

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-006-2006-00174-01.-
RADICACIÓN INTERNA: 43.126.-

**TRIBUNAL SUPERIOR DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA
SALA TERCERA DE DECISIÓN CIVIL – FAMILIA**

Barranquilla, Septiembre Veintinueve (29) de dos mil veintiuno (2021).-

Procede la Sala Tercera de Decisión Civil – Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla, a decidir el recurso de Apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia de fecha Febrero 24 de 2020, proferida por el Juzgado Once Civil del Circuito de esta ciudad.-

I.- ANTECEDENTES

Ante el Juzgado Sexto Civil del Circuito de esta ciudad, se inició el proceso ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA, iniciado por la señora ISABEL DEL SOCORRO MORAN GONZÁLEZ, en su propio nombre y en representación de su menor hija LUISA FERNANDA MACHUCA MORAN, contra la ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, con el fin de que se declare a la demandada civilmente responsable de los perjuicios materiales y morales causados a las demandantes.-

Lo anterior con base en los siguientes hechos que así se sintetizan:

- 1) Con ocasión de sentirse afectado en su salud, el paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, acompañado de su señora esposa, acudió el día 9 de abril de 2003, al Centro Asistencial Organización Clínica General del Norte, a consultar su estado de salud. Una vez valorado los síntomas que presentaba fueron fiebre, dolor en los músculos, cefalea y dolor en las articulaciones. Donde quedó demostrado que le motivo de consulta fue FIEBRE y su enfermedad actual cinco (5) días de evolución de fiebre alta, asociada a malestar general y cefalea.-
- 2) El 9 de abril de 2003, después de ser valorado el señor FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, quedó interno, hasta el 8 de mayo de 2003, día en que fallece a las 2:00 P.M. en dicho centro asistencial.-
- 3) Según evolución médica, para la fecha de hospitalización, y días siguientes, 9. 10 y 11 de abril de 2003, al examen físico el paciente acusó signos vitales normales, ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, pulmones claros y ventilados, extremidades iguales sin edemas. Con un sistema nervioso central, sin déficit aparente. Paciente sin antecedentes cardiovasculares y sin ictericia. Buen estado general, hidratado, sin dificultad respiratoria. Parámetros cardiorrespiratorios normales al ingresar al centro asistencial. (Remitirse a evolución médica en las fechas en la historia clínica).-
- 4) A partir del día 12 y 13 de abril de 2003, según evolución médica y diagnóstico de los doctores PAUL SILVERA, FELIPE GONZALEZ y JULIO POSADA, el paciente acusa dificultad respiratoria y edema grado I de manos. Comienza a alterarse su estado cardiorrespiratorio. El paciente comienza a alterarse por falta de oxígeno. Presenta problemas cardiopulmonares. Sistema hemodinámico alterado.-
- 5) Para el 13 de abril en horas de la mañana continua con disnea. Con ruidos pulmonares anormales, según departamento de imagenología,

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-006-2006-00174-01.-
 RADICACIÓN INTERNA: 43.126.-

el Rx de Tórax de la fecha, presenta infiltrados en ambos campos pulmonares por edema pulmonar. Se ordena bajar líquidos y medicamentos (diuréticos) que esfuerzan la orina (furosemida) para sacar líquidos, consecuencia de la sobrehidratación. Exceso de líquidos en los pulmones. Al bajar los líquidos se reporta bienestar del paciente, se normaliza el ritmo cardiaco y el estado del paciente.-

