridas, evento que supone que las personas involucradas estaban atadas por un vínculo obligacional, normalmente, aunque no siempre un contrato, razón por la cual la nueva obligación, se denomina genéricamente como **responsabilidad contractual**. Otras veces hay lugar al nacimiento de la obligación de indemnizar perjuicios cuando sin vínculo obligacional previo una persona le*

*causa a otra un perjuicio. La ausencia del previo vínculo determina que a esta especie se le denomine **responsabilidad extracontractual**.*"<sup>1</sup>

Descendiendo al campo de la responsabilidad médica, debe decirse que la mayoría de estos casos corresponden a la categoría de lo contractual. Lo anterior, debido a que la relación médico paciente, en la mayoría de las ocasiones se presenta por la mediación de un contrato de servicios médicos; sin embargo, excepcionalmente existen casos en que podrán presentarse intervenciones por fuera del marco contractual, cuales fueran las acciones impetradas por terceros.

En el caso *sub examine*, la acción impetrada hace parte de las extracontractuales, y con ella la parte actora pretende que el despacho declare que tanto la **EPS COOMEVA** como la **FUNDACIÓN ABOOD SHAI O** de esta ciudad son civil y solidariamente responsables por los perjuicios materiales e inmateriales que personalmente experimentaron tras la muerte de su familiar de 19 años de edad IVAN ESTEBAN SABOGAL BUSTAMANTE quien según su dicho, pese a haber acudido en el año 2009 a dichas instituciones en busca de atención médica pronta y oportuna, se habría visto gravemente afectado con la atención brindada, pues aunque le fue practicado el procedimiento quirúrgico nominado **craneotomía o "extracción completa de tumor en su cerebro o Craneofaringioma"** se le habrían ocasionado otras complicaciones durante su hospitalización que limitaron su capacidad de respuesta y recuperación al punto de ser causantes de su deceso. Como consecuencia de la anterior declaración se condene a las demandadas a resarcir los perjuicios que relacionó en el acápite de la demanda. Asimismo, solicitó se condene en costas a su contraparte.

Decantado lo anterior, es oportuno mencionar que elementos de la responsabilidad médica no son ajenos a los tradicionales de la responsabilidad civil, es decir, el daño, la conducta, y el nexo causal entre el daño y la conducta, con las particularidades propias de este sistema especial de responsabilidad civil que en seguida serán reseñados.

---

<sup>1</sup>Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 21 de mayo de 1983.

Ha sido reiterativa la jurisprudencia civil en indicar que en materia de responsabilidad civil médica, se debe calificar la conducta bajo la óptica de la *lex artis ad-hoc*, esto es, cuál hubiera sido la técnica normal requerida en situaciones análogas, el tratamiento que propone científicamente la medicina en determinado caso particular, cuál es el más acertado, y cuál sería el programa de seguimiento al paciente y su recuperación.

Por otra parte, no solo son objeto de un enjuiciamiento especial las conductas médicas, sino también las de los profesionales que desarrollan la actividad de la salud, inclusive, los funcionarios administrativos, pues a estos también se les exige un comportamiento acorde a la tarea que desarrollan. Es bien sabido, que en la práctica de la salud, las decisiones antes de materializarse pasan un filtro administrativo, que no puede ser ajeno a las consecuencias normativas de las conductas culposas; en últimas *-la mayoría de las veces-*, las intervenciones y procedimientos, no son decisiones exclusivas de los médicos, sino también de los centros hospitalarios.

Respecto de este punto concreto a conceptuado la H. Corte Suprema de Justicia en alguno de sus pronunciamientos : *“En tratándose de la responsabilidad directa de las referidas instituciones, con ocasión del cumplimiento del acto médico en sentido estricto, es necesario puntualizar que ellas se verán comprometidas cuando lo ejecutan mediante sus órganos, dependientes, subordinados o, en general, mediando la intervención de médicos que, dada la naturaleza jurídica de la relación que los vincule, las comprometa. En ese orden de ideas, los centros clínicos u hospitalarios incurrirán en responsabilidad en tanto y cuanto se demuestre que los profesionales a ellos vinculados incurrieron en culpa en el diagnóstico, en el tratamiento o en la intervención quirúrgica del paciente.”* (Sentencia del 22 de julio de 2010, M.P. Pedro Octavio Munar Cadena).

Igual situación acontece con las EPS pues, aunque si bien es cierto que no son aquellas entidades quienes directamente atienden a los pacientes, si lo hacen a través de su red de servicio, lo que redundaría en un acto propio.

En efecto según palabras de la Corte “(...) *la prestación de los servicios de salud garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), no excluye la responsabilidad legal que les corresponde cuando los prestan a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o de profesionales mediante contratos reguladores sólo de su relación jurídica con aquéllas y éstos. Por lo tanto, a no dudarlo, la prestación del servicio de salud deficiente, irregular, inoportuna, lesiva de la calidad exigible y de la lex artis, compromete la responsabilidad civil de las Entidades Prestadoras de Salud y prestándolos mediante contratación con Instituciones Prestadoras de Salud u otros profesionales, son todas solidariamente responsables por los daños causados, especialmente, en caso de muerte o lesiones a la salud de las personas*”. (Corte Suprema de Justicia – Sentencia del 17 nov. 2011, rad. 1999-00533-01).

Como segundo parámetro de estudio de la conducta, tenemos la identificación de la obligación médica, en las categorías de **medio** o de **resultado**; situación que será revisada únicamente en los casos de responsabilidad contractual, dado que en estos eventos el hecho jurídico ilícito corresponde al incumplimiento de una obligación. La utilidad de ello, consiste en conocer si bastaba con el buen intento y esmero del profesional para la consecución de un fin *-de medio-*, o en cambio, no era excusable tal empeño pues era exigible la consecución del fin en sí mismo *-de resultado-* sin importar los esfuerzos que se hubieran emprendido.

Por regla general las obligaciones del profesional de la medicina son de medio, pues el galeno debe poner todos sus conocimientos y voluntad al servicio de la salud del paciente, sin que ello garantice que salga avante de la enfermedad, en efecto, las enfermedades tienen un alto grado de aleatoriedad.

En el caso concreto se evidencia según los hechos de la demanda, que pretende la parte actora que el despacho declare que tanto la EPS COOMEVA como la IPS - FUNDACIÓN ABOOD SHAIIO de esta ciudad, serian civil y solidariamente responsables por los perjuicios irrogados a los demandantes, como consecuencia de la muerte del paciente de 19 años IVAN ESTEBAN SABOGAL BUSTAMANTE quien según su dicho, pese haber requerido por necesidad de la práctica del procedimiento quirúrgico

nominado “*extracción completa de tumor en su cerebro*” habría sido víctima de otras complicaciones durante su hospitalización que limitaron su capacidad de respuesta y recuperación y por el contrario llegaron al punto de precipitar su deceso.

De ahí que conforme a lo anteriormente dicho, el problema jurídico se circunscribe en determinar los siguientes puntos:

1) *¿Concurrió realmente negligencia médica por parte de los galenos de la FUNDACIÓN ABOOD SHAIQ al no suministrarle a IVAN ESTEBAN SABOGAL BUSTAMANTE una atención debida durante el tiempo en que el mismo estuvo hospitalizado?*

2) *¿Se sometió al paciente a un riesgo injustificado?*

3) *¿Existe relación de causalidad entre el presunto daño generado y la conducta desplegada por la demandada?*

Tomando en cuenta lo anterior, el despacho entrará a analizar cada uno de los elementos que componen la responsabilidad civil alegada, cuales son el *–daño, conducta, y nexa causal* y para ello se debe advertir que declaratoria de responsabilidad solo tendrá efecto si se cumplen cada uno de estos requisitos. Asimismo, se estudiarán las excepciones de mérito formuladas por cada una de las entidades demandadas.

### **1. El daño**

Como elemento estructural de la responsabilidad civil, contractual y extracontractual, el daño es “*todo detrimento, menoscabo o deterioro, que afecta bienes o intereses lícitos de la víctima, vinculados con su patrimonio, con su esfera espiritual o afectiva, o con los bienes de su personalidad*”. Además, es el requisito “*más importante (...), al punto que sin su ocurrencia y demostración, no hay lugar a reparación alguna*” (CSJ, Sentencia del 1º de noviembre de 2013, Rad. n.º 1994- 26630-01).

En el ámbito médico, se considera como un requisito indispensable, para que efectivamente proceda la declaratoria de responsabilidad civil del

médico o establecimiento hospitalario, la acreditación de la existencia del daño en el paciente, entendiéndose que solo serán responsables de resarcir el daño causado por su actuar o por su falta de actuación, si existe prueba que acredite que el resultado dañoso en el paciente se produjo por su actuar culposo.

Para que el daño sea *“susceptible de reparación, debe ser ‘directo y cierto’ y no meramente ‘eventual o hipotético’, esto es, que se presente como consecuencia de la ‘culpa’ y que aparezca ‘real y efectivamente causado’”*

Descendiendo al caso concreto, ninguna duda ofrece la presencia de este primer elemento configurativo del tipo de responsabilidad invocada, habida cuenta que el material probatorio obrante en el expediente resulta suficiente a la hora de poder establecer el deceso de la entonces paciente de 19 años IVAN ESTEBAN SABOGAL BUSTAMANTE el 05 de marzo de 2009. Hechos que se soporta tanto en el registro civil de defunción 000056 obrante a folio 31 del cuaderno principal, como la Historia Clínica emitida por la FUNDACIÓN ABOOD SHAIQ de esta ciudad, que ratifican lo anteriormente expuesto, pues en ella se determina que el paciente efectivamente falleció en esta ciudad en la fecha aludida a causa de un *“paro cardiorrespiratorio”* precedido de una *“muerte cerebral”*.

Por lo cual no cabe duda de que el elemento daño como presupuesto necesario para proclamar el éxito de la acción de responsabilidad invocada se encuentra plenamente satisfecho dentro de la presente Litis, pues evidentemente la desaparición de su ser querido debió provocar por lógicas razones en la órbita de los demandantes – padres, hermanos y tíos - un ambiente de dolor y zozobra en su esfera física como emocional.

## **2. La Conducta**

Para desarrollar este tema es necesario tener en cuenta, que, a las entidades profesionales prestadoras del servicio de salud, les es exigible una conducta propia de su especialidad, y no simplemente la de un buen padre de familia. Para ello debe decirse, que si bien la persona jurídica materialmente no es quien ejecuta de mano propia los actos médicos, ni los administrativos, si lo hace a través de sus empleados para lograr la

ejecución del objeto contractual *–prestar servicios de salud–*, entonces la corrección concreta de un acto médico, o administrativo, no solo es achacable al galeno, o funcionario, sino a la persona jurídica como un acto propio; claro es, que las personas jurídicas no podrían actuar en la práctica de no ser porque cuentan con una extensión real, que no es otra, que las personas, por las cuales responderá, al ser los actos de ellos también propios.

En lo concerniente al campo de la responsabilidad médica, es por regla general, el demandante quien tiene la carga de probar la relación de causalidad entre el daño ocasionado y la conducta culposa del facultativo o del centro hospitalario, sin que sea suficiente para ese propósito demostrar la simple relación médico-paciente, sino que es indispensable acreditar que el comportamiento negligente, imprudente o falta de pericia del médico, generó una consecuencia dañosa que compromete su responsabilidad.

Asimismo, se debe tener en cuenta que no todo quebranto al estado de salud es suficiente para estructurar la negligencia médica, pues los galenos responden cuando actúan en contra de la decisión del paciente de no someterse al tratamiento, lo someten a procedimientos experimentales que no consintió expresamente, o se presentan riesgos que no son inherentes a la concreta práctica médica. De este modo se verifica que los profesionales de la ciencia hipocrática no responden cuando el menoscabo a la salud es consecuencia de un riesgo previsible a la intervención, sin que importe si el paciente fue ilustrado sobre las contingencias que pudieran presentarse en el desarrollo de la cirugía, pues la probabilidad de ocurrencia de dichas lesiones no está determinado por la diligencia, prudencia y pericia al acometer el procedimiento quirúrgico, sino por complicaciones inherentes a la propia técnica.

Sobre este punto concreto la Honorable Corte Suprema de Justicia ha puntualizó en reiterados pronunciamientos:

*“[l]a omisión de informar y obtener el consentimiento informado, hace responsable al médico, y por consiguiente a las instituciones prestadoras del servicio de salud, obligadas a verificar legalmente su estricta observancia, no sólo del quebranto a los derechos*

*fundamentales del libre desarrollo de la personalidad, dignidad y libertad, sino de los daños patrimoniales y extrapatrimoniales causados a la persona en su vida, salud e integridad sicofísica a consecuencia del tratamiento o intervención no autorizado ni consentido dentro de los parámetros legales según los cuales, **con o sin información y consentimiento informado, [l]a responsabilidad del médico por reacciones adversas inmediatas y tardías, producidas por efecto del tratamiento no irá más allá del riesgo previsto' (artículo 16, ley 23 de 1981), salvo si expone al paciente 'a riesgos injustificados' (artículo 15 ibídem), o actúan contra su voluntad o decisión negativa o, trata de tratamientos o procedimientos experimentales no consentidos expressis verbis, pues en tal caso, el médico asume los riesgos, vulnera la relación jurídica y existe relación de causalidad entre el incumplimiento y el daño"*** (Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de 17 de noviembre de 2011. Expediente No. 05001-3103-018-1999-00553-01).

Descendiendo al caso concreto, ninguna duda ofrece el poder determinar que los galenos de la IPS FUNDACION ABOOD SHAIO de esta ciudad, sí previnieron al paciente y a sus familiares respecto de los riesgos y situaciones que implicaban sobrellevar la intervención en cita, pues obran a folios 1766 a 1773 del cuaderno 4, los consentimientos informado que tanto la madre como el padre suscribieron para así atender los protocolos clínicos que se requerían para llevar a cabo la intervención, y los cuales permiten establecer que a los mismos si les fueron informados los riesgos de su realización, al punto de ponerle de presente que en caso de requerirse procedimientos **adicionales**, los mismos se practicaría a criterio de los médicos y en procura de proteger la vida e integridad del paciente. Documentos que no fueron tachados de falsos y por contera se erigen como prueba fehaciente de lo que se pretende demostrar.

