



**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE RISARALDA
SALA TERCERA DE DECISIÓN**

MAGISTRADO PONENTE: ANDRÉS MEDINA PINEDA

Aprobado por la Sala en sesión de hoy

Pereira, 18 de abril de 2024

Reparación Directa	
Asunto:	Sentencia de Segunda Instancia
Radicación:	66001-33-33-007-2018-00278-01 (A-0580-2022)
Demandante:	Martha Lucía Henao Nieto y otros
Demandados:	ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira y ESE Salud Pereira
Llamadas en garantía:	Allianz Seguros S.A. y La Previsora S.A.
Procedencia:	Juzgado Séptimo Administrativo del Circuito de Pereira

➤ **Tema:** *Falla médica / Meningitis / Cefalea con banderas rojas / Error en diagnóstico / Punción lumbar / Niega pretensiones / No logró probar la relación entre el nexo causal y el daño / Confirma*

1. EL ASUNTO A DECIDIR

Decide la Sala el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante; contra la sentencia proferida por el Juzgado Séptimo Administrativo del Circuito de Pereira el 31 de marzo de 2022, **que negó las pretensiones de la demanda.**

2. EL RESUMEN DE LA CRÓNICA PROCESAL

PRIMERA INSTANCIA

Actuación	Archivo Plataforma SAMAI	Fechas o asuntos
Presentación demanda	Archivos N° 001 y 002	04/10/2018
Se admite la demanda	Archivo N° 005	30/10/2018
Notificación personal por buzón electrónico	Archivo N° 009	16/11/2018
Inadmite llamamientos en garantía	Archivo N° 016	23/04/2019
Subsana llamamiento	Archivo N° 019	27/04/2019
Admite y rechaza llamamientos	Archivo N° 021	21/06/2019
Auto fija fecha de audiencia inicial	Archivo N° 030	04/12/2019
Celebración de audiencia inicial	Archivo N° 033	11/02/2020
Auto fija fecha audiencia de pruebas	Archivo N° 038	02/09/2020
Celebración audiencia de pruebas	Archivo N° 024 cuaderno de pruebas	01/12/2020
Auto reprograma continuación	Archivo N° 040	13/01/2021

audiencia de pruebas		
Celebración continuación audiencia de pruebas	Archivo N° 042 cuaderno de pruebas	01/06/2021
Sentencia de primera instancia	Archivo N° 73	31/03/2022
Notificación Sentencia vía electrónica	Archivo N° 74	07/04/2022
Recurso de apelación demandante	Archivo N° 76	18/04/2022
Auto concede recurso de apelación	Archivo N° 78	20/05/2022

SEGUNDA INSTANCIA

Actuación procesal	Archivo	Fechas o asuntos
Acta de Reparto apelación sentencia	Archivo N° 001	07/06/2022
Ingresó a Despacho del Magistrado Ponente	Archivo N° 003	07/06/2022
Auto admite recurso de apelación	Archivo N° 004	10/06/2022
A Despacho para Sentencia	Archivo N° 007	26/08/2022

3. ANTECEDENTES

Los señores [1] Hellen Dahiana Ríos Vargas (hija); [2] Katherine Ríos Vargas (hija), quien actúan a través de su madre, la señora [3] Aracelly Vargas Londoño; [4] Martha Lucía Henao Nieto (madre); [4] Michael Andrés Ríos Vargas (hijo); [5] Duván Alberto Ríos Vargas (hijo); [6] María Evangelina Ríos Henao (hermana); [7] Gloria Inés León Quintero (hermana de crianza), [8] Jesús Antonio Ríos Henao (hermano) y [9] Daniela Marín Ríos (sobrina), actuando en nombre propio y en representación de su hijo [10] Matías Ortiz Marín (hijo de la sobrina), en ejercicio del medio de control de reparación directa, demandaron en procura que se declare responsables a la **I**) ESE Hospital ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira y **II**) ESE Salud Pereira por los daños y perjuicios generados, con ocasión de las presuntas fallas en el servicio médico relacionadas con la muerte del señor Carlos Alberto Ríos Henao:

1. Pretensiones.

1.1. Que se declare a las demandadas, solidaria y administrativamente responsable del fallecimiento del señor Carlos Alberto Ríos Henao, dentro del marco de circunstancias que da cuenta de la presente demanda.

1.2. Como consecuencia de lo anterior, que se hagan las siguientes o similares condenas:

1.2.1. Perjuicio material

Perjuicio que se reclama a favor de su hija menor HELLEN DAYANA RÍOS VARGAS, de \$62.244.486.

1.2.2. Perjuicio Moral.

Demandante	Parentesco	SMLMV
Martha Lucía Henao Nieto	Madre	100
Hellen Dahiana Ríos Vargas	Hija	100
Katerine Ríos Vargas	Hija	100
Michael Andrés Ríos Vargas	Hijo	100
Duván Alberto Ríos Vargas	Hijo	100
María Evangelina Ríos Henao	Hermana	50
Jesús Antonio Ríos Henao	Hermano	50
Gloria Inés León Quintero	Hermana de crianza	50
Daniela Marín Ríos	Sobrina	50
Matías Ortiz Marín	Hijo de la sobrina	50

1.3. Se debe a cada uno de los demandantes, o a quien sus derechos representaren al momento del fallo, los intereses que se causen a partir de la fecha de ejecutoria de la sentencia, de conformidad con el Artículo 192 de la Ley 1437 de 2011.

1.4. Que se condene en costas a las demandadas.

2. Hechos:

Pueden resumirse así:

2.1. El 15 de marzo de 2017, el señor Carlos Alberto Ríos Henao ingresó a consulta en la ESE Salud Pereira al presentar dolor de cabeza, náuseas, mareo, fiebre y dolor en el cuerpo de tres días de evolución. Al examen físico se destaca orofaringe congestiva y eritematosa con rinorrea escasa y escurrimiento posterior verde, la conducta a seguir fue diclofenaco intramuscular, acetaminofén, loratadina y ranitidina ante un diagnóstico de sinusitis aguda no especificada.

2.2 El día 17 de marzo de 2017, vuelve el paciente a ingresar a consulta manifestando tener mucho dolor de cabeza y además alteración motora, que no podía caminar bien. Ese día refiere cefalea de cinco días, inicialmente fue frontal tipo pulsátil, náuseas, vértigo, tinnitus que fue manejada ambulatoriamente con TMS (trimetropin sulfa) y loratadina más acetaminofén.

El análisis médico se basó en un cuadro respiratorio superior, tipo sinusitis, dolor lumbar con signos radiculares que no había cuadro de déficit neurológico, **ni cefalea de banderas rojas** y la conducta a seguir fue de diclofenaco, ranitidina intravenosa, RX lumbar de senos paranasales y revaloración con resultados. Ante la mejoría del medicamento suministrado, otro médico formula acetaminofén y omeprazol ordenando su salida y control con reporte.

2.3 Ante la falta de mejoría con el tratamiento suministrado, **el paciente vuelve a consultar el día 21 de marzo de 2017**, refiriendo mucho dolor de cabeza, hay

dolor al palpar rodilla derecha y el diagnóstico fue de artritis, la conducta empleada fue de solución salina, hidrocortisona intravenosa, dipirona intramuscular, tramadol intramuscular, salida y se solicita cuadro hemático y parcial de orina.

2.4 El día 23 de marzo de 2017, vuelve a consultar por cefalea, en dicha ocasión ya hablaba incoherencias y presentaba un comportamiento alterado, refiere el médico que el hemograma era normal y el uroanálisis contaminado.

Además, presentaba fiebre, tendencia a la postración, **se solicitó descartar neuro infección**, se ordena dejar en observación y cubrimiento precoz con ceftriaxona dada su tórpida evolución **y se emite diagnóstico de meningitis no especificada**, no se suministra el medicamento sino pasadas 8 horas de ordenado debido a que no contaban con el mismo. Seguidamente se procedió con su aislamiento por sospecha de meningoencefalitis bacteriana o viral. Se ordena profilaxis a todo el personal de salud en contacto con el paciente y debido al diagnóstico de neuro infección fue trasladado como urgencia vital al Hospital Universitario San Jorge de Pereira, **esto es, a la 1:00p.m., del mismo 23 de marzo de 2017.**

2.5 El paciente ingresa a la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira a las 4:20 p.m., y al examen médico inicial la galena manifiesta no evidenciar signo meníngeo, ni cerebeloso, con lenguaje fluido, sin Kerning Brudzinky, Babinsky, ni rigidez nuchal y orientado en tiempo persona y espacio, **con Glasgow 15/15**, no obstante, al estar febril, con cefalea frontal y síntomas irritativos urinarios, **se ordena TAC de cráneo simple**, valoración por neurología y medicina interna, se solicitan paraclínicos de extensión – urocultivo y aislamiento mientras deciden los exámenes de extensión.

2.6 El día 24 de marzo de 2017, se lleva a cabo la valoración por neurología en interconsulta, el especialista describe el cuadro clínico del paciente, concluyendo que es una persona con cuadro de cefalea, picos febriles en el momento de la valoración sin signos meníngeos ni déficit focal, y al momento de valorar la placa del TAC de cráneo simple expone que a su juicio hay borramiento de surcos cerebrales por lo que ordena resonancia cerebral simple y contrastada, además continuar con manejo de infección de vías urinarias **y expone que no debe aplazarse punción lumbar hasta que no se definan las lesiones intracraneales.**

2.7 A las 3:45 p.m., del 24 de marzo de 2017, comienza el paciente a ponerse crítico, en malas condiciones, **Glasgow 9/15**, por lo que el médico solicita concepto de cuidado crítico para proceder a la realización de la punción lumbar y traslado a la unidad de cuidados intermedios, y en caso de no hacerse, indica iniciar

cuanto antes Ceftriaxona, Vancomicina, pues para ese momento no había disponibilidad de camas en cuidado crítico o intermedio, y ante la sospecha de meningitis bacteriana se pospone la punción lumbar, se inicia trámite de remisión a UCI externa y se indica mal pronóstico del paciente.

2.8 A las 5:46 de la tarde del 24 de marzo de 2017, se hace el ingreso del paciente a la UCI, en regulares condiciones de salud, con Dx1 Meningitis, Dx2 Sinusitis maxilar izquierda, Dx3 Signos de mastoiditis izquierda, se continua con plan por neurología, pendiente RNM (resonancia magnética). Reporte de cultivos.

2.9 El 25 de marzo de 2017 se habla de paciente febril, asociado a síntomas neurológicos por cefalea, desorientación y fluctuación del estado de conciencia, con sospecha inicial de neuro infección, que el reporte del TAC de cráneo no era concluyente que había evidencia de sinusitis y mastoiditis, que soportaba diagnóstico de neuro infección. Finalmente se habla de meningitis de origen bacteriano, se insiste en la resonancia magnética nuclear y que el neurólogo había diferido la punción lumbar de un pronóstico reservado del paciente.

2.10 El día 26 de marzo de 2017, se realiza intubación orotraqueal, le realizan RX de tórax portátil que reporta infiltrados intersticiales parahiliares bilaterales, le hacen terapia respiratoria, presentó mayor deterioro a nivel neurológico, sigue pendiente la resonancia, se la pasa catéter central subclavio derecho, más tarde en ronda UCI se describe paciente con evolución tórpida, con mayor deterioro neurológico, se solicitan TAC de cráneo de control urgente y se determina un plan de manejo a partir de ese momento, el reporte de TAC muestra una discreta hidrocefalia y que si existe diagnóstico de meningitis TBC como probabilidad diagnostica dentro del DX diferencial y considerar meningitis bacteriana por foco mastoideo izquierdo infeccioso.

2.11 El día 27 de marzo de 2017 se hace comparativo entre los TAC, resaltando en el último la hidrocefalia importante, malas condiciones en el paciente, con rigidez nuchal terminal, con midriasis parálitica izquierda con papiledema, Babinski izquierdo, con síntomas claros de un proceso infeccioso del sistema nervioso central y por examen físico se contraindica la punción lumbar, dada la condición del paciente se sugirió iniciar dexametasona, posibilidad de TBC de presentación aguda, se inicia soporte nutricional y se habla de alto riesgo de fallecimiento pronóstico neurológico ominoso. Se indica que es un cuadro sugestivo de neuroinfección, de acuerdo con neurología clínica, se ordena iniciar manejo para tuberculosis meníngea, precisando que la patología no es de manejo quirúrgico.

2.12 Se realiza un nuevo TAC de cráneo simple, en donde se observa disminución de la profundidad de los surcos corticales y pérdida de la diferenciación entre sustancia gris y sustancia blanca como signo de edema cerebral e hidrocefalia comunicante.

2.13 El día 28 de marzo de 2017, se señala en la historia clínica sugestiva de meningitis por TB, con signos clínicos de lesión neurológica irreversible, se suspende orden de resonancia y se le comunica al personal UCI. A las 2:29 p.m. se anota paciente con meningitis de origen desconocido, posiblemente bacteriana vs tuberculosa, con hidrocefalia obstructiva con evolución inadecuada, con reflejos de tallos, se solicita test de apnea que es positiva para muerte cerebral. Se le informa a la familia el diagnóstico de meningitis tuberculosa y a las 03:35p.m., se declara la muerte del paciente.

3. Intervención de las entidades demandadas.

3.1 ESE Salud Pereira¹, se pronuncia frente a cada uno de los hechos y se opone a la prosperidad de las pretensiones. Explica que la patología inicial con la cual ingresó el señor Carlos Alberto Henao Ríos debía ser evaluada bajo una correcta evolución médica y **no por ello se debe derivar una remisión inmediata a la alta complejidad** donde los síntomas presentados eran indicativos de un cuadro viral, sin que se evidenciara compromisos clínicos, siendo ambulatorio su manejo.

En la segunda consulta, al paciente se le valoró encontrándolo hemodinámicamente estable, mostrando un buen estado general, sistema neurológico sin déficit, no obstante, al realizar maniobra Lasegué mostró signo positivo para una posible lumbalgia con hernia discal aunado a los signos o puntos de Valleix que igualmente arrojaron positivo, indicio clínico que permitía inferir un posible trastorno del disco lumbar con radiculopatía, lo cual fue tratado conforme a las guías de manejo.

