



**TRIBUNAL DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DE RISARALDA
SALA CUARTA DE DECISIÓN
MAGISTRADO PONENTE: LEONARDO RODRÍGUEZ ARANGO**

Aprobado por la Sala en sesión de hoy
Pereira, cinco de septiembre de dos mil veinticuatro

Providencia	Sentencia de segunda instancia
Radicado	66001-33-33-003-2018-00153-02 (L-0204-2023)
Medio de control	Reparación Directa
Demandantes	Henry Antonio Patiño Prado y otros.
Demandados	E.S.E. Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, Clínica Los Rosales S.A.
Llamadas en garantía	Lida Magnolia Orozco Vargas y Allianz Seguros S.A.
Temas	- No prueba falla del servicio médico asistencial acudir al servicio de urgencia con síntomas de cefalea y vómito - no se prueba déficit neurológico. - Del valor probatorio del dictamen pericial y las guías medicas de manejo de urgencia por cefalea.
Decisión del juzgado	Niega pretensiones.
Apelante:	Demandante.
Decisión del tribunal	Confirma.

1. ANTECEDENTES¹

A partir de narración efectuada en la sentencia de primera instancia como **sustento fáctico relevante**, se tiene que el 18 de abril de 2016, la señora Rosa Elisa Prado acude a la clínica los rosales S.A, por un cuadro de «cefalea y vómito», siendo atendida por la Médica Lida Magnolia Orozco Vargas, luego del ingreso al centro médico y de conformidad con la nota del enfermero Farley Antonio Restrepo, a la paciente sólo se aplicaron medicamentos, sin que se le hayan ordenado exámenes.

Fue dada de alta a las 11:51 de la mañana, llevada a su casa donde continuó con malestar y tuvo que acudir nuevamente a un centro asistencial, en esta oportunidad al Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, por presentar además aparente convulsión.

En dicho centro asistencial fue atendida por el Médico Jorge García Obando, quien califica la urgencia de la paciente en triage IV y como evolución señala: «PACIENTE QUIEN CONSULTA EL DIA DE HOY POR CUADRO DE CEFEELEA OCCIPITAL SUBITA INTENSA... ES MANEJADA CON TERAPIA

¹ Páginas 1 y s.s. del archivo en PDF con consecutivo 1 del expediente digital de primera instancia.

ANTIHIPERTENSIVA LOSARTAN/HIDROCLOROTIAZIDA, DIPIRONA, DAN ALTA EN HORAS DE LA MAÑANA PACIENTE QUIEN APROXIMADAMENTE A LAS 6 PM»

El estado de salud de Rosa Elisa Prado fue desmejorando progresivamente y, debido a su crítica situación, fue remitida a la clínica Los Rosales, donde fue ingresada a la unidad de cuidados intensivos. El 19 de junio el especialista en neurocirugía doctor Iván Mauricio Herrera, encontró la paciente en malas condiciones con un «MAL PRONÓSTICO NEUROLÓGICO Y VITAL».

La paciente falleció el 20 de abril de 2016 a las 5:10 de la mañana. Señala su familia que si en la atención inicial en la clínica los Rosales S.A, le hubieran realizado los exámenes diagnósticos, ordenados en la segunda atención, hubiera aumentado la posibilidad de sobrevivencia.

Pretende que se declare que la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica de Dosquebradas y la clínica los Rosales S.A, son administrativamente responsables por la deficiente atención prestada a la señora Rosa Elisa Prado Vargas.

Como consecuencia de la anterior declaración, se solicitan las siguientes condenas:

Perjuicios morales

La suma de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes para los señores Henry Antonio Patiño Prado, Luisa Fernanda Cock Prado y Carolina Prado, hijos de la señora Rosa Elisa Prado Vargas.

La suma de 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes para las menores Valentina Patiño Corrales y Paula Andrea Patiño Corrales, nietas de la fallecida Rosa Elisa Prado Vargas.

Y que se condene en costas a la entidad demandada.

2. INTERVENCIÓN DE LAS DEMANDADAS Y LLAMADA EN GARANTÍA.

2.1. - La **Clínica Los Rosales S.A.** dio contestación a la demanda mediante el archivo 10 del expediente digital de primera instancia, en el que se opone a las pretensiones de la demanda, y se pronuncia respecto de los hechos, indicando a que la señora Rosa Elisa Prado Vargas, desde el ingreso a esa institución, se le brindó la atención requerida de acuerdo con la patología que presentaba, tal como se evidencia en su historia clínica, ya que desde el primer momento se le realizó un examen físico, una glucometría y se le dio aplicación de los medicamentos requeridos.

Que, según el resumen de la atención médica, la enfermedad de la paciente es

una severa afectación que se da de manera intempestiva, con pronóstico reservado, y que de acuerdo a lo establecido medicamente la atención se encontró de acuerdo a los protocolos, con calidad y pertinencia, en ningún momento se le negaron medicamentos o ayudas diagnósticas; por el contrario, desde su primera entrada en la clínica la paciente fue atendida conforme a la sintomatología que presentaba.

Refiere que cada uno de los hechos deben ser probados, no obstante, los presentados por los demandantes no tiene soporte técnico o científico, pues se basan en presunciones e interpretaciones de la apoderada judicial; por lo que no obra entonces un soporte probatorio fehaciente que demuestre clara imputación de culpa, daño o nexo causal en contra de la Clínica los Rosales S.A.

Propuso las excepciones de: «atención clínica correcta y adecuada, inexistencia de culpa y/o daño imputado» «acto médico con pertinencia, diligencia y cumplimientos de protocolos», «cobro de lo no debido», «indeterminación de los perjuicios reclamados» y «falta de prueba de los mismos»

2.2. La **E.S.E. Hospital Santa Mónica de Dosquebradas**, allegó archivo 4 del expediente digital de primera instancia, se opuso a las pretensiones de la demanda, señalando como argumentos de defensa lo siguiente:

Refiere que la atención brindada a la paciente fue oportuna y pertinente; por lo tanto, no existe centro de imputación jurídica alguna en contra del hospital, motivo por el cual, la demanda en su contra es una clara posición de abuso del derecho. Que la entidad sirvió de puerta de entrada al servicio de salud de la señora Prado Vargas, sin que pueda demostrarse una actuación negligente o imprudente; por el contrario, de la historia clínica se desprende que el médico que la atendió, la estabilizó y procedió a remitirla de manera inmediata y sin dilación alguna como urgencia vital al centro de salud privado y de la capacidad técnica correspondiente a la paciente.

En los casos donde se presente este tipo de eventos, dado el primer nivel de atención del hospital, se presta el servicio como soporte de estabilización y manejo para la remisión a un mayor nivel de complejidad. Tal como se indica en la nota médica del Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, la paciente venía con un accidente cerebro vascular y un estado grave de salud que comprometía seriamente su vida.

Planteó como excepción la de «inexistencia o falta de configuración de falla del servicio», «inexistencia del nexo causal entre el acto médico y el daño», «valoración exagerada de los perjuicios» y «falta de legitimación por pasiva».

2.3. La **llamada en garantía**, la médica **Lida Magnolia Orozco Vargas** se pronuncia sobre cada uno de los hechos de la demanda y del llamamiento en garantía (archivo 26 ibidem), se opone además a las pretensiones del líbello, indicando que, para que pueda configurarse responsabilidad, debe probarse el

hecho, el daño, la culpa y el nexo causal, de lo cual se desprende que, ante la falta de uno de estos requisitos, no puede hablarse de responsabilidad y, por ende, de obligación a indemnizar.

Sostiene que para que la conducta del agente pueda catalogarse como gravemente culposa o dolosa, debe probarse que existió negligencia, impericia, imprudencia o violación grave de reglamentos, lo que no ocurrió en el presente caso. En la atención a la paciente los actos médicos desplegados por la Médica Orozco Vargas fueron adecuados, oportunos, pertinentes y diligentes, tal como consta en la historia clínica.

Esgrime La paciente ingresó por sus propios medios al servicio de urgencias de la clínica los Rosales el 18 de abril de 2016 a las 10:53:32, donde fue atendida por la doctora Orozco Vargas, motivo de la consulta: «NEURO CEFALEA INTESA (sic) MENOR A 6 HORAS DE EVOLUCIÓN», quien procede a la valoración y toma de signos vitales. Según lo anotado en la historia clínica, la paciente refirió que presentó episodio de vómito, previo a la consulta por urgencias; durante atención la médica no observó episodios de vómito, ni alteración de la paciente o déficit neurológico.

Expone que la médica ordenó la toma de una glucometría, fundamental para descartar causas metabólicas del dolor de cabeza. El resultado de dicho examen fue normal. También se examinó la presión y se encontró un poco elevada, debido a que la paciente refería que no se había tomado la dosis de la mañana de los antihipertensivos que usaba regularmente, por lo cual se ordenó antihipertensivo para bajar la presión, analgesia para el dolor y un ansiolítico.

Indica que luego de la aplicación de los medicamentos presentó estabilidad hemodinámica, sin episodios de emesis ni déficit neurológico. Ante la evolución favorable de la paciente, la doctora Orozco Vargas le dio salida, indicándole a su acompañante los signos de alarma ante los cuales debía reconsultar de forma inmediata. Es así, que aduce que cumplió con el deber legal y ético, establecido en la *lex artis*, aplicando las reglas en la atención en salud que correspondían a la atención y tratamiento de la paciente, como consta en la historia clínica.

Formula como como excepciones las que denominó: Inexistencia de culpa médica, inexistencia de nexo causal, cumplimiento de la *lex artis*, la obligación médica es de medios y no de resultados y cumplimiento contractual.

2.6. Finalmente, la **Aseguradora Allianz Seguros S.A.**, mediante de apoderado y a través de escrito que reposa en el archivo 29 ibidem, manifiesta que se opone a todas y cada una de las pretensiones, indicando que las mismas carecen de fundamentos facticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad, como quiera que no reúnan los elementos que permitan estructurar la responsabilidad predicada. Los documentos arrimados al expediente evidencian que, contrario a lo sostenido por los demandantes, la atención brindada a la señora Rosa Elisa Prado Vargas se ajustó a la *lex artis* y se presentó de manera de manera oportuna

y diligente.

Expone que el 18 de abril de 2016 la señora Prado Vargas, consultó en la Clínica los Rosales S.A, por cefalea de varias horas de evolución; fue atendida oportunamente, examinada y medicada de conformidad con los signos y síntomas que presentaba, dándosele egreso con recomendaciones. Horas después consultó en el Hospital Santa Mónica, por un cuadro de cefalea súbita y pérdida de tono muscular, donde se le diagnosticó «enfermedad cerebro vascular no especificada» y ante el deterioro neurológico, se intubó y se remitió a la Clínica los Rosales S.A, como urgencia vital, ingresó a la UCI de manera inmediata, donde fue valorada y se le brindó atención diligente y especializada. Pese a ello, la paciente falleció el 20 de abril de 2016, debido al grave deterioro de su salud.

Alude que el fallecimiento de la señora Prado Vargas, y el presunto perjuicio alegado por los demandantes no tiene relación de causalidad con el manejo médico que se le dio a la paciente dado que, para que surja la responsabilidad patrimonial, el daño debe ser producido directamente por la intervención médica.

Propone como medios de excepción frente a la demanda: Inexistencia de responsabilidad y de obligaciones indemnizatoria a cargo de los demandantes, actuación diligente, cuidadosa y carente de culpa de los entes demandados y carencia de prueba del supuesto perjuicio.