- 6) Para el 15 de abril de 2003, según evolución médica y diagnósticos de los doctores FELIPE GONZÁLEZ y JULIO POSADA, el paciente acusa síndrome viral por dengue. Edema agudo de pulmón dado por disnea y estertores crepitantes húmedos en las férulas de predominio izquierdo por aumento de permeabilidad vascular, alto riesgo de C.I.R.S. y presencia de foco infeccioso pulmonar. Para la fecha por servicio medicina interna se le confirma mediante serología DENGUE POSITIVO. Se disminuyen líquidos proceso que lo manejan con furosemida. Con cifras de signos vitales preocupantes, con el sistema hemodinámico y respiratorio anormal, por el líquido infiltrado en los pulmones. Hecho que confirman los Rx de Tórax del departamento de imaginología de fecha abril 15 de 2003, médico-radiólogo Dr. SERVIO T. OROZCO FANDIÑO, quien consigna infiltrados pulmonares bilaterales por edema pulmonar. Se observa según evolución médica, que el paciente cada día empeora, en vez de mejorar. Para la fecha el paciente es trasladado de piso a la unidad polivalente.-
- 7) El día 16 de abril de 2003, se traslada al paciente de sala polivalente a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), por la gravedad que acusaba y malas condiciones generales, y una vez valorado fue entubado, paciente en muy malas condiciones generales, pronóstico muy reservado, familiares informados, los médicos comienzan a sospechar.-
- 8) El paciente acusa, según diagnóstico de los doctores JOSE JARABA, OSCAR I. OSORIO, JUAN JOSE CASTRO CASTRO: 1) Dengue clásico, 2) Neumonía viral V.S. atípico, 3) poliserasitis 2do a (1), 4) síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, 5) ventilación mecánica.-
- 9) Para el 24 de abril el paciente acusa mejoría progresiva de su estado general, infección pulmonar en resolución. Dengue resuelto. Recuperación de S.D.R.A., se observa lesión con parálisis de cuello del pie izquierdo y cara dorsal de pie y con aparente baja de pulso. Con llenado capilar adecuado, se recomienda observación y seguimiento. Evolución favorable tanto hemodinámica como ventilatoria. Sin datos de SIRS, ni evento agudo que amenace constantes virales.-
- 10) El día 25 de abril de 2003, en su noveno día de estancia en UCI, el paciente según evolución médica e impresión diagnóstica acusa: 1) Síndrome de shock por dengue resuelto, 2) stafilocacemia, 3) Neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica. Para la fecha el paciente se infecta y se sobreinfecta con bacterias multiresistentes, toman las muestras y según resultados de exámenes clínicos se descubre que es una bacteria intrahospitalaria llamada *Acinetobacter baumani* en secreción bronquial y gran negativo en hemocultivo y retrocultivo.-
- 11) Para el día 29 de abril de 2003, paciente en su día 14 en UCI, con diagnóstico de 1) Neumonía nosocomial asociada a ventilación

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-006-2006-00174-01.-
RADICACIÓN INTERNA: 43.126.-

mecánica, 2) Sepsis de origen pulmonar, 3) Shock resuelto. Se le agrega un procedimiento quirúrgico (traqueotomía) varios días entubado, con el riesgo de toda infección. No se recupera sino que desmejora.-

- 12) El día 8 de mayo de 2003, el paciente hace un paro cardiaco, no responde a maniobras y fallece.-
- 13) Al paciente se le hizo dos traqueotomía, pero hubo falla en el procedimiento quirúrgico, el equipo debió examinar si la cánula era de la medida, fue mal aplicada y eso complicó la aspiración de ahí la baja saturación de oxígeno de 58%. -
- 14) El paciente se complicó por: 1) Neumonía por ventilador, infección pulmonar nosocomial, adquirida en el centro asistencial en la Unidad de Cuidados Intensivos. 2) Hipertensión e hipotensión (subió y bajó) tensión arterial. 3) Hemorragia intracraneal.-
- 15) La muerte del señor FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, se debió a culpa por la omisión, negligencia y violación del deber de cuidado de los médicos, de los servicios médicos y de salud de la Organización Clínica General del Norte. El paciente según consta en la historia clínica, el motivo de consulta fue fiebre y enfermedad actual 5 días de evolución de fiebre alta, asociada a malestar general y cefalea, cuyo diagnóstico fue Dengue Clásico. La omisión y negligencia es evidente por cuanto no se trató al paciente con el debido cuidado y diligencia, toda vez, que el paciente presentó un progresivo desmejoramiento, por las continuas complicaciones que acusaba hasta el día 8 de mayo de 2003, fecha en que fallece, por falla del servicio médico y de salud (ley 10 de 1990).-
- 16) El estado crítico que presentó el paciente a partir de la entubación no se compadece con el motivo de la consulta del paciente a su ingreso el día 9 de abril de 2003, 11:30 a.m. Motivo de consulta fiebre.-
- 17) La Organización Clínica General del Norte y los médicos de esa entidad asistencial, que atendieron al paciente son solidariamente responsables de su muerte, por culpa (falta de diligencia) por omisión, descuido, negligencia, malicia, demostrados en la prestación de los servicios de salud y médicos, lo que se pudo evitar con un adecuado y oportuno tratamiento.-
- 18) El señor FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, nació el 20 de julio de 1967, para el día de su fallecimiento contaba con 36 años aproximadamente. La víctima en el momento de fallecer tenía constituida una unión conyugal con la señora ISABEL DEL SOCORRO MORAN GONZÁLEZ, de dicha unión nació su menor hija LUISA FERNANDA MACHUCA MORAN, nacida el 4 de febrero de 2002, quienes convivían con él bajo el mismo techo, en la carrera 23E No. 76D-51, Los Robles, quienes dependían económicamente de él, en su condición de esposa e hija respectivamente. Con la muerte del paciente el núcleo familiar perdió su principal fuente de sustento, a quienes la Organización Clínica General del Norte, debe indemnizar los perjuicios patrimoniales (materiales) y morales, causados como consecuencia de su muerte, por negligencia, omisión y falta de diligencia en la prestación de los servicios de salud y médicos.-