Señala que, una vez hospitalizado el paciente en el primer nivel de atención, presenta mejoría y es dado de alta, **sin que nunca se evidenciara desmejora en su sistema neurológico ni se evidenciara signo de Kernig ni mucho menos reflejo de Brudzinski.**

Posteriormente, el paciente consulta aduciendo cefalea, hallando en el examen clínico rigidez nuchal, comportamiento alterado y hablaba incoherencias, por lo que se deja en evolución descartando una neuroinfección. Explica que el paciente llega

¹ Archivo N° 010 del expediente digital.

a urgencias a las 00:31 a.m., del 23 de marzo de 2017, sin evidenciarse un claro déficit neurológico, no obstante, se decide descartar la neuroinfección y según su evolución, remisión a un nivel superior de atención, suministrando el tratamiento antibiótico hasta su llegada al HUSJP, **quienes no continuaron con la impresión diagnóstica, por cuanto los especialistas en primera medida y por hallazgos clínicos no consideraron pertinentes.**

De conformidad con lo señalado, resalta el cumplimiento del protocolo frente a actividades que se deben realizar ante los síntomas presentados por el señor Carlos Alberto Ríos Henao, lo cual se hizo de manera eficaz y oportuna. Sin que pueda hablarse que la atención se basó exclusivamente en la cefalea, pues el paciente había indicado un cuadro viral y era por aquel indicio en que se debía hallar la patología y no desde un punto de vista post mortem frente a cada una de las atenciones suministradas.

Afirma que la medicina es una profesión con implicaciones humanísticas que le son inherentes, siendo temerarias las acusaciones de irregularidades en el proceder médico de los galenos quienes brindaron todos sus conocimientos científicos de acuerdo al cuadro clínico presentado, precisando que la actividad médica es de medio y no de resultado, explicando que existe la falla cuando, dentro de la realidad, dentro de lo concreto, se puede imputar a unos responsables del saber médico, la negligencia en sus diferentes intervenciones, no aplicaron o dejaron de aplicar técnicas que son comúnmente aceptadas en el medio científico.

Finalmente, propone las excepciones que denominó “inexistencia de responsabilidad de acuerdo con la Ley”, “inexistencia de culpa grave o dolo”, “inexistencia de vínculo causal entre la conducta de los profesionales de la empresa social del estado salud Pereira y el daño sufrido por el señor Ríos Henao”, “La obligación del médico es de medio y no de resultados”, “acto médico ajustado a los protocolos de la ciencia médica”.

Por último, llama en garantía a La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

3.2. ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira², se opuso a las declaraciones y condenas solicitadas en la demanda, **por considerar que en ningún momento se desconocieron los síntomas, signos e impresión diagnóstica de remisión del primer nivel**, por el contrario, fue precisamente al no encontrarse esa misma sintomatología a la valoración de ingreso a la ESE HUSJP, que se procedió a solicitar los exámenes de extensión que permitieran

² Archivo N° 012 del expediente digital

aclarar el diagnóstico del paciente, el cual, al momento de su valoración no era claro, es así como además de los exámenes de laboratorio, se solicitó un TAC de cráneo simple y valoración por neurocirugía clínica y medicina interna. **Precisa que el 24 de marzo de 2017 el paciente continuaba sin signos meníngeos.**

Por otra parte, afirmó que, según se desprende de la historia clínica, **el TAC de cráneo simple fue practicado el día 23 de marzo de 2017 y leído por especialista en radiología de imágenes diagnósticas el 24 de marzo de 2017 a las 11:28 horas.** Ello quiere decir que, en la atención de neurología no se contaba con la lectura del radiólogo, pero sí con la imagen, la cual fue interpretada por el especialista, quien consideró que se evidenciaban borramientos de surcos cerebrales, por lo que solicitó una resonancia magnética para aclarar las lesiones intracraneales; por lo que no es cierto que la TAC descartara la contraindicación de la punción lumbar, pues las imágenes no eran claras **y de cursar el paciente con un edema cerebral o lesiones intracraneales se produciría una herniación cerebral en el procedimiento.**

En ese orden de ideas, era prudente la realización de la resonancia previa a la punción lumbar, máxime que en ese momento el paciente se encontraba estable, sin signos meníngeos claros.

Resalta que el paciente fue valorado por la especialidad de neurología clínica en varias oportunidades, y si bien se ordenó consulta por medicina interna, ello no variaba el manejo clínico del paciente.

Explica que, la ESE HUSJP no realiza exámenes imagenológicos, por lo tanto, **la resonancia magnética ordenada estaba supeditada a la programación que de la misma se hiciera la entidad encargada de practicarla;** no obstante, ante la mala evolución del paciente, conforme se desprende de la historia clínica, ya la misma no era de utilidad, motivo por el cual se suspendió la práctica de esta.

Refiere que el tratamiento a la meningitis se brindó en menos de 24 horas de su llegada al hospital, siendo el adecuado y apropiado en dosis y periodicidad, ante la evolución tórpida pese al tratamiento instaurado, se ordenaron exámenes que permitieron ajustar la dosis de medicamento y adicionar otros.

Propone la excepción que denominó: “inexistencia de nexo causal entre el acto médico y el daño”, y formula llamamiento en garantía frente a Mapfre Compañía de

Seguros y frente a Allianz Seguros.

Mediante auto del 21 de junio de 2019, la Juez de primera instancia, admitió los llamamientos en garantía formulados frente a La Previsora S.A. y Allianz Seguros S.A., rechazando el propuesto frente a Mapfre Seguros Generales.

4. Intervención de las llamadas en garantía.

4.1. Allianz Seguros S.A., en escrito de contestación que obra en documento “024Contestacion Allianz.pdf”, señala que al señor Carlos Alberto Ríos Henao se le brindaron las atenciones médicas que requería de acuerdo con el compromiso que presentaba, **sin que exista evidencia científica, cierta o probatoria que permita inferir que el compromiso que aduce derivó de un mal diagnóstico o pudiera tener origen en mala práctica médica, máxime si la obligación es de medios.** Por lo que se opone a la prosperidad de todas las pretensiones, por cuanto los mismos carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad.

Formula como excepciones las que denomina “inexistencia de responsabilidad y/o de obligación indemnizatoria a cargo de clínica Nuestra Señora De Fátima”, “tratamiento adecuado, diligente, cuidadoso, carente de culpa y realizado conforme a los protocolos”, “inexistente relación de causalidad entre el daño o perjuicio alegado por la parte actora y la actuación de la institución médica demandada”, “inexistencia de los elementos propios de la responsabilidad y de la relación de causalidad entre los actos de la Clínica Nuestra señora de Fátima y los supuestos perjuicios alegados por los actores”, “acto médico se cumplió conforme a la *lex artis* y la discrecionalidad científica”, “el régimen de responsabilidad civil médica se rige por la culpa probada de acuerdo al art. 167 del C.G.P.- Inexistencia de obligación de responder por ausencia de culpa”, “exoneración por cumplimiento de la obligación de medio brindada por los profesionales de la salud”, “carencia de prueba del supuesto perjuicio” y “enriquecimiento sin causa”.

En cuanto al llamamiento en garantía propone las excepciones de “eventual cobertura por cuenta de la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales N° 022222063/o expedida por Allianz Seguros S.A.”, “No se realizó el riesgo asegurado mediante las pólizas de responsabilidad profesional clínicas y hospitales N° 022222063/o y No. 022040279/o expedidas por Allianz Seguros”, “la obligación de Allianz Seguros S.A. Se circunscribe al porcentaje de su participación teniendo en cuenta existencia de coaseguro e inexistencia de solidaridad entre las coaseguradoras en lo referido a la póliza 022040279/o, dentro de la póliza de responsabilidad profesional clínicas y Hospitales No. 022040279/o expedida por Allianz Seguros S.A. se pactó una modalidad de

cobertura denominada doctrinalmente como *claims made* o por reclamación, lo cual implica la inexistencia de cobertura para este caso”, “límites máximos de responsabilidad, condiciones del seguro y disponibilidad del valor asegurado en las pólizas de responsabilidad profesional clínicas y hospitales N° 022222063/0 y N° 022040279/0 expedidas por Allianz Seguros S.A.”, “inexistencia de cobertura para perjuicios por lucro cesante por cuenta en las pólizas N° 022222063/0 y N° 022040279/0 expedidas por Allianz Seguros S.A.”, “las pólizas de responsabilidad profesional clínicas y hospitales N° 022222063/0 y N° 022040279/0 expedidas por Allianz Seguros S.A., no se pactó la cobertura para perjuicios inmateriales diferentes a los morales”, “las pólizas de responsabilidad profesional clínicas y hospitales N° 022222063/0 y N° 022040279/0 expedidas por Allianz Seguros S.A existe un deducible que se encuentra a cargo del asegurado”.

4.2. La Previsora S.A., presentó contestación que obra en documento “026ContestacionPrevisora”, en donde se opone a todas y cada una de las pretensiones, declaraciones y condenas solicitadas, teniendo en cuenta que la ESE Salud Pereira actuó con diligencia y prudencia en la atención de salud al paciente.

Propone la excepción de “*Obligación de medio y no de resultado*”.

Respecto al llamamiento en garantía, aceptó la existencia de la póliza, sin embargo, manifestó que la misma se rige por unas condiciones generales y particulares que deben ser analizadas al estudiar la relación contractual. propuso las excepciones de “Sujeción a las condiciones particulares y generales del contrato de seguro”, “La póliza RC Clínicas y Hospitales opera bajo la modalidad Claims Made”, “Límite del valor asegurado”, “Reducción del valor asegurado”.

5. Sentencia apelada.

El Juzgado Séptimo Administrativo del Circuito de Pereira, mediante providencia proferida el 31 de marzo de 2022³, decidió:

FALLA

PRIMERO. NEGAR las súplicas de la demanda, al tenor de lo preceptuado en la parte motiva de este proveído.

SEGUNDO. Sin condena en costas según lo expuesto anteriormente.

Con fundamento en las siguientes consideraciones: analizado el material probatorio que obra en el expediente, la *A quo* concluyó que en lo que tiene que ver

³ Archivo No. 73 del expediente digital de primera instancia.

con la atención en la ESE Salud Pereira que, si bien el perito sostiene una indebida atención por falta de investigación exhaustiva del origen de la cefalea y no se explica el tratamiento de una radiculopatía, con la exposición del médico que atendió al paciente, en primer lugar, sí demuestra una valoración y revisión completa al paciente, donde atiende la sintomatología por la que venía consultando (sinusitis²³), que debido a su reconsulta ordena radiografía de senos paranasales.

Para el caso de la dificultad para mover su pie, realiza el examen físico **encontrando puntos de valleix positivos**, sospechando entonces la radiculopatía y ordenando por ende la radiografía de columna lumbar para descartar una hernia de disco. De ahí que se desvirtúe lo manifestado por el perito en el sentido de no evidenciar en la historia clínica sintomatología que justificara la sospecha de una radiculopatía.

También, encontró discrepancia entre el concepto médico de quien atendió al paciente, Dr. Jetse David Casanova y el perito Jovanny de la Trinidad Garcés Montoya, **en el sentido de que hay evidencia en dicha atención de una cefalea con banderas rojas**. Al respecto estimó que los dos conceptos son respetables debido a las calidades de cada uno de los médicos y los estudios especializados que puedan tener; sin embargo, el perito parte de la existencia de una “paresia” que nunca quedó registrada ese día como impresión médica diagnóstica o diagnóstico en sí mismo, lo que en efecto sería indicativo de un signo de alarma. No obstante, se tiene que el paciente refiere “que no puede caminar que el pie derecho como que se le resvala (sic)” ante ello, el médico tratante realizó un examen físico evidenciando el pluricitado signo de valleix referente de una radiculopatía y que justificaba la dificultad referida por el paciente. Asimismo, indica que se nota que no se descartan los demás síntomas que eventualmente podrían asociarse a una bandera roja, indicándose en la historia clínica del 17 de marzo de 2017, que efectuado el examen médico se encuentra un buen estado general, no fiebre, fundoscopia sin papiledema, **lo cual es una de las correlaciones que se hacen mediante un fondo de ojo, con el paciente sentado y con la lampara se le examina el fondo de ojo, el papiledema solo se encuentra en personas con hipertensión endocraneana**, concluyendo que no hay cefalea de banderas rojas, por lo que no es indicativo de enviar una tomografía.

En tal virtud, consideró que no existía para este momento una indebida prestación del servicio médico, así como tampoco dilaciones o demoras infundadas, y ante la sintomatología, toda vez que se justificó tanto el diagnóstico como el tratamiento realizado por parte de la ESE Salud Pereira.

Por otro lado, aseguró que si bien debió investigarse más la cefalea debido a ser este el malestar constante por el que consultaba el paciente, lo cierto es que, no se evidencia una falla en tal atención, pues, como se expuso con anterioridad, **para lo que consta en la historia clínica no se justifica, una remisión a un nivel mayor de atención, ni consulta por especialista** y, en palabras del mismo perito, las banderas rojas se acompañan de otros síntomas como fiebre, hemiparesia, y en dicha atención el paciente refiere solo dolor en la rodilla y ya no refiere fiebre ni la dificultad para caminar, por lo que no existía justificación de unas banderas rojas, pues para ese día, parte nuevamente el perito de una premisa errada y es que existía una cefalea acompañada de fiebre y una alteración motora como la hemiparesia, cuando en la historia clínica del 21 de marzo de 2017, dichos síntomas no se informan por parte del paciente ni del médico tratante.

Agregó que, en relación con la cefalea de banderas rojas, el testigo técnico Dr. Jetse David Casanova Orobio, señala que la cefalea de banderas rojas va acompañada de un inicio súbito, pérdida de conciencia o que provoque déficit neurológico asociado, se presenta parálisis de alguna parte del cuerpo o partes craneales o amaurosis, o cefalea asociada a un golpe de alta energía. Por lo que no es posible predicar una deficiente o tardía atención en salud al paciente.

Afirmó que, en efecto, en la historia clínica se consignó una impresión diagnóstica de sospecha de meningitis y se indica que debe descartarse una neuroinfección, resaltando la anotación que no existe claro déficit neurológico, por lo que a juicio de la *A quo*, resultó más coherente con la historia clínica lo manifestado por el médico tratante que lo señalado por el perito.