Respecto del llamamiento en garantía propone las siguientes excepciones: Inexistencia de cobertura de las pólizas de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales, límite temporal de la cobertura otorgada en la póliza de responsabilidad civil clínicas y hospitales N° 022128308, ausencia de cobertura de la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales N° 022128308, límites máximos de responsabilidad, condiciones del seguro, disponibilidad del valor asegurado y exclusiones del amparo.

3. LA SENTENCIA APELADA

El Juzgado Tercero Administrativo del Circuito de Pereira dispuso en la parte resolutive de su sentencia:

«1°. Denegar las pretensiones en este proceso de reparación directa adelantado por el señor HENRY ANTONIO PATIÑO PRADO y otros, por las razones expuestas.

2°. Sin costas por no aparecer causadas.

3°. En firme la presente decisión, archívese el expediente.»

Lo anterior, con fundamento en los argumentos que a continuación se extraen de la parte motiva de la sentencia:

«4.7. Analizadas las pruebas en conjunto, se concluye con claridad el hecho que el fallecimiento de la señora ROSA ELISA PRADO VARGAS no fue

causado por un actuar negligente, imprudente o irresponsable atribuible a los profesionales de la medicina que tuvieron a su cargo la atención de la paciente.

En consulta del 18 de abril de 2016 en la CLÍNICA LOS ROSALES, la señora PRADO VARGAS fue diagnosticada con "TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA", pues consultó el servicio de urgencias por cefalea intensa y vómito, "POSTERIOR A IMPRESIÓN Y PREOCUPACIÓN QUE PRESENTÓ, "FUE UNA PREOCUPACIÓN QUE ME ALTERÓ MUCHO". La médica tratante, luego de realizarle el examen físico, consultar sus antecedentes y tomar sus signos vitales (los cuales arrojaron resultados normales), registró en la historia clínica lo siguiente: "SE TOMA GLUCOMETRÍA EM 120 MG, SE COLOCA ASNALGESIA Y SE DA DOSIS DE ANTIHIPERTENSIVO CORRESPONDIENTES". Posteriormente, le da egreso, indicándole signos de alarma y recomendaciones.

Es importante señalar que, en la atención de la mañana del 18 de abril de 2016, según la historia clínica de doña ROSA ELISA PRADO VARGAS, la paciente no presentó ninguna dificultad neurológica; situación que fue ampliamente confirmada por la auxiliar de la justicia y por los testigos médicos que acudieron al llamado del despacho. Por lo que, el manejo dado por la profesional de la salud, en ese momento, estuvo acorde si tenemos en cuenta el examen físico realizado a la usuaria, los valores que arrojó la toma de signos vitales, así como el resultado de glucometría y finalmente a los antecedentes informados por la paciente.

La señora PRADO VARGAS ingresa al servicio de urgencias del HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS alrededor de las 06:51 P.M, del 18 de abril de 2016, con el siguiente motivo de consulta: "LE DIO UNA CONVULSIÓN", fue atendida por el Doctor Jorge García Obando, con diagnóstico de "ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR"; ante la gravedad de patología, se inició secuencia de intubación, para luego ser remitida como urgencia vital a la CLÍNICA LOS ROSALES.

En el reingreso a la CLÍNICA LOS ROSALES, fue atendida por el Doctor Julián Eduardo Bedoya, quien tras valorar a doña ROSA ELISA PRADO VARGAS, consignó en la historia clínica que su pronóstico neurológico era "MALO RESERVADO", remitiéndola de manera inmediata a la unidad de cuidados intensivos donde fue valorada por el Médico José Luis Monroy Amado (intensivista), quien plasmó en el registro clínico lo siguiente: "SU CONDICIÓN CLÍNICA ES MUY CRÍTICA CON PRONÓSTICO DE VIDA RESERVADO, FUNCIONAL MALO". Ante la gravedad de la patología "HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA NO ESPECIFICADA", entre otras y pase a la atención médica especializada brindada en la unidad de cuidados intensivos, doña ROSA ELISA PRADO VARGAS, fallece en la madrugada del 20 de abril de 2016.

4.8. Dado que la atención brindada por las demandadas estuvo acorde con la sintomatología de la señora PRADO VARGAS, no es posible afirmar que éstas le causaron un daño por un error de diagnóstico, negligencia o falta de atención, toda vez que las entidades de salud no deben ordenar exámenes, medicamentos, procedimiento ni remisiones que no resulten necesarios a partir de la sintomatología presentada por la paciente.

Para demostrar la falla y el nexo causal, el demandante puede acudir a todos los medios de prueba; sin embargo, cuando se trata de responsabilidad médica, resulta de vital importancia la historia clínica, el dictamen pericial y los testimonios de los profesionales de la salud, por lo que, la afirmación de la parte demandante en el sentido de que "le hubiera realizado exámenes diagnósticos que le enviaron luego de urgencia, la señora Rosa Elisa hubiera tenido una

oportunidad de sobrevivir”, refiriéndose a la atención brindada en la mañana del 18 de abril de 2016; no es suficiente para estructurar los elementos de la responsabilidad.

Los demandantes no allegaron ningún medio de convicción que permita acreditar las supuestas fallas médico-asistenciales referidas en la demanda. No reposa en el expediente elemento de convicción alguno que permita inferir que a la paciente debían practicársele tratamientos distintos o prescribirle otro tipo de medicamentos diferentes a los que le fueron suministrados por las demandadas, ni mucho menos que hubo demora en la atención brindada. Tampoco se acreditó que los profesionales de la salud no fueran idóneos; todo lo contrario, lo que describe la historia clínica es que la atención dada a doña ROSA ELISA PRADO VARGAS en todo momento fue oportuna y acorde con sus patologías.

Al no existir elementos probatorios que permitan inferir un actuar inadecuado, imprudente, negligente o tardío en la atención médica que recibió la señora ROSA ELISA PRADO VARGAS en las entidades hospitalarias demandadas, aunado a que sus actuaciones estuvieron acordes con el cuadro clínico que presentó la paciente en cada uno de los ingresos al servicio de urgencias, tal como se describe en la historia clínica, en el peritaje rendido por la doctora Julieth Andrea López Arias y en los testimonios médicos, no se configura la responsabilidad alega en el presente caso. Por lo tanto, se denegarán las pretensiones.»

4. RECURSO DE APELACIÓN

La parte demandante, interpuso y sustentó de manera oportuna recurso de apelación, en el cual solicita revocar la sentencia de primera instancia, en su escrito se puede leer, en lo que resume su inconformidad:

Señala que no es de recibo la decisión adoptada en primera instancia, por la falta de valoración de los argumentos presentados en los alegatos en contra de las explicaciones otorgadas por la perito, quien desconocía las guías para el manejo de urgencias, respecto de las cuales se le realizó las preguntas, de conformidad a los temas planteados por la misma en su peritaje, guías, que son elaboradas por el Ministerio de Salud, desde el año 2009, y que son criterio orientador de cómo realizar la atención de los pacientes que llegan a los servicios de urgencias.

Refuta que el fallador de primera instancia se les dio más credibilidad a los argumentos de la perito, los cuales se encontraban fundamentados en artículos académicos del año 2001 y 2008, fechas muy anteriores a las guías establecidas por el Ministerio de salud.

Destaca que, si se realiza una correlación entre la historia clínica y las guías establecidas por la autoridad de salud, se puede señalar que la atención inicial de urgencias fue una atención incompleta que no cumplió con las guías de atención de ese tipo de patologías (crisis hipertensivas - ni cefalea) y la principal indicación es un debido interrogatorio al paciente, el cual brilla por su ausencia dentro de la atención de urgencias suministrada, ya que no describe el tipo de cefalea y la existencia de banderas rojas (signos de relevancia del dolor que amenaza la vida)

ni el tipo de vomito, este último, puede dar lugar a establecer si se ha presentado o no algún déficit neurológico.

Expone que, la localización del dolor de cabeza es muy importante ya que, de conformidad a la guía de manejo de urgencia expedida por el Ministerio de Salud, se señala que un buen interrogatorio con pacientes con cefalea, entre otros, el lugar de localización pues las cefaleas migrañosas tienden a ser unilaterales, mientras las tensionales se ubican predominantemente en región occipital y cervical así mismo, se señala en la misma guía de manejo que es muy importante identificar las comorbilidades de la paciente ya que los factores de riesgo cardiovascular, antecedentes de trauma, infecciones, cáncer o inmunosupresores son pacientes de desarrollar cefaleas secundarias y por lo cual se señala que en esos casos las imágenes diagnosticas son fundamentales para descartar eventuales calamidades intracraneales, siendo significativo además el síntoma del vomito, el cual era importante evaluar con el fin de llevar a buen recaudo la definición de tratamiento que requería la paciente.

Afirma que, de acuerdo con la historia clínica, la señora Rosa Elisa Prado contaba con 60 años y sufría de presión arterial, factor de riesgo cardiovascular y por la cual ya había consultado en diversas ocasiones, tal y como se encuentra en la historia clínica, situación que hubiera sido captada por la médica, si la misma hubiera sido diligente en la revisión de su historia clínica cuando la paciente fue atendida en el servicio de urgencias de la clínica los Rosales si la paciente hubiera sido debidamente interrogada y si le hubiese prestado atención al síntoma del vómito, el cual fue referido y presenciado por la médica de conformidad a la redacción de la nota médica.

5. ADMISIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN Y CONCEPTO DEL MINISTERIO PÚBLICO EN SEGUNDA INSTANCIA

Mediante proveído calendado 7 de marzo de 2023 se admitió el recurso interpuesto, sin que se corriera traslado para alegar en función de la vigencia de lo dispuesto para los efectos en la Ley 2080/21. Sin embargo, la llamada en garantía Lida Magnolia Orozco Vargas, presentó escrito contentivo en el archivo 8 del expediente digital de segundan instancia, en el cual reitera los argumentos expuestos en la contestación de la demanda, agrega respecto del recurso de apelación formulado por la parte actora, que cuando se reprocha que el Juez de instancia no analizó ni valoró probatoriamente lo establecido en la Guía del Ministerio de Salud para la Atención de Urgencias, no se indica claramente a que guía se hace referencia, guía que además no fue aportada con la demanda, nunca se aportó al proceso, no fue objeto de debate probatorio, por ende, mal podía el juzgador tenerla en cuenta al momento de fallar, en tanto, se estaría vulnerando el derecho de defensa y contradicción.

Concluye que se probó en el proceso:

1. Que la paciente, para el momento de la consulta del día 18 de abril de 2016, en horas de la mañana, no presentaba signos de déficit neurológico. Por el contrario,

la Escala de Glasgow, que es con la cual se mide el nivel de conciencia de una persona, estaba en rango de normalidad 15/15.

2. Que la paciente presentaba cefalea emocional o psicógena, derivada de una alteración o preocupación familiar.

3. Que presentaba cifras tensionales un poco elevadas, pero dichas cifras no se consideraban alteradas en el contexto de una paciente hipertensa, ni tampoco constituían una emergencia o crisis hipertensiva.

4. Que, si bien la paciente refirió que había presentado episodios de vómito, durante la observación hospitalaria no presentó.

5. Que el manejo dado a la paciente en esa consulta de urgencias estuvo acorde a los síntomas y signos que la paciente presentó y a lo que establecen los protocolos médicos.