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-006-2006-00174-01.-
RADICACIÓN INTERNA: 43.126.-

Por auto del 5 de octubre de 2006, el Juzgado Sexto Civil del Circuito de esta ciudad, se admitió la demanda, una vez notificada la demandada, se opone a las pretensiones de la demanda y presenta excepciones de mérito; de las cuales se da traslado a la parte demandante en enero 18 de 2007; la demandada SALUD TOTAL EPS-S S.A. solicita el Llamamiento en Garantía de la entidad LIBERTY SEGUROS S.A., el cual es admitido en Mayo 18 de 2017; el 5 de Marzo de 2018, se lleva a cabo la audiencia inicial de que trata el artículo 372 del C.G.P.; se continua la audiencia en Mayo 15 de 2018 y en Octubre 19 de 2018, dentro de la cual se profiere sentencia, denegándose las pretensiones de la demanda, decisión contra la cual la parte demandante interpone recurso de apelación.-

II.- FUNDAMENTOS DEL A-QUO

Luego de hacer un estudio de la responsabilidad médica, y estudiado una vez las pruebas documentales aportadas por las partes, así como las declaraciones de los testigos técnicos, se colige que no existe prueba alguna de que la sociedad demandada actuara de manera negligente, o imprudente en los servicios médicos prestados al señor FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER.-

Así mismo señala, que no se encuentra acreditada la culpa médica en cabeza de los profesionales de la medicina adscritos a la sociedad demandada, iterándose por demás que la responsabilidad del médico exige no solo la certidumbre de la culpa del médico sino también la gravedad, por lo que la falta del elemento estructural de nexo causal en la responsabilidad civil extracontractual cohibe que nazca a la vida jurídica la acción de indemnización de perjuicios, por tanto, las pretensiones formuladas por la parte demandante no están llamadas a prosperar.-

III.- FUNDAMENTOS DEL RECURSO

Los reparos señalados por el apoderado judicial del demandante, son:

- 1.- Manejo de la apreciación probatoria.-
- 2.- Juez debió de considerar el principio de la carga dinámica de la prueba.-

IV.- CONSIDERACIONES

En el presente proceso, nos encontramos frente a la responsabilidad civil de la Entidad que prestó el servicio de salud, responsabilidad que se deduce mediando la demostración de la culpa, independientemente de que la pretensión indemnizatoria tenga una causa contractual o extracontractual.-

Las obligaciones que el profesional de las ciencias de la salud asume frente a su paciente, hoy en día no existe discusión que el contrato de servicios profesionales implica el compromiso, si bien no exactamente de curar al enfermo, sí está en la obligación de suministrarle los cuidados correspondientes, y poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de tal manera que en caso de presentarse una

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-006-2006-00174-01.-
RADICACIÓN INTERNA: 43.126.-

reclamación por parte del paciente, éste deberá demostrar la culpa de dicho profesional, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación.-

Los pacientes que acuden en busca de ayuda profesional médica, celebran contrato de prestación de servicios y el incumplimiento de ese contrato, origina la responsabilidad contractual, a que nos hemos venido refiriendo.-

Determinado lo anterior, cuando se alega este tipo de responsabilidad, ya sea contractual o extracontractual, deben concurrir los elementos o presupuestos necesarios para que prospere la pretensión, a saber:

- 1.- Una conducta humana positiva o negativa, por regla general antijurídica.-
- 2.- Un daño o perjuicio, esto es, un detrimento, menoscabo o deterioro, que afecte bienes o intereses lícitos de la víctima, vinculados con su patrimonio, con los bienes, con los bienes de su personalidad, o con su esfera espiritual o afectiva.-
- 3.- Una relación de causalidad entre el daño sufrido por la víctima y la conducta de aquel a quien se imputa su producción o generación.-
- 4.- Un factor o criterio de atribución de la responsabilidad, por regla general de carácter subjetivo (dolo o culpa) y excepcionalmente de naturaleza objetiva.-

En el caso que nos ocupa, nos encontramos frente a una responsabilidad civil de carácter contractual, teniendo en cuenta demostrado con la documentación allegada al proceso, que el señor FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER fue atendido en la CLÍNICA GENERAL DEL NORTE DE BARRANQUILLA, donde le prestaron los servicios médicos, señalándose como daño padecido, y debidamente demostrado, que el señor FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, falleció el día 8 de mayo de 2003, en sus instalaciones.-

Por tanto, se procederá a resolver si existe una relación de causalidad entre el comportamiento de la entidad demandada y la muerte del señor FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER que conlleve a atribuirle una responsabilidad y un resarcimiento de perjuicios.-

La Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, en Sentencia del 26 de Noviembre de 2010, Expediente No. 08667, acerca de las distintas circunstancias que debe enfrentar el médico al realizar el tratamiento, expresó:

"El diagnóstico está constituido por el conjunto de actos enderezados a determinar la naturaleza y trascendencia de la enfermedad padecida por el paciente, con el fin de diseñar el plan de tratamiento correspondiente, de cuya ejecución dependerá la recuperación de la salud, según las particulares condiciones de aquel. Esta fase de la intervención del profesional suele comprender la exploración y la auscultación del enfermo y, en general la labor de elaborar cuidadosamente la 'anamnesis', vale decir, la recopilación de datos clínicos del paciente que sean relevantes.