Por último, en cuanto a la dosificación y suministro del antibiótico denominado ceftriaxona, adujo que el médico tratante explicó que la dosis para el paciente era entre 1 y 2 g cada 12 horas, y que la entidad de primer nivel no contaba con la vancomicina para el año 2017. De igual manera, sostuvo que el perito señaló que no conoce si la ESE Salud Pereira contaba con la vancomicina; sin embargo, supuso que no, pues no es un fármaco que se disponga en los centros de bajo o primer nivel de atención. Si bien, en efecto, revisada la guía del Ministerio de Salud y Protección Social de abril de 2018, **la dosis indicada para mayores de 18 años es de 2g cada 12 horas**, lo cierto es que nunca se suministró, así como tampoco se considera que ello haya incidido directamente con el fallecimiento del señor Carlos Alberto y fuera la causa eficiente en su deceso, pues el suministro del mismo más la vancomicina no mostró ninguna mejoría en el paciente, por el contrario, este nunca mostró mejoría frente al tratamiento, **por lo cual se consideró una meningitis de origen no bacteriano común, resultando inútil el tratamiento antibiótico señalado.**

Por lo expuesto, consideró que no existió la falla alegada por la parte actora, descartando de igual manera un análisis de pérdida de oportunidad, por la razón principal de no evidenciarse un retardo en la remisión del paciente de manera injustificada por el personal médico de la ESE Salud Pereira y ante la ausencia de causa eficiente del daño debido a la falta de suministro del tratamiento antibiótico desde el día 23 de marzo de 2017.

Ahora, **frente a la atención brindada en la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira**, indicó que pese a haberse suministrado con anterioridad el tratamiento antibiótico, incluso con la dosis indicada por el perito, lo cierto es que el resultado hubiese sido el mismo, **debido a que seguramente el origen de la meningitis no era bacteriano como lo precisaron los galenos**, y por consiguiente dicha imputación de falla, de ser cierta no sería causa eficiente, por lo que su análisis no conllevaría a una declaratoria de responsabilidad administrativa y patrimonial de las accionadas.

Consideró que el actuar médico evidenciado en el plenario por parte de la ESE Salud Pereira y la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira fue adecuado, oportuno y prudente, siempre basado en la sintomatología presentada por el paciente al momento de las consultas y soportado en las ayudas diagnósticas disponibles en cada nivel de atención.

Según el análisis anterior, aseguró no ser posible imputar o establecer un nexo causal entre los hechos probados y la muerte del señor Ríos Henao, de tal forma que ninguna de las actuaciones u omisiones demandadas, fueron causa efectiva para el daño que se deprecia, por tanto, este no se torna antijurídico.

6. Recurso de apelación.

La parte demandante, inconforme con la decisión, argumentó su recurso advirtiendo que el perito señaló que en la atención de la ESE Salud Pereira, los diagnósticos no fueron coherentes con la sintomatología, **pues el paciente continuaba con cefalea más un síntoma de focalización neurológica como “paresia derecha”**, por lo que no encuentra razón de sospechar en una radiculopatía, y al ser reconsultante, el diagnóstico debió ser cefalea con síntomas de alarma o banderas rojas, y sospechar de la más importante, una neuroinfección, por lo que debió determinarse la causa de la cefalea persistente y la hemiparesia, antes de dar salida al paciente, así mismo, agrega que las RX de columna lumbar y senos paranasales en nada aportan para el diagnóstico del cuadro clínico del paciente.

Advierte que, no sólo la ESE Salud Pereira, desechó tajante y caprichosamente el motivo de consulta principal del paciente, sino que ahora la indiferencia del despacho frente a ese punto es absoluta, pues no es coincidencia que a pesar del paciente presentar una cefalea constante que denota claro error de diagnóstico, termine con una meningitis, lo que estaba presentando el paciente era un claro signo y señales de alarma que exigían de la entidad un mayor deber de cuidado, y la inclemencia médica en este caso es absoluta ante las dolencia del paciente.

Manifiesta que *“es increíble que el paciente consultara por cefalea y el capricho médico no enfocara el estudio a lo que consultaba el paciente, es verdad que la entidad tiene derecho a defenderse, pero deslegitimar el dictamen médico, imparcial, claro, contundente sobre la base de una declaración médica llena de dudas y con un afán por demostrar lo que no se hizo, un testimonio médico tan contradictorio, que se limita hacer afirmaciones sin estar consignadas en la historia clínica”*.

Asegura que hubo dos momentos de retraso, uno en la baja complejidad con la consulta entre el 17 y el 22 **para identificar a un paciente con una posible meningitis** y el otro momento, en la institución de alta complejidad en la que se demoró la punción al interpretar la TAC con un resultado de edema cerebral que retardó a su vez el inicio de las medicinas de ceftriaxona y vancomicina el cual se dio dos (2) días después, el tratamiento dirigido para meningitis debió iniciarse en la segunda consulta, esto es, el 17 de marzo, cuando presenta cefalea y síntomas de alarma, como lo era la hemiparesia, lo que afectó el resultado positivo, por lo tanto afirma no estar de acuerdo con lo indicado por la *a quo* al considerar que el no suministro del medicamento en debida forma haya incidido directamente con el fallecimiento del señor Carlos Alberto y fuera eficiente en su deceso.

Agrega que frente a la atención en la ESE HUSJ, ante las sospechas de meningitis con lo consignado en la consulta del día 17 por cefalea más paresia, al ingreso a la alta complejidad con resultado de la TAC, **después de verificar que no había lesiones ocupantes de espacio**, debió realizarse la punción lumbar para identificar el germen que atacaba al paciente y dirigir el tratamiento para un paciente con meningitis, por lo que el retraso en la realización de la punción y el inicio de tratamiento farmacológico para un paciente con una posible meningitis es lo que conllevó al desenlace fatal.

Insiste en que el dictamen médico guarda mucha más armonía con la historia clínica, contrario a la versión del único neurólogo que declaró, que si bien ilustró el proceso sobre situaciones que interesaban, también es cierto que fue contradictorio, sobre todo en lo que tenía que ver con los momentos iniciales de la atención e incluso en la valoración de su colega, asegura que se le vio su afán por

sacar la cara por la percepción que tuvo su compañero del caso; sin embargo, cuando se le indagó sobre las notas posteriores a la valoración de su compañero, llega al punto de afirmar que para él era muy difícil afirmar quien se equivocó, además que reviso el TAC **y expone lo que encontró sobre la línea media, las cisternas, el 4 ventrículo y lesiones ocupantes que da entender que todo estaba normal**; sin embargo, no lo consignó en la historia clínica que era su obligación legal, entonces pregunta, **¿Por qué no se hizo la punción lumbar?** Y ahí es bien importante e ilustrativo la versión arrojada por el perito médico, que concuerda perfectamente con lo registrado en la historia clínica.

Por lo anterior, expresa que no está de acuerdo con la *a quo*, en cuanto “*no considera que haya existido una demora en la atención del día 23 de marzo, pues el galeno tratante, en sustento del examen clínico realizado no evidenció con claridad signos inequívocos de déficit neurológico que ineludiblemente conllevan a una meningitis, pues así lo precisó en testimonio rendido en el proceso, exponiendo que al examen físico el paciente no presentaba signos meníngeos ni déficit neurológico, brudzinki o kernick positivo, pues sólo presentaba cierta rigidez de cuello, por lo que se ordenaron otros paraclínicos porque dicha rigidez también podía ser causada por otras cosas*” sin mencionar cuáles pudieron ser esas otras causas, además que para la fecha de ingreso del paciente a la ESE HUSJ de Pereira, **ya tenían serias sospechas de un cuadro meníngeo frente al cual procedía el inicio inmediato del tratamiento farmacológico con CEFTRIAXONA Y VANCOMICINA**, en caso que en la ESE Salud Pereira no se hubiera suministrado, porque aunque se evidencia en la HC que sí fue ordenado pero en una dosis inadecuada no se tiene certeza de su suministro, por cuándo como lo sostuvo el perito, que aunque la dosis anunciada en la institución inicial era baja, en otras palabras, era mejor eso a nada y debía en el HUSJ adecuarse su dosis como lo ordenan las Guías del Ministerio de Salud.

Finalmente, como conclusiones sostiene que, en la ESE Salud Pereira, el señor Carlos Alberto Río Henao, fue multiconsultante por un diagnóstico predominante, el cual no era otro que cefalea, pero extrañamente los médicos que lo atendieron siempre anotaron y dieron órdenes para otros síntomas que nada se relacionaba con ésta; es más, no se vio que tuvieran la intención de llegar al origen de la misma. Es así que en la segunda consulta ya se trataba de un paciente con signos de alarma **y bandera roja en cefalea**, conforme a lo señalado por el perito al estar asociada con fiebre **y déficit neurológico como la paresia**.

Reitera que existió un error de diagnóstico, por el pobre interrogatorio médico que se aproximara a la realidad del diagnóstico, no se aplicó cuadro de déficit neurológico ni cefalea con banderas rojas (al estar acompañada de fiebre – hemiparesia o paresia derecha), situación que impidió establecer el esquema de

medios de diagnósticos y tratamiento; por ello, se sorprende de como la ESE Salud Pereira, desechó el síntoma sustancial que nunca desapareció, el cual era la cefalea, además que en la reconsulta del 17 de marzo, continuaba, sumada a náuseas, alteraciones neurológicas y vómito que refirió el paciente y que daba entender que no era un simple diagnóstico de sinusitis y por ello debió dejarse en observación y/o remitirse a un tercer nivel, punto en el que concuerda el perito.

Al ingreso al HUSJ (23 de marzo), **no se agotó oportunamente el medio de diagnóstico de punción lumbar que para esa fecha no estaba contraindicando**, máxime cuando se evidenciaba un foco mastoideo con sintomatología que se ajustaba al diagnóstico de neuroinfección y llama la atención que dicho resultado estuviera desde el ingreso y sólo se retomara cuando el paciente estaba crítico, además, la valoración por neurología clínica y medicina interna no fue brindada oportunamente.

Frente a la Unidad Local, asegura que la CEFTRIAXONA no pudo ser iniciada inmediatamente por no haber el servicio y sólo se pudo aplicar pasadas las 8 horas de haber sido ordenada, lo que incide en el resultado y mal pronóstico.

Resalta que no es cierto que la TAC descartara la contraindicación de la punción lumbar, pues las imágenes no eran claras.

Asegura que existe falla igualmente por parte de HUSJ, al existir un error inexcusable del neurólogo con un paciente orientado en todas sus esferas, con buenos signos vitales; **interpretando mal una TAC**, que clínicamente no los reportaba para el momento de su valoración e incluso horas después, siendo aún más grave que, ante la diferencia de diagnóstico no se aplicara el protocolo definido en el artículo 16 de la Ley 1751.

7. Pronunciamientos en segunda instancia.

El recurso de apelación fue admitido mediante auto calendado el 10 de junio de 2024 y dentro del término de ejecutoría la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira presentó escrito visible en archivo N° 006 del expediente digital, **dentro del cual indicó que no suspendió el tratamiento que traía el paciente desde el primer nivel de atención**, toda vez que cuando el paciente hizo su ingreso a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge NO TRAÍA INSTAURADO MANEJO PARA MENINGITIS, el cual se compone de manera empírica en principio de CEFTRIAXONA MAS VANCOMICINA; en el caso de

⁴ Archivo No. 004 del expediente digital

autos, consta que se indicó que al paciente se le había suministrado ceftriaxona en el primer nivel, en una dosis que tampoco corresponde a la indicada para manejo de una meningitis; por lo tanto, era imposible interrumpir un tratamiento que no había sido empezado.

Por otro lado, asegura que se probó que cuando el paciente llegó a la entidad asistencial NO PRESENTABA SIGNOS DE FOCALIZACIÓN (deterioro neurológico), así como tampoco presentaba SIGNOS MENÍNGEOS, tratándose entonces de un paciente hemodinámica y neurológicamente estable, no encontrando en ese momento justificación médica para iniciar tratamiento antibiótico, pues se repite, había ausencia de signos meníngeos, en ese orden de ideas; con el fin de CONFIRMAR O DESCARTAR la sospecha clínica del primer nivel de una neuroinfección (meningitis) se procedió a solicitar una TAC CEREBRAL.

La historia clínica de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge permite establecer que una vez al paciente se le inició el tratamiento antibiótico para una MENINGITIS BACTERIANA, el mismo NUNCA FUE SUSPENDIDO, basta observar las notas médicas y los registros de enfermería para corroborar lo dicho, observándose que el tratamiento inició el día 24 de marzo de 2017, hasta el día de su deceso el día 28 de marzo de 2017. Lo anterior fue corroborado por los médicos intensivistas (Dr. Ardila y Dr. Castaño); así como por el Dr. Claudio Aguirre (neurólogo), quienes, al ser interrogados al respecto, así lo señalaron en sus respectivas declaraciones.

Afirma que se probó que no es cierto que haya habido un error en la interpretación por parte del neurólogo de la TAC tomada al paciente y que fue valorada en conjunto con el paciente en día 24-03-2017; igualmente, se probó que la ausencia de una lesión ocupante, no es el único criterio a tener en cuenta para decidir sobre la práctica de una punción lumbar.

Advierte que se indica en el escrito de la demanda y así lo señaló el perito en su dictamen, que el resultado de la TAC no evidenciaba un edema cerebral, así como tampoco una lesión ocupante que contraindicaran una punción lumbar en el paciente, por lo tanto, en este paciente se debió hacer.

No obstante lo anterior, **aduce que el criterio de los NEURÓLOGOS claramente es muy diferente al del perito**, quien no posee los conocimientos técnicos y médicos para aseverar lo anterior, resaltándose que al momento de ser interrogado sobre los estudios realizados en neurología clínica, manifestó que no

tenía otros diferentes a los de la ronda que hizo durante su especialidad (6 meses) en el área de neurología clínica, en contraposición con lo manifestado por el Doctor Claudio Aguirre, especialista en neurología clínica, quien al ser interrogado sobre si en calidad de especialista estaba capacitado para la lectura de NEUROIMÁGENES, manifestó que precisamente durante toda la especialidad los capacitaban para leer placas cerebrales (4 años).