6. Que el evento posterior que presentó la paciente en horas de la tarde fue de características muy distintas a lo que motivó la consulta de la mañana y que probablemente, por las características de la hemorragia sufrida, se haya tratado de un evento súbito, que ninguna relación tiene con lo acontecido previamente con la paciente.

El Ministerio Público no rindió concepto.

7. CONSIDERACIONES

6.1. COMPETENCIA: Por cuanto no se observa ninguna causal de nulidad de la actuación que hasta ahora se ha surtido, procede el Tribunal a proferir la decisión que en derecho corresponde, lo cual hará en **segunda instancia**, de conformidad con el artículo 153 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Revisados los presupuestos procesales de la acción y del procedimiento, y por cuanto no se observa causal alguna que imponga dejar sin valor la actuación que hasta ahora se ha surtido, procede la Sala a decidir en esta instancia sobre el asunto planteado, según con el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, y se tiene en cuenta que no se configuró el fenómeno de la caducidad del medio de control, al encontrar conforme el conteo que para los efectos se hizo en sede de primera instancia.

6.2. OBJETO DEL LITIGIO.

6.2.1. Problemas jurídicos: ¿Qué una persona con 60 años y antecedentes de hipertensión arterial acuda al servicio de urgencia de un centro hospitalario, con síntomas de cefalea y vómito, resulta indicativo de la presencia de un déficit neurológico? ¿Qué presupuestos deben probarse, para se afirme que un dictamen pericial desconoció los parámetros dispuestos en las guías para manejo de urgencias tomo III por una cefalea?

6.2.2. Asunto a resolver: Procede el Tribunal a analizar en esta instancia, en los términos del recurso de apelación interpuesto por la parte demandante,

determinar si en efecto la muerte de la señora Rosa Elisa Prado Vargas ocurrida el 20 de abril de 2016 es atribuible a las entidades demandadas, especialmente, por una supuesta inadecuada atención y tratamiento cuando ingresó el 18 de abril de 2016 al servicio de urgencia de la Clínica los Rosales, manifestando como síntomas cefalea y vómito, indicativos de problemas neurológicos que posteriormente le causaron su fallecimiento.

6.3. Análisis Jurídico Probatorio.

Se ocupa esta magistratura en el examen del recurso de apelación interpuesto por la parte actora contra la sentencia dictada en primera instancia por el Juzgado Tercero Administrativo del Circuito de Pereira, sobre los puntos de inconformidad, para lo cual se hará un análisis de la atención brindada inicialmente por la Clínica Los Rosales, en la mañana del día 18 de abril de 2016, respecto de la cual se duele los recurrentes fue causante de la muerte Rosa Elisa Prado Vargas, según lo establece las guías para manejo de urgencias tomo III, que no fueron consideradas por la perito que rindió dictamen dentro del presente asunto:

Del contenido de la historia clínica de dicha institución y del informe pericial elaborado por la médica con experiencia forense y especialista en derecho médico Julieth Andrea López Arias, de los cuales se destacan los siguientes apartes:

La señora Rosa Elisa Prado Vargas, consultó el servicio de urgencias de la Clínica los Rosales S.A, el 18 de abril de 2016 a las 10:53:32, con el siguiente motivo de consulta «NEURO CEFALEA INTENSA MENOR A 6 HORAS DE EVOLUCIÓN», clasificada con triage prioridad II, según folio 195 y s.s. del archivo 47 del expediente digital de primera instancia. Posteriormente, siendo A las 10:53:54, la médica Lida Magnolia Orozco Vargas, llamada en garantía dentro de este asunto, le tomó los signos vitales a la paciente, reportando:

Hora Toma: 10:53:54

SIGNOS BÁSICOS					
Presion Arterial			Frecuencia Cardíaca (Pulsaciones/Minuto)		88
Sistólica (MmHg)	153	Diastólica (MmHg)	88	Media	109
Temperatura (Grados/Minuto)			37.00	Vía de Toma de la Temperatura	Axilar
Pulso (Pulsaciones/Minuto)			0	Estado de Conciencia	
Saturación de Oxígeno (%)			96		
MEDIDAS ANTROPOMETRICAS					
Peso (Kg)	65,00	Talla (Cm)	150,00	Indice de masa Corporal (I.M.C.)	
Perimetro Cefálico (Cm)		0,00	Perimetro Abdominal (Cm)	0,00	Perimetro Torácico (cm)
ESCALAS					
Escala de Dolor	0	Tipo Escala	ADULTO	Gleason	
Indicadores de Pronóstico					
Glasgow	15	Richmond Rass	0	Ramsay	0
Riesgo Cardiovascular (%)			0	Estadio Renal	
0					
OTRAS					
Presión Intracraneal (MmHg)	0	Presión de Perfusión Cerebral (MmHg)	0	Presion Intra Abdominal (MmHg)	
Tamaño Pupilar Ojo Derecho (mm)			0	Tamaño Pupilar Ojo Izquierdo (mm)	
0			0		
Glucometría (Mg/Dl)		50	Presión Venosa Central	0	Estado Hidratación
Hidratado					
Reacción a la Luz			Presión arterial Pulmonar		
Ojo Derecho	Si	No	Ojo Izquierdo	Si	No
Sistólica (MmHg)			0	Diastólica (MmHg)	0
Media			0		

NEUROLÓGICO: Normal

% SATURACIÓN O.2.: 96

Se consigna por la galena en la historia clínica a las 10:54:53, lo siguiente:

«MOTIVO DE CONSULTA
UN FUERTE DOLOR (sic) DE CABEZA
ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE PRESENTO CUADRO DE MALESTAR Y CEFALEA INTENSA
POSTERIOR A IMPRESION Y REOCUPACION (sic) QUE PRSENTO (sic), "FUE
UNA PREOCPACION (sic) QUE ME ALTERO MUCHO" POR LO TANTO DESDE
ENTONCES ESTA CON CEFALEA, PRESENTA EPSIODIS MULTIPLES DE
VOMITO DURANTE

LA OBSERVACION, NO DEFIICT NEUROLOICOS

PATOLOGIOCS: HTA
FARMACOLOGIOCS: LOSARTAN-HTA
QX: TIROIDECTOMIA

AMA DE CASA
ANTECEDENTES
PERSONALES

Personales

PATOLOGIOCS (sic): HTA

FARMACOLOGIOCS (sic): LOSARTAN-HTA
QX: TIROIDECTOMIA

AMA DE CASA

FAMILIARES

Familiares

-NO REFIERE

ALÉRGICOS

Alérgicos

-NO REFIERE

TÓXICOS

Tóxicos

-NO REFIERE

EVOLUCIÓN MÉDICO

PACIENTE PRESENTO CUADRO DE MALESTAR Y CEFALEA INTENSA
POSTERIOR A IMPRESION Y PREOCUPACION QUE PRSENTO (sic),
"FUE UNA PREOCPACION QUE (sic) ME ALTERO MUCHO" POR LO
TANTO DESDE ENTONCES ESTA CON CEFALEA, PRESENTA
EPSIODIS MULTIPLES DE VOMITO DURANTE.

LA OBSERVACION, NO DEFIICT NEUROLOICOS (sic)

PATOLOGIOCS (sic): HTA
FARMACOLOGIOCS (sic): LOSARTAN-HTA

QX: TIROIDECTOMIA

AMA DE CASA

**SE TOMA GLCOMETRA (sic) EM 120 MG, SE COLOCA ASNALGESIA
(sic) Y SE DA DOSIS DE ANTIHIPERTENSIVO CORRESPONDIENTES.**

A las 11:07:14 una nota de enfermería, en la cual se indica que a la señora Prado Vargas se le dispensaron los siguientes medicamentos «Losartan, salina x 500 ml, hidroclorotiazida, Dipirona, Lorazepam». A las 11:51:33 de la misma calenda, la médica general tratante Orozco Vargas, realiza la siguiente anotación en la historia clínica, «SE PASO MEDICACIÓN, SE DA EGRESO CON RECMENDACIONES, CONTINUAR MAEO ANTIHIPERTENSIVO, CONTROL

POR LA CONSURTA EXTERNA DE SU EPS, SIGNOS DE ALRMA Y RECOMENDACIONES A FMAILIA (sic)», es decir, le da de alta a la fallecida, y señala como diagnostico final «TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA»

Posteriormente a dicha atención, el Juez de primera instancia realiza el siguiente resumen respecto del deterioro de la salud y muerte de la señora Prado Vargas, el cual se transcribe:

«La señora PRADO VARGAS consultó a las 18:51 del mismo día el servicio de urgencias del HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS, motivo de la consulta: “LE DIO UNA CONVULSIÓN”. Luego de ser valorada por el Médico Jorge Obando García es diagnosticada con patología cardiovascular; profesional que aclaró su diagnóstico porque durante la evaluación, la paciente presentó “DETERIORO NEUROLOGICO... SE REALIZA SECUENCIA DE INTUBACIÓN RAPIDA. SE TOMA GLUCOMETRIA 165MG/DL, SE CANALIZA VENA PERIFERICA, SE TRASLADA COMO URGENCIA VITAL”, por lo que fue remitida a un hospital de tercer nivel.

A las 20:20:39, doña ROSA ELISA PRADO VARGAS reingresa a la CLÍNICA LOS ROSALES, en malas condiciones generales por deterioro neurológico, explicándosele dicha condición clínica a su familia, pues presentaba un “PRONÓSTICO NEUROLOGICO MALO RESERVADO”, siendo remitida de manera inmediata a la unidad de cuidados intensivos, emitiéndose ordenes de medicamentos, de imágenes diagnósticas, de laboratorio y valoración por Neurocirugía, entre otras

El Doctor José Luis Monroy, médico intensivista, valoró a la señora PRADO VARGAS el 19 de abril de 2016, a las 01:24:51, y en su análisis indicó: “SU CONDICIÓN CLÍNICA ES MUY CRITICA CON PRONOSTICO DE VIDA RESERVADO, FUNCIONAL MALO. SE LE EXPLICO A FAMILIARES”. Luego de practicársele un “TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE”¹¹, el médico radiólogo obtuvo los siguientes hallazgos “1. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA FISHER. 2 EDEMA CEREBRAR IMPORTANTE. 3 HEMATOMA SUBDURAL DERECHO”.

A las 10:41:21 del 19 de abril de 2016, el Doctor Iván Mauricio Herrera Mora (Neurocirujano), describe la condición de la paciente así: “PACIENTE EL MALAS CONDICIONES, ACTUALMENTE CON SOPORTE VENTILATORIO, NO SE ENCUENTRAN REFLEJOS DE TALLO AL EXAMEN CLÍNICO, HALLAZGOS EN RELACION A LESIÓN IRREVERCIBLE DE TALLO CEREBRAL, CON MAL PRONÓSTICO NEUROLÓGICO Y VITAL”.

El 20 de abril de 2016 a las 05:43:10, el Doctor José Leyner Estupiñán Lozano, registra en la historia clínica el deceso de la señora ROSA ELISA PRADO VARGAS.»

Ahora bien, en cuanto a la atención brindada por la médica general del servicio de urgencia de la Clínica Los Rosales Lida Magnolia Orozco Vargas, quien funge como llamada en garantía en el asunto bajo examen, aportó dictamen pericial rendido por la médica con experiencia en medicina legal y ciencias forenses, quien, con fundamento en la historia clínica, expuso:

«1. ¿Qué tipo de patologías pueden generar dolor de cabeza?

RESPUESTA:

La cefalea es el resultado de la inflamación o distorsión (tracción o compresión) de las estructuras encefálicas sensibles al dolor.