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-006-2006-00174-01.-
RADICACIÓN INTERNA: 43.126.-

*Trátase, ciertamente, de una tarea compleja, en la que el médico debe afrontar distintas dificultades, como las derivadas de la diversidad o similitud de síntomas y patologías, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios, sin olvidar las políticas de gasto adoptadas por los órganos administradores del servicio. Así por ejemplo, la variedad de procesos patológicos y de síntomas (análogos, comunes o insólitos), difíciles de interpretar, pueden comportar varias impresiones diagnósticas que se presentan como posibles, circunstancias que, sin duda, complican la labor del médico, motivo por el cual para efectos de establecer su culpabilidad se impone evaluar, en cada caso concreto, si aquel agotó los procedimientos que la *lex artis ad hoc* recomienda para acertar en él.*

*En todo caso, sobre el punto, la Corte debe asentar una reflexión cardinal consistente en que será el **error culposo** en el que aquel incurra en el diagnóstico el que comprometerá su responsabilidad; vale decir, que como la ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con un equivocado diagnóstico ocasionen. Así ocurrirá, y esto se dice a manera simplemente ejemplificativa, cuando su parecer u opinión errada obedeció a defectos de actualización respecto del estado del arte de la profesión o la especialización, o porque no auscultaron correctamente al paciente, o porque se abstuvieron de ordenar los exámenes o monitoreos recomendables, teniendo en consideración las circunstancias del caso, entre otras hipótesis. En fin, comprometen su responsabilidad cuando, por ejemplo, emitan una impresión diagnóstica que otro profesional de su misma especialidad no habría acogido, o cuando no se apoyaron, estando en la posibilidad de hacerlo, en los exámenes que ordinariamente deben practicarse para auscultar la causa del cuadro clínico, o si tratándose de un caso que demanda el conocimiento de otros especialistas omiten interconsultarlo, o cuando, sin justificación valedera, dejan de acudir al uso de todos los recursos brindados por la ciencia.*

Por el contrario, aquellos errores inculpables que se originan en la equivocidad o ambigüedad de la situación del paciente, o las derivadas de las reacciones imprevisibles de su organismo, o en la manifestación tardía o incierta de los síntomas, entre muchas otras, que pueden calificarse como aleas de la medicina no comprometen su responsabilidad.

Por supuesto que esto coloca al juez ante un singular apremio, consistente en diferenciar el error culposo del que no lo es, pero tal problema es superable acudiendo a la apreciación de los medios utilizados para obtener el diagnóstico, a la determinación de la negligencia en la que hubiese incurrido en la valoración de los síntomas; en la equivocación que cometa en aquellos casos, no pocos, ciertamente, en los que, dadas las características de la sintomatología, era exigible exactitud en el diagnóstico, o cuando la ayuda diagnóstica arrojaba la suficiente certeza. De manera, pues, que el meollo del asunto es determinar cuáles recursos habría empleado un médico prudente y diligente para dar una certera diagnosis, y si ellos fueron o no aprovechados, y en este último caso porque no lo fueron.

En todo caso, y esto hay que subrayarlo, ese error debe juzgarse ex ante, es decir, atendiendo las circunstancias que en su momento afrontó el médico, pues es lógico que superadas las dificultades y miradas las cosas retrospectivamente en función de un resultado ya conocido, parezca fácil haber emitido un acertado diagnóstico.

*"Y **El tratamiento** consiste, en un sentido amplio, en la actividad del médico enderezada a curar, atemperar o mitigar la enfermedad padecida por el paciente (tratamiento terapéutico), o a preservar directa o indirectamente su salud (cuando asume un carácter preventivo o profiláctico), o a mejorar su aspecto estético.*

En el primero de esos aspectos, que es el que interesa al caso, el tratamiento asume un fin eminentemente curativo, entendido este no solo en el sentido de sanar al paciente, sino, también, dependiendo de las circunstancias del caso, el de impedir el agravamiento del mal, o el de hacerlo más llevadero, o mejorar sus condiciones de vida e, incluso, en el caso de enfermos terminales, mitigar sus padecimientos. Así las cosas, el facultativo se encuentra ante una ponderación de intereses en la que, atendiendo las reglas

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-006-2006-00174-01.-
 RADICACIÓN INTERNA: 43.126.-

de la ciencia, debe prevalecer aquella consideración que le brinde la mayor probabilidad de alcanzar la finalidad propuesta. Por lo demás, no puede olvidarse que aquel goza de cierta discreción para elegir, dentro de las diversas posibilidades que la medicina le ofrece, por aquella que considere la más oportuna, todo esto, por supuesto, sin soslayar el poder de autodeterminación del paciente.