Manifiesta que se probó que la no práctica de la resonancia magnética al paciente no fue atribuible a la ESE, pues tal como se dejó dicho desde la contestación de la demanda, conforme se desprende del certificado de habilitación de servicios aportado al proceso, la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira no tiene habilitado el servicio de imagenología, siendo dicho servicio prestado por un TERCERO, tal como lo confirmaron los especialistas que rindieron su testimonio.

En ese orden de ideas, consta que la entidad asistencial, realizó los trámites para la práctica de la RESONANCIA MAGNÉTICA ordenada al paciente, prueba de ello es que la misma alcanzó a ser programada conforme se desprende de la historia clínica; reiterándose que la ESE HUSJ no tiene ninguna injerencia en la entidad que practica los exámenes imagenológicos ordenados, por lo tanto, la programación dependía de la disponibilidad del centro médico que presta el servicio, quien goza de autonomía financiera, administrativa y patrimonial respecto a la entidad asistencial que represento. Aunado a lo anterior, se debe señalar, que conforme con lo indicado por los médicos intensivistas (Dr. Ardila y Castaño), el paciente se encontraba muy inestable para trasladarlo para la práctica del examen, ateniendo al deterioro neurológico que presentó de manera progresiva y rápida.

Así mismo, confirma que se probó que al paciente se le inició tratamiento antibiótico para manejo de meningitis bacteriana, **el cual se complementó de manera posterior con tratamiento para manejo de una meningitis tuberculosa**, la historia clínica documenta que desde el día 24-03-2017 se le inició manejo para meningitis bacteriana con CEFTRIAXONA MAS VANCOMICINA de manera empírica conforme con lo orientado por las guías de atención; en este caso, atendiendo al grupo etario del paciente y sus antecedentes tal como lo indicó el Dr. Claudio Aguirre especialista en Neurología; no obstante, ante la no mejoría del paciente (la cual se esperaba que se produjera dentro de las 48-72 horas luego de iniciado el tratamiento en caso de tratarse de una meningitis bacteriana), **se decidió el día 27- 03-2017 cuando fue valorado por él, adicionar tratamiento anti TBC**; además de esteroides; lo anterior, atendiendo a la clínica que presentaba el paciente para ese día y a los hallazgos de la nueva TAC que mostraba dilatación de los ventrículos e hidrocefalia, **lo que permitía hacer**

sospechar una tuberculosis meníngea, ya para este momento, la punción estaba totalmente contraindicada.

Finalmente, sostiene que en lo que tiene que ver con el dictamen pericial, dicho medio de prueba presenta varias imprecisiones de carácter fáctico y técnico, las cuales fueron aclaradas por el Especialista en neurología clínica, sin olvidar que la formación más profunda que en dicha área tiene el perito fue durante su rotación en sus estudios de posgrado como urgenciólogo.

Agrega que se indica por parte del perito que la ausencia de lesión ocupante en la TAC practicada al paciente el día de su llegada, **permitía la práctica de la punción lumbar**, lo cual fue desvirtuado por el neurólogo, quien señaló que además de la ausencia de la lesión ocupante, se debía tener en cuenta otros criterios, entre ellos, los signos indirectos de edema cerebral, que en el caso del paciente estaba dado por el borramiento de los surcos cerebrales, resultando entonces más riesgoso hacer la punción lumbar que no hacerla, atendiendo las condiciones clínicas del paciente para ese momento (sin focalización, ni signos meníngeos).

Sostiene además que el perito indicó que *“...la continuidad de la ceftriaxona a la dosis indicada y la adición de vancomicina puede tener un efecto positivo sobre el pronóstico. Pero el ajuste de la vancomicina poco pudo aportar sobre el desenlace final, pues si bien es un antibiótico dosis dependiente y no tiempo dependiente, etapa descrito en las guías y protocolos la dosis que se indicó al paciente (1200 mg cada 12 hs) por lo que es correcto y prudente esta dosis utilizada al inicio de la formulación”* (ver respuesta a pregunta 8.1). No obstante, dicha afirmación no es correcta, toda vez que conforme lo señaló el neurólogo, el Dr. Claudio Aguirre, **se esperaba que dentro de las 48-72 horas de iniciado el medicamento el paciente empezara a mejorar si se tratara de una MENINGITIS BACTERIANA**; en el caso de autos, claramente, no se trataba de una meningitis de este tipo, pues los hallazgos de la segunda TAC, permitían hacer sospechar una MENINGITIS TUBERCULOSA, de ahí que se haya adicionado tratamiento anti TBC; por lo tanto, dicha medicación (CEFTRIAXONA MAS VANCOMICINA), así se hubiera iniciado desde su ingreso, tampoco hubiese cambiado el pronóstico del paciente.

Advierte que se habla de un error de interpretación de la nota del neurólogo que valoró al paciente el 23-03-2017, cuando claramente NO HUBO ERROR DE INTERPRETACION, efectivamente el especialista, ante la lectura que hizo de la placa señaló que observaba borramiento de surcos cerebrales (**signos indirectos de edema cerebral**); por lo tanto, hasta que no se descartara lesiones intracraneales no se debía realizar punción lumbar. De hecho, el Dr. Claudio Aguirre quien valoró al paciente el día 27-03-2017, observó la primera TAC

evidenciando igualmente el borramiento de surcos cerebrales. Es decir, dos especialistas de la misma especialidad, observaron lo mismo, en momentos diferentes, lo que permite un alto grado de certeza en cuanto a la apreciación de la imagen, hecho este que fue omitido por el perito.

Así las cosas, considera que el Juez de primera instancia al realizar un análisis juicioso de las pruebas allegadas al proceso concluyó que, evidentemente las mismas permiten establecer la ausencia de responsabilidad por parte de la ESE; toda vez que, la única prueba aportada por la parte actora para demostrar la presunta responsabilidad radicaba en el dictamen pericial, el cual como quedó demostrado no ofrece credibilidad atendiendo a las imprecisiones que fueron evidenciadas durante la sustentación del dictamen y que fueron remarcadas con los testimonios de los especialistas en neurología y en medicina crítica y del cuidado intensivo.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

1. Competencia.

Agotado el trámite de ley sin que se observe causal de nulidad que invalide la actuación que hasta ahora se ha surtido, procede el Tribunal a decidir sobre el asunto litigado, siendo competente para hacerlo en segunda instancia, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 243 y 247 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

2. Problema jurídico.

Corresponde al Tribunal en esta instancia, de acuerdo con los fundamentos del recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, determinar si (I) la ESE Salud Pereira y (II) la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira son patrimonialmente responsables por la imputación realizada en los términos del libelo introductorio, en virtud de una falla en el servicio, **atribuible a una negligente prestación del servicio de salud, traducida en un error de diagnóstico** frente a las dolencias del señor Carlos Alberto Ríos Henao, que culminó con su muerte, o sí, por el contrario, las entidades aquí mencionadas atendieron diligentemente al señor Ríos Henao, generando un rompimiento del nexo de causalidad.

3. Régimen de responsabilidad estatal.

De conformidad con lo establecido en el artículo 90 de la Constitución Política es deber del Estado responder patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas,

así mismo fue estipulado en el artículo 140 del Código Contencioso Administrativo que consagra la acción de reparación directa, en la que se establece la posibilidad que tiene el interesado de demandar la reparación del daño cuando su causa sea un hecho, una omisión, una operación administrativa o la ocupación temporal o permanente de un inmueble por causa de trabajos públicos o por cualquier otra causa.

Tiene establecido la jurisprudencia del Consejo de Estado que dos son los postulados que fundamentan la responsabilidad estatal en los términos del artículo 90 superior: **i)** El daño antijurídico, **y ii)** la imputación del mismo a la administración, «*sin que sea posible predicar la existencia y necesidad y/o valoración y análisis de otro tipo de componentes a efectos de configurar la responsabilidad*»⁵.

Igualmente, la Corte Constitucional ha dicho que «*la fuente de la responsabilidad patrimonial del Estado es un daño que debe ser antijurídico, no porque la conducta del autor sea contraria al derecho, sino porque el sujeto que lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar el perjuicio, razón por la cual se reputa indemnizable*»⁶.

Esta cláusula general de responsabilidad extracontractual del Estado tiene como fundamento la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado y la imputación del mismo a la administración pública, tanto por la acción, como por la omisión de un deber normativo.

Es así como, con la Carta Política de 1991 se produjo la «*constitucionalización*»⁷ de la responsabilidad del Estado y se erigió esta como garantía de los derechos e intereses de los administrados, que venía reconociendo la jurisprudencia y que ha dado lugar a la existencia de diversos regímenes de responsabilidad, como la falla en el servicio, el régimen de riesgo o el de daño especial.

La determinación de uno u otros regímenes de responsabilidad estatal corresponde al juzgador, en virtud del principio de *Jura Novit Curia*, aplicable en las acciones de reparación directa como una excepción de la regla de la justicia rogada en materia contencioso administrativa, el cual le confiere al operador jurídico el direccionamiento hacia el régimen de responsabilidad pertinente a los fundamentos de hecho o *causa petendi*, realizando la valoración que le corresponde por excelencia acerca de las actividades y elementos que hubieren intervenido en tales sucesos, con miras a encauzar el análisis del asunto planteado hacia el sistema

⁵ Consejo de Estado; Sección Tercera; Sentencia del 30 de agosto de 2007; Exp. 15932

⁶ Corte Constitucional, Sentencia C-333 de 1996.

⁷ Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección C. Sentencia del 23 de enero de 2015. C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Rad. 760012331000199703251 01 (20.507).

de imputación que la jurisprudencia ha elaborado, precisamente, en consideración a las diversas actividades de la administración y a los elementos involucrados en tales actuaciones.

En relación con el régimen de responsabilidad en materia de prestación del servicio médico, como el que se debate en el *sub examine*, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha recorrido desde el régimen inicial de la falla probada, el cambio hacia la falla presunta⁸, y las teorías de la carga dinámica de la prueba^{9/10} y de la probabilidad determinante¹¹, **para regresar el régimen probatorio de la exigencia de la prueba de la falla médica, o falla probada**¹².

Al respecto, se trae a cita lo reiterado por el Consejo de Estado sobre el régimen de responsabilidad en materia médica:

«...»

*(...) es importante recordar que desde hace ya varios años la jurisprudencia del Consejo de Estado abandonó la teoría de la falla presunta **para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran**, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo de causalidad entre ésta y aquel¹³, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria...»¹⁴*

Conforme lo razonado en precedencia, tal como lo consideró la *a quo*, el régimen de responsabilidad aplicable debe ser el de falla probada del servicio, con la posibilidad de acudir a la prueba indiciaria para la demostración del **nexo causal** en el evento de ser necesario, teniendo en cuenta que la actuación que es objeto de censura se relaciona con la presunta falla en la que incurrió la entidad demandada, configurada.

⁸ Expediente 6897. De esta evolución da cuenta el fallo expedido por la misma Corporación el 24 de agosto de 1992. Expediente 6754. Actor: Henry Enrique Salzarín Monroy.

⁹ Sentencia del 22 de marzo de 2001, expediente 13.284.

¹⁰ H. Consejo de Estado. Sección Tercera. Consejero Ponente: Jesús María Carrillo Ballesteros. Expediente 12.706. Sentencia de enero 24 de 2.002.

¹¹ Consejo de Estado. Sección Tercera. Decisión reiterada recientemente, que tiene su origen en la sentencia de mayo 3 de 1.999.

¹² Consejo de Estado. Sección Tercera. Consejera Ponente: Ruth Stella Correa Palacio. Sentencia de agosto 31 de 2.006. Radicación número 68001-23-31-2000-09610-01 (15772). Actor: María Olga Sepúlveda Ramírez. Demandado: Hospital Ramón González Valencia, sentencia del 15 de febrero de 2012, Expediente 23001-23-31-000-1999-01599-01(21738), demandante: Eugenio Isaza Bohórquez, demandado: Instituto De Seguros Sociales; sentencia del 3 de mayo de 2013, Expediente: 25000-23-26-000-2001-00572-01(26352), demandante: Guillermo León Arboleda Arboleda, demandado: Hospital Salazar de Villeta.

¹³ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de 31 de agosto de 2006, Exp. 15.772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio; y de 30 de julio de 2008, Exp. 15.726, C.P. Myriam Guerrero de Escobar, entre otras.

¹⁴ Consejo de Estado. Sección Tercera. CP: Danilo Rojas Betancourth, 3 de mayo de 2013, Expediente: 25000-23-26-000-2001-00572-01(26352), demandante: Guillermo León Arboleda Arboleda, demandado: Hospital Salazar de Villeta.

4. Acervo probatorio.

Se encuentran los siguientes elementos probatorios relevantes para adoptar la decisión de mérito que corresponde en esta instancia:

4.1. Documentales

- Registros civiles de nacimiento de Carlos Alberto Ríos Henao, Michael Andrés Ríos Vargas (hijo), Duván Alberto Ríos Vargas (hijo), Hellen Dayana Ríos Vargas (hija), Katherin Ríos Vargas (hija), María Evangelina Ríos Henao (hermana), Jesús Antonio Ríos Henao (hermano), Daniela Marín Ríos (sobrina), Matías Ortiz Marín (hijo de la sobrina Daniela Marín Ríos), con los que se comprueba el parentesco entre los demandantes en el grado señalado, además de comprobarse el parentesco con la señora Martha Lucía Henao Nieto (madre)¹⁵. (001DemandaAnexos.pdf Fl. 5 y ss.).

- Registro civil de defunción del señor Carlos Alberto Ríos Henao, quien falleció el 28 de marzo de 2017 en Pereira-Risaralda a las 15:35¹⁶.