En efecto, según el consentimiento informado obrante a folio 1760 de esa misma encuadernación, se pudo evidenciar que dentro de las advertencias y/o recomendaciones que el galeno realizó a su paciente se encuentra la siguiente:

*“Yo Rosalba Bustamente, en mi condición de madre del paciente arriba indicado, teniendo en cuenta que su estado de salud le impide manifestarse de manera consiente, y en ausencia de otros familiares o responsables con mayor derecho, por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre, mi consentimiento a la Clínica Shaio, para que por intermedio de médicos en ejercicio legal de su profesión, así como el de los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar de servicios accidentales de la entidad, se le practique la siguientes intervención quirúrgica nominada craneotomía resección de tumor.*

*La clínica Shaio queda autorizada para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los del punto 1) si en el curso de la intervención quirúrgica llegare a presentarse una situación advertida o imprevista que a juicio del médico tratante los haga aconsejables.*

*El consentimiento y autorización que anteceden ha sido otorgado previa la evaluación que del estado de salud del paciente ha hecho la clínica. El doctor con el objeto de verificar sus condiciones clínico-patológicas y previa advertencia que dicho el médico me ha hecho sobre la inconveniencia de aplazar la intervención y con respecto a los riesgos previstos y consecuencias que conlleva la intervención quirúrgica mencionada, en los términos con los cuales se ha consignado la fecha. Historia Clínica, cuyo texto declaro que conozco suficiente y que además he recibido amplias explicaciones sobre su alcance, por parte del mismo profesional...*

Como bien puede evidenciarse, conforme el contenido del documento en cita, bajo ningún criterio puede decirse que los galenos de FUNDACIÓN ABOOD SHAIIO de esta ciudad, faltaron a su deber de informar a los familiares del paciente sobre los riesgos que implicaba sobrellevar la intervención en cita, nominada **craneotomía o “extracción completa de tumor en su cerebro” o “Craneofaringioma”**, pues como del contenido literal del documento lo refiere, los mismos pusieron bajo su consideración todos los riesgos que podían presentarse durante su práctica y posterior a ella, al punto de ponerle de presente que en caso de requerirse

intervenciones adicionales, se practicarían con el fin de salvaguardar su vida. Hecho que evidentemente aconteció en el presente caso, pues efectivamente el paciente requirió de la práctica de nuevos procedimientos quirúrgicos para tratar así las complicaciones que se presentaron en el transcurso y con posterioridad a su tratamiento de base.

Dejando en claro lo anterior, debe entonces el despacho identificar cual es el comportamiento pasivo imputable a cada una de las entidades demandadas, pues aunque no fue directamente la EPS COOMEVA quien atendió a la paciente, si lo hizo a través de su red de servicio en desarrollo de su objeto social, lo cual bien resulta atribuible a un acto propio.

Para ello se debe tener en cuenta que la conducta achacada por la parte actora a las demandadas hace alusión a la falta de diligencia y cuidado que habrían tenido los galenos de la FUNDACIÓN ABOOD SHAI O al no otorgarle al paciente IVAN ESTEBAN SABOGAL BUSTAMANTE un tratamiento adecuado durante su hospitalización, lo cual habría conllevado a que se le produjera una **“complicación diferente a cualquier otra que se habría podido generar debido a su enfermedad de base o “Craneofaringioma”**, pues a raíz de una mala praxis médica, se le habrían ocasionado otras complicaciones que produjeron un mayor gasto metabólico en su cuerpo, que restó su capacidad de recuperación y respuesta al punto que el mismo ya no pudo responder adecuadamente al tratamiento.

En igual sentido, el despacho deberá analizar si existe relación de causalidad entre la muerte del paciente y las circunstancias que se dice ocasionaron su muerte, pues como lo ha determinado la jurisprudencia y la doctrina, para que un daño sea indemnizable debe haber una relación de causalidad entre la conducta y el daño, es decir, que este vínculo debe estar soportado por una causa adecuada, siendo esta, aquella que normalmente, en las mismas condiciones que se analizan para el caso particular ocasionaría el daño. Vale la pena citar lo manifestado por la Corte Suprema de Justicia en sentencia de radicado 2002-445-01 M.P Jaime Alberto Arrubla quien respecto del tema indicó : *“en sentir de la Sala, “se asume que de todos los antecedentes y condiciones que confluyen a la producción de un resultado, tiene la categoría de causa aquél que de acuerdo con la experiencia (las reglas de la vida, el sentido común, la lógica de lo razonable) sea el más*

*‘adecuado’, el más idóneo para producir el resultado, atendidas por lo demás, las específicas circunstancias que rodearon la producción del daño y sin que se puedan menospreciar de un tajo aquellas circunstancias azarosas que pudieron decidir la producción del resultado, a pesar de que normalmente no hubieran sido adecuadas para generarlo. Por esto, ocurrido el daño, en el mismo antecedente se señaló que en la respectiva investigación “debe realizarse una prognosis que dé cuenta de los varios antecedentes que hipotéticamente son causas, de modo que con la aplicación de las reglas de la experiencia y del sentido de razonabilidad a que se aludió, se excluyan aquellos antecedentes que solo coadyuvan al resultado pero que no son idóneos per se para producirlos, y se detecte aquél o aquellos que tienen esa aptitud”.*

En efecto, entre las causas que generaron el deceso del paciente y que se encuentran plenamente acreditadas dentro de la presente Litis, y que son atribuibles según su juicio a la conducta desplegada por las demandadas, se encuentran:

- 1) Los galenos no realizaron un control o vigilancia estricta de la diuresis, ni control de líquidos administrados y de líquidos eliminados.
- 2) Al paciente, no se le garantizó la valoración, manejo, evolución, interconsulta, y demás relacionadas con los especialistas que su caso requería, de manera oportuna, adecuada e idónea, las valoraciones médicas por especialista en neurocirugía, endocrinología, medicina interna o neurología fueron insuficientes, ocasionales, inefectivas o no existieron.
- 3) Las valoraciones, evoluciones médicas realizadas al paciente IVAN ESTEBAN SABOGAL BUSTAMENTE, fueron incompletas, imperitas, inadecuadas o inefectivas.
- 4) No hubo un control oportuno, idóneo, juicioso y adecuado de los niveles de sodio del paciente.
- 5) El paciente fue sometido a periodos de abandono médico por parte de algunas especialidades o por parte de todo el cuerpo médico y de salud.
- 6) Al paciente se le administró desmopresina, la que se administraba acorde a la Diuresis del paciente.

- 7) El paciente después de la intervención neuroquirúrgica y asociado al mal manejo del sodio (al menos de manera esencial) evolucionó con alteraciones neurológicas y del estado de conciencia.
- 8) La toma de conductas medicas críticas que debían ser tomadas por especialistas, fueron realizadas en algunos casos por médicos generales.
- 9) A pesar de los hallazgos críticos en el paciente en algunas evoluciones, se omitió por parte del personal médico realizar las interconsultas a especialistas que el caso ameritara.

De ahí que con el fin de resolver el anterior cuestionamiento es preciso que el despacho tenga bien presente las siguientes consideraciones:

Según palabras de la Corte Suprema de Justicia “cuando de asuntos técnicos se trata, no es el sentido común o las reglas de la vida los criterios que exclusivamente deben orientar la labor de búsqueda de la causa jurídica adecuada, dado que no proporcionan elementos de juicio en vista del conocimiento especial que se necesita, por lo que a no dudarlo cobra especial importancia la dilucidación técnica que brinde al proceso esos elementos propios de la ciencia (...). En otras palabras, un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar al juez sobre las reglas técnicas que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga”. Así lo determinó la Corte Suprema de Justicia en la sentencia 6878 del 26 de septiembre de 2002 cuyo magistrado ponente es JORGE SANTOS BALLESTEROS.

En este mismo pronunciamiento, la máxima corporación de la Jurisdicción Ordinaria determinó dentro de un caso de responsabilidad médica similar, la carencia interpretación y limitación que adolece el juez en casos en los cuales tiene que emitir una valoración **precisa y concreta** respecto de las historias clínicas y exámenes médicos puestos bajo su consideración, pues por obvias razones no es la persona más apta para emitir un concepto justificado de una ciencia que no es su especialidad

En efecto, respecto de este tema la Corte Suprema de Justicia fue enfática en determinar: *“resulta menester el auxilio de la prueba pericial que*

el mismo Tribunal echo de menos y que en el cargo el recurrente cree suplir con los solos documentos que se dejaron resumidos: Pero nótese que con ellos el investigador, el juez, ajeno a la ciencia médica, no puede con certeza determinar si esa causa adecuada del doloroso resultado padecido por Georgina, el mismo grave estado que padecía, o las preexistencias que tenía, o el tratamiento que se le practicó en la clínica de la salud, o la demora si bien la hubo. En fin, no puede desconocer la Corte que la relación causal que correspondía acreditar al demandante en forma principal no quedó despejada, porque con la lectura de las piezas medicas resumidas, sin la ayuda de la pericia que las interprete y valore científicamente anda el juez a tientas, en caso como este, en que para determinar si la tardanza en la remisión fue o no la causa del daño cuyo resarcimiento se pide, debe antes valorarse si lo que se estaba haciendo en la clínica era o no un tratamiento adecuado y pertinente según las reglas del arte, según la práctica médica aceptada por ser la norma de excelencia del momento, esto según la “lex artis ad hoc”, como ahora se denominará”.

En el al caso concreto, con el fin de desentrañar la veracidad de los hechos enunciados y poder establecer si realmente concurrió negligencia médica por parte de los galenos que atendieron a IVAN ESTEBAN SABOGAL BUSTAMANTE entre el 21 de enero al 5 de marzo de 2009, fueron puesta bajo la consideración de este despacho los siguientes testimonios técnicos:

Dictamen pericial emitido por el médico Neurocirujano - JORGE HUMBERTO ARISTIZABAL MAYA quien al ser requerido para que efectuara una valoración detallada del caso y que sensaciones el mismo generaba expuso las siguientes conclusiones:

Al ser preguntado según su experiencia profesional, si los procedimientos quirúrgicos identificados en las historias clínicas estuvieron o no ajustados a la lex artis el precitado galeno concluyó “[e]ntendemos por Lex Artis, el desempeño del médico dentro de las normas de excelencia aceptadas por el momento histórico. Es la experiencia acumulada por el ejercicio humanístico, ético, científico, y técnico de la profesión de acuerdo con las circunstancias de tiempo, modo y lugar”.

*El estándar de oro del tratamiento de los Craneofaringioma es la resección completa (acto médico realizado por neurocirugía que cumplió con este postulado) lo que favorece el buen pronóstico dado que con la resección completa la tasa de recidiva es del 11% mientras que es del 33% si la resección es subtotal y del 69% con la resección es parcial. Estos tumores como lo hemos explicado son de crecimiento lento y progresivo son invasores. Los síntomas que presentan los pacientes con este tipo de tumor son: Alteración visual; Cambios hormonales; Dolor de cabeza; Alteraciones de memoria; Hidrocefalia (aumento líquido en el centro del cerebro); Convulsiones.*

*Posterior a la cirugía se han descrito varias complicaciones que se presentan con mayor frecuencia, desde el punto de vista quirúrgico, es esperado en el postquirúrgico alteraciones endocrinas en especial la diabetes insípida que consiste en una alteración en la regulación de agua por parte del organismo por la pérdida de una hormona antidiurética que evita la pérdida de líquidos por la orina, esta complicación se presenta en todos los pacientes operados de un Craneofaringioma, el manejo médico realizado por los médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos fue acorde con los protocolos indicados para esta patología como consta en la historia clínica, la diabetes insípida presenta varias fases en las cuales requiere o no suplencia con tratamientos hormonales para controlar la alteración en la pérdida de líquido por la orina y los desequilibrios hidro- eléctricos que esto genera en los pacientes con alteración en la esfera mental con alteración de conciencia que se vio en el paciente y al ser controlado este desbalance el paciente mejoraba; el 80% de los pacientes van a requerir suplencia hormonal.*

*El paciente fue valorado y monitoreado continuamente e incluso luego de salir de piso se detecta una evolución anormal y regresa a la Unidad de Cuidados Intensivos, uno ve atención continua y monitoreo clínico y paraclínico por parte de neurocirugía, cuidados intensivos, ortopedia, cirugía plástica, infectología y endocrinología, ante las distintas complicaciones que presenta, los médicos están atentos a revisarlas, a pesar de lo complejo que se va tornando el caso clínico. El manejo médico realizado esta acorde con las guías de manejo de diabetes insípida, panhipopituitarismo, síndrome compartimental y sospecha de respuesta inflamatoria sistémica para lo cual el paciente siempre fue cubierto con antibióticos. Considero que el ejercicio*

*médico está acorde con la lex artis. Es esta patología compleja en tratamiento médico y quirúrgico.*

En igual sentido al ser preguntado este mismo galeno, si conforme a su experiencia profesional, consideraba que los procedimientos quirúrgicos estuvieron o no ajustados en la lex artis el galeno contestó *“Mi campo de experiencia es la Neurocirugía, el manejo pre y post quirúrgico del paciente con un Craneofaringioma está ajustado a las guías de práctica clínica, está documentado el diagnóstico inicial, como se realizan los estudios para determinar la localización y características del tumor, el estudio endocrinológico y paraclínico pre quirúrgica, está en la historia clínica la explicación a la familia de la patología y la complejidad del tratamiento quirúrgico, al igual que los riesgos, se ve la descripción quirúrgica y como se realiza la resección del tumor, en la cual se anotan totalmente los pasos que realizan los médicos para la resección, en este caso se logró realizar totalmente, sin provocar lesiones de estructuras neurales o vasculares relacionadas con el tumor, la alteración endocrina es esperada al realizar la cirugía **“paciente que no presente diabetes insípida es que no se resecó”** inclusive la sola manipulación del tallo hipofisiario o el hipotálamo sin retirar la lesión genera diabetes insípida” se ve el seguimiento por neurocirugía y a recuperación del paciente en su estado de conciencia, movilidad, se observan cambios de comportamiento, agitación, en las evoluciones se monitoriza al paciente y se leen los estudios y tratamientos indicados, el paciente presente deterioro neurológico y es trasladado a la Unidad de Cuidado Intensivo, se detectan convulsiones que son manejadas y se busca la causa, la cual es resuelta inmediatamente (drenaje de colección epidural frontal) se realizan exámenes paraclínicos de laboratorio y neuro imágenes, el paciente es seguido todo el tiempo y las alteraciones manejadas prontamente. El manejo por parte de neurocirugía, neurología y cuidado intensivo fueron adecuados a pesar del desenlace malo.*

*Mi especialidad no es la ortopedia, pero una vez consultado y teniendo en cuenta el diagnóstico clínico manejado del síndrome compartimental es el indicado, y en la historia se anota la prontitud del diagnóstico y del tratamiento, inmediatamente terminada la neuro cirugía a los 20 minutos se estaba operando al paciente esta patología, con la cirugía indicada.*

Por otra parte, al ser preguntado, según su experiencia ¿“si el curso tórpido post operatorio del paciente mencionado, después de la extracción del tumor cerebral ya identificado que lo afectaba, constituyó un efecto imprevisto de forma concreta y específica en cuanto a su presentación en el paciente e imprevisible en términos de no poder evitar anticipadamente su ocurrencia concreta?” manifestó **“Con relación a la evolución tenemos algunas alteraciones que son esperadas y fueron manejadas adecuadamente en la mitad de lo posible**, como lo es la alteración en la regulación del agua (diabetes insípida) el manejo dado por los médicos de cuidado intensivo y medicina interna fue el adecuado y esto lo podemos evidenciar en las notas de la historia clínica en las cuales el paciente presenta alteraciones de conciencia que mejoran con la intervención médica en este respecto. Asociado se encontró un panhipopituitarismo manejado por endocrinología”.