Por último, el tratamiento debe comenzar a la brevedad que las circunstancias lo reclamen, tanto más en cuanto su eficacia dependa de la prontitud con la que actúe sobre la persona (...)."-

En relación con la Historia Clínica, la Ley 23 de 1981, en el artículo 34 define la historia clínica como el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente y en el artículo 35, determinó que para las Entidades del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Salud, determinará el modelo de Historia clínica, al cual deberán ceñirse dichas entidades.-

En razón a lo anterior, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 1955 de 1999, por la cual se establecen las normas para el manejo de la historia clínica y en su artículo 1º, literal a), artículo 4º y artículo 6º, inciso 1º señala:

"ARTÍCULO 1.- DEFINICIONES.

a) La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley."-

"ARTÍCULO 4.- OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO.

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución."-

"ARTÍCULO 6.- APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica."-

De acuerdo a dicha normatividad, la Entidad Accionada dándole cumplimiento a las mismas, dio inicio a la Historia Clínica del señor FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, el día 9 de abril de 2003, encontrando en ella en forma consecutiva todas las circunstancias que se presentaron, durante la permanencia del finado, en la CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, hasta el día de su fallecimiento que lo fue el 8 de mayo de 2003.-

Dentro del proceso, se recibieron las declaraciones de los siguientes Galenos:

- Declaración de FELIPE GONZÁLEZ: Quien señaló que el dengue es una enfermedad de origen viral y en su evolución clínica presenta varias fases, como son el dengue clásico que se caracteriza por ser benevolente con el paciente, el cual se salva y en pocos días está en su casa. Que la evolución del señor MACHUCA a través del recorrido de la historia de evolución clínica del paciente, en su fase inicial podría tener manifestaciones de dengue clásico, pero el paciente se fue

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-006-2006-00174-01.-
RADICACIÓN INTERNA: 43.126.-

complicando día tras día como aparece en la historia clínica presentando manifestaciones de un dengue complicado caracterizado por choque, infecciones, sepsis, hemorragia cerebral y muerte. Manifiesta así mismo, que tal como lo manifiesta la historia clínica desde el ingreso del paciente y hasta su muerte, lleva la mano toda la historia natural clásica de libro de lo que es un síndrome de dengue complicado. Al preguntársele que significa evolución médica dengue resuelto, señaló que el 25 de abril los médicos escribieron "síndrome de choque por dengue resuelto", señaló que ello significa que lo resuelto es el choque o shock no el dengue, ya que se había estabilizado la presión arterial, sin embargo la enfermedad del síndrome del dengue continuo avanzando y deteriorando al paciente, hasta que falleció.-

- Declaración de SAUL CRISTIENSEN, manifestó que atendió al paciente, el cual se encontraba en mal estado de salud, con dificultad respiratoria, con disnea severa, con mala mecánica respiratoria, saturación de oxígeno entre 70 y 80 por ciento, por lo que procedió a practicar intubación endotraqueal, conectándolo a un ventilador mecánico, haciendo una impresión diagnóstica de insuficiencia respiratoria aguda. Hace explicaciones acerca de los diferentes síntomas que presenta un paciente con dengue, ya sea en su fase de dengue clásico o dengue hemorrágico, señalando que durante el dengue hemorrágico el paciente puede presentar periodos donde esta hemodinámicamente compensado y donde no lo está. Que a pesar de diagnosticarse una sobrehidratación, hay que seguir administrando diuréticos para disminuir la recarga de líquidos. Al preguntársele en que consiste el aumento de la permeabilidad vascular, y si es una complicación del dengue clásico o hemorrágico, señaló que se presenta cuando hay paso de líquido del espacio intravascular al espacio intersticial, lo que conlleva a un edema pulmonar de causa no cardiogénica, producido por diferentes causas entre estas el dengue hemorrágico, el dengue clásico no lo genera. En relación con la prueba diagnóstica negativa para el dengue pero la clínica y sintomatología le indican la presencia de un dengue hemorrágico o clásico, no se le debe suspender el tratamiento por una prueba negativa, pues lo más importante es clínica o sintomatología del paciente. Por último, se le preguntó el significado de shock resuelto que está en la historia clínica, quiere significar que el dengue está resuelto, contestando que esa nota se refiere que el estado de shock ha sido tratado y resuelto, pero el dengue no ha sido resuelto.-
- Declaración de ALVARO RAFAEL URBINA AROCA, manifestó que tiene conocimiento que el señor FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, falleció en la Clínica General del Norte en el año 2003, el cual había ingresado con un síndrome febril, con impresión diagnóstica de dengue, que evolucionó con complicaciones asociadas a dicha enfermedad y a enfermedades infecciosas que se pueden adquirir en la unidad de cuidados intensivos. Que el 16 de abril de 2003, le realizó una fibrobroncoscopia por solicitud del equipo médico tratante, no