-Historia Clínica¹⁷ atenciones médicas EN LA E.S.E SALUD PEREIRA, de la cual se extrae lo que corresponde a los hechos aquí discutidos, lo siguiente:

Fecha de la atención	Tipo de atención	Motivo de consulta y diagnóstico
15/11/2016 03:33 pm	Urgencias	Motivo de consulta: Refiere dolor en cadera , dolor ardor en epigastrio Manejo con buscapina sin mejoría
15/11/2016 7:08 pm	Urgencias	Egreso paciente Conducta a seguir: Tramadol 1 amp iv du Ranitidina 1 amp iv du 55 ekg, hemograma, uroanálisis, creatinina Revalorar
15/03/2017 4:20 pm	Urgencias	Motivo de consulta: dolor de cabeza, náuseas, mareo , con evolución de 2 días <i>Refiere que desde hace tres días tiene cefalea y con náuseas y con mareo y con cuadro gripal y con fiebre y dolor en todo el cuerpo y con nauseas.</i>
15/03/2017 05:42 pm	Urgencias	Egreso paciente. Conducta a seguir: Diclofenaco IM Acetaminofén Loratadina Trimetoprima + sulfametoxazol
17/03/2017 12:21 pm	Urgencias	Motivo de consulta: tiene mucho dolor de cabeza y alteración motora Inspección general: paciente hemodinamicamente estable consulta por cefalea de evolución días (sic), refiere que no puede caminar que el pie derecho como que se le resbala.
17/03/2017 12:53 pm	Urgencias	Enfermedad actual: paciente con cefalea desde hace 5 días, global que inicialmente fue frontal tipo pulsátil, náuseas, vértigo, fue manejado ambulatoriamente con TMS y loratadina más acetaminofén para manejo de sinusitis, refiere no mejoría de la cefalea, refiere paresia de miembro inferior derecha , niega otros síntomas.

¹⁵ Páginas 5 y siguientes del documento N° 001 del expediente digital

¹⁶ PÁGINA 27 IBIDEM.

¹⁷ Páginas 45 y siguientes del documento N° 001 del expediente digital

		<p>Análisis y plan: Paciente con cuadro respiratorio superior tipo sinusitis dolor lumbar con signos radicales. No hay cuadro de déficit neurológico cincinnati 0/3 no cefalea de banderas rojas, se estudia con paraclínicos.</p> <p>Diagnóstico: Sinusitis aguda, no especificada. Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía.</p>
17/03/2017 2:00 pm	Urgencias	Refiere mejoría del dolor , se formula acetaminofén y omeprazol
17/03/2017 5:00 pm	Urgencias	Egreso paciente Conducta a seguir: Diclofenaco IM Ranitidina IV Dipirona IV SS rx lumbar senos paranasales Revalorar con resultados
21/03/2017 2:23 pm	Urgencias	Motivo de consulta: Tengo mucho dolor de cabeza Inspección general: paciente hemodinamicamente estable consulta por cefalea, refiere que la tiene hace unos días que le dio gripa.
21/03/2017 7:32 pm	Urgencias	Motivo de consulta. Tengo mucho dolor de cabeza de 8 días de evolución, dolor en la rodilla y malestar general. Diagnóstico: Artritis, no especificada
21/03/2017 08:39 pm	Urgencias	Egreso paciente Conducta a seguir: Salina + hidrocortisona IV Dipirona IM Tramadol IM
23/03/2017 00:31 am	Urgencias	Motivo de consulta: reconsulta por cefalea Enfermedad actual: paciente con cefalea global desde hace 8 días, leve mejoría con analgésico, se solicitó RX no se han realizado estas mismas. Reconsulta desde ayer por cefalea global, hiporexia, episodios de emesis y hoy con habla incoherente y comportamiento alterado. Examen físico: (...) Sistema neurológico: sin déficit motor sensitivo o de pares craneales ROT ++/++++ Bilateral, no signos patológicos, no signos meníngeos, hay cierta rigidez de nuca. (...) Estado mental: somnoliento habla incoherente Análisis y plan: Paciente con cefalea desde hace 10 días, ahora con fiebre, habla y comportamiento incoherente tendencia a la postración, no hay claro déficit neurológico, debe descartarse neuroinfección , se indica por ahora observación y según evolución remisión. Se decide cubrimiento precoz con ceftriaxona dada la tórpida evolución.
23/03/2017 00:54 am	Evolución	Apertura de folio Se indica aislamiento de contacto (sospecha de meningoencefalitis bacteriana o viral)
23/03/2017 1:04 am	Evolución	Diagnóstico encefalitis * mielitis y encefalomielitis, no especificada Ingresa paciente de 48 años de edad al servicio de urgencias procedente del área urbana de Pereira, entra caminando por sus propios medios en compañía de una sobrina quien lo trae a consulta porque “está hablando incoherencia, manifiesta que va a eliminar pero va al baño y no hace nada” es valorado por el doctor Casanova quien ordena dejar en observación , al ingreso se observa paciente parcialmente orientado, habla incoherencias, febril, hidratado, mucosas orales semi húmedas con disminución de la fuerza muscular, se moviliza con ayuda de la sobrina, se canaliza vena con 500 cc SSN, e indica tratamiento pendiente, vigilar estado de conciencia, sangrar para sodio, potasio, creatinina, UN, CH, VIH, Proteína C, nada vía oral, aislamiento de contacto.
23/03/2017 08:35 am	Urgencias	Examen físico: (...) Cabezo y cuello: normocéfalo, cuello con rigidez nucal (...) Sistema neurológico: somnoliento, decaído, confuso, Glasgow de 13/15, rigidez de nuca, signos de babinsky y bridzinsky + , sin otras alteraciones ni focalización. Análisis y plan: Paciente con historia de 8 días de evolución de cefalea, en las últimas horas con

		emesis, se encuentra paciente febril, con signos meníngeos, en tratamiento con ceftriaxona IV , pendiente reporte de exámenes de laboratorio, cuadro altamente compatible con meningitis bacteriana , se ordena sonda Foley y se traslada . Se hace formula de profilaxis para todos los que somos personal de salud y hemos tenido contacto con el paciente. Diagnóstico: Meningitis, no especificada.
23/03/2017 10:30 am	Urgencias	Egreso paciente Conducta a seguir: Observación CSV
23/03/2017 1:31 pm	Urgencias	Traslado como urgencia vital al HUSJ

-Historia Clínica¹⁸ atenciones médicas EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA, se puede extraer:

El 23 de marzo de 2017 a la 1:31 p.m. egresa de la ESE Salud Pereira **e ingresa el 23 de marzo de 2017 a las 4:20 p.m.**, a urgencias de la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira

Fecha de la atención	Tipo de atención	Motivo de consulta y diagnóstico
23/03/2017 4:20 pm	Urgencias - Remisión de la ESE Salud Pereira	Motivo de consulta: remitido como urgencia vital con IDX meningitis Enfermedad actual: paciente de 48 años sin AP de importancia, consulta a unidad local por CC de 10 días de evolución consistente en cefalea global intensa que no mejora con manejo. Sistema u órgano: (...) Neurológico: neuro Glasgow 15/15 , alerta, consciente, sin signos meníngeos, no signos cerebelosos, lenguaje fluido, orientado en tiempo, persona y espacio. Procedimiento: Análisis: paciente joven sin AP previos consulta a unidad local por cefalea intensa asociado a cambios de comportamiento, habla incoherente, ingresa en aparente buen estado general, febril , normotenso, no taquicárdico, tranquilo, consciente, orientado en tiempo- lugar y persona, no convulsiones, en compañía de su hijo, se reinterroga paciente quien refiere cefalea frontal de 10 días de evolución con fiebre subjetiva que lo torna delirante , dolor en región lumbar y síntomas irritativos urinarios disuria y tenesmo vesical, hiporexia al examen físico: signo de kerning negativo, brudzinski negativo, no rigidez de nuca, no babinsky. Neuro: Glasgow 15/15 lenguaje fluido, orientado en tiempo, persona y espacio, tranquilo, quien ingresa por IDX: meningitis, sin embargo, al ingreso paciente febril con cefalea frontal y síntomas irritativos urinarios. No encuentro signos meníngeos, sin embargo, por CC se decide realizar TAC de cráneo simple, valoración por neurología y medicina interna, se solicita paraclínicos de extensión -urocultivo, mientras resultados de paraclínicos se indica aislamiento y decidir exámenes de extensión.
23/03/2017 11:50 pm	Resultados de laboratorio	Urocultivo MIC Proteína C reactiva cuantitativo de alta precisión Bilirrubinas total y directa Transaminasa glutámico pirúvica TGP ALT Transaminasa glutámico pirúvica TGP AST Uroanálisis Creatinina en suero orina Protrombina PT Hemograma
24/03/2017 11:28 am	Resultados TAC	Tomografía axial computarizada de cráneo simple Hallazgos: Existen algunos artefactos por movimiento El parénquima cerebral de aspecto tomográfico usual, con adecuada diferencia

¹⁸ Véase páginas 65 y siguientes del archivo N° 001 del expediente digital.

		<p>entre sustancia gris y blanca. No hay lesiones hipo o hiperdensas sugestivas de procesos vasculares agudos, neoplásicos, inflamatorios o de cualquier otra etiología. Sistema ventricular de volumen y configuración usual. Fosa posterior, ángulos pontocerebelosos y porción valorada de las órbitas dentro de límites normales. Silla turca y su contenido dentro de límites normales Opacificación de las mastoides del lado izquierdo Sinusitis maxilar izquierda Estructuras óseas de la bóveda craneana sin alteraciones.</p> <p>Opinión: 1. Se desconoce el contexto clínico del paciente. 2. Se observan artefactos por movimiento sin lesiones hipo o hiperdensas sugestivas de procesos vasculares inflamatorios o neoplásicos. 3. Sinusitis maxilar izquierda 4. Signos de mastoiditis izquierda</p>
24/03/2017 00:46	Evolución	<p>Glasgow 14/15 no signos meníngeos</p> <p>Diagnósticos: Fiebre no especificada Cefalea Infección de vías urinarias, sitio no especificado Traumatismo del tendón y musculo extensor de otro(s) dedo(s) a nivel de la muñeca y de la mano.</p>
24/03/2017 11:13 am	Interconsulta neurología	<p><i>Paciente con cuadro cefalea picos febriles en el momento sin signos meníngeos ni déficit focal, con tac cráneo simple donde se observa a mi parecer borramiento surcos cerebrales por lo que indico resonancia cerebral simple y contrastada, además continuar manejo para infección de vías urinarias documentada. Estaremos atentos a evolución a mi parecer debe aplazar punción lumbar hasta no se definan lesiones intracraneales.</i></p> <p>Tratamiento: 1. Resonancia cerebral simple y contrastada. 2. Continuar manejo infección vías urinarias</p> <p>Diagnósticos: Cefalea. Fiebre no especificada Infección de vías urinarias, sitio no especificado</p>
24/03/2017 11:51 am	Resultados ultrasonografía	<p>Ultrasonografía de abdomen total: hígado páncreas vesícula vías biliares riñones bazo grandes vasos pelvis y flancos.</p> <p>Opinión: 1. Estudio ecográfico abdominopélvico dentro de límites normales.</p>
24/03/2017 13:20 pm	Evolución	<p>ANÁLISIS PACIENTE REMITIDO DE UNIDAD LOCAL CON IDX MENINGITIS. AL INGRESO ES POCO CLARO EL HALLAZGOS DE SIGNOS MENINGEOS. POR SINTOMAS ADICIONALES DESCRITOS AL INGRESO SE ENFOCA COMO INFECCION DE VIA SURINARIAS EN EL MOMENTO. AL EXAMEN FISICO SIN SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA, SIN ALTERACION EN LA FUERZA, SENSIBILIDAD, TONO O TROFISMO. SIN ALTERACION DE PARES. PUPILA SISOCORICA SNORMORREACTIVAS A LA LUZ. VALORADO POR NEULOGIA CLINICA QUIEN CONCEPTUA TAC CRANEO SIMPLE DONDE SE OBSERVA A MI PARECER BORRAMIENTO SURCOS CEREBRALES POR LO QUE INDICO RESONANCIA CEREBRAL SIMPLE Y CONTRASTADA. ADEMAS CONITNUAR MANEJO PARA INFECCION DE VIAS URINARIAS. DOCUMENTADA ESTAREMOS ATENTOS A EVOLUCION A MI PARECER DEBE APLAZAR PUNCION LUMBAR HASTA NO SE DEFINIAN LESIONES INTRACRANALES SE COMPLEMENTA ESTUDIOS CON VIH.</p>
24/03/2017 15:45 pm	Evolución	<p>Subjetivo: Se atiende llamado del familiar quien refiere “no responde”.</p> <p>Objetivo: Se encuentra paciente en muy malas condiciones generales obnubilado, desorientado, interacción escasa con el medio, Glasgow 9/15. Signos vitales fc 71, fr 23, ta 120/70, so2 al aire ambiente 97%, T 38.7 °c cuello móvil, sin rigidez, sin signos de irritación meníngea, tráquea centrada, sin ingurgitación yugular, tiroides normal, no masas ni adenopatías. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, pulsos periféricos palpables, llenado capilar - 2SEG, torax con expansibilidad conservada, simétrico, murmullo vesicular auscultable, simétrico, sin sobreadregados, abdomen sin distención, depresible, sin dolor a la palpación. No masas ni megalias ROT++. Con tendencia a la miosis, tamaño inicial 2 mm final 1 mm. Sin ALT de pares mucosas rosadas, húmedas osteomuscular sin ALT.</p> <p>ANÁLISIS PACIENTE REMITIDO DE UNIDAD LOCAL CON IDX MENINGITIS. SE INICIA MANEJO ANTIBIÓTICO CON CEFTRIAXONA ESTA MAÑANA AL REINTERROGARLO, REFIERE SINTOMAS “GRIPALES” 1 SEMANA DE EVOLUCION. TAC DE CRANEO HALLZGOS QUE SUGIERE SINUSITIS MAXILAR IZQ + MASTOIDITIS IPSILATERAL. VALORADO POR NEUROLOGIA QYUIEN SOLICITA RNM CEREBRAL SIMPLE Y CONTRASTADA Y POR LE MOMENTO APLAZA PL HASTA ACLARAR LESIONES PULMONARES. SE ATIENDE A LAS 13+30 LLANMADO DEL FAMILIAR. SE ENCUENTRA EN MUY MALAS CONDICIONES GENERAKLES. GLASGOW 9/15 FEBRIL. SIN ALTERCION EN OTROS SIGNOS VITALES. SIN FOCALIZACION APARENTE. LLAMA LA ATENCION PUPILAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ CON TENDENCIA A LA MIOSIS. GLUCOMETRIA 194 GASES ARTERIALES CON PH 7.53, PCO2 33. BE E 5.1. PARA ALACALOSIS MIXTA. LACTATO 1.8. K 2.7. NA 135. PACIENTE QUE POR CLINICA REFERIDA DESDE: HACE 1 SEMANA + HALLAZGO TOMOGRAFICO DE MASTOIDITIS/SIMUSITIS. NO SE DESCARTA DISEMINACION MENINGEA. EN EL MOMENTO PODRIA CURSAR CON MENINGITIS BACTERIANA. SE SOLICITA CONCEPTO DE CUIDADO CRICO PARA REALIZACION DE PL (TENIENDO EN CUENTA CONCEPTO INICIAL DE NEUROLOGIA) YVTRASLADO A UNIDAD DE CUIDADO CRITICO/INTERMEDIOS. EN CASO DE NO REALIZARSE PL. INICIAR CUANTO ANTES CEFTRIAXONA 2G IV CADA 12 H. VANCOMICINA 1200 MG CADA 12 H.</p>