“En cuanto al curso tórpido se relaciona especialmente por el compromiso y síndrome compartimental en miembros superiores, lo que genero un proceso anormal en los tejidos blandos que ante el riesgo de infección fue cubierto con antibióticos, los cuales fueron modificados según la respuesta sistémica del paciente, además presentó proceso infeccioso en miembro superior izquierdo que requirió igualmente cirugía”.

“Relacionado con el manejo de la diabetes insípida se logra control parcial y en algunas anotaciones se destaca manejo complejo en cuanto a la estabilización hidroeléctrica, todas estas alteraciones favorecen otras complicaciones favorecen otras complicaciones y se detectan lesiones isquémicas cerebrales”

“Hay una suma de factores para que el paciente requiera múltiples intervenciones principalmente por ortopedia y cirugía plástica”

Dentro de esta misma respuesta el galeno enunció muchas de las características que hacen propensos a los pacientes neurológicos de adquirir diversas complicaciones, entre aquellas según su concepto se encuentran:

- 1) La alteración de su estado de conciencia, que no permite los mecanismos de defensa evolutivos.

- 2) *La estancia prolongada en cama por intubación o alteración de conciencia, que favorece la trombosis venosa y procesos infecciosos pulmonares.*
- 3) *La necesidad de intubación del paciente que favorece las infecciones de la vía aérea.*
- 4) *La alteración hormonal de origen central por un Craneofaringioma.*

Por otra parte al ser preguntado en que consiste un Craneofaringioma y como se define esta patología el mismo indicó *“El Craneofaringioma es un tumor de origen congénito, uno nace con él, este tumor se origina por la alteración en la formación del cerebro, al formarse la región de la silla turca donde se encuentra la glándula hipofisiaria, hay remanentes anormales de la bolsa de Rathke (Tejido embrionario) que no deben estar allí, lo que hace que se origine este tumor.*

*Característicamente se ha definido como un tumor benigno (Aunque no se reconoce la contraparte maligna, se ha informado casos aislados de malignización y de diseminación) pero su comportamiento es maligno por la localización en el centro de la cabeza, la forma de crecimiento de la lesión, el compromiso que hace de estructuras vitales (arterias, nervios, hipófisis, hipotálamo etc.) tiene un comportamiento localmente invasivo, por lo que se asocia a menudo a un pronóstico desfavorable con frecuentes secuelas neurológicas y endocrinas, es un tumor invasivo y que se expande por muchos sitios en la base del cerebro, al tercer ventrículo y a la fosa posterior”.*

Por último, al ser preguntado en la experticia, si por efecto de la extracción del tumor previamente identificado, podrían esperarse cambios abruptos en los niveles de sodio del paciente y porque razón?, el galeno contestó *“El tumor y en especial este tumor con las características que se anotan “tumor selar” y “supraselar” que llega al tercer ventrículo, para reseca el tumor completamente esto implica disecar y extraer el tumor del tercer ventrículo sitio donde se encuentran unos núcleos hipotalámicos encargados de la producción de hormonas en especial el supraóptico, estas neuronas producen entre el 80% y 90% de vasopresina, la diabetes insípida se puede deber a diferencia de vasopresina (diabetes insípida central) ocasionada principalmente por la destrucción o pérdida de las neuronas magno celulares de los núcleos supra ópticos y paraventriculares, la diabetes insípida es una*

*enfermedad caracterizada por la incapacidad parcial o total para concentrar la orina, por lo que se excretan grandes volúmenes de orina diluida y se produce una polidipsia compensatoria”.*

*“Al revisar la historia clínica, se ve como los médicos de la unidad de cuidado intensivo y los neurocirujanos hacen un monitoreo continuo de los niveles de sodio en sangre y un control estricto de los líquidos administrados y eliminados, el mantener este balance entre el sodio y la diuresis es muy complejo y frágil, se ve además el uso de la vasopresina y la reposición de agua como factores importantes en el manejo médico”.*

Cabe destacar en que el presente dictamen fue sometido a contradicción en la diligencia celebrada por este despacho el pasado 19 de febrero de la presente anualidad, en la cual médico especialista se ratificó en cada uno de los hechos expuestos en su experticia, por lo cual no cabe duda para el despacho que el aludido dictamen goza de pleno alcance probatorio dentro de la presente litis.

En efecto, al ser preguntado en la precitada diligencia, si la **diabetes insípida** que soportó el paciente posterior a la cirugía era previsible o no indicó “siempre lo hace, si no lo hace, es que entró, hizo una biopsita le hizo así y se salió”.

En igual sentido al ser preguntado por el apoderado judicial de la parte actora, si tomando en cuenta que la craneofaringioma es una intervención bastante sensible y bastante delicada *¿qué recomendación había al respecto de que se acceda **no por craneotomía** sino por **vía nasal**, para el año 2009?* el mismo manifestó *“Este tumor era un tumor que estaba localizado en el tercer ventrículo, para llegar yo al tercer ventrículo por transesfenoidal (nasal) entro nariz, seno esfenoidal, abro el piso de la silla turca, entro a la hipófisis, paso el tallo hipofisiario, llego al piso del tercer ventrículo, lo abro y encuentro el tumor, o sea que acceder por vía transesfenoidal, es un error, no es una buena técnica y no está indicada en este caso, este caso es un caso que se opera por vía transcraneal, y siempre lo operamos por vía transcraneal”.*

Por otra parte al ser preguntado conforme a su respuesta anterior cuales fueron los riesgos o complicaciones que asumieron tanto los galenos como el paciente con la practica de este tipo de cirugía, indicó *“en este tipo de enfermedades, el problema mas grande que nosotros tenemos, es que el esta alado del hipotálamo, y el hipotálamo es una parte muy importante que tiene muchas funciones, endocrinológicas, autonómicas, libera sustancias que van a producir hormonas, alado de él está la visión, alado de él esta el sistema ventricular donde circula líquido y además de eso tiene unas arterias, entonces cuando uno va a hacer esta cirugía, el punto que tiene es ir a sacar la mayor cantidad de lesión produciendo el menor daño, y por eso el abordaje que ellos usaron se llama un abordaje tras lamina terminal que es una laminita blanquita muy pequeña y que tiene funciones algo cognitivas, uno entra tratando de no dañar los lados, entra por esa laminita que tiene mas o menos un milímetro o un milímetro y medio así uno no genera tanto daño, disecciona el tumor y lo retira, cuando uno retira el tumor, el tumor se pega a las paredes y en las paredes es el hipotálamo, el tumor nace alado de él, es un remanente de un pedazo de cuello que en la evolución se mete allá, es un tumor embrionario que se mete donde no debe estar, y el empieza a crecer, lo normal es que esos tumores son mas abajo contra la hipófisis, en esta caso era en todo el tercer ventrículo, en donde está el hipotálamo, entonces la primera alteración que yo tengo siempre es endocrinológica y es tan así que los libros dicen, “si usted opera al paciente y no sale con diabetes insípida no le hizo nada”, porque uno va y remueve ese tumor ahí uno ¿a que juega?, a tratar de sacar la mayor cantidad de lesión generando las menores alteraciones, es imposible que yo entre allá y el paciente salga como si nada, porque quiere decir que no le hice nada, yo tengo pacientes que yo reintervengo, que entran, medio los tocan y salen y el paciente sigue con su trastorno endocrinológico, con su trastorno visual, con su hidrocefalia, pero me llega a mí y me toca operarlo y hacerle lo que no han hecho, entonces entra allá y tiene ese lio, el que no lo saca no le va hacer diabetes insípida, entonces siempre que yo entre allá me va a hacer eso, segundo, si yo no lo saco la posibilidad de recidiva es muy alto, si yo lo saco todo entre el 30 y 50% me vuelven a crecer y o sea que en el término de 3, 5 o 6 años, estoy otra vez como si no hubiera hecho nada”.*

Por otra parte, al preguntársele, porque razón se genera variaciones repentinas en los niveles de sodio de un paciente sometido a este tipo de

cirugías, indicó *“...el hipotálamo en las paredes tiene unos núcleos, que se llama el supra óptico, paraventricular, para-mediano, para-anterior, son muchos, y esos núcleos que hacen, liberan una sustancia que se bajan a la parte inferior de la hipófisis y producen hormonas, y una de esas hormonas se llama la vasopresina, cuando yo toco esa zona, yo entro y hago un huequito para hidrocefalia, y toco esa zona, ese núcleo altera su función, solo con eso, segundo, a mí me llegan pacientes que tiene tumores ahí, y la mamá me dice a uno es que mi hijo se la pasa orinando y orinando, y eso es como agua, yo ya sé que tiene diabetes insípida, entonces en esos núcleos que hay ahí el tumor altera esos núcleos, y hace que la vasopresina no se produzca, entonces cuando llega la sangre al riñón, el riñón no me concentra la orina, sino que toda el agua que sale, se orina, y es un paciente que le orina a uno 10 litros de agua al día, eso es una cantidad, entonces se sube el sodio, y baja el volumen de agua en la sangre”*.

Por otra parte, al ser preguntado según su experiencia profesional, que situaciones incidían en la variación del sodio en el paciente y que hechos lo generaban contestó *“el cambio depende primero de los mecanismos que el organismo tenga de autorregulación, o sea del paciente, segundo de como esta ese hipotálamo, como ese hipotálamo me va a trabajar y todo lo que es la mecánica electrolítica el cerebro, y tercero depende de que yo estoy pendiente y estoy respondiendo a las necesidades que el tiene, entonces yo externamente puedo ayudar a controlar pero realmente el que autorregula todo y cuando pasa toda esa tormenta que le cuento ellos mismo se autorregulan”*.

Por último, al ser preguntado si el paciente padeció una Mielinolisis pónica y si lo mismo debió diagnosticarse a través de una resonancia nuclear, indicó *“yo lo que veo es que el enfoque que hicieron los médicos, que es el que yo haría es tratar de corregir el desequilibrio, tratar de mejorar al paciente, si yo tengo un paciente que ya estabilicé, que ya paso todo el evento, la catástrofe que generan los líquidos, al final se me despierta y esta perfecto, yo ahí me quedo tranquilo así entre mis diagnósticos hubiera sido una Mielinolisis pónica, pero si ese paciente yo lo recupero y este joven no se hubiera muerto, y después de todo ese evento me queda con alteración de vías motoras, alteración de movimiento, alteración de pares bajos, yo ahí si le hago la resonancia, en este momento la prioridad numero uno, era uno,*

*mantener una buena reanimación, que fue lo que hicieron, segundo, tratar de mantener el sodio en su sitio y la volemia en su sitio, si usted mira la historia, la carga grande de todos los médicos fue esa porque los otros factores asociados, el tumor ya se había radicado, lo que se pensó de una infección ya se había descartado, nos quedaba esa pelea de líquidos, entonces yo pienso que la prioridad era el paciente, en mantenerlo bien, el diagnóstico preciso de eso, se hace cuando pase todo la catástrofe, y si el paciente me quedó mal, yo voy y digo venga será que quedo mal la Mielinosis pontina, le hago la resonancia y la confirmo, si no yo estoy tratando, por eso usted mira que le hacen tag, tag, tag, tag pero entre el 23 y el 27 ya la pelea no era del sodio bajo sino sodio alto, entonces, el objetivo era mantener bien hemodinámicamente al paciente y esa fue la lucha, uno lo percibe en toda la historia clínica, la lucha de los internistas, intensivistas, la lucha fue esa, si usted mira el problema hormonal o visual no fue pelea, la pelea fue agua y sodio, y eso es lo que hacen todo el tiempo hasta que el joven fallece, presenta una muerte cerebral, que se representa en que, en que es una falta de irrigación en el cerebro y si yo le hago a un paciente un tac con muerte cerebral voy a ver hipo densidad en los dos hemisferios”.*

Igualmente, obra en el expediente el Dictamen Pericial que rindiera el especialista en Medicina Interna LEONIDAS VASQUEZ HOYOS, quien al resolver cada una de las preguntas que le fueran formuladas por el extremo demandante, pudo arribar a las siguientes conclusiones:

En principio se le preguntó si según su criterio profesional si la intervención quirúrgica a la cual fue sometido el paciente se asocia a la presencia de Síndrome de Secreción Inadecuada de Hormona Antidiurética y Diabetes Insípida y en qué consisten estas patologías y como se generan, el galeno conceptuó *“Los procedimientos quirúrgicos a menudo se asocian con la hipersecreción de hormona antidiurética probablemente mediada por los aferentes de dolor, La hiponatremia es una complicación tardía común de la cirugía hipofisaria transesfenoidal, que ocurre en el 21 al 35 % de los casos, el déficit relativo del cortisol también contribuye a esta alteración; la principal causa es la liberación inadecuada de hormona antidiurética desde la glándula pituitaria posterior lesionada. La caída del sodio es más grave en el sexto o séptimo día posoperatorio. Esta forma de hiponatremia aislada (o segunda fase aislada) parece ser un subconjunto de del ciclo trifásico clásico*

*dado por poliuria, luego SIHAD transitoria y luego de la recuperación o en casos graves la tercera fase de diabetes insípida central permanente”.*

*“El síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIHAD) es un trastorno de la excreción de agua causada por la incapacidad de suprimir la secreción de hormona antidiurética (ADH). Si la ingesta de agua excede el gasto urinario reducido, la retención de agua resultante conduce al desarrollo de hiponatremia”.*

*“La Diabetes Insípida Central (CDI) se caracteriza por la disminución en la liberación de hormona antidiurética, lo que resulta en poliuria (Excreción muy abundante de orina) la falta de ADH puede ser causada por trastornos que actúan en uno o más sitios involucrados en la secreción de ADH.*