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-006-2006-00174-01.-
RADICACIÓN INTERNA: 43.126.-

interviniendo ni antes ni después del acto. Al preguntársele el significado de la expresión shock resuelto en la historia clínica, respondió que el dengue puede presentar el shock este puede resolverse pero sigue persistiendo la patología del dengue. En relación con el resultado de laboratorio negativo para dengue manifestó que los resultados pueden ser falsos negativos, si el paciente muestra mejoría y sanación se pueden hacer pruebas posteriores, pero si el paciente persiste con sintomatología haya obligación de continuar el tratamiento integral, en especial si presenta complicaciones, solicitar intervención de cuidados intensivos y especialistas que puedan actuar como fue en el caso del señor MACHUCA DE MIER. En relación con la sepsis señaló que al ser un paciente con ventilación mecánica, la sepsis puede tener un origen pulmonar, pero cuando existe sepsis generalizada el pulmón puede ser un órgano blanco de sepsis, y la sepsis con sus complicaciones como el shock séptico es una de las causas de falla multisistémica que puede o no producir la muerte.-

- Declaración de CARLOS EDUARDO REBOLLEDO MALDONADO, quien señala que el paciente ingresó a UCI el 16 de abril de 2003, en muy malas condiciones clínicas, con impresión diagnóstica de probable dengue hemorrágico con compromiso pulmonar agudo, con datos de acidosis metabólica y con trastornos hematológicos asociados con tiempos de coagulación prolongada y trombocitopenia, siguiendo con síndromes de dengue y SDRA en regulares condiciones clínicas y con pronóstico muy reservado a pesar del manejo médico. Se le realiza traqueotomía con compromiso posterior, con datos posteriores de sangrado cerebral, que continuo con mala evolución clínica con un pronóstico malo a corto plazo. El paciente presentó complicaciones durante su evolución de su cuadro clínico inherentes a su condición clínica delicada, sin obtener una respuesta favorable frente al tratamiento instaurado, llegando posteriormente hasta su muerte. A la pregunta acerca del manejo dado al paciente en UCI, fue con pericia, diligencia y oportunidad, señaló que es el establecido para los pacientes con condición clínica de shock ocasionado por dengue hemorrágico igualmente las complicaciones en su evolución recibieron el manejo indicado con intención de resolverlas adecuada y oportunamente. Sobre la permeabilidad vascular, señaló que es una complicación del dengue hemorrágico; la sobrehidratación es procedente usar diuréticos. En cuanto a la evolución médica desde el 11 de abril el paciente se encuentra en buen estado general y así hasta el 24 de abril con una evolución favorable, que dice de las complicaciones presentadas, a lo que señaló que el paciente podía estar en esa condición clínica, pero eso no implica que no pudiese presentar complicaciones de hecho seguía internado bajo vigilancia. Por último, a la pregunta de que pudo haber originado en el organismo del paciente bacterias nosocomiales que adquirió hospitalariamente, señaló que una condición con infección que recibió tratamiento oportuno con antibióticos intravenoso.-

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-006-2006-00174-01.-
RADICACIÓN INTERNA: 43.126.-