		PLAN SE REALIZO MANEJO LEV SSN 0.9% BOLO 500 CC. + DIPIRONA PERSISTE CON DETERIORO NEUROLOGICO GLASGOW 12/15 SE INTERCONSULTA CON CUIDADO CRITICO. EN CASO DE NO REALIZARSE PL. INICIAR CEFTRIAXONA 2G IV CADA 12 H VANCOMICINA 1200 MG CADA 12 H.
24/03/2017 16:05 pm	Evolución	Subjetivo: Se comenta con intensivista de turno, quien indica en el momento no hay disponibilidad de cama en unidad de cuidado critico ni intermedios, nos acogemos a indicación de neurología donde se pospone por el momento PL por la alta sospecha de meningitis bacteriana , compromiso neurológico, estado actual e inmediatez requerida en el inicio de terapia antibiótica , se indica inicio de ceftriaxona + vancomicina según lo anotado en el folio anterior.
24/03/2017 17:46 pm	Unidad de Cuidados Intensivos	OBJETIVO ILEGA PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL, RESPIRANDO ESPONTANEO, SIN SIGNOS DE FALLA VENTILATORIA, SOMNOLIENTO APERTURA OCULAR PARCIAL AL LLAMADO SV. FC 85 FR 18, T° 36.5°C TA 125/83 PAM 93. SO2 99%. PUPILAS HUNTIFORMES LEVEMENTE REACTIVAS. CUELLO SIN ININGURGITACION YUGULAR A 45°. SIN SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULSOS DISTALES ADECUADOS. LLENADO CAPILAR <2 SEG. TORAX NORMOEXPANSIBLE. CAMPOS PULMONARES CON MURMULLO VESICULAR ADECUADO NORMAL, SIN SOBREGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACION. NO MASAS NI MEGALIAS. NEUROLOGICO CON SENSIBILIDAD CONSERVADA, FUERZA 3/5, TONO Y TROFISMO NORMAL. SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO PIEL SIN SIGNOS DE INFECCION SIN AREAS DE PRESION ANALISIS DIAGNOSTICOS DE INGRESO UC11- MENINGITIS ? POR CONTINUIDAD ?2 SINUSITIS MAXILAR IZQUIERDA. 3.SIGNOS DE MASTOIDITIS IZQUIERDA
25/03/2017 01:23 am	Unidad de Cuidados Intensivos	ANALISIS PACIENTE JOVEN, SIN APARENTES COMORBILIDADES QUIEN SE PRESENTA CON CUADRO FEBRIL ASOCIADO A SINTOMAS NEUROLOGICOS DADOS POR CEFALEA, DESORIENTACION Y FLUCTUACION DEL ESTADO DE CONSCIENCIA, CON SOSPECHA INICIAL DE NEUROINFECCION REPORTE DE TAC DE CRANEO NO CONCLUYENTE, CON EVIDENCIA DE SINUSITIS Y MASTOIDITIS, QUE SOPORTA POSIBLE DX DE NEUROINFECCION POR CONTIGUIDAD, POR LO QUE SE DECIDIÓ INICIO DE TERAPIA ANTIMICROBIANA DIRIGIDA A SNC, Y SE INDICÓ TRASLADO A LA UNIDAD PARA MONITORIZACION POR RIESGO DE DETERIORO NEUROLOGICO CON NECESIDAD DE ASEGURAR VIA AEREA. PENDIENTE REPORTE DE CULTIVOS SOLICITADOS AL INGRESO. EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE REPSUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON CONDICION NEUROLOGICA ESTACIONARIA. SE REVISIA REPORTE DE TSH POR DEBAJO DE LIMITE INFERIOR, POR LO QUE SE DECIDE AMPLIAR PERFIL TIROIDEO PARA DESCARTAR HIPOTIROIDISMO. TRASTORNO HIDROELECTROLITICO EN CORRECCION. AHORA CON DIURESIS EN METAS. SIN REQUERIMIENTO DE SOPORTE VENTILATORIO O VASOACTIVO. SE INDICA CONTINUAR MANEJO MEDICO ESTABLECIDO. PENDIENTE IRM CEREBRAL INDICADA POR NEUROLOGIA. PRONOSTICO RESERVADO SINTOMATICO RESPIRATORIO NO PLAN CONTINUAR MANEJO MEDICO ESTABLECIDO. SE FORMULA Y SS LABS.
25/03/2017 11:10 am	Resultados RX	Radiografía de tórax PA O AP lateral
25/03/2017 12:02	Unidad de Cuidados Intensivos	SUBJETIVO EVOLUCION UCI DIA DR.JOSE CASTAÑO INTENSIVISTA, DR. ANTONIO JOSE GIPIS, INTENSIVISTA, DR LUISA MONTOYA RESIDENTE DE CUIDADO INTENSIVO, DR EDISON FERNANDO VILLAFANE MEDICO DE APOYO DIAGNOSTICOS: 1- MENINGITIS POR CONTINUIDAD? / 2. SINUSITIS MAXILAR IZQUIERDA. / 3 SIGNOS DE MASTOIDITIS IZQUIERDA / 4. HIPERTIROIDISMO A DESCARTAR / 5 TRASTORNO HIDROELECTROLITICO EN CORRECCION (HIPOKALEMIA LEVE - HIPONATREMIA LEVE) // SUBJETIVO : PACIENTE REFIERE SENTIRSE EN BUENAS CONDICIONES. NIEGA DOLOR OBJETIVO TA 142/72 TAM 88, FC 73, FR 10, SAT 36.3 GLICEMIA 120. DIURESIS 05CC HORA. PACIENTE ALERTA INTERACCIONA CON EL MEDIO, SIN SOPORTE VENTILATORIO INVASIVOORL. MUCOSAS HUMEDAS HIDRATADASCUELLO NO DOLOROSO, SIN RIGIDEZ NUCALCARDIORESPIRATORIO: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR, PRESENTE EN AMBOS HEMITORAXEXTREMIDADES: SIN EDEMAS, CON ACTIVIDAD MOTORA ESPONTANEANEUROLOGICO GCS 14/15. DESORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO. ORIENTADO EN PERSONA. PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS. NO SIGNOS MENINGEOS. MOVIMIENTOS OCULARES NORMALES. NO FOCALIZACION. PARACLINICOS: HEMOGRAMA LEUC 9.61 NEUTRO 73 HB 14 PLAQ 215. PENDIENTE REPORTE DE ELECTROLITOS, TIEMPOS, AZODADOS ANALISIS PACIENTE CON ESTABILIDAD ELECTRICA - HEMODINAMICA, SIN SOPORTE VASOPRESOR, FLUTUANTE EN SU CONDICION NEUROLOGICA GLASGOW 13-14/15, INFECCIOSO SIN SIRS, EN TERAPIA ANTIBIOTICA DIRIGIDA SNC CON VACOMICNA + CEFTRIAXONA (FI 24-03-2017). HEMOCULTIVOS DEL 24-03-2017 REPORTE PRELIMINAR NEGATIVO, RENAL CON ADECUADO GASTO URINARIO, PENDIENTE REPORTE DE AZODADOS, METABOLICO, GLICEMIA EN METAS, PENDIENTE IMAGEN DE RESONANCIA CEREBRAL ORDENADO POR NEUROLOGIA. SE DEBE CONTINUAR HOSPITALIZACION EN UCI PARA ESTRICTO MONITOREO NEUROLOGICO, PRONOSTICO. RESERVADO DEFINIR MOMENTO DE PUNCION LUMBAR POR NEUROLOGIA CLINICA SE AJUSTA DOSIS DE VANCOMICINA 500MG IV CADA 6 HORAS. LO ANTERIOR JUSTIFICADO EN ESCASA PENETRACION DE LA BARRERA HEMATOENCEFALICA. RESTO DE MANEJO IGUAL. SINTOMATICO RESPIRATORIO NO PLAN MONITOREO HEMODINAMICO- NEUROLOGICO ESTRICTOCABECERA 30 GRADOSDIETA NORMALVANCOMICINA 500MG IV CADA 6 HORASPENDIENTE IMAGEN DE RESONANCIA CEREBRAL. ELECTROLITOS, AZODADOSDEFINIR MOMENTO DE PUNCION LUMBAR POR PARTE DE NEUROLOGIA CLINICA RESTO DE MANEJO IGUAL.
25/03/2017 12:06	Unidad de Cuidados Intensivos	Corrección de formulación de vancomicina se deja 750 mg IV cada 6 horas.
26/03/2017 10:48	Unidad de Cuidados Intensivos	Intubación orotraqueal por disminución del estado de conciencia, desaturación, se realiza intubación orotraqueal en secuencia rápida de intubación, premedicación con fentanilo y midazolam. Parálisis con vecuronio, se realiza laringoscopia directa cormack 2, se pasa catéter bajo visualización directa, se pasa TOT # 8, se fija en 25 cm, se comprueba clínicamente, se solicita RX de tórax.
26/03/2017 11:05 am	Resultados RX	Radiografía de tórax PA O AP lateral
26/03/2017 13:40	Unidad de Cuidados Intensivos	ANALISIS PACIENTE EN CRITICAS CONDICIONES, SIN SEDOANALGESIA, NO INTERACTUA CON EL MEDIO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON SOPORTE VENTILATORIO MODO A/C PEEP 7 FIO2:35 IMV:12, ACOPLADO AL SOPORTE VENTILATORIO, AUSCULTACION PULMONAR HIPOVENTILADOS, SE REALIZA PERMEABILIZACION DE VIA AREA ASPIRANDO SECRECIONES MUCPURULENTAS POR TUBO Y BOCA, RECLUTAMIENTO ALVEOLAR. PACIENTE TOLERA TRATAMIENTO.
26/03/2017 14:37	Unidad de Cuidados Intensivos	ANALISIS PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, QUE LA ULTIMAS HORAS PRESENTO MAYOR DETERIORO A NIVEL NEUROLOGICO, CON NECESIDA DE ASEGURAR LA VIA AREA, EN MOMENTO CON ESTABILIDAD ELECTRICA (HEMODINAMCA SIN SOPORTE VASOPRESOR, INFECCIOSO AFEBRIL. TERAPIA ANTIBIOTICA VANCOMICINA + CEFTRIAXONA (FI 24-03-2017), HEMOCULTIVOS DEL 24-03-2017 REPORTE PRELIMINAR NEGATIVO, RENAL CON GASTO URINARIO ELEVADO, HIPOKALEMIA CON DEFICIT DEL 10%. HIPONATREMIA NA+ 125, GLICEMIAS EN METAS, PENDIENTE REALIZACION DE RMN CEREBRAL ORDENADA POR NEUROLOGIA. EN EL CONTEXTO DE PACIENTE CON HIPOKALEMIA CON DEFICIT DEL 10% SE INDICA PASO DE CVC. PARA INICIAR CORRECCION SEGUN PROTOCOLO, ADEMAS POR LA HIPONATREMIA QUE PRESENTA DE TIPO HIPOSMOLAR /OSMOLARIDAD DE 258/ SE INDICA DEJAR LEV 60CC HORA. SOLICITA SODIO URINARIO, DENSIDAD URINARIA. SODIO SERICO CONTROL EN 4 HORAS.
27/03/2017 06:51	Unidad de Cuidados Intensivos	Análisis: Deterioro neurológico con síntomas de proceso infeccioso del SNC, a pesar del tratamiento con ceftriaxona + vancomicina . Hay deterioro neurológico por examen físico contraindicación para punción lumbar.