Y puede ser Primaria o secundaria.

Dentro de las cefaleas primarias se encuentran la migraña, la cefalea tensional, la cefalea en racimos entre otras y dentro de las secundarias están las neurológicas (trauma, trastorno vascular o alteración no vascular) y las sistémicas (por consumo de sustancias, metabólicas) entre otras.

2. ¿El dolor de cabeza es siempre indicativo de problemas cerebrales?

RESPUESTA

No. Conforme a la respuesta anterior, el dolor de cabeza puede tener diversas causas y No siempre es indicativo de problemas cerebrales. Ver Anexo 1. Cefalea 2001.

3. Acorde a la clasificación de una cefalea, y según lo manifestado clínicamente por la Sra. Rosa Elisa Prado Vargas, ¿qué tipo de cefalea presentaba la paciente en la consulta del servicio de urgencias en la mañana del día 18 de abril de 2016?

RESPUESTA

Según los síntomas de la paciente y los registros médicos, lo más probable clínicamente en la paciente era orientarse por una cefalea tensional o psicógena, ya que la paciente no manifestó síntomas neurológicos, no tuvo ninguna alteración durante la atención y manifestó haber tenido una situación que le generó preocupación, todo esto orienta al profesional de salud a algo tensional.

4. Según registro de historia clínica del día 18 de abril de 2016, en la consulta del servicio de urgencias, ¿la paciente Rosa Elisa Prado Vargas presentó síntomas de déficit neurológico?

RESPUESTA

Según la historia clínica la paciente No presentó síntomas de déficit neurológico tales como disartria (dificultad para articular sonidos), limitación y debilidad para movimiento de miembros superiores o inferiores, desviación de la comisura labial, alteración del estado de conciencia, entre otros.

5. La paciente refirió una "PREOCUPACIÓN QUE ME ALTERÓ MUCHO". ¿Esta situación puede generar un trastorno de ansiedad y correlativa cefalea tensional?

RESPUESTA

Las diferentes situaciones emocionales que afronta un ser humano pueden generar en nuestros organismos diferentes síntomas, en este caso, **la paciente manifestó haber sufrido una "preocupación que me alteró mucho" y de manera explícita dijo que había sido después de eso que presentó la cefalea, por ende, si habría relación con el factor de estrés o preocupación generado y la presencia de síntomas.**

Una persona con ansiedad u otra alteración emocional, si puede presentar cefaleas tensionales.

“La presencia de depresión, ansiedad y sobreuso de medicamentos son factores predictores de un pobre pronóstico” y se hace énfasis en que “los factores emocionales (depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo) se encuentran con alta frecuencia en los pacientes con Cefalea tensional”. Ver anexo 2. Cefalea tensional 2008.

6. Cuando la paciente ingresó al servicio de urgencias el día 18 de abril de 2016, la Dra. Lida Magnolia Orozco Vargas la atendió y le tomó algún examen, ¿teniendo en cuenta los síntomas que presentaba?

RESPUESTA

La paciente fue atendida por la Dra. Lida Magnolia Orozco Vargas en Triage en el servicio de urgencias, quien además la revaloró y, además de constatar el estado de sus signos vitales y estado físico, le indico toma de examen de glucometría, examen fundamental para descartar causas metabólicas de dolor de cabeza. Se realizó también evaluación de sus cifras tensionales, debido al antecedente de hipertensión de la paciente.

7. Qué cifras tensionales presentó la paciente durante la observación en el servicio de urgencias de la clínica Rosales el día 18 de abril de 2016? ¿Estas cifras indican una Urgencia Hipertensiva?

RESPUESTA

De acuerdo a la historia clínica, la paciente presentó una tensión arterial de 153/88 mmHg. Esta cifra tensional reportada indica que la presión está alta, por lo cual se procedió a ordenar y administrar la dosis del antihipertensivo que venía usando crónicamente la paciente.

(...)

9. ¿Durante el tiempo que permaneció la paciente en el servicio de urgencias, manifestó durante la observación algún signo o síntoma de déficit neurológico?

RESPUESTA

No, la paciente durante la observación clínica y antes de ser dada de alta, no manifestó ningún síntoma ni signo de déficit neurológico.

(...)

12. Es posible que después de haber salido de urgencias la paciente hubiese presentado una hemorragia cerebral? ¿Por qué?

RESPUESTA:

Si es posible. Porque este tipo de hemorragias por lo general son súbitas y siempre manifiestan signos neurológicos que no los tenía la paciente ni en el ingreso a urgencias, ni a la hora de salir de urgencias, así las cosas, es posible que la paciente haya presentado la hemorragia durante las 6 horas que estuvo fuera de la institución de salud.

(...)

14. Que es una hemorragia subaracnoidea, ¿cuáles son sus causas, y que signos notorios puede generar en un paciente? ¿estos fueron encontrados en la paciente Rosa Elisa Prado Vargas en la valoración en el servicio de urgencias el día 18 de abril de 2016, en horas de la mañana?

RESPUESTA

La Hemorragia subaracnoidea es una hemorragia cerebral que “puede ser consecuencia de la rotura de un aneurisma y suele complicarse por espasmo de los vasos cerebrales, nueva hemorragia e hidrocefalia”. Página 1679 de Medicina Interna de Harrison. Una hemorragia cerebral Si tienen signos focales notorios, tal como está descrito en Anexo 4. Principios de Medicina interna de Harrison Pagina 1718 "y los síndromes que tienen signos focales notables (accidente vascular cerebral, hemorragia cerebral). En muchos casos, el estado confusional y el coma son parte de un problema médico obvio, como la ingestión de fármacos o drogas, la hipoxia, un accidente vascular cerebral, un traumatismo o una insuficiencia de hígado o riñón. **Es decir, una hemorragia cerebral si genera signos focales neurológicos en un paciente, los cuales no fueron manifiestos en la paciente durante la atención de la Dra. Lida Magnolia Orozco en horas de la mañana del día 18 de abril de 2016.**

15. De acuerdo a lo analizado de este caso, considera que la atención de la Dra. Lida Magnolia Orozco Vargas, en horas de la mañana del día 18 de abril de 2016, ¿fue adecuada?

RESPUESTA

La atención en horas de la mañana si fue adecuada, toda vez que la paciente manifestó dolor de cabeza, preocupación y vómito, y con las indicaciones médicas de la Dra. Dra. Magnolia Orozco estos síntomas no se volvieron a manifestar, y precisamente, no manifestó ningún otro síntoma, signo neurológico o alteración en su conciencia, y había una evidente preocupación familiar, lo indicado era el alta. Además, conforme a las condiciones de la paciente en dicho momento, acorde a tiempo, modo y lugar, no requería realizar otros exámenes de urgencia”

En la audiencia de contradicción del dictamen pericial realizada el 5 de noviembre de 2021 ante el juzgado de instancia quedó documentado lo siguiente (subrayados y negrilla de la sala):

La profesional en la salud llamada en garantía y la apoderada judicial de la Clínica los Rosales S.A., formularon los siguientes interrogantes:

«-Conforme a la atención que se le brindó el día 18 de abril de 2016 a la señora ROSA ELISA PRADO VARGAS, en horas de la mañana, que fue la brinda por la doctora Lida Magnolia Orozco Vargas y según la historia clínica. ¿Nos puede indicar que tipo de cefalea sufrió la paciente?

Acorde al registro de la historia clínica la paciente le manifestó a la médica que tenía ese dolor de cabeza intenso, esa cefalea intensa y que tenía ese malestar, y también, manifestó, que tenía una preocupación, una preocupación grande que le generó una gran alteración y **que presento esa cefalea y que también presento unos episodios de vómito y posteriormente registra que durante la observación no hay un déficit neurológico.**

Con base en ello, ¿cuál fue el tipo de cefalea al que llevo a la paciente a esa consulta?

Acorde como respondí anteriormente, **cuando una paciente expresa que tiene alguna situación de estrés, en este caso una preocupación como ella lo manifestó, que la alteraba mucho, se cataloga esa impresión diagnóstica como una cefalea tensional.**

-En esa historia clínica aparecen los signos vitales que fueron tomados por la doctora Lida Magnolia, nos puede explicar cuál fue el resultado de los signos vitales que le fueron tomados a la paciente en esa oportunidad?

Si, los signos vitales de la paciente, recuerdo que, si bien había una elevación de la tensión arterial, tanto sistólica como la diastólica, no es una elevación que sugiera una crisis o una urgencia hipertensiva, teniendo en cuenta que la frecuencia cardiaca y respiratoria estaban dentro del límite normal y, llama mucho la atención que afortunadamente no presentaba ningún déficit neurológico lo cual se encasilla en una cifra que nosotros determinamos medicamente como Glasgow de 15 sobre 15.

-Doctora nos puede explicar, ¿qué es Glasgow de 15 sobre 15?

Si, cuando un paciente ingresa con algún síntoma relacionado con su sistema nervioso central y su sistema nervioso periférico, es mandatorio tener en cuenta la escala de Glasgow, **porque se mira la respuesta verbal, la respuesta motora, la respuesta ocular; si la paciente me responde al llamado, no tiene ninguna alteración en sus cuatro extremidades, no tiene alterada su fuerza muscular, cuando tiene una apertura ocular espontánea, aun con o sin dolor, cuando me habla coherentemente, cuando se le entiende lo que está hablando... se dice que esta normal que no tiene ninguna alteración o déficit neurológico y por eso se le da esa puntuación. Si esta sobre 15 está bien y a medida que va disminuyendo es nivel de sobre 15, ahí se va notando un mayor deterioro neurológico, como reitero en esta paciente se concluyó que estuvo normal.**

-Doctora indique por favor, si a acuerdo a lo registrado en la consulta y a esos signos vitales que fueron registrados, si la paciente para esa consulta presento algún síntoma que hiciera sospechar de un posible evento hemorrágico cerebral.

No, no acorde a los síntomas, los signos vitales que presentó la paciente, en cuanto a lo que manifestó y a los exámenes físico y clínico que le realizó la médica, no daba indicación, ni sospecha de que algo estuviera pasando neurológico, o complicado o grave en la misma, en ese momento de la atención.

(...)

Teniendo en cuenta la atención brindada a la paciente en la mañana del 18 de abril de 2016; usted ya mencionó que la paciente tenía un Glasgow de 15/15, o sea que no tenía déficit neurológico. Considera que la conducta medica tomada en la mañana del 18 ¿fue adecuada teniendo en cuenta que la señora no presentaba déficit neurológico?

Si, considero que la conducta acorde a los síntomas presentado y lo que se hizo el servicio de urgencias, era el deber ser en ese momento de la atención.»

Y la vocera judicial de la parte actora, planteó como preguntas:

«...-Sírvase indicarle al despacho que si la hipertensión arterial genera dolor de cabeza.

En algunas ocasiones si y en algunas ocasiones no.

Teniendo en cuenta eso, nos puede explicar ¿cuál es la diferencia entre crisis hipertensiva y urgencia hipertensiva?

Cuando la atención arterial está muy elevada, puede generar la cifra tensional muy alta mayor de 200-100, ahí ya depende de lo que uno tome en el tensiómetro, pero muchas veces se queda en cifra alta o muy alta; por ejemplo que la presión arterial sea 220 y la tensión arterial sistólica sea 100 - 110, pero, cuando ya hay una afectación del órgano blanco, cuando se observa una retinopatía diabética, cuando ya hay una falla renal aguda, cuando ya hay un infarto agudo fulminante, allí cuando ya hay una afectación de un órgano blanco o un órgano diana, es que se considera que no es sólo una urgencia, sino que ya está afectando a la paciente. Entonces digamos que ambas son delicadas, ambas son urgentes, pero dependiendo de la afectación del órgano, pues así mismo se va a considerar si es una emergencia o no de la paciente.