- Declaración de JOSE FIDEL JARABA SIERRA, señala que la atención al paciente en UCI fue oportuna, con pericia documentada y en base a los protocolos. Que la traqueotomía tuvo una indicación precisa, no hubo complicaciones inherentes al procedimiento y los cuidados fueron óptimos. Al preguntarle sobre el shock por dengue, respondió que hay una diferencia entre dengue clásico y dengue hemorrágico, que el hemorrágico es una entidad nosocomial grave y susceptible de complicaciones letales a pesar de un buen manejo de quien lo padece. Las complicaciones hemorrágicas por esa entidad son impredecibles, y en momento dado son las que complican a los pacientes y comprometen la vida de los mismos, máximo cuando el sangrado es a nivel cerebral. De igual manera señala que cuando se refiere a shock por dengue resuelto, a lo que se refiere es a la solución del estado de shock, de hipotensión que presentaba, más no a la solución del cuadro nosocomial del dengue como tal. Que en este caso no existió foco infeccioso evidente sino una bacteriemia y una infección respiratoria con aislamiento del German esperada en cualquier unidad de cuidados intensivos que maneje pacientes ventilados y se le dio el tratamiento antibiótico recomendado en ese momento y que a pesar de que el paciente presentaba el germen, los datos de mejoría clínica en cuanto a su respuesta inflamatoria sistémica, era evidente solo que este paciente presentó una intercurencia inesperada y no evitable que fue el sangrado cerebral documentado por tomografía. En relación con la traqueotomía señala que con ello se demuestra la idoneidad, responsabilidad y profesionalismo del equipo médico y de la institución para sus pacientes la forma como se realizó. En cuanto a la contracción presentada en el informe por patología quirúrgica de fecha 11 de junio de 2003, suscrita por el patólogo JESUS PEREZ GARCIA, manifestó que no existe ninguna contradicción, pues se correlaciona la clínica de un paciente, la cual para el médico es soberana en el contexto que maneje con todos los exámenes paraclínicos, imaginológicos y condición clínica diaria del paciente con reporte de patología donde manifiesta que puede ser dengue habla de probabilidad que con la relación clínica le puede dar cierto grado de certeza.-

Teniendo en cuenta el artículo 176 del C.G.P. las pruebas deben ser apreciadas en su conjunto, de acuerdo a las reglas de la sana crítica, se tiene:

1.- Se encuentra demostrado que el señor FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, ingresó a la CLINICA GENERAL DEL NORTE el día 9 de abril de 2003, con cinco días de evolución de fiebre alta, más malestar general, cefaleas, y como posible diagnóstico DENGUE CLASICO, descartándose otras patologías como la fiebre tifoidea y leptospirosis.-

2.- El 13 de abril de 2003, se le diagnostica DENGUE.-

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-006-2006-00174-01.-
RADICACIÓN INTERNA: 43.126.-

3.- El 15 de abril ya se tiene como diagnóstico Síndrome Viral por dengue con edema agudo de pulmón ocasionado por Disnea con posible foco infeccioso pulmonar por la congestión pulmonar.-

4.- El 16 de abril de 2003, se deja consignado que iniciaron tratamiento por empeoramiento clínico y radiológico para cubrir pseudomona, estafilococo y atípicos, para lo cual se ordenó su traslado a UCI, dejándose la constancia de DIAGNOSTICO MUY RESERVADO.-

5.- El mismo día 16 de abril de 2003, se le realiza una nueva valoración donde consta que ingresó por dengue clásico con múltiple hemorragia, neumonía viral vs atípica, poliserositis y presentó problemas de: I) angustia pulmonar aguda, II) infectólogo probable por hemorrágico, III) hemodinámico: síndrome shock tipo dengue, IV) metabólico, el paciente al ser introducido en UCI se dejó constancia de malas condiciones generales en el paciente, ingreso con ventilación mecánica.-

6.- El 17 de abril de 2003, fue evaluado por medicina interna considerando que en ese momento el paciente cursaba con buenos parámetros ventilatorios, considerando lo tórpida de su evolución.-

7.- El 18 de abril de 2003, se deja constancia que el paciente ha presentado nuevas problemáticas como Derrame pleural lateral, encontrándose el paciente inconsciente bajo sedoanalgesia y pulmones con disminución de compliancia.-

8.- El 20 de abril de 2003, se deja consignado que el paciente ya en su quinto día de haberle diagnosticado síndrome de shock por dengue, ha estado controlado hemodinamicamente, aunque durante la noche permaneció con aparato ventilador y presentó fiebre de 38.5°.-

9.- Los días siguientes en UCI, el pronóstico era reservado, de acuerdo a evolución.-

10.- El 6 de mayo de 2003, se diagnosticó I) Sepsis pulmonar, II) Pop de traqueotomía, III) Shock de dengue resuelto, se deja constancia que el paciente se encontraba con mal pronóstico de recuperación.-

11.- El 7 de mayo de 2003, paciente con pronóstico malo.-

12.- El 8 de mayo de 2003, en la valoración realizada en UCI con diagnóstico: I) hematoma intraparenquimatoso cerebral + edema cerebral + herniación subfacial + hernia subfalcina y II) neumonía asociada a la ventilación mecánica y se dejó consignado que el paciente se encontraba en mal estado, pupilas midriáticas no reactivas pulmones con disminución de murmullo sin sedoanalgesia no responde al llamado ni al estímulo doloroso y sin reacción de reflejos de tallo en pupilas. Epicrisis: pronóstico es malo y alta tasa de mortalidad. Siendo las 2:00 p.m. el paciente entró en paro cardiaco no respondió a las maniobras de reanimación y falleció.-

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-006-2006-00174-01.-
 RADICACIÓN INTERNA: 43.126.-