Por otra parte al ser cuestionado, según su experiencia profesional consideraba, si en el caso de autos ¿el control de líquidos en el paciente electrolitos y gasto urinario se llevó adecuadamente? el mismo señaló *“Considerando que el SIHAD es un trastorno de la excreción de agua al no tener supresión de la hormona antidiurética, esto conlleva a la disminución del gasto urinario por retención de agua a través del riñón permitiendo desbalance entre agua y electrolitos específicamente el sodio el cual se disminuye. En la Diabetes Insípida si bien igualmente hay un desbalance entre agua y electrolitos específicamente el sodio, el mecanismo es distinto dado por disminución de la liberación de hormona llevando a aumento del gasto urinario (poliuria) asociado al aumento del sodio hasta valores críticos, por tal motivo en las dos entidades es importante llevar un registro adecuado de los líquidos administrados y eliminados por horario además del gasto urinario. En la Diabetes Insípida una de las terapias más usadas es la Desmopresina con la necesidad de realizar **control cada 12 o 24 Horas de electrolitos**, ya que con este manejo existe el riesgo de tener actividad de hormona antidiurética no suprimible y es posible que no pueda excretar el agua ingerida normalmente, lo que posiblemente lleve a hiponatremia lo que podría provocar una lesión cerebral si el sodio plasmático no se controla cuidadosamente. **En las hojas de control de líquidos de UCI hay cuantificación horaria al igual de monitoreo de gasto urinario”.***

En igual sentido al ser cuestionado si efectivamente el día 28 de enero de 2009, al paciente IVAN ESTEBAN SABOGAL le fue detectado un síndrome compartimental secundario y que repercusión tuvo en el paciente y su salud, el galeno conceptuó *“El síndrome compartimental corresponde a cualquier proceso patológico que resulte en un aumento de la presión dentro de un compartimento muscular que excede la presión de perfusión del tejido. La causa específica en el caso de IVAN ESTEBAN SABOGAL corresponde a extravación de líquidos a los compartimentos del antebrazo (compartimentos profundos y superficiales, el compartimento dorsal y el compartimento lateral) extendiéndose esto como un tercer espacio por edema del intersticio, tal como lo define el Síndrome Compartimental, hay compromiso por isquemia tisular por disminución de la irrigación sanguínea, compromiso nervioso y secundariamente riesgo de sobreinfección. En otro tipo de tercer espacio (ascitis, derrame pleural etc.) hay importante relación con los líquidos electrolitos, pero en este caso particular no hay impacto relevante más que el SIHAD o la diabetes insípida”*

Por último al ser requerido para que indicara según su experiencia profesional si los factores infecciosos y las intervenciones que le fueron practicadas, tuvieron relación directa con la muerte del mismo, el galeno conceptuó *“El paciente IVAN ESTEBAN SABOGAL BUSTAMENTE fallece el día 5 de marzo de 2009, a las 11:55 p.m., luego del diagnóstico clínico e imaginerológico de muerte cerebral presentando, hipotensión, bradicardia, asistolia y parada cardio respiratoria; en el caso del paciente IVAN ESTEBAN SABOGAL BUSTAMENTE todos los factores influyeron en la evolución observada a través de los días, requirió manejo antibiótico ante sospecha de proceso infeccioso de tejidos blandos, sistema nerviosos central aunque la lesión progresiva por desmielinización osmótica difusa con extenso compromiso considero fue el determinante de la muerte”*

Cabe destacar igualmente que el anterior dictamen fue sometido a contradicción en la pasada diligencia celebrada el día 17 de noviembre de 2020, ocasión en la cual el galeno manifestó ratificarse en cada uno de los puntos desarrollados en su experticia, y añadió además otros conceptos que según su juicio acontecieron dentro del caso de autos.

En efecto, al ser preguntado como efecto el craneofaringioma en el estado de salud del paciente, el mismo manifestó *“claramente si, dentro de muchas funciones, tiene que regular la parte de líquidos y electrolitos a través de hormonas como la hormona antidiurética, si jugo un papel fundamental en todas las complicaciones que tuvo el paciente, por tanto, si influyó de forma importante sobre el desenlace del paciente”*

Por otra parte, al preguntársele conforme a su respuesta anterior, si conforme a la complejidad de la enfermedad, se puede presentar un manejo complejo en la regulación de líquidos manifestó *“claro es un manejo complejo, que amerita monitoreo en unidad de cuidados intensivos puesto que se requiere un estricto control de los líquidos que se administran de los líquidos que se eliminan y exámenes de laboratorio, entonces es un manejo muy complejo que amerita un seguimiento muy muy estricto”*.

Seguidamente al ser preguntado, si había la posibilidad que a pesar de que se haga seguimiento estricto, la respuesta del organismo del paciente no sea la más adecuada, el mismo manifestó *“bueno en la literatura hay entre un 21 y 35 % de sufrir este tipo de complicaciones, pero si al paciente se le lleva un monitoreo muy estricto de la orina del control de líquidos que se le administra y la toma de laboratorios, la probabilidad de minimizar el riesgo es realmente alto, pues no todos los pacientes que son llevados a este tipo de cirugía van a quedar con secuelas, entonces a pesar de ser un manejo complejo dentro de una cirugía importante, si se hace un adecuado seguimiento en laboratorios y en controles es posible que el paciente salga adelante y no vaya a tener mayores secuelas y mucho menos desenlaces como la muerte”*.

Por otra parte, al ser preguntado conforme al folio 2352 de la historia clínica y la respuesta número 17 de su experticia, si el día 21 de febrero de 2020, se hicieron los cálculos adecuados para la formulación del sodio, el galeno manifestó *“se ordenó la corrección de 10 miliequivalente para 24 horas que digamos está dentro del rango adecuado en algunos casos se permite hasta 12 aunque se prefiere que esas correcciones no sean tan agresivas, el día 21 de febrero los registros de control de líquidos de UCI en 24 horas y informan que se administraron 1360 Centímetros cúbicos de solución salina hipertónica, esto haciendo el cálculo matemático nos permite entender que se*

corrigieron aproximadamente 20.5 miliequivalentes, y eso le sumo 1640 centricionales registrados en los controles de líquidos, lo cual permite corregir 2.1 miliequivalentes adicionales, en total la sumatoria me da que se corrigieron 1.6 miliequivalentes en 24 horas, lo cual no está adecuado, si bien hay una orden que dice que se corrigiera a 10 no se cumplió esta orden médica y se corrigió mas del doble de lo que había en la orden médica, la evolución de la UCI de la 1 de la mañana del 22 de febrero informa un sodio de 141 que es el rango normal como les había comentado, se entiende que es una corrección anómala y que va a generar un daño neurológico como lo es en el caso del paciente una mielinolisis pontina, puede ser una de las causas por la sobre corrección”.

Seguidamente al preguntársele según su criterio profesional, que solución salina era la procedente aplicar en el caso concreto respondió “en el caso una solución salina hipertónica al 3% que es la solución que mas usamos en el ámbito de la práctica diaria por su seguridad”.

En cuanto si este era un procedimiento, estándar o en otras palabras si siempre se aplicaba la misma cantidad de solución salina contestó “se hace de acuerdo a toma de sangre y el peso y el cálculo de agua corporal, por tanto el valor no es estándar hay unas formulas que sirven para hacer estos cálculos matemáticos pero se variarán de acuerdo con el peso de los pacientes y a los valores del sodio del momento, el medico es quien basado en esos cálculos emite una orden de infusión de líquidos y la enfermera se encargará de cumplir esa orden tal cual como la haya dejado el médico...”

Por otra parte, al ser preguntado si el control ejercido por los médicos fue adecuado, mal llevado o terriblemente llevado al punto de llevar al paciente a su muerte el galeno contestó “mientras el paciente estuvo en la Unidad de Cuidados Intensivos se hizo el control de los líquidos, lo que uno observa en la historia clínica es que hay discrepancia entre la orden médica y lo que se realizó por enfermería puesto que como hablamos en la pregunta número 17 la primera orden fue que se repusiera a 10 mil miliequivalentes en 24 horas, pero lo realmente la orden que se cumplió fue el doble de la corrección porque se suministraron mucho más líquidos, tanto de solución hipertónica como solución de lactato de ringer por tanto fue una sobre corrección y esto claramente fue deletéreo para el paciente”.

En este mismo sentido, al ser preguntado si conforme a la orden médica existía una disparidad entre lo ordenado por los médicos y lo suministrado contestó “si esa solución fue preparada al 7% claramente nos va a sobre corregir de una forma abrupta ese sodio, vuelvo y digo las soluciones hipertónicas al 7 no las usamos de forma frecuente y habitual usamos soluciones hipertónicas al 3% por ese riesgo que tiene entre otras cosas”.

Por otra parte, al ser preguntado, en qué casos se utiliza la solución hipertónica al 7% indicó “de por sí, nunca he usado solución hipertónica al 7%, la verdad no la he usado y no tengo aquí presente una condición específica, por lo que les digo utilizamos soluciones hipertónicas al 3%”.

Al ser preguntado, cuáles son las consecuencias que el paciente este con una hiponatremia de 110 sin corrección “en el caso específico, el descenso del sodio, lo que lleva es a hacer un edema cerebral, el alza de sodio lo que hace es un daño cerebral, si es una alza de forma incontrolada lo que uno corrige por 24 horas, el tener el sodio bajo lo que conlleva es a un edema cerebral, puede generarse por ese mismo edema, infartos cerebrales, micro infartos cerebrales, también pueden condicionarse hasta el daño neurológico, pero quiero hacer énfasis en que si bien el sodio bajo nos va a generar ese edema cerebral y riesgo de daño neurológico no significa que yo deba sobre corregir, solamente en unos casos muy puntuales que el paciente este convulsionando se hacen pequeñas correcciones de este sodio con volúmenes de solución hipertónica de aproximadamente al 3% podemos colocar bolsas de 100 Cms, para hacer alzas de ese sodio permitiendo disminuir el riesgo de mayor daño pero no normalizar el valor del sodio de forma abrupta”.

Por último, al ser preguntado si en el caso concreto, los síntomas que se presentaron en el paciente, se debieron a una sobre corrección en el sodio o por el contrario una baja de sodio, el mismo contestó “el paciente tuvo fluctuaciones de ese sodio, el hizo hipernatremia severa, hiponatremias severas y me refiero a fluctuaciones, es decir que fue en cortos periodos de tiempo, entonces esto es lo que permite saber es que obviamente había ese riesgo de daño neurológico, por esa gran variabilidad que tuvo de tenerlo muy alto a tenerlo muy bajo y viceversa, finalmente esa sobre corrección de sodio

que hubo, de pasar de 110 a esa normalidad de 140 a 138 recordemos que lo normal es 135 a 145 en tiempos menores a 24 horas es muy deletéreo, termina generando el riesgo de mielinolitis pontina que fue la causa final del deceso del paciente”.

Así mismo, obra en el expediente la declaración del médico especialista en medicina interna NAIRO CANO quien al hacer un relato claro y detallado de los hechos que componen la presente actuación manifestó “la historia clínica trata de un paciente joven, de 19 años que fue atendido por un cuadro de dolor de cabeza y en que se identifico como causa de ese dolor de cabeza un problema en la región central del cerebro alrededor del área que llamamos la silla turca, ese tumor se llama craneofaringioma que es un tumor relativamente común en personas jóvenes fue llevado a cirugía y durante el procedimiento quirúrgico tuvo un evento adverso que fue la extravasación de líquidos son la lesión de un síndrome compartimental, después de la cirugía vino presentando un posoperatorio, con dificultades y oscilaciones en las concentraciones de sodio pasando inicialmente por elevación - hipernatremia, luego hiponatremia leve, luego nuevamente hipernatremia, para posteriormente presentar una caída a un valor de sodio bastante bajo con una recuperación rápida del mismo, posterior al cual presenta deterioro neurológico y fallece, ese es a grandes rasgos el resumen del cuadro del paciente, simultáneamente presenta una infección de tejidos blandos y aparentemente una infección cerebral, ese es el resumen a grandes rasgos del caso clínico que estamos tratando”.

Seguidamente al ser preguntado que conclusiones le dejaba el análisis la historia clínica indicó “se trata de un caso clínico bastante complejo, porque el paciente al inicio de su enfermedad se comportó con una elevación del sodio que llamamos diabetes insípida, que es un fenómeno que ocurre muy frecuentemente en neurocirugía, y que después de ese proceso comenzó un tratamiento con desmopresina, unas bajas leves del sodio para luego volver a estar bastante alto, posteriormente haber estado muy muy alto, no queda muy claro en que momento el sodio paso nuevamente a normal y luego comenzó a descender, descender, ese descenso del sodio produjo bastantes síntomas en el paciente, y un síntoma bastante grave son las convulsiones lo que llevó a planear e iniciar un tratamiento para corregir y volver a subir el

sodio, el problema es que el paciente durante la corrección del sodio, tratamiento para la hiponatremia (sodio bajo) presentó una corrección muy rápida de muchos miliequivalentes, superiores a los que se recomienda y originaron un cuadro clínico descrito en la historia como Mielinolisis Pontica que es un grave daño cerebral que junto con otras situaciones que presentó el paciente finalmente lo llevó al deceso”.

En este mismo sentido al preguntarse conforme a su experiencia, como se realiza un manejo adecuado de un paciente que presenta un cuadro clínico neurológico como el de IVAN ESTEBAN SABOGAL indicó “las elevaciones del sodio son mas bien raras, pero el descenso del sodio ocurre en muchos pacientes, casi nunca son tan graves, pero el manejo es complejo porque son varios los sistemas hormonales que pueden estar comprometidos, el sistema de la DH que es la hormona que nos retiene agua, el sistema que tiene que ver con la hormona que afecta la supra renal, sistema tiroideo, todos esos sistemas intervienen y producen diferentes espectros o patrones, no es sencillo hacerlo y es muy importante que estemos muy atentos de la situación clínica del paciente para poder saber en qué momento intervenir y es muy importante que hagamos controles periódicos del sodio y que se reporten oportunamente por parte del laboratorio, que sean confiables para que podamos tomar decisiones y rápidamente verificar que la decisión fue la correcta tanto en la evolución del paciente como en la cambio de los resultados, porque si bien, las alteraciones se presentan, y eso a veces puede ser ingobernable, es importante recordar que si lo bajamos muy rápido producimos edema cerebral, si lo subimos muy rápido podemos producir mielinolisis, son tan graves que su instauración y los riesgos que tienen como los tratamientos”.