<p>27/03/2017 12:43</p>	<p>Interconsulta Intensivista</p>	<p>INTERCONSULTA SOLICITADA X KG. PACIENTE CON SOSPECHA DE MENINGITIS BACTERIANA POR SINUSOPATIA MAXILAR IZQUIERDA EN MANEJO CON TERAPIA ANTIMICROBIANA DE ESPECTRO EXTENDIDO; - TAC CEREBRAL 26/03/17 EVIDENCIA DILATACIÓN DEL SISTEMA VENTRICULAR; - SE OPTIMIZA LA DOSIS DEL GLICOPEPTIDO (40 MG X KG) DADA SU MALA PENETRACIÓN A SNC Y POR LA UTILIZACIÓN DE ESTEROIDES ASOCIADA; - EN EL MOMENTO CONSERVANDO ESTABILIDAD HEOMDINAMICA, SIN SOPORTE VASOPRESOR, PAM 76 mm/Hg. SIN SIGNOS DE BAJO GASTO O VASOPLÉJIA; - ACOPLADO AL MODO VENTILATORIO . SIN TRASTORNOS DE LA OXIGENACIÓN, LIGERA RETENCIÓN DE CO2 SE REALIZA CAMBIOS A LOS PARAMETROS VENTILATORIOS; - GASTO URINARIO MUY ALTO DE 7.0 CC KG HORA (800 - 500 CC HORA) CON ALTA PROBABILIDAD DE REALIZAR SINDROME INAPROPIADO DE LA HORMONA ANTIDIURETICA SE SOLICITAN LOS EXAMENES (DENSIDAD URINARIA, SODIO EN ORINA); - METABOLICAMENTE SE HA MANTENIDO EN METAS, TIENE SIGNOS DE DESCEREBRACIÓN A LA ESTIMULACIÓN DOLOROSA; - HASTA EL MOMENTO EN ESPERA DE IRM CEREBRAL SIMPLE; - CONTINUAMOS MANEJO MEDICO ORIENTADO POR OBJETIVOS, ALTO RIESGO DE FALLECIMIENTO. PRONOSTICO NEUROLOGICO OMINOSO; - SE GENERA IC A NEUROCIRUGIA PARA DETERMINAR SI SE PUEDE REALIZAR PUNCIÓN LUMBAR AL PACIENTE Y REALIZARLE PRUEBAS MOLECULARES (FILM ARRAY).</p>
<p>27/03/2017 16:02</p>	<p>Interconsulta</p>	<p>Enterados por el servicio de historia clínica, paciente con cuadro clínico sugestivo de neuroinfección de acuerdo con neurología clínica a diferir punción lumbar por ahora e iniciar manejo para tuberculosis meningea. Al momento sin patología de manejo neuroquirurgico, por lo que se cierra interconsulta.</p>
<p>27/03/2017 19:27</p>	<p>Unidad de Cuidados Intensivos</p>	<p><u>ANALISIS</u> - PACIENTE QUIEN DE MANERA AGUDA REALIZA HIPOTENSIÓN SISTÉMICA CON PAM 46 mm/Hg CON MIDRIASIS BILATERAL ARREACTIVA SIN RESPUESTA A RETOS DE VOLUMEN POR LO QUE SE SOPORTA CON VASOPRESOR; - DESDE LAS HORAS DE LA MAÑANA IMPRESIONABAMOS HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA CLINICA (MIDRIASIS PUPILA IZQUIERDA ARREACTIVA) . CON TAC CEREBRAL INTERPRETADO POR NEUROLOGIA CLINICA COMO HIDROCEFALIA IMPORTANTE; - SE INTERCONSULTO CON NEUROCIRUGIA QUIEN INFORMO NO REALIZACIÓN DE PUNCIÓN LUMBAR ANTE CONTEXTO CLINICO ACTUAL; - ANTE LOS SIGNOS DE HERNIACIÓN CEREBRAL SE REALIZO TAC CEREBRAL PRIORITARIO PENDIENTE NEUROIMAGEN; - SE INICIARA EL MANEJO CON SOLUCIÓN HIPERTONICA AL 7.5% . SE CONTINUARA EL VASOPRESOR Y LOS LEV CRISTALOIDES; - PRONOSTICO DE VIDA MUY RESERVADO. ALTO RIESGO DE FALLECIMIENTO; - EL PACIENTE ESTABA CON TERAPIA ANTIMICROBIANA . ESTEROIDES EV Y SE ANEXO RIIZE ANTE LA SOSPECHA DE TBC AL SNC Y SIN LA POSIBILIDAD DE REALIZACIÓN DE PUNCIÓN LUMBAR PARA REALIZACION DE PRUEBAS MOLECULARES; - SE CONTINUA MANEJO CONJUNTO CON NEUROLOGIA CLINICA . MAL PRONOSTICO NEUROLOGICO; - SODIO EN ORINA NORMAL (104 meq/L), AUN NO HA SALIDO RESULTADO DE DENSIDAD URINARIA. SE IMPRESIONA DIABETES INSIPIDA Y SE INICIARA DESMOPRESINA 15 UCG EV DOSIS UNICA. <u>SINTOMATICO FEBRILITARIO, NO</u></p>
<p>27/03/2017 23:08</p>	<p>Unidad de Cuidados Intensivos</p>	<p>Paciente con diagnósticos anotados, cubrimiento antimicrobiano con vancomicina + ceftriaxona, RHZE inicio previo de esteroide + dexametasona. Mala evolución neurológica, en horas de la tarde deterioro clínico y hemodinámico súbito, concomitante diabete insipida. Requerimiento de IOT y soporte vasoactivo, en el momento sin sedoanalgesia four score o puntos. Hallazgos tomograficos anotados, caso comentado con enurocirugía. Se ajusta manejo farmacológico, pronóstico ominoso, atentos a progresión.</p>
<p>28/03/2017 10:14</p>	<p>Resultados TAC</p>	<p>Se realiza TAC cerebral simple Opinión: Disminución de la profundidad de los surcos corticales y pérdida de la diferenciación entre sustancia gris y sustancia blanca como signos de edema cerebral. Hidrocefalia comunicante.</p>
<p>28/03/2017 10:43</p>	<p>Unidad de Cuidados Intensivos</p>	<p>Paciente en la quinta decada de la vida con historia clínica sugestiva de meningitis por TB, con muy mala evolución. Ahora con signos clínicos de lesión neurológica irreversible (seguramente muerte cerebral) sin patología sugestiva de manejo. Se suspende orden de IRM cerebral. Se comunica personal de UCI</p>
<p>28/03/2017 14:29</p>	<p>Unidad de Cuidados Intensivos</p>	<p>Paciente con meningitis de origen desconocido posiblemente bacteriana vs tuberculosa, quien presenta hidrocefalia obstructiva, el día de hoy con evolución inadecuada, sin reflejos de tallos, se solicita test de apnea, el cual es positivo para muerte cerebral, valorado por neurocirugia quien considera muerte cerebral. Se le informa a la familia.</p>
<p>28/03/2017 15:57</p>	<p>Unidad de Cuidados Intensivos</p>	<p>Paciente que presenta muerte. Se declara muerte a las 15:35 Se diligencia certificado.</p>

4.2. Dictamen pericial

4.2.1. Dictamen pericial de noviembre de 2017, rendido por **Jovanny de la Trinidad Garcés Montoya**, médico especialista en medicina de urgencias de la Universidad CES. (001DemandaAnexos.pdf- fl. 349-368):

PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO

Jovanny de la Trinidad Garcés Montoya

Cedula: 71265320 de Medellín.

Médico General FUSM Medellín.

Especialista en Medicina de Urgencias CES

Docente CES

Instructor en Reanimación Cerebrocardiopulmonar FEDSALUD- SCARE

Urgentólogo clínica CardioVid, clínica Las Vegas, Medellín.

Perito CENDES.

Dirección de contacto: Calle 10 A # 22 – 04 U CES. Medellín – Antioquia

Teléfono: 444 05 55 ext. 1601 – 1352

De acuerdo al Código General del Proceso en su artículo 226:

- Expreso que cuento con los conocimientos necesarios, soy imparcial y no tengo impedimento alguno en la peritación que elaboro.
- Declaro que para el interesado que requiere el peritaje no he rendido dictamen pericial en el pasado.
- Se anexa los certificados de formación académica que me acreditan como idóneo para la presente evaluación pericial.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos respecto de aquellos que utilizo en el ejercicio regular de mi profesión, indicando que una cosa es la prestación de los servicios de salud y otra, muy diferente, la elaboración de dictámenes periciales.
- Manifiesto que el dictamen fue elaborado con la historia clínica suministrada por la parte interesada correspondiente al paciente CARLOS ALBERTO RÍOS HENAO.

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

El día 15 de marzo de 2017 consulta el paciente identificado como Carlos Alberto Ríos Henao identificado con CC: 10129011, de sexo masculino a la ESE Salud Pereira como sitio básico de atención de baja complejidad, aquejándose de síntomas respiratorios superiores, se hace diagnóstico clínico de infección de vías respiratorias superiores tipo Sinusitis y recibe tratamiento con trimetropim Sulfa, analgesia y antihistamínicos. Posteriormente reconsulta el día 17 de marzo con cefalea y paresia de miembro inferior derecho. Se enfocó de manera clínica como sinusitis y radiculopatía, recibió tratamiento para esas afecciones y se dio de alta. Reconsulta nuevamente el 21 de marzo por cefalea y el médico tratante describe dolor en rodilla derecha y realiza diagnóstico clínico de artritis, recibe analgesia, dosis de esteroide y opioide débil. Reingresa el 22 de marzo nuevamente a la misma entidad por cefalea, alteración del estado de conciencia y el antecedente de la alteración motora previa. Ya se sospecha como posibilidad diagnóstica neuro-infección, solicitan paraclínicos no se realiza punción lumbar y se inicia de manera empírica tratamiento con ceftriaxona 1 gramo cada 12 horas endovenoso. Se indica aislamiento de contacto y se inicia proceso de remisión a mayor complejidad de atención. Se realiza traslado primario e ingresa al hospital universitario San Jorge donde se ordena TAC de cráneo simple por alteración en el estado de conciencia, se piden estudios de extensión y además se interpreta parcial de orina como infección urinaria. Se cambia tratamiento a ampicilina sulbactam y se pide valoración por medicina interna y por neurología.

El paciente persiste con fiebre, deterioro de conciencia, no mejoría del cuadro clínico, se cambia tratamiento antibiótico a ceftriaxona y vancomicina, nunca se realiza la punción lumbar, se interpretó la TAC por neurología como posible edema cerebral y se deteriora rápidamente, en 4 días la evolución es tórpida, requiere incluso intubación orotraqueal por falla ventilatoria y mayor deterioro del estado de conciencia. No hay mejoría del cuadro, no se logra realizar nunca la punción lumbar, no se aísla por ende el germen, el paciente no responde a la terapia, presenta hidrocefalia en la TAC simple y el desenlace de su evolución es edema cerebral y muerte encefálica.

CORRELACIÓN CLÍNICA Y MEDICO-LEGAL

Paciente masculino de 48 años, sin antecedentes mayores de base o de importancia para la enfermedad actual que presentó. Consulta por un cuadro que al inicio puede ser compatible con patologías de tracto respiratorio superior, sea viral o bacteriano, como rinofaringitis aguda o sinusitis aguda. Consulta 48 horas después por persistencia de la cefalea con síntomas de alarma (paresia de miembro inferior derecho). En el contexto de fiebre, cefalea y posible sinusitis con una focalización neurológica objetiva (paresia de una extremidad) se debe sospechar el diagnóstico de neuro infección. Esta descrito en la literatura que la triada clásica para meningitis es: Rigidez nuchal, fiebre y cambios en el estado mental (44% de los pacientes) y si sumamos cefalea a la fiebre que presentaba el paciente, se tiene 2 de 4 criterios con lo que la probabilidad preprueba es del 95%.

El diagnóstico de meningitis consta de 2 pilares fundamentales: La clínica sugestiva y la realización de una punción lumbar para el estudio del líquido cefalorraquídeo. En ocasiones se requiere además la realización de una TAC de cráneo simple antes de la punción lumbar, pero son situaciones muy puntuales descritas en las guías y la literatura. Para este paciente en particular desde la segunda consulta tenía un síntoma de alarma que era la focalización neurológica, lo que obliga además a descartar lesión ocupante de espacio dentro del contexto de una meningitis (absceso cerebral o epidural), por lo que estaba indicado la realización de una TAC de cráneo simple, según los criterios de Hasbun. Si la realización de la TAC no era posible y el médico consideró según su proceder que no debía realizar punción lumbar, lo cual no se precisa en la historia clínica, se debió haber iniciado sin retraso cubrimiento antibiótico para este grupo poblacional según guías, para el cubrimiento de los gérmenes más comunes de 2 a 50 años (*Neisseria meningitidis* y *Streptococcus Pneumoniae*). Concomitante al inicio del tratamiento antibiótico, sin retraso por la punción lumbar se debió iniciar proceso de remisión para una mayor complejidad donde se pudiera realizar TAC y después punción lumbar si era posible.

La meningitis es una patología infecciosa que tiene una mortalidad del 15 al 20% y está asociada con importantes secuelas neurológicas, sin embargo, el diagnóstico temprano y por ende el inicio de la terapia antibiótica temprana y/o antiviral tiene importantes beneficios en el pronóstico del paciente tanto para disminuir las secuelas neurológicas como la mortalidad, sobre todo si este tratamiento se inicia en las primeras 3 horas de atención. Este paciente desde la segunda consulta tenía síntomas que obligaban a descartar una meningitis y debió haber recibido tratamiento como tal, sin tener retrasos por la realización de la punción lumbar o no. Con respecto a la realización del procedimiento, tenía una TAC de ingreso del hospital de remisión, leída por un radiólogo que no indicaba edema cerebral, por lo

que después de esta neuroimagen se debió haber puncionado el paciente y continuar la terapia antibiótica empírica y después dirigida según el gram, los cultivos y los estudios moleculares que se le solicitarían, como lo dice la literatura médica actual.

El desenlace de este paciente puede presentarse en casos de meningitis bacteriana o meningo encefalitis viral, sobre todo con signos de gravedad hasta en el 65% de los casos, pero teniendo en cuenta el retraso de casi 7 días en recibir el tratamiento correcto, el desenlace final pudo haber sido diferente. El diagnóstico adecuado y oportuno sumado al inicio inmediato de la terapia antibiótica empírica impacta positivamente la historia natural de la enfermedad disminuyendo así la morbimortalidad de esta patología.

RESPUESTAS A CUESTIONARIO PROPUESTO

1. Para la consulta del día 15 de marzo de 2017 en la Unidad Local, se pregunta lo siguiente:

1.1. Los síntomas y hallazgos encontrados eran concluyentes para tener como hipótesis de diagnóstico una SINUSITIS.

RESPUESTA: Según la historia clínica proporcionada sí es coherente el diagnóstico descrito.

1.2. Existía claridad para esa consulta frente al examen y evaluación médica e interrogatorio al paciente sobre las características y demás detalles de la cefalea. SI o NO. Explicando La respuesta.

RESPUESTA: No existía claridad. Revisando la historia clínica faltan elementos en la anamnesis que ayuden a tener claridad sobre diagnósticos diferenciales, precisar tipo de dolor en cefalea (pulsátil, quemazón, tensión, etc.), irradiación del dolor, síntomas banderas rojas en cefalea o describir que no están presentes. Además, precisar el síntoma mareo (sensación de giro, náuseas y vomito o alteración de la marcha). Estos elementos ayudan a precisar más el cuadro clínico y no están presentes en la historia clínica suministrada.

1.3. Ante el diagnóstico dado fue coherente haber ordenado TRIMETROPIM SULFAMETOXADOL. SI o NO. Explicando la respuesta.

RESPUESTA: Ante el diagnóstico realizado sí es coherente el tratamiento descrito y está dentro de las líneas de tratamiento.

1.4. Era necesario en esta consulta haber ordenado algún medio de diagnóstico diferente al ojo clínico. SI o NO. Explicando la respuesta.

RESPUESTA: No. En un paciente inmunocompetente, sin antecedentes de base es coherente el diagnóstico de sinusitis en la primera consulta solo con la anamnesis y el examen físico, no requiere ayudas diagnósticas.