-Doctora de acuerdo a la guía medica establecida por el Ministerio de Salud, a una persona que ingresa con esa presión arterial y tiene antecedentes de presión arterial, cuantas tomas debe realizarse?

Depende de los síntomas que tenga la paciente, si la paciente me dice que ya se encuentra bien, a la paciente se le dan los medicamentos y no presenta ningún déficit neurológico y ninguna alteración, inclusive a veces no se le toma la presión para salir de servicio de urgencias, según como se manifieste el paciente, es lo mismo como cuando uno toma un examen, yo no le tomo siempre un examen cuando ingresa y cuando sale, porque también depende de lo que encuentre en el mismo, entonces uno también puede mandarlo al control, a su cita de paciente crónico para que siga regulándose su presión, todo depende el contexto, modo y lugar en que la paciente ingresa al servicio.

-Teniendo en cuenta esa respuesta, Sírvase decir, esa manifestación y vomito que se establece en la historia clínica que fueron repetitivas al momento de la observación, ¿puede considerarse un factor determinante para un evento neurológico?

Un factor determinante para un evento neurológico, también depende, una sola migraña, puede generar múltiples vómitos en su solo día, y es una sola migraña, pero también una meningitis podría causar vómito, entonces **allí depende mucho de la evolución de la paciente, sé que sueno muy reiterativa pero es lo que pasa en la vida diaria y es a lo que nos enfrentamos en el servicio de urgencias y también me coloco en el lugar de cualquier médico en el servicio de urgencias y uno busca la practicidad e integralidad en cada atención, entonces si la paciente está evolucionando, si la paciente no presentaba una cifra tensional extremadamente alta y más con lo que ella manifestó lo de su alta preocupación emocional, podría inclusive estar mucho más alta esa presión arterial, entonces una emesis o un motivo como lo manifiesta, puede ser o no determinante en un problema neurológico**, porque vuelvo y reitero hay cefaleas en racimo, que es la cefalea que por regular da en pacientes con sinusitis crónica o que tienen hipertrofia de cornetes y esa cefalea en racimos da un dolor de cabeza tan intenso que lo hace llorar, que le hace generar un poco de síntomas y no precisamente es que tenga un problema en la glándula lagrimal. **En este caso, puede ser una paciente que poder tener una migraña, vomita, se marear, inclusive alguna se desmaya, puede presentar lipotimia y no es que sea determinante ese vómito para que fuera algo neurológico o grave.**

-Anterior a la fecha de atención realizada por la señora Lida, que fue la médica que atendió el ingreso a urgencias en esa fecha a doña ROSA, sírvase señalar si las parálisis faciales, anteriormente sufridas por la paciente, debían ser valoradas como un antecedente para la misma

Las parálisis faciales tienen dos principales causas, entre muchas, puede ser neurologías o puede ser a nivel de los nervios de la cara, que tienen tres ramas a nivel facial. Determinar con detalle en este momento cuál de las dos posibles

causales fuera, sería desacertado en el sentido de que no lo coloque dentro de mi dictamen. Sin embargo, para extender un poquito tu pregunta, las parálisis faciales se deben tener en cuenta como cualquier otro antecedente en la paciente, sin embargo, **acá en Colombia es importante tener en cuenta que no existe la interoperabilidad de historia clínica, aquí no existe la posibilidad de yo ver la historia clínica de las personas que se encuentran en esta mesa... a no ser que haya sido por el mismo médico tratante. ... si bien el medico no tiene acceso a esa información, la paciente o su familiar lo debe informar, porque nosotros partimos de la buena fe y del testimonio de la paciente.**

-Entonces una paciente con dolor de cabeza, vómito y las cifras arteriales por usted señaladas, ¿qué tipo de tratamiento debe recibir?

El tratamiento que debe recibir es un medicamento antihipertensivo para disminuir su presión arterial y vigilar que esa normalidad en su sistema nervioso central o periférico persista o si se complica o presenta alguna alteración en sus signos neurológicos, inmediatamente tomar otras medidas. Evidentemente, esta paciente debe estar en sus controles de paciente crónico y manejar todo su riesgo cardiovascular y todo lo que las diferentes EPS e IPS deben de mantener de manera continua, **pero en su momento esa paciente debió haber recibido analgesia, porque también manifestó un dolor, si el dolor de cabeza y el medicamento antihipertensivo para mejor esa elevación que no era tan urgente o emergente en ella.**

Al concatenar lo expuesto con las guías para el manejo de urgencias tomo III elaboradas por el Ministerio de Salud en el año 2009, frente a las cuales indican los apelantes fueron desconocidas en el informe pericial, al adoptar sus razonamientos y conclusiones con fundamento en artículos académicos del año 2001 y 2008, es decir con fechas anteriores a las guías, y de lo cual no se pronunció el Juez de primer grado, pese haberse referido en los alegatos de primera instancia y reiterado en el recurso de apelación; resulta pertinente indicar que las guías de atención constituyen dentro del proceso judicial, disposiciones o normas de carácter técnico que pueden ser aplicadas por el juzgador mediante el acceso electrónico cuya consulta corresponde a la de una norma jurídica de alcance nacional, sin que sea exigible su aportación dentro del plenario, ni aun su invocación en materia de responsabilidad extracontractual del Estado, en cuanto el principio *iura novit curia* permite al juez aplicar el efecto jurídico que corresponda a la *causa petendi* planteada en la demanda.

Ciertamente, en las guías para manejo de urgencias 3ª edición, tomo III del grupo atención de emergencias y desastres del año 2009, en la décima parte denominado alteraciones neurológicas por cefalea, se desarrolló:

«El interrogatorio –rico en datos semiológicos con respecto al inicio, duración y características de la cefalea–, el examen físico detallado incluyendo el fondo de ojo y el conocimiento de la clasificación internacional de las cefaleas son los requerimientos básicos para poder orientar el diagnóstico y el tratamiento de esta frecuente causa de consulta.

Clasificación.

Hace más de dos décadas se publicó la clasificación internacional de las cefaleas por la Sociedad Internacional de Cefalea. Esta clasificación, muy útil en el manejo ambulatorio, pero también en el de emergencias, ha permitido dividir esta

enfermedad en dos grandes grupos, cada uno con sus diferentes entidades. La clasificación no solo es importante para fines epidemiológicos o semiológicos, sino para el estudio y el tratamiento de los enfermos (tabla 1).

Tabla 1. Clasificación internacional de las cefaleas

Cefaleas Primarias	Cefaleas Secundarias
1. Migraña <ul style="list-style-type: none">• Con aura• Sin aura• Síndromes periódicos de la niñez• Migraña retinal• Migraña complicada• Migraña probable	1. Cefalea asociada al trauma
2. Cefalea tensional	2. A desórdenes vasculares
3. <i>Cluster</i> y otras cefalalgias autonómicas trigeminales <ul style="list-style-type: none">• Cefalea en racimos (<i>cluster</i>)	3. A desórdenes no vasculares
• Cefalea hemicránea paroxística	4. A abuso o abstinencia de sustancias
• SUNCT	5. A infecciones sistémicas
• Probable cefalalgia trigeminal autonómica	6. A desórdenes metabólicos
4. Cefalea en puñalada o en punzón de hielo	7. A dolores dentofaciales
5. Cefalea con la tos	8. Neuralgias craneales
6. Cefalea desencadenada con el ejercicio	
7. Cefalea asociada a la actividad sexual	
8. Cefalea hipóica	
9. Cefalea en estallido (<i>thunderclap</i>)	
10. Cefalea hemicránea continua	
11. Cefalea diaria persistente de novo.	

Tomado de Olesen J, Bousser MG, Diener HC, et al. *The international classification of headache disorders. Cephalalgia* 2004; 24: 1-150.

La mayoría de los pacientes que acuden a urgencias con cefalea sufren un episodio de exacerbación aguda de un problema crónico, **especialmente migraña o cefalea tensional**. Tan solo el 4% tienen cefalea secundaria que amerita estudios imagenológicos y tratamientos diferentes a los analgésicos comúnmente prescritos.

Aunque este argumento es epidemiológicamente claro, es mucho menos fácil distinguir en el campo una cefalea primaria de una secundaria. **Por lo tanto, el interrogatorio es fundamental para descartar las llamadas “banderas rojas” en dolor de cabeza.**

Interrogatorio del paciente con cefalea.

Ya que se ha insistido en la necesidad de hacer historia clínica completa, los siguientes son puntos que el médico de urgencias no puede obviar durante la anamnesis:

1. Evolución temporal de los síntomas: velocidad de instauración del dolor: en general, las cefaleas primarias benignas tienen instauración más lenta que las secundarias. Los pacientes con cefaleas crónicas tipo migraña claramente pueden equiparar la similitud de los síntomas y la velocidad de instauración del dolor con episodios previos.

2. Presentación usual de los síntomas: cuando se trata de pacientes con cefaleas crónicas o recurrentes, la mayoría de las veces se puede definir claramente un patrón de presentación de los síntomas, ya sea porque se identifica un factor desencadenante, hay un pródromo repetitivo, el período del año o del ciclo menstrual es siempre el mismo o la evolución del dolor es similar. **Verificar en la historia de ingreso estos signos es clave para determinar si se está en presencia de un patrón mantenido o cambiante de cefalea.** En el último caso, como se verá mas adelante, la cefalea debe ser estudiada con imágenes.

3. Frecuencia y duración de la cefalea: ante eventos repetitivos es importante conocer la periodicidad del dolor. Si la cefalea que antes era ocasional cada vez se hace más frecuente o si la duración es mayor con el paso del tiempo, los estudios imagenológicos se vuelven imperativo.

4. Síntomas autonómicos acompañantes que puedan hacer pensar en cefalea tipo cluster u otras autonómicas trigeminales, tales como

- Rinorrea.
- Congestión nasal.
- Lagrimeo.
- Edema o inyección conjuntival o palpebral.

5. Características del dolor

- Pulsátil.
- En punzón de hielo.
- Retroocular.
- Gravídica occipital.
- Opresiva.

6. Localización, pues las cefaleas migrañosas tienden a ser unilaterales, mientras las tensionales se ubican predominantemente en región occipital y cervical.

7. Severidad: la severidad de la cefalea, como la de cualquier otro dolor, se mide con la escala análoga visual (VAS), fundamental para describir lo más objetivamente una línea de base que guiará el manejo farmacológico. Cuando un paciente, con cefalea crónica o no, refiere que la actual es la más severa que jamás haya sentido y que la severidad no es similar a las anteriores, es necesaria la toma de imágenes, pues puede tratarse de una cefalea secundaria.

8. **Comorbilidades: los pacientes con factores de riesgo cardiovascular**, antecedentes de trauma, infecciones, cáncer o inmunosupresión son pacientes con una mayor posibilidad de tener cefaleas secundarias. Nuevamente en estos casos las imágenes son fundamentales para descartar eventuales calamidades intracraneales.