De lo anterior, se extrae que en la historia clínica del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, se encuentra sentado todo el transcurrir de su permanencia en la CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, desde su llegada con diagnóstico probable de dengue clásico, hasta el momento de su muerte a razón de las complicaciones de dicha enfermedad, que implicaron su traslado a UCI, ventilación mecánica, traquetomía, etc.-

Los galenos declarantes todos fueron contestes en señalar que la frase "shock por dengue resuelto", significa que sacaron al paciente del shock, que se presenta por problemas de la tensión arterial, puede ser por hipertensión o por hipotensión, entonces al paciente se saca de ese estado, que es lo resuelto, más en ningún momento significa que el dengue se encuentra resuelto, tan cierto, es lo anterior, que el paciente siguió internado y recibiendo el tratamiento para ello.-

Alega el impugnante:

"Se nota en la sentencia que la señora Juez A-quo no extracto lo más importante de la historia clínica, porque obvió lo que se le preguntó al Dr. RAFAEL URBINA AROCA, que es el médico especialista (Neumólogo), cuando le pregunta al paciente si tiene algo más que decir, enmendar o ratificar en su declaración.

CONTESTO: En este caso especial la SEPSIS es causada por la bacteria ACYNOTOBACTER BAUMANNI que demostró ser multirresistente y en modo alguno contribuyó al deterioro del paciente.

En las consideraciones de la sentencia, la señora Juez A-quo, guardó silencio en el concepto del neumólogo Dr. URBINA AROCA, donde manifiesta que la bacteria ACYNOTOBACTER BAUMANNI contribuyó al deterioro del paciente, por lo que se evidencia errónea valoración de las pruebas (declaración jurada), donde se extractó lo que conviene a la clínica y no da el respectivo valor probatorio al concepto del médico Neumólogo, como autoridad en la materia."-

En forma errada el apoderado judicial de la parte demandante, alega que la Juez A-quo guardó silencio respecto al concepto del neumólogo Dr. Urbina Aroca, que señaló: **"En este caso especial la SEPSIS es causada por la bacteria ACYNOTOBACTER BAUMANNI que demostró ser multirresistente y en modo alguno contribuyó al deterioro del paciente,** lo cual según su parecer significa que sí contribuyó al deterioro del paciente, cuando es todo lo contrario, si se tiene en cuenta que la acepción "en modo alguno" significa todo lo contrario, que de ningún modo ello contribuyó al deterioro del paciente.-

En relación con la reprobación de las valoraciones médicas por Neurología y revisiones por neurología con Tac cerebral de la Dra. Carmen Isabel Polo, así como que la firma de la Dra. NOHEMY MEZA fue falsificada, se tiene que no existe en el plenario prueba alguna de ello, solo su manifestación, y es de recordar al impugnante, que de acuerdo al artículo 167 del C.G.P. si alega dicha falsedad, tiene la carga de la prueba de ello.-

En relación con el reparo de que debió aplicarse la carga dinámica de la prueba, en este caso la distribución de cargas, no implica que haya una presunción de culpa de la demandada, incluso fue dicha parte, quien a través de declaraciones de testigos e historia clínica quien probó la ausencia de culpa por adecuada práctica médica.-

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-006-2006-00174-01.-
RADICACIÓN INTERNA: 43.126.-

Teniendo en cuenta lo anterior, concluye la Sala, que está demostrado que la atención brindada por la CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, al paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, fue la adecuada, la cual se prestó a través de los médicos tratantes, quienes no actuaron con impericia o negligencia, por el contrario, se demostró que actuaron conforme a la Lex Artis, por lo que al faltar uno de los elementos de la responsabilidad civil, es del caso denegar las pretensiones, y por ende confirmar el proveído impugnado.-

Por lo expuesto, el Tribunal Superior Distrito Judicial de Barranquilla, Sala Tercera de Decisión Civil - Familia, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia de fecha 24 de febrero 2021, proferida por el Juzgado Once Civil del Circuito de esta ciudad.-

SEGUNDO: CONDENAR en costas en esta instancia a la parte demandante. Inclúyase la suma de DOS SALARIOS MÍNIMO LEGAL MENSUAL VIGENTE, como Agencias en Derecho. Désele aplicación al artículo 366 del C.G.P.-

TERCERO: Ejecutoriado este proveído, no existiendo expediente físico que devolver al Juez A-quo, por la Secretaría de esta Sala, remítase un ejemplar de la presente providencia al correo electrónico del Juzgado Once Civil del Circuito de esta ciudad, y póngase a disposición lo actuado por esta Corporación.-

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE



CARMINA GONZÁLEZ ORTIZ



CATALINA ROSERO DIAZ DEL CASTILLO



GUIOMAR PORRAS DEL VECCHIO