Por otra parte, al ser preguntado que tipo de daño puede ocasionar un craneofaringioma en un paciente el mismo conceptuó “El tumor mismo al crecer pudo haber hecho daños, sino que a veces los daños pueden presentarse o no, ahí se dice que el paciente tenía talla baja, razón por la cual yo creo que el tumor ya había dañado la función de la hormona del crecimiento, pero también habría podido dañar el sistema central de control de la función tiroidea, suprarenal y el manejo de agua, pero posterior a él puede haber un trauma muy pequeño, que produzca un cambio como un aturdimiento de la glándula hipófisis y que se produzca la elevación del sodio

*transitorio, pero si el daño es definitivo, se libera mucha hormona entonces hay deficiencia, exceso, y luego posteriormente si el daño fue excesivo puede haber perdida de todas las funciones, si se pierden las funciones de la hipófisis posterior, ya queda una diabetes insípida que es la incapacidad para concentrar la orina y si se pierde la hipófisis anterior, se pierden los controles de las hormonas que regulan la función sexual, el tiroides, la suprarrenal y los pacientes entran en algo que llamamos pan hipopituitarismo, pan significa todo, hipo poquito, pituitarismo función, entonces entra en una disfunción, la mayoría de las veces una la encuentra la anticipa se puede presentar por otro mecanismos y los pacientes una ves los regula homeostáticamente, pues quedan con unas suplencias indefinidas pero pues se supone si el tumor debía ser resecado la deficiencia hormonal, puede ser suplida, realmente no es un tratamiento, no es una suplencia pues es algo que el organismo dejó de producir por el daño”.*

Por otra parte, al preguntarle concretamente respecto de los niveles del sodio, y que opinión le generaban, indicó “...hubo como cuatro ciclos, subió bajo, el primer bajón me parece a mí que es fisiológico, el segundo puede tener tres o cuatro explicaciones diferentes, el mas grave el que ocasionó las convulsiones, las explicaciones son, ya no que hubiera secreciones inadecuadas, sino que hubiera habido de pronto un exceso de administración de desmopresina o no exceso, sino que hubiera sido la dosis superior por el peso del paciente o la cantidad que el necesitaba, o también pudo haber sido que haya fallado desde el control cerebral en la función tiroidea o suprarrenal, pues por la pérdida de la glándula, pero definitivamente el sodio bajó por varios mecanismos pero no es posible achacarlo a ninguno en particular es multifactorial, el segundo bajo muy grave es multifactorial”

Seguidamente al ser preguntado por el despacho cual es la dosis indicada según la literatura médica, del medicamento nominado desmopresina a un paciente como el que ocupa nuestra atención, el galeno indicó “la dosis cuando el paciente aun no puede comer, es endovenosa, puede venir de dos, puede ser dos cada doce horas, hasta cuatro cada 8 horas, máximo 10 microgramos al día por vena o subcutánea, pero ya cuando es inalada, toca multiplicarlo por diez... es como 10 veces lo que se pone por la vena.. nosotros generalmente utilizamos las recomendaciones que da el Invima”.

Por otra parte, al preguntarse si el paciente IVAN ESTEBAN SABOGAL le fue indebidamente formulado el medicamento nominado desmopresina indicó *"...no lo tengo claro, creo que para el peso del paciente, la dosis pudo haber sido la adecuada pero lo importante es que los organismos responde diferente, de acuerdo a su peso y a su talla, y si de pronto uno sigue tomando líquidos, o si la dosis para la persona es muy alta existen en medicina lo que llamamos titulación que una dosis parece ser buena para una persona pero podría ser relativamente mas alta y uno debe bajarla o subirla de acuerdo a la repuesta, esa repuesta se define por cuanto orina y cuanto liquido esta tomando y en cuanto se debe encontrar el sodio, entonces como tal lo que puedo yo decir es que sobre dosifico pero si pudo haber requerido menos"*.

Por otra parte, al ser preguntado como se realiza la sobre corrección del sodio en un paciente, el mismo indicó *"...la idea es subirlo despacito despacito, pero el paciente convulsionó, entonces es importante que no esté tan bajo y querer subirlo algunos miliequivalentes para ver si pasan las convulsiones porque, por convulsiones por hiponatremia uno se puede morir, pero si uno lo hace muy rápido o si el paciente cambia su fisiología, puede haber una hipercorrección y la hipercorrección es gravísima porque puede producir la mielinolisis y puede producir la muerte...la corrección se hace partiendo del valor que el paciente tiene queriendo que no suba más de 6 miliequivalentes, generalmente necesitamos sodio, dice que se subió con solución salina al 7%, normalmente lo hacemos con solución salina al 3%"*

Conforme a su respuesta anterior, al ser preguntado que sucede si se realiza una corrección de hiponatremia al 7% indicó *"puede ser mucho, pero si usamos poco volumen podría ser parecido al 7, pero no soy familiar con esa dosificación, porque ni la he usado, ni la he visto usar, ni la he visto en los textos...normalmente lo que dice la literatura y lo que hacemos es que si el paciente está muy malito entonces se coloca una solución que intente subirlo, más o menos 6 miliequivalentes en algunas horas, y entonces lo hacemos normalmente si hacemos cuentas sobre el peso y alguna regla dice que más o menos cuando es solución salina al 3% el suero que usan normalmente viene al 0.9 el que viene al 3% es como tres veces más espesito, y se colocan*

*generalmente 100 mililitros y se mira haber que pasa y se hace eso hasta tres veces”*

Seguidamente al ser preguntado conforme su respuesta, cual fue la orden que se dio en el presente caso por parte de los médicos para la compensación del sodio indicó “hay dos órdenes, una que dice que se administre solución al 7% ahí dice mas o menos 1500 cc, una cantidad que supera un poco y puede producir una elevación rápida del sodio más allá de lo esperado que es solo 6%, porque si sube mas de 6 hay muchos riesgos. No es una recomendación usar solución salina al 7% y las cuentas me dan muchos miliequivalentes, puede subir demasiado el sodio... pues el paciente tuvo una elevación del sodio altísima de muchos miliequivalentes, más allá de lo que se esperaba, como 10 veces lo que debió haber subido, para mi realmente nunca lo había visto tan severo, pero es que es un caso muy especial...”.

Por otra parte, al ser preguntado conforme al folio 2352 del cuaderno 5 de la Historia Clínica, si consideraba que la compensación del sodio se realizó de manera adecuada conforme a la lex artís, el mismo contestó *“doctor no, porque las primera cuentas que habíamos hecho eran para las primeras 6 horas y eso que la dosis estaba alta, era de darle 300, pero si quiere hago la cuenta, supongamos que usted en 18 horas le quiere subir solo 8, yo le diría cuantos miliequivalentes le pondría para 18 horas, si usted dice que es una corrección lenta de una crónica ...tenemos un paciente que pesó 52 kilos por 11.0065 de superficie corporal, son 34 litros en los que toca dividir el sodio por, para subirlo 8 hay que ponerle 270 miliequivalentes, si eso se le pusieron al 7 se pusieron 1800”* .

Seguidamente al ser preguntado conforme a su respuesta anterior, cuantas veces más de lo normal se produjo la sobre corrección en el sodio el experto en medicina interna indicó “6.5 veces, si realmente estaba al 7 en la columna y si solo esa rata es de hipertónica y su fuera salina seria mucho menos”.

Así mismo, obra en el expediente la declaración del médico especialista en neurocirugía JUNA CARLOS DÍAZ quien al hacer un recuento detallado de los hechos que componen la presente actuación

manifestó “yo conocí al paciente en cuestión IVAN ESTEBAN SABOGAL BUSTAMANTE el ingresó a la fundación clínica Shaio el 21 de enero del año 2009, en la historia clínica colocan como motivo de ingreso un trauma craneoencefálico él había tenido un traumatismo días antes al ingreso por una caída que presentó y por esto fue dirigido a urgencias de la Fundación Clínica Shaio, el 22 de enero es decir al día siguiente, tenemos informe de un Tag de cráneo simple en el que se evidencia una masa de aspecto tumoral en el tercer ventrículo con una hidrocefalia secundaria, por es nos fue solicitado la valoración a neurocirugía por parte de los médicos de urgencia, cuando vimos al paciente en urgencias a pesar de que el consultó por un traumatismo craneoencefálico era evidente de su examen físico que correspondía a un adulto de 19 años pero tenía un aspecto de un niño menor, tenía un aspecto mas o menos de un niño de unos trece años, con sobrepeso, con disminución de las manifestaciones de lo que llamamos caracteres sexuales secundarios que son las manifestaciones corporales del crecimiento del adolescente en cuanto a la secreción de las hormonas que lo convierten en un adulto y nosotros por neurocirugía valoramos al paciente se le solicitó una imagen de resonancia magnética para confirmar los hallazgos del Tag y en la resonancia magnética se confirmó la presencia de un tumor de aproximadamente 45 milímetros de diámetro en un crítico del cerebro que se llama la región de silla turca y el tercer ventrículo, este tipo de tumores solamente tiene un tipo de posibilidad de tratamiento y es la cirugía abierta convencional dado que había que descomprimir el tumor mandar el tejido a patología y además solucionar una situación secundaria al tumor que se llama hidrocefalia, el día 27 de enero de 2009, nosotros le informamos a la familia y al paciente, se explicaron los pormenores de la cirugía, se firmó el consentimiento informado como consta en la historia clínica yo tengo aquí en mis anotaciones, y se llevó a cirugía el día 28 de enero de 2009, se hizo una cirugía por el abordaje tradicional, fue una cirugía larga, 7 horas de duración,, en la descripción del procedimiento consta que se hizo una disección de todas las estructuras anatómicas y consta también que en la descripción que no se pareció una estructura que se llama el tallo hipofisario, situación que es común en este tipo de cirugías y por eso quedó explicito en la historia clínica, no hubo ninguna complicación intraoperatoria y se logró una resección completa del tumor en ese momento, al terminar el acto operatorio nos enteramos todos los participantes que hubo una complicación ustedes ya conocen por una infiltración de líquidos en el miembro superior derecho que está consignada

en la historia clínica, de ahí el paciente se traslado a la unidad de cuidado intensivo como se hace de rutina, el día 30 de enero de 2009, es decir dos días después de la cirugía, se hizo una imagen de Tag de cráneo en el cual esperaron los cambios esperados por la cirugía y ninguna otra complicación adicional, el día 2 de enero el paciente logra extubarse sin complicaciones también está consignado en la historia clínica y el día 4 de febrero logra salir de la unidad de cuidados intensivos hacia una instancia hospitalaria en piso, para el día 7 de febrero comenzó a tener fiebre deterioro neurológico se repitió un Tag de cráneo simple donde se evidencio una colección de en el sitio de cirugía, una colección de líquido, se trasladó nuevamente a la Unidad de Cuidado Intensivo por el deterioro que presentó, se realizó una punción lumbar ante la sospecha, para descartar que tuviese una infección asociada aunque clínicamente no tenía síntomas de tenerla y se descartó la infección con el resultado de la punción lumbar, para el día 8 de enero se consigna que comienza a tener problemas con la regulación del agua y los electrolitos una situación que se llama diabetes insípida situación que persistió durante los siguientes días, el paciente fue visto por múltiples especialistas en cuidado intensivo, en neurocirugía, infectología, neurología y consta pues las anotaciones de cada uno de ellos en la historia clínica, el día 10 de enero la especialización de infectología deja consignado en la historia clínica, piensan haciendo un análisis de toda la información, no se considera que haya una infección activa por lo que recomiendan suspender el tratamiento con antibiótico que se había instaurado antes, el día 21 de febrero ya estando el paciente en piso presento nuevamente un deterioro nuevamente de su estado general neurológico se traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos con un trastorno severo del sodio con una disminución del sodio seria, una hiponatremia severa, ese día igual que los otros días, se hizo los cálculos respectivos para poder reponer el sodio y a pesar de los cálculos hechos de manera adecuada para la reposición del sodio, el paciente tiene unas rápidas oscilaciones del sodio durante ese y los días siguientes, el día 23 de febrero se encontraba en muy malas condiciones convulsionó, el sodio paso de 110 a 188 en el termino de cuarenta y ocho horas, es decir tenia una oscilación muy importante y pues el paciente en ese momento ya presentó un deterioro que fue digamos la constante para el los días siguientes, para el 24 de febrero la situación esta consignado en la historia clínica es complicada presentaba convulsiones, se hizo un Tag de cráneo en donde la colección frontal derecha persistía y ante la persistencia de fiebre hospitalización prolongada y

*digamos todavía la duda de que tuviese una infección asociada en ese momento se consulto nuevamente a alguien de infectología, infectología segua confirmando que el diagnóstico de la infección no era certero, sin embargo se decidió llevar a cirugía nuevamente por parte de neurocirugía 4 de febrero para hacer un drenaje de esta colección, pues una cirugía que no es de alta complejidad y nos podía sacar de la duda de que si tenia o no una infección, asociada en esta colección craneana, el resultado obtenido de esta cirugía no mostro que tuviese una infección en ese sitio eso quedó consignado en la historia clínica en una anotación por parte de infectología, folio 527, el día 27 de febrero la condición neurológica continuo siendo muy mala, se hizo un Tag de cráneo de control donde se mostró que habían unos cambios en el cerebro en cuanto a la densidad del tejido, tenía una hipo densidad occipital y parietal lo que podía corresponder a un infarto, y el drenaje insatisfactorio de la colección epidural que se había hecho días antes, esto también está consignado en el folio 573, para el día 28 de febrero el paciente entra en un estado de coma, en el Tag de cráneo muestra un extenso daño, se puede atribuir a un proceso de mielinolisis osmótica, esto también está consignado en la historia clínica en el folio 585, la anotación que hizo el doctor Julio Roberto Fonegra, para el día 1 de marzo hay una anotación en la historia donde se dice que el paciente entra en una disautonomía, la disautonomía hace referencia a una alteración del sistema nervioso autónomo el que comienza en el hipotálamo, por lo cual es sugestivo de un extenso daño hipotalámico irreversible, eso está consignado en el folio 603, el tag de cráneo y la evolución clínica del paciente hacen que se produzca el diagnostico de una muerte cerebral, también la anotación del doctor Julio Fonegra, folio 615 el día 1 de marzo el día 4 de marzo se hace una gammagrafía cerebral en donde se confirman estos hallazgos de muerte cerebral irreversible por ausencia de flujo y finalmente el paciente fallece el día 6 de marzo”*

Por otra parte, al ser preguntado cuales eran los riesgos que se podían prever de la cirugía que el mismo practicó contestó *“el riesgo fundamental en esta cirugía es la presencia de alteraciones en la secreción en una o varias de las hormonas que se producen en la zona del hipotálamo y la hipófisis, dentro de ellas hay varias hormonas que se producen ahí, pero uno de los riesgos que siempre se contemplan y desafortunadamente son los más frecuentes son la alteración de la hormona antidiurética eso produce una producción de grandes volúmenes de orina durante el día con lo cual el*