9. Factores que alivian o empeoran la cefalea, especialmente en lo referente a los analgésicos.

Una vez realizada la anamnesis, el examen físico general y neurológico debe ser lo más detallado posible incluyendo, además de signos vitales y examen otorrinolaringológico completo, examen neurológico exhaustivo que incluya fondo de ojo.

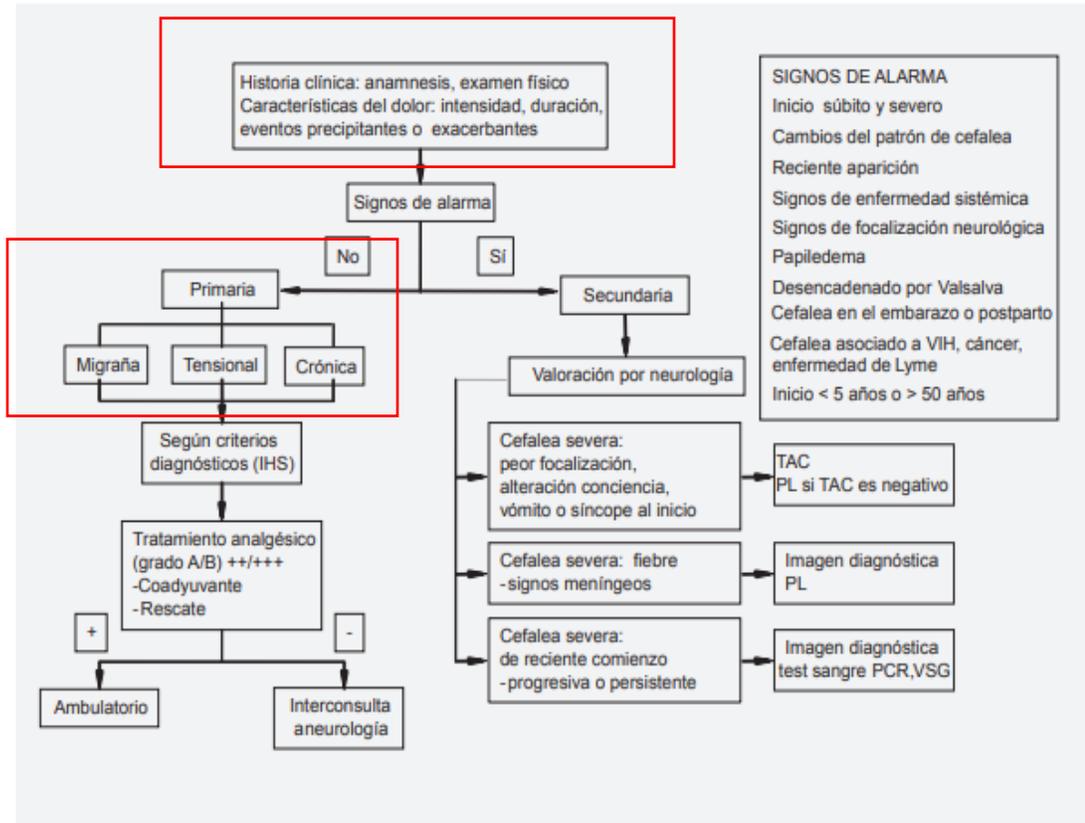
(...)

Tratamiento de la cefalea en urgencias

El principio básico para el tratamiento de la cefalea es el diagnóstico. Lamentablemente es frecuente ver un manejo estereotipado del dolor en urgencias como si la fisiopatología de las diferentes variantes de cefalea fuera igual.

Antes de iniciar un medicamento el médico debe haber diagnosticado el tipo de cefalea que está manejando y adaptar en consecuencia la terapéutica. Los siguientes algoritmos sirven para orientar el manejo de acuerdo con las guías que se siguen en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá.

ALGORITMO SOBRE MANEJO DE CEFALEA



Como se ha mencionado, el punto de divergencia principal entre la parte apelante y lo consignado en la sentencia de primera instancia tiene que ver con la fuerza probatoria que se le atribuya el dictamen pericial, por el *a quo*, puesto que no se tuvieron en cuenta los argumentos de la falta de estudio de las guías para el manejo de urgencias tomo III elaboradas por el Ministerio de Salud en el año 2009, en el dictamen pericial.

En lo que atañe a la apreciación de la prueba pericial es de hacer alusión a importante análisis que al respecto efectuó la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, el 18 de diciembre de 2022, de la cual se extracta (negrilla no original):

«4.2.1. Existen serias diferencias entre el derecho y la ciencia. Las condiciones particulares de aquél no solo hacen que las reglas adjetivas limiten la búsqueda de la verdad en el tiempo y de los hechos en el juicio, sino que una vez establecida la tornan definitiva². Planteado un conflicto en la jurisdicción y requerido el apoyo del conocimiento experto, el proceso debe procurar la intangibilidad de los

² Magistrado Ponente: LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA. SC5186-2020. Radicación: 47001-31-03-004-2016-00204-01

principios y métodos del área científica, técnica o artística respectiva, vigentes para la época.»

Más adelante en el mismo pronunciamiento se indica:

«La armonía entre la realidad jurídica procesal y la realidad práctica no puede ser una ilusión; menos en materias que demandan bases racionales sólidas y representan el motivo por el cual la justicia pide auxilio en cuestiones que escapan a su cognición. El conocimiento y la comunidad experta; y el trabajo representativo de los más altos estándares investigativos, reflejado en el caso, cuando se requiere para el discernimiento de un tema de su competencia, debe hallar en los juicios total respaldo.

De esa manera, externamente, la jurisdicción del Estado responderá de forma apropiada al progreso de la ciencia. Internamente, garantizará a las partes que la solución de sus hipótesis será analizada con la mayor objetividad que el conocimiento experto puede brindar. Este es un propósito frente al cual el juez ha tenido y tendrá siempre una labor preponderante; no para suplantar la labor del versado, sino para verificar si sus explicaciones están justificadas, o dicho en otras palabras, si son fiables.»

En cuanto a la especialización de quien elabora el dictamen, se continúa con la referencia al mismo pronunciamiento al que se ha venido aludiendo:

«4.3. La fiabilidad del conocimiento experto, llevado al proceso a través de los medios de ciencia (dictámenes, testimonios técnicos e informes, entre otros), ha sido objeto de una preocupación en el ordenamiento jurídico interno y en el derecho comparado. Más allá de las credenciales del perito, la búsqueda de dicha condición se ha centrado en cómo el juez puede evaluar racionalmente la calidad de la experticia. Examina, ante todo, **la consistencia, claridad y solidez dada por la validez del método o técnica subyacente**, la utilización en los hechos del caso y la **ilación lógica entre los fundamentos y la conclusión resultante.**»

Conforme lo anterior, las premisas, los fundamentos y las conclusiones deben tener un hilo conductor, a partir de las cuales, la construcción de las últimas, sean de tal claridad que la verificación en el análisis judicial pueda ser clara. Se continúa con la referencia:

«4.3.1. Sobre el particular "el sistema estadounidense se ha convertido en un referente obligatorio dado su amplio tratamiento jurisprudencial y doctrinal en el tema"4. Especialmente, en el área del derecho civil y en lo relativo a las pruebas periciales presentadas por las partes.

“4.6.2. En tiempo reciente, esta Sala de Casación perfiló el análisis del dictamen pericial destacando su razón de ser como "un estudio de ciencia". Retomó el deber del experto de fundar su opinión en la evaluación completa de los hechos; **la conexión lógica entre la investigación y la conclusión**; e hizo explícito de la fundamentación, el elemento que constituye su principal soporte, el método y la técnica aceptados por la generalidad de la comunidad científica.

Lo dicho **no implica que lo expresado por los peritos en el proceso escape a la evaluación del juez**. Tampoco que éste, en su discreta autonomía, renuncie al entendimiento racional del conocimiento experto, desestimándolo, sobrevalorándolo, o inventándolo, sin motivo alguno. Su labor, por la naturaleza técnica del medio, debe ser objetiva, de aprehensión completa y detallada de la

experticia. El ejercicio inferencial del juzgador que le permite dejar probado el enunciado contenido en la demanda o en su contradicción, debe estar soportado en la fiabilidad de la prueba. En su fundamentación o justificación. La Corte, como se anticipó, ha postulado, sin desconocer la autonomía del juzgador para definir esa condición, la obligación de seguir criterios racionales a fin de examinar la calidad del conocimiento experto, incluyendo las credenciales del perito.

4.7.3. Así quedó consagrado, por ejemplo, para la prueba pericial, en el artículo 232 del Código General del Proceso. La disposición estatuye que el "juez apreciará el dictamen de acuerdo con las reglas de la sana crítica, teniendo en cuenta la **solidez, claridad exhaustividad, precisión y calidad de sus fundamentos**". Además, la idoneidad del perito. A la libre valoración de la prueba reconocida al juzgador, como se observa, se introducen criterios racionales en torno a la fundamentación del dictamen.

“ ...

“Establecer **si el fundamento de la prueba por expertos es sólido, claro, exhaustivo, preciso y de calidad, es preponderante**. Supone el estudio del método y la técnica aplicados, la forma en que se empleó, y su relación con las conclusiones. En especial, dentro de los límites cognocitivos, **que sea comprensible para el juez. Esto se extrae de la lectura del precepto 226 del Estatuto Adjetivo, hoy vigente.**»

Más adelante en la providencia, entrando en el detalle de cada atributo de este medio de prueba, señala:

«4.8. Para el ordenamiento patrio la fiabilidad de la prueba por expertos, en cuestiones de esta naturaleza, **está sometida a la evaluación racional por el juzgador desde la sana crítica**. Implica, como mínimo, desde la perspectiva del legislador colombiano y de la doctrina de esta Sala, atrás trasuntadas, coherente de alguna manera con la doctrina internacional, satisfacer algunos criterios básicos, para efectos de su incorporación y valoración probatoria, por cuanto "(...) todo dictamen debe ser claro, preciso, exhaustivo y detallado" (Art. 226 del C. G. del P.), a saber:

(i) **Validez o aceptabilidad** suficiente del método o técnica utilizada por el perito. El perito debe indicar y explicar el método o técnica subyacente aplicado en el dictamen, el cual, por tratarse de prueba científica tendiente a "(...) verificar hechos que interesen al proceso y requieran especiales conocimientos científicos, técnicos o artístico (art. 226 del C. G. del P., inciso primero) debe ser un método generalmente aceptado por la comunidad especializada en el campo respectivo, al no tratarse de un examen especulativo o alquimista, ni de charlatanes. De tal modo que explique, interprete o describa de una mejor manera (probabilidad) el hecho, fenómeno, teoría o el actuar suyo, como par o experto en el tema objeto de estudio. Ese método o técnica, se debe dar a conocer de manera clara y pormenorizada por el experto, precisando que, es la técnica aceptada y vigente para el momento de ocurrencia de los sucesos investigados. Justamente el "método" es un elemento central previsto en el inciso quinto del art. 226 del C. G. del P., al punto que la disposición obliga al experto a declarar en el numeral 8 "(...) si los exámenes, métodos experimentos e investigaciones efectuados son diferentes de los que ha utilizado en peritajes rendidos en anteriores procesos que versen sobre las mismas materias".

(ii) **Aplicación, Adecuación y coherencia** del método con todos los hechos objeto de dictamen en el proceso. En el estudio efectuado por el experto conlleva verificar que el método o técnica aceptado se haya aplicado en forma estricta a todos los hechos y evidencias obrantes en el proceso relevantes, puesto que debe "(...) explicar los (...) exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuadas" (art. 226 del C. G. del P.). Un estudio que carezca de

todos los elementos de juicio necesarios es incompleto. Incide negativamente en la objetividad de las conclusiones.

(iii) **Consistencia interna o relación de causa-efecto**, entre los fundamentos y la conclusión del peritaje. La evaluación racional de la prueba por expertos, en línea de principio, no puede recaer en las conclusiones al tratarse de la prueba pericial o técnica resultado de su estudio. Se trata de juicios realizados en el ámbito de especial conocimiento del perito. El juez cuanto debe verificar es, **la ilación lógica y su consistencia entre los fundamentos y la conclusión resultante**. Si la aplicación del método a los hechos investigados sigue lógicamente las inferencias del experto y no son contraevidentes. Según el art. 226 comentado no solamente el perito debe indicar los "exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuadas" al caso, sino que además debe ser "claro, preciso, exhaustivo y detallado" con relación a los "(...) fundamentos técnicos, científicos o artísticos de sus conclusiones", **exponiendo la denominada consistencia interna de la relación causa - efecto**.

(iv) **Calificación e idoneidad del experto**: El estudio de ciencia solamente puede hacerlo un experto. Se deben corroborar sus credenciales; la preparación académica en la materia analizada, la experiencia adquirida en el campo, o en una combinación de ambas. También se debe tener en cuenta la experiencia forense acreditada por el perito en el ejercicio de su labor en otros litigios en donde se haya discutido la cuestión indagada. En este punto es sumamente prolijo el C. G. del P. demandando rigor el texto 226, como ninguna otra disposición; debe "(...) **acompañarse de los documentos que le sirven de fundamento** y de los que acrediten la idoneidad y la experiencia del perito (...)", compatible en un todo con el numeral 3 al exigir que debe acreditar "La profesión, oficio, arte o actividad ejercida por quien rinde el dictamen y de quien participó en su elaboración. Deberán anexarse los documentos idóneos que lo habilitan para su ejercicio, los títulos académicos y los documentos que certifiquen la respectiva experiencia profesional, técnica o artística". (NFT)

“....

“Los numerales 4, 5, 6, y 7 aumentan la exigencia de un alto nivel de competencia, de versación y de idoneidad al demandarle indicar lista de publicaciones científicas relacionadas con la materia de la pericia en los últimos diez años, los casos en los que haya participado con el objeto del dictamen, etc.»

Igualmente enfatiza la Corte que, frente a este tipo de pruebas, y el rol del funcionario judicial no puede ser de mero espectador, de la siguiente manera:

«4.8.3. Frente a la ciencia, el juez no es "peritus peritorum". Su rol es guardián del conocimiento experto. Abandona su estatus de simple espectador o de omnisciente. **Evalúa a través de criterios racionales** la correspondencia verosímil entre el conocimiento vertido en el litigio por el perito y lo establecido por la comunidad especializada a la cual éste pertenece.

“...

4.9.2. No se trata de que el juez deba ser ignorante sobre el tema juzgado. No. Ataño a la exigencia de observar sagradamente el respeto del elemental derecho de contradicción. A la aplicación rigurosa de las normas de la prueba. Y a la posibilidad de abordar el conocimiento del experto **con racionalidad**.

“...

“4.16.3. Contrastado lo que precede, surge de bulto que el dictamen pericial y los conceptos dados por la doctora Yolanda Sánchez, no son fiables. Carecen de fundamentación. De ahí que no superan los criterios racionales de aceptabilidad suficiente, adecuación consistencia interna.

“...

Además, respecto de ambas conclusiones, se echa de menos el criterio de "calificación por experto". Nótese, se cuestiona el actuar de **especialistas** en

oftalmología por parte de médicos generales, carentes de dicho conocimiento especializado sobre la materia más allá de lo estudiado en el p^énsum pregradual de su carrera.»

En lo tocante a la eficacia probatoria del dictamen pericial en casos en los cuales se discutan responsabilidad de la administración por la prestación del servicio de salud, la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado³, ha considerado:

«(...) En ese sentido, se advierte que el artículo 233 del Código de Procedimiento Civil dispone que “La peritación es procedente para verificar los hechos que interesen al proceso y requieran especiales conocimientos científicos, técnicos, o artísticos [...]”.

A su turno, el numeral 6º del artículo 237 *ibídem*⁴ señala que, para efectos de otorgársele valor probatorio a la prueba pericial, el dictamen debe ser claro, preciso y detallado.

Además, el artículo 238 *ejusdem* manifiesta que “Para la contradicción de la pericia se procederá así: 1. Del dictamen se correrá traslado a las partes por tres días, durante los cuales podrán pedir que se complemente o aclare, u objetarlo por error grave [...]”

Finalmente, el artículo 241⁵ del Código de Procedimiento Civil establece que el juez deberá analizar la conducencia de la prueba pericial en relación con el hecho que se pretende probar; la competencia del perito, esto es, que sea un experto en la materia técnica analizada; que no haya motivos para dudar de su imparcialidad; que no se acredite objeción por error grave; que esté debidamente fundamentado con conclusiones claras y precisas; que se haya permitido su contradicción y que otras pruebas no lo desvirtúen.

En armonía con lo anterior, según lo ha reiterado esta Subsección⁶, la prueba pericial se erige legalmente como un medio de convicción cuyo fin es proporcionar al juez, a través de un experto, un concepto calificado sobre temas que requieran especiales conocimientos artísticos, técnicos o científicos en aspectos conducentes, pertinentes y útiles en aras de la resolución de una disputa. A su vez, ha considerado como uno de los requisitos para la valoración del dictamen pericial por el juez en el marco de la sana y razonada crítica, que esté debidamente fundamentado y sus conclusiones sean claras, firmes y consecuencia de las razones expuestas⁷.

Del mismo modo, en proveído del 1 de febrero de 2016, se resaltó que, a fin de verificar la eficacia probatoria del dictamen pericial, resulta apenas evidente que:

³ CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, SUBSECCIÓN C, consejero ponente: NICOLÁS YEPES CORRALES, sentencia del veintiséis (26) de julio de dos mil veintiuno (2021), dentro del proceso con radicación número: 05001-23-31-000-2006-00405-01(49906)

⁴ Artículo 237. En la práctica de la peritación se procederá así: [...]6. El dictamen debe ser claro, preciso y detallado; en él se explicarán los exámenes, experimentos e investigaciones efectuados, lo mismo que los fundamentos técnicos, científicos o artísticos y sus conclusiones”.

⁵ “Artículo 241. Apreciación del dictamen. Al apreciar el dictamen se tendrá en cuenta la firmeza, precisión y calidad de sus fundamentos, la competencia de los peritos y los demás elementos probatorios que obren en el proceso. Si se hubiere practicado un segundo dictamen, éste no sustituirá al primero, pero se estimará en conjunto con él, excepto cuando prospere objeción por error grave.”

⁶ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 31 de julio de 2020, Exp. 51833.

⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 2 de marzo de 2010, Exp. 37269.

“[...] i) que quien lo elabore sea competente y tenga conocimiento de la ciencia, arte o técnica objeto de la prueba, pues sólo ello supone la posibilidad de aplicar el saber cualificado que demanda el proceso judicial, ii) que no haya prosperado una objeción por error grave en el dictamen elaborado, iii) que cuente con la suficiente y debida justificación teórica o técnica sobre los conocimientos aplicados al caso en concreto de modo que las conclusiones a las que arribe sean claras, razonables, comprensibles y se deriven de los razonamientos externos e internos demostrados en el proceso, iv) que el dictamen no suponga, de ninguna manera, la exposición o aplicación de criterios jurídicos, por cuanto se invade la esfera de competencia de la autoridad judicial, v) **que el dictamen no incurra en juicios hipotéticos o especulativos para justificar sus conclusiones**, vi) que se haya garantizado la posibilidad de contradicción a la contraparte y, en caso de formularse en debida forma solicitudes de aclaración o error grave, éstas hayan sido atendidas conforme al trámite procesal de rigor.”

Descendiendo del caso concreto, sea lo primero por resaltar que una vez revisado los interrogantes planteados por la parte demandante a la perito, en la diligencia de práctica de pruebas de primera instancia, la Sala no advierte que alguno de ellos aluda a la falta de análisis de las guías para el manejo de urgencias (acápites de alteraciones neurológicas – cefalea), puesto que la única pregunta que se le formula en cuanto al estudio de las guías, refiere a cuantas tomas de la presión arterial debe practicarse a una persona, que tiene antecedentes hipertensivos y con unos valores de presión sistólica 153 y diastólica de 88 como la fallecida; lo cual no se relaciona con el aspecto recurrido, específicamente al afirmar en el recurso de apelación que «no es de recibo la decisión adoptada en primera instancia, por la falta de valoración de los argumentos presentados en los alegatos en contra de las explicaciones otorgadas por la perito, quien desconocía las guías para el manejo de urgencias, respecto de las cuales se le realizó las preguntas, de conformidad a los temas planteados por la misma en su peritaje»

Adicional, advierte la Sala que, ante las respuestas de la perito en el presente asunto, la parte actora no solicitó la aclaración, complementación, o incluso objeción de este, teniendo las oportunidades legales para hacerlo.

Si bien del informe pericial se extrae que la profesional en la salud, consultó como referencias bibliográficas, artículos médicos sobre la cefalea de los años 2001 y 2008, como aparece descrito en los anexos de la experticia, ello no se traduce en una ausencia del estudio de las guías para el manejo de urgencias de alteraciones neurológicas por la presencia de las cefaleas, y que entonces sus dichos adolezcan de veracidad; pues en primer medida no se determinó con precisión en la audiencia de práctica de pruebas que efectivamente estas no fueron adoptadas para elaborar el dictamen, y en segundo instancia examinado el contenido de las guías mencionadas por los demandantes, el Tribunal encuentra que en la valoración que efectúa la perito se asegura en constatar conforme a lo registrado en la historia clínica, que la médica general de la clínica accionada cumpliera con una anamnesis completa de la paciente al momento de ingresar a la atención de urgencia en horas de la mañana del día 18 de abril de 2016, de la manera como está indicado en la guía, de la cual se itera el respectivo aparte «El interrogatorio –rico en datos semiológicos con respecto al inicio, duración y características de la

cefalea—, el examen físico detallado incluyendo el fondo de ojo y el conocimiento de la clasificación internacional de las cefaleas son los requerimientos básicos para poder orientar el diagnóstico»

En tal sentido, en las respuestas a los interrogantes 3, 4, y 6 de la experticia, la galena responde en su orden: «según los síntomas de la paciente y los registros médicos, lo más probable clínicamente en la paciente era orientarse por una cefalea tensional o psicógena, ya que la paciente no manifestó síntomas neurológicos, no tuvo ninguna alteración durante la atención y manifestó haber tenido una situación que le generó preocupación, todo esto orienta al profesional de salud a algo tensional.», «según la historia clínica la paciente No presentó síntomas de déficit neurológico tales como disartria (dificultad para articular sonidos), limitación y debilidad para movimiento de miembros superiores o inferiores, desviación de la comisura labial, alteración del estado de conciencia, entre otros.» y «La paciente fue atendida por la Dra. Lida Magnolia Orozco Vargas en Triage en el servicio de urgencias, quien además la revaloró y, además de constatar el estado de sus signos vitales y estado físico, le indicó toma de examen de glucometría, examen fundamental para descartar causas metabólicas de dolor de cabeza. Se realizó también evaluación de sus cifras tensionales, debido al antecedente de hipertensión de la paciente.»