*paciente elimina gran cantidad de agua libre y concentra el sodio y puede producir trastornos en el manejo del sodio en el pos operatorio, esto se llama una diabetes insípida y es de los riesgos mas importantes que se contemplan en la cirugía de los craneofaringiomas, además de la aparición de la diabetes insípida, los riesgos en general de manipular estas estructuras vitales del cerebro pueden incluir trastornos neurológicos, transitorios permanentes del estado de conciencia infartos hemorragias, convulsiones, infecciones, en el pos operatorio y eventualmente la muerte cosa que siempre se lo decimos y explicamos a los familiares pues aunque no es un riesgo elevado es un riesgo real y siempre se les explica la situación a los pacientes y sus familiares”.*

Por otra parte, obra el testimonio del especialista en anestesiología MAURICIO ABELLO SANCHEZ quien al ser requerido para que efectuara una valoración del caso manifestó en su declaración *“efectivamente yo conocí este caso, hice parte de los anesthesiólogos que participaron el día de la resección del craneofaringioma, yo fui el anesthesiólogo que estuvo a partir de las 19:00 horas hasta las 21:00 horas, no fui el anesthesiólogo inicial, fue la doctora Hincapié, conocido este caso el día anterior en la valoración por anestesia y el consentimiento tiene mi firma, y el día de la cirugía participe en la parte final del procediendo, yo recibo al paciente a las 7:00 de la noche cuando hay un cambio de turno, en ese momento al paciente le están realizando una cirugía y esta cubierto por campos quirúrgicos lo único que tengo opción de revisar son los monitores en los cuales me dan información de signos vitales, cardiovasculares y la anesthesióloga que estaba a cargo me entrega el paciente, cuando los cirujanos acaban hacia las 21:30 horas, se traslada al paciente a la Unidad de Cuidado Intensivo donde evidenciamos que en la mano tiene un estado de color violáceo y que tiene unas ampollas en ese sitio tenía canalizado una vena de calibre 16 que era con la que habían iniciado el procedimiento horas antes, lo que se hace es retirar de la vena inmediatamente, evaluamos y tiene una perfusión distal que es inadecuada entonces hago la interpretación que tiene un síndrome compartimental, así que hacemos una interconsulta y el doctor Diaz Granados llega a la institución está de acuerdo con el diagnostico y el manejo de esto pues es una fasciotomía que es para liberar la presión dentro de los compartimientos de la mano y el brazo, el paciente no se alcanzó a despertar de su anestesia inicial así que este procedimiento se realiza, antes de eso se le informó a la familia*

*de esta eventualidad y que había la necesidad de resolverlo inmediatamente, ellos aceptaron e informaron ese consentimiento...”.*

*Este paciente en adelante hubo la necesidad de pasarlo a varios lavados decimos nosotros y revisión de esta circunstancia en la mano se paso efectivamente en 9 veces primero por los ortopedistas y luego por los cirujanos, de ese modo yo participé en uno de esos lavados como anesthesiólogo, de resto fue el grupo de mis colegas, y la otra parte que intervine en este caso fue porque falleció, en la región de la historia clínica fue la eventualidad de la mano”.*

Por otra parte, refirió respecto de si el síndrome compartimental pudo tener alguna clase de repercusión en el estado del paciente *“esta lesión que tuvo en la mano no generó ninguna alteración en el compromiso sistémico del paciente...lo único que género es que hubo una necesidad de pasarlo varias veces a cirugía, pero era una cirugía menor respecto a todo lo que al paciente le estaba ocurriendo...lo que quiero decir es que esta lesión está limitado a la mano es un porcentaje muy pequeño, es como si fuera una quemadura y eso corresponde a menos del 2% de la superficie corporal, o sea no hay una pérdida de líquidos o perdida de electrolitos que pudieran alterar el metabolismo y el manejo de los líquidos en el paciente”.*

Por otra parte, obra en el plenario la declaración del especialista en neurocirugía JULIO ROBERTO FONEGRA quien al ser requerido por el despacho para que hiciera un recuento claro y detallado de los hechos que componen la presente actuación, indicó en su declaración *“IVAN ESTEBAN era uno joven que tuvo un trauma craneano, él había consultado a otro hospital unas dos semanas antes de ingresar acá y en la escenografía, en el Tag que le hicieron para ese trauma encontraron incidentalmente un gran tumor a nivel del hipotálamo, el paciente fue dado de alta y en los días siguientes desarrolló dolor de cabeza, problemas visuales, vomito y consulto al servicio de urgencias de esta institución, aquí evidenciamos el tumor y lo correlacionamos con unos hallazgos que pequeña estatura, mal desarrollo de sus características de adulto poco de obesidad y pues vimos que este era un problema que llevaba muchísimo tiempo, evolucionando con el le explicamos la situación a la familia, nos preparamos para una cirugía porque no había ninguna otra posibilidad de tratamiento, el tumor que él*

tenía si no se hubiese hecho nada produciría la muerte en poco tiempo por el aumento de la presión intra craneana, hidrocefalia es acumulación de líquido, uno tiene un sistema de acueducto que se absorbe y se produce agua todo el tiempo, y el tumor era de tal tamaño que estaba comprimiendo ese sistema, producía agua y eso se absorbía, eso es una causa de muerte y de ceguera, duramos 5 o 6 días preparando la cirugía del paciente, hablamos muy claramente sobre la gravedad de la situación, o sea un craneofaringioma es una enfermedad catastrófica, siempre ha sido así, con gran mortalidad por muchas complicaciones, importante mortalidad en relación a otras cirugías que nosotros practicamos, una vez explicado todo esto procedimos a hacer la cirugía. Por la dificultad de la misma y la localización, porque el hipotálamo es algo especial, no es una parte del cerebro, es la base del cerebro, los dos neurocirujanos intervinimos yo cancelé todas mis actividades de ese día, para acompañar al doctor Diaz porque eso es bien complicado, logramos sacar la totalidad del tumor y la evolución fue aceptable los primeros días y como una semana después empieza todo el trastorno esperado de los líquidos, los electrolitos, el agua, el sodio, el potasio, eso nos llevó a serísimos problemas y tuvimos complicaciones en este sentido que fueron intratables y el resultado pues ya es conocido por todos nosotros”.

Por otra parte al ser preguntado si la diabetes insípida era una complicación previsible al tratamiento del paciente IVAN ESTEBAN SABOGAL BUSTAMENTE indicó “hay muchas causas de diabetes insípida, los tumores de esa región, de la región del hipotálamo y de la hipófisis, con mucha frecuencia producen diabetes insípida, pero los tumores de la glándula hipofisiaria, esos tumores están lejos del hipotálamo, y esos son de los tumores más frecuentes 20% de los tumores son acá, y aquí también se hace diabetes insípida eso no tiene problema porque generalmente son transitorias, duran unos pocos días y los pacientes se mejoran, pero el hipotálamos esta intacto, esos casos se manejan fácilmente, el que no se maneja fácilmente y se vuelve intratable es el que hay compromiso del hipotálamo, y otro problema muy serio es que los núcleos de sed, yo tengo diabetes insípida y orino como loco, pero tengo mi hipotálamo bueno, a mi me da sed y yo tomo agua, entre otras cosas, les encanta tomar a los pacientes agua helada no sé porque, bueno, pero si yo tengo perdido el centro de la sed como sucedió en este caso, imagínese la complicación, no

hay centro de sed, a mí me dan tres litros de agua y me las tomo o no me dan y no tomo, y no hay centro de saciedad de sed, eso complica la situación 5 veces más, los pacientes que tiene perdida la sed tienen 5 veces más riesgos de infecciones no se sabe porque de infecciones y de complicaciones, otra cosa que me olvide el Hipotálamo maneja la inmunidad, las defensas del organismo están controladas por el hipotálamo, por eso los pacientes que se operan de craneofaringioma tienen un altísimo índice de infección”

Posteriormente al ser preguntado según su experiencia profesional quienes son los encargados de realizar el seguimiento al paciente posterior a la cirugía indicó “Los pacientes quedan bajo cuidado directo de los médicos intensivistas, pero es un trabajo en equipo, ellos son los que tiene experiencia para manejar el sodio, es su trabajo, así como el intensivista no puede ayudarme a operar, pues es igual, esa es su experticia, pero es un trabajo en equipo, al paciente lo vimos todos y cada uno, desde el principio hasta el final, pero las decisiones de manejo de líquidos los hacen los intensivistas”

De igual forma obra en el expediente interrogatorio de parte del especialista en anestesia cardio vascular de la clínica Shaio GILBERTO ANDRES MEJÍA ESTRADA quien al hacer un relato claro y detallado de los hechos que componen la presente actuación indicó *“Este caso lo conozco en mi calidad de director científico, se hicieron las reuniones cuando hay un desenlace no esperado, este caso lo conoce la fundación el 21 de enero de 2009, se trata de un paciente de 19 años que es remitido a la fundación ya que encuentran un tumor en el cerebro, vale la pena mencionar unos antecedentes importantes, antes de la actuación de la clínica y es que este muchacho recibe un trauma cráneo encefálico, y a raíz de eso hace cefalea, hace algo de vomito, lo llevan a la fundación Cardio Infantil, allá le hacen un examen de cerebro una tomografía de cerebro y le encuentran un tumor de manera incidental, como antecedente, el muchacho ya había sido consultado aparentemente con varios endocrinólogos, porque tenía problemas de peso y talla importantes y en esas evaluaciones según la historia clínica dijeron que no tenía alteraciones endocrina, llamaba la atención que cuando llego a la fundación que se trataba de un muchacho de 1.50 de talla con 50 kilos de peso, sin desarrollo puberal y los médicos piensan que tiene la apariencia de un muchacho de 13 y 14 años, o sea que tenía un desarrollo pondo estatural disminuido y no tenía la fase de uno muchacho de 19 años, lo que de n*

entrada hace pensar de un problema endocrinológico severo, se hace la tomografía, se encuentra un tumor, en una región del cerebro que es la que controla casi que todo el cuerpo, el tumor esta encima de la silla turca, esta es una estructura ósea en donde descansa la hipófisis, esta es una glándula que secreta una gran cantidad de hormonas y controla una gran cantidad de glándulas en el cuerpo y a su vez el controlador de esa hipófisis es el hipotálamo, esta en el cerebro y es el que controla lo que somos básicamente, si tenemos sed o no, si tenemos hambre, prácticamente el que controla si dormimos, si no dormimos, todo se controla ahí. La hipófisis controla las glándulas, o se ala tiroides, la supra renal, los ovarios, los testículos, o se a ahí esta el centro de control hormonal del cuerpo, el tumor, es un tumor grande que tenía muy posiblemente muchos años, tiene unas medidas de 40 x 35 milímetros, y eso al estar dentro del cerebro es un tumor ya de un tamaño, importante, ya ha crecido para obstruir lo que se dice el tercer ventrículo, que son los canales por donde fluye el líquido cefalorraquídeo, que mantiene en un término vulgar aceitado el cerebro, con esto se decide que debe ser llevado a cirugía, se le hacen los exámenes pertinentes, para llevar a la persona en el mayor control posible, se hacen firmar consentimientos informados, hay uno en la historia clínica que es predeterminado escrito a máquina que lo llenan los familiares, lo firma la mamá y lo forma el muchacho, y también hay unos consentimientos informados en la historia clínica en los cuales el cirujano explica lo que puede suceder en la cirugía, como usted entenderá, este tumor estando en ese centro, tiene la posibilidad, de alterar cualquier función del cuerpo, y lo que los exámenes muestran es que se trata de un tumor que se llama "Craneofaringioma" es un tumor que nace de esas células del desarrollo del cerebro, no es muy habitual, no es muy habitual, está más o menos 3% de los tumores cerebrales, se considera benigno, es decir que su capacidad de replicarse, o de infiltrar no es del grupo de los malignos, pero por su posición y por su compromiso se considera maligno, histológicamente no es un cáncer maligno pero por su posición se considera como maligno.....se lleva a cirugía el 28 de enero, es decir una semana después, se le hace el abordaje, se hace una cirugía de acuerdo a lo planeado que era retirar la totalidad del tumor, la parte macroscópica y las estructuras que están alrededor del tumor, es una cirugía que dura más de 8 horas, tiene un sangrado de aproximadamente 800 centímetros cúbicos, según lo descrito en la nota quirúrgica y para ese procedimiento consideran los cirujanos que no haya ninguna clase de complicación".

Por otra parte al realizar un recuento respecto de que complicaciones se presentaron con posterioridad a la cirugía de resección del tumor, el mismo galeno conceptuó *“al muchacho se le quitan los campos quirúrgicos, el está completamente cubierto, se encuentra que hay una infiltración de una vena del brazo derecho, esta infiltración de la vena, hace que haya una disminución de la perfusión, de la sangre que le llega al brazo, esta hinchado y la conducta inmediata que se toma es llamar a ortopedia para que sobre ese evento disminuir las complicaciones, ese evento que en la demanda se coloca como un evento determinante en el proceso, yo quisiera contarle que nosotros consideramos y quisiera recordarle respetuosamente que yo soy anestesiólogo y tengo experiencia en el manejo del trauma de los pacientes de tejidos blandos, este paciente si bien es cierto que la infiltración es grande, y pude generar problema de infecciones, problemas de aumento de metabolismo porque hay una lesión en el tejido, también es cierto, que el tratamiento adecuado, la cobertura de todas esas heridas disminuye todos esos efectos, de hecho, este muchacho durante todo el curso que podemos relacionar más adelante, lo que se le hizo para evitar mayor daño por la infiltración se logró controlar completamente, el gasto metabólico de una lesión de esas, es menor al 3%, como una quemadura del 3%, y las quemaduras cuando está expuesta la piel de los pacientes, están perdiendo líquidos y electrolitos, están en una gran demanda metabólica, pero una vez que están cubiertas, los apósitos, eso disminuye de manera significativa, entonces yo le puedo decir en mi calidad de anestesiólogo, que ese evento fue controlado adecuadamente, de hecho, ese manejo a partir de más o menos la cirugía, porque se le hicieron muchas cirugías sobre el brazo, eso es cierto, pero más o menos a partir de la quinta sexta cirugía, hubiera podido ser de manejo ambulatorio, nunca hubo infección de ese brazo”*

En este mismo sentido y con el fin de soportar su anterior respuesta, el médico especialista, expuso respecto de cómo se puede precaver la presencia de una infección y si lo mismo aconteció en el caso de autos *“los neutrófilos son una de las categorías de los glóbulos blancos, que cuando se aumentan los glóbulos blancos y hay infección, los neutrófilos, son los primeros que responden a las infecciones bacterianas, formalmente un paciente que esta infectado tiene, los leucocitos altos.... los neutrófilos están en el 80 o 90%, en este caso estuvieron en el 50%, la otra forma en que los*

*médicos estamos acostumbrados a ver si hay infección o no son los cultivos, son técnicas microbiológicas en las cuales se expone una parte del tejido o un líquido a unos medios de cultivo, y si hubiera bacterias dentro de estos tejidos, ellas crecen y forman colonias, o sea forman agrupaciones de bacterias, en este muchacho nunca hubo un cultivo positivo, de sangre ni de los tejidos... este muchacho tuvo dos tejidos positivos pero no de sangre ni de los tejidos, tuvo uno de un catéter que se le colocó, en la punta, ahí crecieron dos gérmenes que la infectóloga que los estuvo revisando, consideró que era colonización, en este caso se consideró por parte de infectología que no fue patológica, por varias cosas, porque no hubo neutrofilia y porque no hubo leucocitosis, y porque no hubo compromiso general ni cultivos en sangre ni en los tejidos, crecieron dos gérmenes que si bien son del ambiente hospitalario, no tiene la resistencia hospitalaria, normalmente cuando un germen crece se le coloca un antibiograma, estos son unos discos que traen concentraciones de muchos antibióticos, y dependiendo de la virulencia de este germen el antibiótico actúa o no actúa sobre la prueba in vitro, en este caso el pseudomona que apareció ahí es sensible a casi a todos los antibióticos que se utilizaron...la otra cosa importante es si el muchacho hizo fiebre o no, claro que hizo fiebre, hizo febrículas en varias oportunidades, pero nunca relacionadas con un cuadro infeccioso, sino relacionadas con la destrucción de su eje hipotálamo hipofisario por la resección del tumor y la manipulación del cerebro ahí... ”.*

Como bien puede apreciarse de las pruebas relacionadas con antelación, se erige como un criterio unánime y determinante por parte de los galenos que comparecieron al juicio para aportar sus respectivos conceptos, que sucesos como la “diabetes insípida” y “síndrome compartimental” que experimentó el paciente IVAN ESTEBAN SABOGAL BUSTAMANTE entre el 21 de enero al 5 de marzo de 2009, se debió a la materialización de riesgos totalmente previsible en este tipo de cirugías – “extracción completa de un tumor cerebral o craneofaringioma”, los cuales además fueron debidamente tratados por los médicos que concurrieron a atender su caso; tómese en cuenta que según el criterio profesional de los especialistas, en neurocirugía, medicina interna y anestesia que comparecieron a la Litis, sucesos de este talante, se presentan usualmente en este tipo de cirugías por su complejidad y ubicación del tumor, no resultando de recibo que se aduzca que este tipo eventualidades durante su

hospitalización se produjeron por falta de diligencia médica, pues como los testigos lo relatan, IVAN ESTEBAN SABOGAL BUSTAMENTE recibió la atención debida respecto de dichas complicaciones, hasta el punto que el “síndrome compartimental” fue debidamente tratado y superado.

En efecto, según el testimonio del galeno JORGE HUMBERTO ARISTIZABAL MAYA, los procedimientos practicados cumplieron su fin y fueron acordes con el estado de salud del paciente, no obstante, en cuanto a la “diabetes insípida” se trata de una alteración totalmente previsible en este tipo de cirugías, donde según su juicio por la compleja ubicación del tumor, se esperan resultados como los obtenidos. Además, fue este mismo galeno quien identificó muchas de las características que hacen propensos a los pacientes neurológicos de adquirir diversas complicaciones como el “*síndrome compartimental*”, entre aquellas según su concepto se encuentran: “a) La alteración de su estado de conciencia, que no permite los mecanismos de defensa evolutivos; b) La estancia prolongada en cama por intubación o alteración de conciencia, que favorece la trombosis venosa y procesos infecciosos pulmonares; c) La necesidad de intubación del paciente que favorece las infecciones de la vía aérea; y d) La alteración hormonal de origen central por un Craneofaringioma”

Aserciones o circunstancias que fueron ratificadas por el médico especialista en anestesiología MAURICIO ABELLO SANCHEZ quien refirió en su declaración no estar de acuerdo con que el síndrome compartimental haya generado un gasto metabólico determinante en el paciente pues según su juicio *“esta lesión está limitado a la mano es un porcentaje muy pequeño, es como si fuera una quemadura y eso corresponde a menos del 2% de la superficie corporal, o sea no hay una pérdida de líquidos o pérdida de electrolitos que pudieran alterar el metabolismo y el manejo de los líquidos en el paciente”*.

Hechos que igualmente se acompañan con el interrogatorio de parte que rindiera el médico especialista en anestesia cardio vascular de la clínica Shaio GILBERTO ANDRES MEJÍA ESTRADA quien al ser requerido para que aportara su respectivo concepto, indicó igualmente que las complicaciones que padecido el paciente IVAN ESTEBAN SABOGAL BUSTAMANTE se debieron a la presencia de una patología inusual, como lo

es la existencia de un “*Craneofaringioma*” o tumor cerebral que no es muy frecuente o habitual, pues corresponde únicamente al 3% de los tumores cerebrales que experimentan los pacientes, además, aunque se considera benigno, es decir, que su capacidad de replicarse o de infiltrar no es del grupo de los malignos, por su posición y por su compromiso se considera maligno. Añadiendo además que, aunque si bien el paciente afrontó otro tipo de complicaciones, como, una infiltración en su brazo derecho posterior a la cirugía, el gasto metabólico de una lesión de ese talante es menor al 3%, y se reduce una vez que las heridas están cubiertas; situación que según su juicio fue oportunamente tratado en el caso de autos. cuando esta complicación se presentó.

Esta situación impide que el despacho tenga por acreditada la negligencia médica atribuida al cuerpo médico respecto de esta clase de complicaciones “Diabetes Insípida” y “Síndrome Compartimental”, pues como se dijo se trataron de circunstancias previsibles atinentes al mismo procedimiento, las cuales además fueron informadas en su momento a los familiares del menor, quienes siempre fueron conscientes de la difícil situación.

No obstante lo anterior, no puede decirse los mismos respecto del manejo del sodio que le fue brindado al paciente IVAN ESTEBAN SABOGAL durante su hospitalización, más concretamente el 21 de febrero de 2009, pues como los especialistas en medicina interna que concurrieron a la litis lo manifestaron y ratificaron en su debido momento, aconteció una **sobre corrección** inusual en el sodio que terminó por generar la mayor complicación que tuvo que enfrentar Iván Esteban y que fue la causa determinante de su deceso.

En efecto, como lo determinó el galeno especialista en Medicina Interna LEONIDAS VASQUEZ HOYOS el día 21 de febrero los registros de control de líquidos de UCI en 24 horas informan que se administraron 1360 Centímetros cúbicos de solución salina hipertónica, esto según su juicio y sus cálculos arrojó aproximadamente “*20.5 miliequivalentes, y eso le sumo 1640 centricionales registrados en los controles de líquidos*” en 24 horas, lo cual le permite concluir que el tratamiento suministrado no fue el adecuado, además, si bien hay una orden que dice que se “*corrigiera a 10*” no se

cumplió esta orden médica y se corrigió “*más del doble*” de lo que se había indicado en la orden médica, por tal razón se debe entender que se trató de “*una corrección anómala*” que generó un daño neurológico, como lo es en el caso del paciente una “*Mielinosis Pontina*”, la cual se generó por la sobre corrección.

Hechos que igualmente fue ratificado por el galeno de la misma especialidad (Medicina Interna) NAIRO CANO quien al hacer una valoración del caso, manifestó bajo la gravedad de juramento que el problema radicó en el tratamiento del sodio de aquel día pues según su juicio, la corrección se realizó de manera muy rápida, y superior a lo recomendado tanto en la práctica como la literatura médica , lo cual desencadenó una Mielinosis Pontina que es un grave daño cerebral que junto con otras situaciones que presentó el paciente generaron su deceso.

Añadiendo literalmente respecto de dicha condición anómala que encontró en la historia clínica “*hay dos órdenes, una que dice que se administre solución al 7% ahí dice más o menos 1500 cc, una cantidad que supera un poco y puede producir una elevación rápida del sodio más allá de lo esperado que es solo 6%, porque si sube más de 6 hay muchos riesgos. No es una recomendación usar solución salina al 7% y las cuentas me dan muchos miliequivalentes, puede subir demasiado el sodio... pues el paciente tuvo una elevación del sodio altísima de muchos miliequivalentes, más allá de lo que se esperaba, como 10 veces lo que debió haber subido, para mí realmente nunca lo había visto tan severo, pero es que es un caso muy especial...*”.

Así mismo, al ponérsele de presente el folio 2352 del cuaderno 5 de la Historia Clínica y al preguntarse si conforme a su contenido, la compensación del sodio se realizó de manera adecuada conforme a la lex artis, el mismo contestó “*doctor no, porque las primera cuentas que habíamos hecho eran para las primeras 6 horas y eso que la dosis estaba alta, era de darle 300, pero si quiere hago la cuenta, supongamos que usted en 18 horas le quiere subir solo 8, yo le diría cuantos miliequivalentes le pondría para 18 horas, si usted dice que es una corrección lenta de una crónica ...tenemos un paciente que pesó 52 kilos por 1.0065 de superficie corporal, son 34 litros en*

*los que toca dividir el sodio por, para subirlo 8 hay que ponerle 270 miliequivalentes, si eso se le pusieron al 7 se pusieron 1800” .*

Cabe destacar que los anteriores testimonios gozan de importante relevancia probatoria en el caso de autos, que ameritaron una valoración detallada para el despacho, pues según la versión de todos los galenos que comparecieron a la litis a rendir sus respectivos conceptos, son los expertos en medicina interna e intensivistas quienes conocen mas a profundidad del asunto atiente a la compensación de sodio en los pacientes pues son quienes tienen bajo su cargo dicha labor.

De ahí que conforme a lo probado el despacho llega a la conclusión de que efectivamente se encuentra demostrado la concurrencia de una causal que estructuró la responsabilidad médica aquí deprecada, pues fue la “sobre corrección” anómala que experimentó el paciente el 21 de febrero de 2009 y que los galenos encontraron demostrada en el presente caso, sumado a otras circunstancias como la propia intervención y la manipulación de su hipotálamo, lo que generó la “Mielinosis Pontina” que días posteriores lo indujeron a un estado de coma, precedido de un infarto cerebral que terminó por precipitar su deceso, hechos que pueden entenderse además ratificados con la nota médica obrante en el folio 23 del Tomo II donde expresamente se establece *“Se valora el Tac de cráneo que muestra unas zonas irregulares de desmielinización es en el cortical posterior supratentorial bilateral, se observa unas hipodensidades supratentopriales...Seguramente estas Hipodensidades son de origen Isquémico, Hay hipodesidades irregulares en unión pontomesencefalica y talamos bilaterales. El infarto debe haberse presentado entre el día 25 y 26 de febrero y su origen es completamente incierto, dentro del contexto de su patología. El cuadro clínico y imageonologico del paciente es compatible con mielinosis osmótica difusa”.*

Por lo cual no cabe duda para el despacho que el elemento culpa como requisito necesario para declarar la procedencia de la presente acción declarativa se encuentra plenamente acreditado dentro de la presente actuación.

### **3. Nexo causal:**

Ahora bien, en lo tocante a la relación de causalidad, debe decirse que según lo demostrado fue la indebida atención suministrada el día 21 de febrero de 2009 al paciente IVAN ESTEBAN SABOGAL BUSTAMENTE en la FUNDACIÓN ABOOD SHAIQ de esta ciudad, la causa más adecuada que generó “Mielinólisis Osmótica” que días posteriores generó la muerte cerebral que precipitó su deceso, tal y como lo detallaron los testigos técnicos que comparecieron al proceso a rendir sus correspondientes declaraciones.

Frente a lo anterior, vale la pena citar lo manifestado por la Corte Suprema de Justicia en sentencia de radicado 2002-445-01 cuyo M.P, fue el doctor Jaime Alberto Arrubla quien al tratarse del tema de la relación de causalidad entre el daño y la conducta, consignó en dicha decisión “en sentir de la Sala, “se asume que de todos los antecedentes y condiciones que confluyen a la producción de un resultado, tiene la categoría de causa aquél que de acuerdo con la experiencia (las reglas de la vida, el sentido común, la lógica de lo razonable) sea el más ‘adecuado’, el más idóneo para producir el resultado, atendidas por lo demás, las específicas circunstancias que rodearon la producción del daño y sin que se puedan menospreciar de un tajo aquellas circunstancias azarosas que pudieron decidir la producción del resultado, a pesar de que normalmente no hubieran sido adecuadas para generarlo”. Situación que se itera, acontece en el caso de autos, donde de todas las posibles causas que pudieron contribuir en la afectación del paciente, fue la sobre corrección suministrada el 21 de febrero de 2009 la más adecuada y comprobada como causa determinante de su afectación.

Así las cosas, se tienen por acreditados los presupuestos de la “responsabilidad médica” endilgada; no obstante, como las demandadas interpusieron excepciones de mérito con el fin de desvirtuar la responsabilidad civil demostrada, el despacho entrara a realizar el estudio de cada una de estas objeciones:

En cuanto a las excepciones nominadas *“Inexistencia de conducta culposa de parte de Coomeva EPS., en su calidad de Entidad Promotora de Salud (EPS) por inexistencia de la función de prestar el servicio de salud de manera directa y material”, “La disponibilidad en la atención del servicio de salud no es responsabilidad de mi mandante sino de la Institución Prestadora*

*de Servicios de Salud (IPS) Fundación Abood Shaio*”, *“Inexistencia de Solidaridad entre Coomeva EPS., y la fundación Abood Shaio*”, *“Inexistencia de Nexo de Causalidad*”, *“Excepción genérica”* propuestas por EPS COOMEVA no amerita mayor dificultad para el despacho el poder establecer el fracaso de dichas objeciones pues como se determinó en trazos anteriores, los actos de la EPS no son independientes a los de las IPS, pues confluye una responsabilidad solidaria que emana de la actividad profesional que las mismas desempeñan, al punto que sin la función de las IPS’s las EPS’s no podrían desarrollar su objeto social, que no es otro que prestar el servicio de salud a sus afiliados.

Igual suerte correrán las excepciones de mérito nominadas *“Inexistencia de responsabilidad de acuerdo con la ley”*, *“Sujeción de la practica medica en el tratamiento del paciente Iván Esteban Sabogal Bustamante, durante a su hospitalización en la fundación A. Shaio, tanto en la práctica quirúrgica como en el tratamiento instaurado, a los principios que informan la Lex Artis en el ejercicio de la medicina”* propuestas por la FUNDACIÓN ABOOD SHAI0 de esta ciudad, pues como de la documental y testimonial allegada se desprende, se encuentra cabalmente demostrada la omisión en que incurrió dicha institución el día 21 de febrero de 2009, al punto que fue la sobrecorrección en los niveles del sodio lo que desencadenó la desmielinización osmótica que precipito una muerte cerebral en el paciente que conllevó su deceso, por lo cual no ofrece mayor complejidad establecer su fracaso.