Asimismo, en diligencia de contradicción del dictamen la doctora López Arias, explicó que de acuerdo con la impresión diagnóstica de la paciente la clase de cefalea que presentaba era tensional, definición que está acorde con el contenido de las guías, que indican «Hace más de dos décadas se publicó la clasificación internacional de las cefaleas por la Sociedad Internacional de Cefalea. Esta clasificación, muy útil en el manejo ambulatorio, pero también en el de emergencias, ha permitido dividir esta enfermedad en dos grandes grupos, cada uno con sus diferentes entidades...», catalogando como cefalea primaria aquella tensional o por racimo, la cual es la más común que acuden los pacientes, caracterizada por un episodio de exacerbación aguda, pues tan solo el 4% tienen cefalea secundaria que amerita estudios imagenológicos y tratamientos diferentes a los analgésicos comúnmente prescritos.

Ello se refuerza con la historia clínica de la señora Prado Vargas, de la cual se observa que cuando la víctima acude al servicio de urgencia por cuadro de cefalea intensa y vomito posterior a una impresión y preocupación que presentó que la alteró, es ingresada con un Triage II para ser revisada por la médica general Lida Magnolia Orozco Vargas, quien describió como signos vitales una **presión arterial sistólica 153, diastólica 88**, temperatura 37,00, saturación de oxígeno 96, hidratada, con **Glasgow 15, estado neurológico normal, como antecedentes patológicos hipertensa, cirugía tiroidectomía**, farmacológicos losartan y **se toma glucometría en 120 MG**, posteriormente se le dispensan los medicamentos formulados (losartan , salina x 500 ml , hidroclorotiazida , dipirona y lorazepam), es revisada nuevamente por la médica general siendo estabilizada, se le da egreso, recomendaciones de continuar con el antihipertensivo, control por

consulta externa de su EPS, atender a los signos de alarma y recomendaciones a la familia.

Respecto a la escala de Glasgow, la experta declaró que la referida escala (en el caso de la paciente fue de 15), se mira la respuesta verbal, la respuesta motora, la respuesta ocular; si la paciente responde al llamado, no tiene ninguna alteración en sus cuatro extremidades, no tiene alterada su fuerza muscular, cuando tiene una apertura ocular espontánea, aun con o sin dolor, cuando me habla coherentemente, cuando se le entiende lo que está hablando, es dable afirmar que esta normal que no tiene ninguna alteración o déficit neurológico y por eso se le da esa puntuación, que si esta sobre 15 está bien y a medida que va disminuyendo es nivel, ahí se va notando un mayor deterioro neurológico, que en la fallecida se concluyó que estuvo normal.

Enfatizando que la paciente no presentó síntomas de déficit neurológico tales como disartria (dificultad para articular sonidos), limitación y debilidad para movimiento de miembros superiores o inferiores, desviación de la comisura labial, alteración del estado de conciencia. Agrega que Se realizó también evaluación de sus cifras tensionales, debido al antecedente de hipertensión de la paciente, valores que, si bien presentaban una elevación, tanto sistólica como la diastólica, no era una elevación que sugiera una crisis o una urgencia hipertensiva, teniendo en cuenta que la frecuencia cardiaca y respiratoria estaban dentro del límite normal.

Y que se le toma examen de glucometría, examen fundamental para descartar causas metabólicas de dolor de cabeza, el cual se reporta dentro de los rangos normales, y que además de una cirugía de las tiroides, desde el aspecto patológico crónico o cardiovascular o metabólica, solo refirió la hipertensión, ningún otro tipo de antecedente relevante para tener en cuenta en esa atención.

En resumen, la señora Rosa Elisa Prado Vargas, al acudir en la mañana del 18 de abril de 2016 a la atención de urgencias de la clínica Los Rosales, presentaba los signos vitales dentro de los parámetros normales, se le brindó la atención haciéndole el respectivo triage y respondiendo adecuadamente al manejo analgésico y antihipertensivo, razón por la cual se le dio de alta con signos de alarma para consultar nuevamente por urgencias, pues durante su permanecía no presentó déficit neurológico y ninguna alteración que hiciera sospechar problemas neurológicos, pues la cefalea y vomito fueron controlados, y fueron controlados en el servicio.

Así las cosas, contrario a lo redactado en el recurso de apelación, referente a que la paciente no fue debidamente interrogada, no se describió el tipo de cefalea y la existencia de banderas rojas, ni el tipo de vomito, como tampoco sus comorbilidades, la Sala evidencia que la atención inicial proporcionada a la familiar fallecida de los actores si contó con la descripción integral de dichos aspectos, con una anamnesis completa de su estado de salud, conforme a los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud para esta clase de evento, que por demás

debió estar acompañado de otros síntomas como peor focalización, alteración de la consciencia y síncope, con el fin de que fuera catalogada en una cefalea secundaria, para que luego resultará indicativo la práctica de las imágenes diagnósticas, fundamentales para descartar eventuales calamidades intracraneales, en el modo que lo señala el gráfico de algoritmo sobre manejo de cefalea ya referido, en tanto las alteraciones neurológicas pueden aparecer de manera súbita como lo precisó la perito, siendo el caso de la señora Prado Vargas.

En consecuencia, no le asiste razón a los demandantes al sostener que no existe correlación entre la historia clínica y las guías establecidas por la autoridad de salud, o que los síntomas y antecedentes que mostraba la paciente no fueron tomados en consideración por la llamada en garantía para darle atención y tratamiento adecuado, ya que en ese primer momento del ingreso, ella no presentó déficit neurológico que ameritara una actuación distinta a la que fue adoptada por la galena, máxime que los episodios de cefalea y vómito fueron controlados cuando se le da de alta, ciertamente en el plenario no obra elemento de convicción alguno que permita inferir que a la paciente debían practicársele tratamientos distintos o prescribirle otro tipo de medicamentos diferentes a los que le fueron suministrados por la institución médica, por cuanto los apelantes no especifican o determinan que tipo de tratamiento o servicio merecía que fuera brindado en este momento a la paciente, de lo cual se debe recordar que en materia de responsabilidad médica no resulta jurídicamente posible elaborar presunciones o supuestos que, a no dudarlo, son extraños y ajenos a la labor del operador judicial.

Cabe resaltar que, fuera del argumento contra el dictamen pericial, la parte actora no allegó elemento de prueba que permita acreditar las supuestas fallas médico asistenciales referidas en la demanda y en el recurso de apelación, si bien mencionó la existencia de las guías médicas de manejo de urgencias haciendo alusión en apartes de alteraciones neurológicas, no probó que en efecto se hubieran desconocido en la atención inicial y que ello fuera la causa de la muerte de la señora Rosa Elisa Prado Vargas, por consiguiente es pertinente invocar lo consagrado en el artículo 167 del C.G.P., al señalar que le incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen, en consecuencia, la imputación del daño que alegan requiere de prueba, cuya omisión por los actores, a quien corresponde *tan onus*, impide establecer la existencia de uno de los elementos estructurales de la responsabilidad, sin la cual, en los términos del artículo 90 de la Constitución Política, no es posible su declaración.

Así las cosas, habiéndose examinado el plenario en su conjunto, se observa que en el expediente no fueron adosado elementos de convicción que permitan acreditar que el fallecimiento de la señora Rosa Elisa se produjo, según lo dicho en la demanda, con ocasión de la inadecuada prestación del servicio médico asistencial por parte de la Clínica Los Rosales S.A., razón por la cual se confirmará la sentencia de primera instancia.

7. Costas en segunda instancia.

No se condenará en costas a la parte vencida, de conformidad con las previsiones contenidas en el artículo 365 del Código General del Proceso, aplicable por remisión a las normas procedimentales civiles, contenida en el artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, por cuanto no se encuentran acreditadas las mismas, acorde con la posición que ha asumido el Consejo de Estado que, luego de señalar el criterio objetivo- valorativo para la imposición de costas (Consejo de Estado, Sección Segunda, Subsección A, sentencia del 7 de abril de 2016, radicación número: 13001-23-33-000-2013-00022-01(1291-14 Actor: José Francisco Guerrero Bardi), en la que se indicó que: «...en esta oportunidad la Subsección A varía aquella posición y acoge el criterio objetivo para la imposición de costas (incluidas las agencias en derecho) al concluir que no se debe evaluar la conducta de las partes (temeridad o mala fe). Se deben valorar aspectos objetivos respecto de la causación de las costas, tal como lo prevé el Código General del Proceso, con el fin de darle plena aplicación a su artículo 365», ha proferido sin número de sentencias⁸ sin condena en costas, al considerar que no se encuentra demostrada su causación.

Pues bien, teniendo en cuenta que la Ley 1564 de 2012 (Código General del Proceso), dispone en el numeral octavo del artículo 365, entre otras que: «Solo habrá lugar a costas cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación»; una vez revisado el expediente, se advierte que no existen elementos de prueba que demuestren o justifiquen las erogaciones por concepto de costas en esta instancia, así como tampoco se observa ningún tipo de conducta que amerite la condena por ese concepto, razonamientos estos que son trasunto de los que las diferentes secciones de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado han señalado en punto a costas, donde la regla general ha sido la no condena por tal concepto. En consecuencia, al no existir fundamento para su imposición la Sala concluye que no es procedente la condena en costas.

Por lo anterior, el Tribunal de lo Contencioso Administrativo de Risaralda, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

FALLA

1. CONFIRMA la sentencia apelada.

⁸ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, providencia del 17 de octubre de 2018. Radicación: 66001-23-31-003-2012-00140-01, Medio de Control: Nulidad y Restablecimiento del Derecho. Demandante: Héctor Alexander Zamora Perea. Demandado: Municipio de Pereira; providencia del 19 de abril de 2018, Radicación: 66001-23-33-000-2013-0334-01, Medio de Control: Nulidad y Restablecimiento del Derecho. Demandante: Luz Nelly Meza Ocampo. Demandado: Departamento de Risaralda; providencia del 26 de abril de 2018. Radicación: 66001-23-33-000-2013-00203-01. Medio de Control: Nulidad y Restablecimiento del Derecho. Demandante: Esmeralda García Carvajal. Demandado: Departamento de Risaralda; providencia del 21 de junio de 2018. Radicación: 66001-23-33-000-2013-00427-01. Medio de Control: Nulidad y Restablecimiento del Derecho. Demandante: Ligia Stella López Restrepo. Demandado: Departamento de Risaralda, entre otras.

2. Sin costas en esta instancia.

3. Ejecutoriada esta providencia, **devuélvase** el expediente al Juzgado de origen.

4. Se reconoce personería para actuar al abogado **Luis Guillermo Aguirre Molina**, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.047.390.082 y portador de la tarjeta profesional número 189086 del C.S. de la J., en representación de la llamada en garantía Lida Magnolia Orozco Vargas, de acuerdo con poder especial visible en el archivo 9 del expediente digital de esta instancia, por ende, se entiende terminado el mandato otorgado a la abogada Rosario Inés Puerta Bula.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Los Magistrados,

LEONARDO RODRÍGUEZ ARANGO

DUFAY CARVAJAL CASTAÑEDA

JUAN CARLOS HINCAPIÉ MEJÍA
(ausente en comisión de permiso)

«Este documento fue firmado electrónicamente. Usted puede consultar la sentencia oficial con el número de radicación en <http://samairj.consejodeestado.gov.co>»