No obstante lo anterior, el despacho el despacho advierte la necesidad de declarar probada la excepción de mérito que como llamada en garantía formuló la FUNDACIÓN ABOOD SHAI0 de esta ciudad, nominada *“Inexistencia de responsabilidad de la Fundación Abood Shaio en calidad de garante en favor de Coomeva EPS., para los fines de la prestación de servicio médico asistenciales al paciente Iván Esteban Sabogal Bustamante”* pues tomando en cuenta la naturaleza jurídica de esta figura procesal, se evidencia que no existe entre las parte una relación de tipo legal o contractual cuyo objeto sea asumir la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir el demandado, o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia, al tenor de los dispuesto en el artículo 64 del Código General del Proceso, téngase en cuenta que la

relación que existe entre la EPS e IPS es de tipo prestacional, más no puede ser asimilado como una relación de carácter indemnizatorio, aunado si se tiene en cuenta que según la jurisprudencia, la responsabilidad proveniente de la prestación del servicio médico es de carácter solidario entre estas dos instituciones.

De igual manera se declarará el éxito de la excepción nominada “Ausencia de derecho a la indemnización”, propuesta por la llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A., pues como a continuación se demostrará la precitada aseguradora no está en la obligación legal de asumir algún tipo de condena, por no encontrarse vigente el contrato de seguro al momento de acaecer el siniestro.

En efecto, como bien lo revela la póliza de responsabilidad civil RCCH – 372 que fuera adjuntada como soporte del llamado, se evidencia que aunque si bien la misma contempla dentro de sus coberturas “La responsabilidad civil profesional del asegurado por los perjuicios causados a terceros durante la vigencia de la póliza a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio o asimilados prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados” se advierte que su periodo de vigencia cobró apenas relevancia a partir del 1/05/2011; luego como quiera que el acto médico que configuró la responsabilidad deprecada aconteció el 21 de febrero de 2009, lo mismo quiere decir que la aseguradora no está en la obligación legal de asumir un riesgo que no ocurrió durante la vigencia del contrato, por lo cual resulta procedente su declaración.

En fin, como ninguna de las excepciones logró desvirtuar el tipo de responsabilidad alegada, ni los elementos que la estructuran, como son el daño, la culpa y el nexo de causalidad entre el daño y el proceder del demandado, el despacho pasa a la regulación de los perjuicios solicitados por los demandantes.

#### **Tasación de Perjuicios:**

#### **Lucro Cesante:**

En lo concerniente a este tipo de daño definido por la jurisprudencia “como el detrimento patrimonial a futuro que deja de percibir una persona

*como consecuencia del daño padecido*”, si bien fue nominado en la demanda y estimado en la suma de \$42’178.500,00 sin hacer referencia expresa en que consistió, no obra en el expediente una prueba material que justifique su reconocimiento y cuantificación, además, de no considerarse pertinente acceder a él por tratarse de una persona que por la época de los hechos se encontraba estudiando sin que se probara labor alguna y por lógicas razones no percibía para la época de los sucesos ningún tipo de prestación económica que los haga acreedores de algún tipo de contraprestación que hubiesen dejado de percibir hacia futuro.

Respecto del tema de la acreditación del daño la Corte ha dicho *“cuando se pretende judicialmente el pago de perjuicios, al actor le corresponde demostrar, salvo los casos de presunción de daño, como ocurre con la cláusula penal y el caso del numeral 2º del artículo 1617 del Código Civil, la lesión o menoscabo en su patrimonio, bien por una pérdida real y efectiva, ora de una ventaja o ganancia, ocasionado por la inejecución o ejecución defectuosa o tardía de las obligaciones del deudor. Significa esto que el daño susceptible de reparación debe ser ‘directo y cierto’ y no meramente ‘eventual o hipotético’, esto es, que se presente como consecuencia de la ‘culpa’ y que aparezca ‘real y efectivamente causado’”* (CSJ, sentencia del 10 de mayo de 2016 M.P. Álvaro Fernando García).

### **Daño Moral:**

La Corte Suprema de Justicia ha definido el daño moral, como aquel que incide en la esfera íntima o fuero psicológico del sujeto damnificado, toda vez que sólo quien padece el dolor interior conoce la intensidad de su sufrimiento, por lo que éste no puede ser comunicado en su verdadera dimensión a nadie más. De ahí que el perjuicio moral no es susceptible de demostración a través de pruebas científicas, técnicas o directas, porque su esencia originaria y puramente espiritual impide su constatación mediante el saber instrumental. Por cuanto el dolor experimentado y los afectos perdidos son irremplazables y no tienen precio que permita su resarcimiento, queda al prudente criterio del juez dar, al menos, una medida de compensación o satisfacción, normalmente estimable en dinero, de acuerdo a criterios de razonabilidad jurídica y de conformidad con las

circunstancias reales en que tuvo lugar el resultado lamentable que dio origen al sufrimiento

Para la tasación de esta clase de perjuicio, dada su especial naturaleza y el objetivo de la indemnización, corresponde al juzgador en cada caso particular, con fundamento en su prudente juicio, establecer el valor que corresponda, para lo cual debe tener en cuenta la naturaleza y gravedad del daño sufrido.

En el presente caso, debido a las complicaciones que sufrió el paciente y lo cual lo es atribuible en parte al actuar culposos de las demandadas, el despacho estima esta clase de perjuicio en cincuenta (50) Salarios mínimos legales mensuales vigentes para GABRIEL RODRIGO SABOGAL CRUZ Y ROSALBA BUSTAMETE BETANCOURTH.

Asimismo, debido a la relación de cercanía que debió existir entre IVÁN ESTEBAN SABOGAL BUSTAMENTE y su hermano JUAN CAMILO SABOGAL BUSTAMAMT, el cual por lógicas razones debió verse afectado por el sufrimiento padecido por su hermano, se tasan los perjuicios morales por la suma de cuarenta (40) salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada uno de ellos.

No obstante, lo anterior, no se reconocerán perjuicios morales en favor de los tíos del menor IVAN ESTEBAN SABOGAL BUSTAMENTA - MONICA MARÍA BUSTAMENTE BETANCOURT, ANA CONSTANZA SABOGAL DE LÓPEZ, NUBIA MARLEN SABOGAL CRUZ, LUZ AMPARO SABOGAL CRUZ y GINA PATRICIA SABOGAL CRUZ, pues como lo tiene decantado la jurisprudencia, para alcanzar su reconocimiento se debió demostrar la relación afectiva y de cercanía que existió entre parientes; situación que según lo evidenciado no acontece en el caso de autos donde ninguna prueba se practicó con el fin de determinarlos en cuantía y extensión.

En efecto, según lo determinado por el consejo de estado en la sentencia de unificación en la sentencia del 28 de agosto de 2014, cuyo radicado es 26251

*«el concepto de perjuicio moral se encuentra compuesto por el dolor, la aflicción y en general los sentimientos de desesperación, congoja, desasosiego, temor, zozobra, etc., que invaden a la víctima directa o indirecta de un daño antijurídico, individual o colectivo.*

*En consecuencia, para la reparación del perjuicio moral en caso de muerte se han diseñado cinco niveles de cercanía afectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia calidad de perjudicados o víctimas indirectas, los cuales se distribuyen así:*

*Nivel No. 1. Comprende la relación afectiva, propia de las relaciones conyugales y paterno- filiales o, en general, de los miembros de un mismo núcleo familiar (1er. Grado de consanguinidad, cónyuges o compañeros permanentes o estables). A este nivel corresponde el tope indemnizatorio de 100 SMLMV.*

*Nivel No. 2. Donde se ubica la relación afectiva propia del segundo grado de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 50% del tope indemnizatorio.*

*Nivel No. 3. Está comprendido por la relación afectiva propia del tercer grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 35% del tope indemnizatorio.*

*Nivel No. 4. Aquí se ubica la relación afectiva propia del cuarto grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 25% del tope indemnizatorio.*

*Nivel No. 5. Comprende las relaciones afectivas no familiares (terceros damnificados). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 15% del tope indemnizatorio.*

*(...)*

*Así las cosas, para los niveles 1 y 2 se requerirá la prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. Para los niveles 3 y 4,*

además, se requerirá la prueba de la relación afectiva, y finalmente, para el nivel 5 deberá ser probada la relación afectiva»<sup>2</sup>.

**Daño psicológico:**

Descendiendo al caso concreto, y en cuanto atañe a este tipo de daño vale la pena traer a este texto la definición de Bustamante Alsina en su Tratado de Responsabilidad Civil, Cuantificación del daño, Buenos Aires, Editorial La Ley, 2006, página. 55 *“el daño psicológico consiste en una perturbación permanente del equilibrio espiritual preexistente, de carácter patológica, causada por un hecho ilícito, que genera en el sujeto que lo padece la posibilidad de reclamar el resarcimiento o la indemnización de tal concepto contra quien ha ocasionado el daño y debe responder por ello. El daño psicológico no es una afección emotiva espiritual, el padecer de los sentimientos, pues ello encuadra dentro del concepto de daño moral. Aquél se configura mediante la alteración de la personalidad, es decir, una perturbación profunda del equilibrio regulado por el razonamiento, que guarda un adecuado nexo causal con el hecho dañoso”* (Subrayas fuera del texto original), para el presente aunque si bien obra a folios 61 a 102 del cuaderno 5, un dictamen pericial que tuvo como propósito demostrar la perturbación que padecieron los padres GABRIEL RODRIGO SABOGAL CRUZ Y ROSALBA BUSTAMETE BETANCOURTH a raíz de la muerte de su hijo IVAN ESTEBAN SABOGAL BUSTAMAMTE, de la conclusión que obtuvo la profesional Carolina Gutiérrez de Piñeres Botero, no puede se puede inferir con certeza la ocurrencia de este tipo de afectación, pues como la misma lo determinó a folio 79 del Tomo 5 (Reverso) *“No se encuentra a lo largo de la evaluación factores de riesgo personales, o dificultades psiquiátricas preexistentes que aumentan la probabilidad de daño psicológico”* además *“Los padres de Iván han contado con apoyo social adecuado por parte de familiares cercanos”* por lo cual, conforme a la conclusión que ella misma obtuviere, no se deriva la afectación, crónica patológica y permanente de los demandantes y su estado de conciencia, por lo cual el despacho deniega su reconocimiento.

---

<sup>2</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Sentencia de 28 de agosto de 2014, rad. 26.251.

Como consecuencia de lo anterior deviene necesario declarar el éxito de las pretensiones formuladas con la respectiva condena en costa a cargo de la parte demandada.

## **DECISIÓN**

En mérito de lo expuesto, el JUZGADO CUARENTA Y SEIS CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley.

### **RESUELVE:**

**PRIMERO: DECLARAR** probada la excepción de mérito nominada *“Ausencia de derecho a la indemnización”*, propuesta por la llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A., de conformidad con lo expuesto con antelación.

**SEGUNDO: DECLARAR** probada la excepción de mérito titulada *“Inexistencia de responsabilidad de la Fundación Abood Shaio en calidad de garante en favor de Coomeva EPS., para los fines de la prestación de servicio médico asistenciales al paciente Iván Esteban Sabogal Bustamante”* propuesta por la demanda FUNDACIÓN ABOOD SHAIO de esta ciudad, en condición de llamada en garantía. Lo anterior de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta decisión.

**TERCERO: DECLARAR** no probadas las excepciones de mérito tituladas *Inexistencia de conducta culposa de parte de Coomeva EPS., en su calidad de Entidad Promotora de Salud (EPS) por inexistencia de la función de prestar el servicio de salud de manera directa y material*, *“La disponibilidad en la atención del servicio de salud no es responsabilidad de mi mandante sino de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) Fundación Abood Shaio”*, *“Inexistencia de Solidaridad entre Coomeva EPS., y la fundación Abood Shaio”*, *“Inexistencia de Nexo de Causalidad”*, *“Excepción genérica”* propuestas por EPS COOMEVA de conformidad con la parte motiva de este proveído.

**CUARTO: DECLARAR** no probadas las excepciones de mérito tituladas *“Inexistencia de responsabilidad de acuerdo con la ley”*, *“Sujeción de la practica medica en el tratamiento del paciente Iván Esteban Sabogal*

*Bustamante, durante a su hospitalización en la fundación A. Shaio, tanto en la práctica quirúrgica como en el tratamiento instaurado, a los principios que informan la Lex Artis en el ejercicio de la medicina”* propuestas por la FUNDACIÓN ABOOD SHAI0 de esta ciudad, como demandada principal, lo anterior de conformidad con lo expuesto en la parte considerativa de esta decisión.

**QUINTO: DECLARAR** que la EPS COOMEVA y la FUNDACIÓN ABOOD SHAI0 de esta ciudad, son civil y solidariamente responsables por los daños y perjuicios que personalmente experimentaron los demandantes, tras la muerte del paciente de 19 años de edad IVÁN ESTEBAN SABOGAL BUSTAMANTE. Lo anterior de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de este proveído.

**SEXTO: CONDENAR** a la EPS COOMEVA y la FUNDACIÓN ABOOD SHAI0 de esta ciudad, a pagar dentro de los cinco días siguiente a la ejecutoria de esta decisión, en favor de los demandantes GABRIEL RODRIGO SABOGAL CRUZ Y ROSALBA BUSTAMETE BETANCOURTH la suma cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes por concepto de daños morales para cada uno de ellos, de conformidad con lo expuesto con antelación.

**SEPTIMO: CONDENAR** a la EPS COOMEVA y la FUNDACIÓN ABOOD SHAI0 de esta ciudad, a pagar dentro de los cinco días siguiente a la ejecutoria de esta decisión en favor JUAN CAMILO SABOGAL BUSTAMANTE la suma de cuarenta (40) salarios mínimos legales mensuales vigentes por concepto de daño moral, de conformidad con lo dispuesto con antelación.

**OCTAVO: DENEGAR** las demás pretensiones formuladas de conformidad con lo expuesto en la parte considerativa de esta decisión.

**NOVENO:** Se condena en costas a EPS COOMEVA y FUNDACIÓN ABOOD SHAI0 en favor del extremo demandante. Se señalan como agencias en derecho la suma de \$8.000.000.oo. Tásense.

**DECIMO:** Se condena en costas a la EPS COOMEVA y LA FUNDACIÓN ABOOD SHAI0 en favor de la llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A. Se señalan como agencias en derecho la suma de 3.000.000.oo.Tasense.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.**



**FABIOLA PEREIRA ROMERO**

**JUEZ**