2. Para la consulta del día 17 de marzo de 2017 en la Unidad Local, se pregunta:
2.1. Ante la persistencia de la cefalea que no había mejorado, náuseas, vértigo y alteración motora (paresia del miembro inferior derecho), los diagnósticos dados en esta nueva oportunidad (SINUSITIS – TRASTORNO DEL DISCO LUMBAR), fueron prudentes, diligentes y coherentes con los hallazgos y manifestaciones. SI o NO. Explicar respuesta.

RESPUESTA: No. Según la historia aportada, el paciente continuaba cefalea más un síntoma de focalización neurológica (hemiparesia o paresia derecha), no encuentro elementos en la historia clínica que hagan sospechar radiculopatía, por ende, el diagnóstico de trabajo para ese momento debió haber sido cefalea con síntomas de alarma o banderas roja.

2.2. Ante la persistencia de los síntomas y nuevas presentaciones del cuadro clínico, podía hablarse que no había banderas rojas. SI o NO. Explicar respuesta.

RESPUESTA: Ver respuesta anterior.

2.3. El cuadro en ese momento ante la persistencia de los síntomas y nuevas manifestaciones y hallazgos ameritaban seguir aplicando calmantes o buscar la causa de las dolencias. Explicar respuesta.

RESPUESTA: Según la historia clínica suministrada, el paciente venía con una reconsulta, cefalea persistente y un síntoma de alarma (hemiparesia) lo que obliga a tener otras posibilidades diagnósticas, entre ellas, la más importante una neuro infección.

2.4°. Si se ordenaron exámenes de Rx lumbar y senos paranasales y la orden del médico fue revalorar el paciente con resultados, sin embargo, ante la mejoría del dolor se decide dar de alta y control con reportes, dicha conducta fue prudente, diligente y oportuno. SI o NO. Explicar respuesta.

RESPUESTA: Los Rx de columna lumbar y senos paranasales son inaportantes para el cuadro clínico del paciente, no aclaran ni descartan su patología según lo referido en la enfermedad actual. Sin embargo, la conducta debió haber sido buscar la causa de la cefalea persistente y hemiparesia derecha, a través de otras ayudas diagnósticas, no dar de alta sin diagnóstico claro.

3. Para la consulta del martes 21 de marzo de 2017 a la misma entidad -Unidad Local, se pregunta.

3.1. A esas alturas y ante la repetitividad el cuadro debía haberse agotado los exámenes que desde el día Viernes 17 de marzo se había Ordenado, dado que no se habían hecho y el lunes había sido festivo. SI o NO. Explicar respuesta.

RESPUESTA: Como se explicó en la respuesta anterior la radiografía de senos paranasales y de columna lumbar no tiene pertinencia en la evaluación del paciente y no cambian su pronóstico.

3.2. En esta oportunidad era imperativo la valoración y participación de un especialista así hubiera sido por remisión, que ayudara a los médicos generales a orientar el diagnóstico y tratamiento. SI o NO. Explicar respuesta.

RESPUESTA: Para la sospecha diagnóstica que tenían los médicos generales en ese momento, según la historia clínica suministrada, no era necesaria la competencia de un especialista para llegar a un diagnóstico.

3.2. Si la manifestación del paciente fue que tenía mucho dolor de cabeza, el enfoque diagnóstico ha debido centrarse en esa constante de todas las consultas. SI o NO. Explicar respuesta.

RESPUESTA: Sí. El síntoma cardinal fue la cefalea, se debió indagar en el interrogatorio, características de la cefalea, irradiación, tipo de cefalea, síntomas acompañantes y síntomas banderas rojas.

3.2. La dificultad al caminar en el paciente con su rodilla derecha, generó para el caso el dolor a la palpación de su rodilla derecha. SI o NO. Explicar respuesta.

RESPUESTA: No. La paresia en sí misma no genera dolor en la extremidad.

3.3. El diagnóstico único dado de artritis en esta oportunidad, desconociendo la cefalea que ya venía documentada y como manifestación constante, fue prudente, diligente y oportuna. SI o NO. Explicando la respuesta.

RESPUESTA: No. Dentro del cuadro clínico descrito en la historia suministrada no hay elementos que expliquen el diagnóstico de una artritis y el contexto global del paciente (cefalea, fiebre, alteración motora) no se relacionan con esto. Al examen físico no se describen signos clínicos de artritis como edema, calor o rubor.

3.4 Los analgésicos utilizados en esta oportunidad eran lo más potentes que podían haberse brindado SI o NO. Explicando la respuesta.

RESPUESTA: No son los más potentes, pero para el síntoma descrito y el cuadro clínico esta escala analgésica inicial fue prudente y correcta.

3.5 El cuadro hemático y parcial de orina ordenados en realidad permitían clarificar el cuadro clínico del paciente. SI o NO. Explicar la respuesta.

RESPUESTA: No. El examen que aporta la validez del diagnóstico para esta patología es el estudio del citoquímico del líquido cefalorraquídeo.

3.6. *Dada la condición del paciente ser multiconsultante, en esta consulta ameritaba ser dejado en observación y/u Hospitalizado, para clarificar el diagnóstico y síntomas y realizar exámenes diagnósticos. SI o NO. Explicar respuesta.*

RESPUESTA: en vista de que los síntomas persistían, el paciente no mejoraba y tenía una focalización neurológica, se debió haber expandido el interrogatorio y las ayudas diagnósticas para precisar la patología del paciente.

4. *Consulta del 23 de marzo de 2017 en el Hospital Loca., se pregunta*

4.1. *Las características de la cefalea en esta nueva consulta fueron diferentes. SI o NO. Explicando la respuesta.*

RESPUESTA: Sí, la cefalea era igual, pero venía con otros síntomas de alarma asociados a la cefalea, lo que debe alertar más aún sobre otra posibilidad diagnóstica diferente a la inicial (sinusitis).

4.2. *El resultado de los exámenes de hemograma y parcial de orina fueron concluyentes para el cuadro clínico. SI o NO. Explicar respuesta.*

RESPUESTA: No. Como se mencionó anteriormente estos paraclínicos no ayudan en el proceso diagnóstico de este paciente.

4.3. *Dado el cuadro clínico a esas alturas la remisión debía ser inmediata o como se hizo estuvo bien. Explicar respuesta.*

RESPUESTA: Si no se disponía una TAC de cráneo simple y una punción lumbar la remisión debió haber sido inmediata.

4.4. *Pudo haberse agotado en dicha entidad algún examen que pudiera aclarar el diagnóstico dada la claridad de las manifestaciones clínicas.*

RESPUESTA: No

4.5. *Los hallazgos y signos evidenciaban un proceso a nivel neurológico como una neuroinfección. SI o NO. Explicar respuesta.*

RESPUESTA: Sí. Según la literatura se debe sospechar una neuro infección ante los signos de: Rigidez nuchal, fiebre y cambios en el estado mental (44% de los pacientes) y si sumamos cefalea a la fiebre, se tiene 2 de 4 criterios con lo que la probabilidad preprueba es del 95%.

4.6. *Cómo complemento de la anterior era evidente el diagnóstico de Meningitis ante los signos de rigidez de nuca, Babinsky y Bridzinsky y glasgow 12/15, descritos. SI o NO. Explicar la respuesta.*

RESPUESTA: Sí, se explica en la respuesta anterior.

4.7. *El antibiótico de CEFTRIXONA ordenado en cuanto a dosificación y periodicidad era el indicado. SI o NO. Explicando la respuesta.*

RESPUESTA: No. La dosis de ceftriaxona descrita en la literatura para el tratamiento empírico de la meningitis es 2 gramos intravenosos cada 12 horas.

4.8. *Existió demora en el suministro del CEFTRIAXONA dado que al momento de ordenarse no se pudo iniciar por no haber en el servicio y solo se inició pasadas 8 horas. SI o NO. Explicando La respuesta.*

RESPUESTA: Según la historia clínica suministrada en la página 11, hay una nota de enfermería que indica que no se administra el medicamento por no estar disponible. Con la evidencia suministrada no puedo estimar el tiempo exacto en el retraso para la administración del fármaco.

4.9 La remisión fue oportuna SI o NO. Explicar la respuesta.

RESPUESTA: No. Se dejó el paciente en observación y requería traslado a un nivel mayor de complejidad, para realización de TAC y posible punción lumbar y monitoreo en unidad de alta dependencia.

5. Frente a los interrogantes formulados frente al Hospital Local ESE Salud Pereira, el perito expresará sus conclusiones y nos dirá, si hubo fallas, descuidos o negligencia en la atención del paciente. Explicando la respuesta.

RESPUESTA: Después de revisar la historia clínica suministrada se considera que la atención del paciente Carlos Alberto Ríos Henao, tuvo los siguientes fallos desde el punto de vista clínico:

- Retraso en reconocer síntomas banderas rojas en un paciente que consulta en varias oportunidades por cefalea.
- Precisar el síntoma de cefalea (características de esta) y los síntomas asociados como fiebre, hemiparesia y alteración del estado mental para sospechar la triada clásica de meningitis o los 2 de 4 criterios para su diagnóstico clínico.
- Por el retraso en el reconocimiento clínico no se pensó en la necesidad temprana de la ayuda diagnóstica más importante: La punción lumbar con estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR).
- Si no era posible realizarla por recurso no disponible o necesidad de realizar TAC antes de la PL, se debió de manera inmediata haber iniciado la dosis de antibiótico antes mencionada y proceso de remisión a una complejidad mayor donde el paciente tuviera acceso a estas ayudas diagnósticas. Se concluye entonces que si se presentan fallas dentro del proceso de atención de este paciente que pudieron impactar negativamente en su pronóstico y desenlace clínico.

6. El paciente ingresa al Hospital Universitario San Jorge de Pereira el día 23 de marzo de 2017 a las 04:20 p.m., con diagnóstico y tratamiento para una meningitis. Se pregunta:

6.1. Los cambios del paciente al momento del ingreso en cuanto a signos y glasgow eran indicativos de que el tratamiento ofrecido en la unidad local estaba haciendo su efecto positivo en el enfermo. SI o NO. Explicar la respuesta.

RESPUESTA: No, la evolución era hacia el deterioro, no había elementos para pensar en mejoría. Venía ya con más síntomas de alarma: fiebre, cefalea y cambios del sensorio, hablando incoherencias.

6.2. Qué explicación tiene que al momento del ingreso al Universitario, el glasgow mejoro, había ausencia de rigidez nuca y ausencia de Babinsky y Bridzinsky.

RESPUESTA: Los signos meníngeos pueden estar presentes solo en el 30% de los pacientes con meningitis, la variación o fluctuación en el estado de conciencia se puede presentar en las patologías infecciosas y más si son de sistema nervioso central por eso al ingreso el paciente pudo estar consciente y después tornarse desorientado o hablando incoherencias, esto hace parte de la historia natural de la enfermedad.

6.3. Teniendo en cuenta que ya venía con un tratamiento instaurado y se decidió en el Universitario Aislamiento, debía haberse continuado con el mismo esquema de antibiótico que venía recibiendo. SI o NO. Explicar respuesta.

RESPUESTA: No, pues se debió optimizar la dosis de ceftriaxona como se describió anteriormente (2 gramos cada 12 hs IV) y adicionar vancomicina como parte del tratamiento empírico para una neuro infección.

6.4. Las valoraciones por neurología y medicina interna, eran necesarias y útiles para clarificar el diagnóstico y tratamiento. SI o NO. y fue una falla no haber brindado la valoración por internista. SI o NO. Explicar respuesta.

RESPUESTA: Sí, la valoración por neurología es útil y puede ayudar a orientar el diagnóstico y tratamiento ya que se considera que el neurólogo hace parte de los expertos junto con infectología en el tratamiento de las infecciones del sistema nervioso central. Tiene la competencia académica y la formación para realizarlo. Sin embargo, la valoración por medicina interna no tiene ningún aporte adicional dentro de la valoración de este paciente y no se considera una falla el no haber accedido a su atención.

6.5. Cuándo se indica al ingreso que se solicitaran paraclínicos de extensión, que comprende los mismos, para que sirven y en qué días fueron ordenados y realizados y se hicieron oportunamente. Explicar respuesta.

RESPUESTA: Los estudios de extensión hacen referencia a las ayudas paraclínicas como imágenes, hematología, química sanguínea, etc., que ayuden a determinar cuál es el origen de la patología de un paciente y si esta tiene extensión sistémica (afección de otros órganos), como ocurre en la sepsis.

En el caso del paciente en mención se ordenaron de manera adecuada al ingreso, se realizaron de manera oportuna y se solicitó una TAC de cráneo simple que era fundamental para determinar si había lesiones ocupantes de espacio (absceso epidural, cerebral o subdural) que contraindicaran la realización de una punción lumbar.

7. Para el día 24 de marzo de 2017 se pregunta lo siguiente:

7.1º. Qué comprende el concepto del especialista al ver el TAC "Borramiento de surcos cerebrales".

RESPUESTA: El borramiento de los surcos cerebrales se considera uno de los signos indirectos de probable edema cerebral, pero debe ir sumado al contexto clínico del paciente y la evidencia de otros signos que no están descritos en la lectura de la TAC del paciente como: Posición de la línea media, cisternas abiertas o no, cómo está el cuarto ventrículo y si hay o no lesión ocupante de espacio.

7.2. Se ajustaba más a la realidad clínica del paciente el concepto del especialista que el reporte del radiólogo. SI o NO. Explicando la respuesta.

RESPUESTA: No. Por lo mencionado anteriormente, por la preparación y formación que tiene el profesional en radiología, el concepto más idóneo para la realidad clínica del paciente era el del radiólogo.

7.3. Ante el concepto del especialista, por qué razón era importante y útil la Resonancia Magnética simple y contrastada que ordenó, que aportaba a la claridad del diagnóstico dicho examen y si la ausencia de dicho examen constituye una falla o descuido en la atención integral del paciente. Explicar respuesta.

RESPUESTA: Ante el cuadro clínico inicial del paciente, el resultado de la TAC y lo referido en la historia de remisión, no era necesario la realización de una resonancia cerebral. Con los elementos descritos era suficiente para tomar la decisión de realizar una punción lumbar y tomar conducta terapéutica.

7.4 Existe error de interpretación o de nota médica cuando en la nota del especialista se indica "no se debe aplazar la punción lumbar hasta que no se definan las lesiones cerebrales" y en notas de otros medico se da entender que hasta que no se definan las lesiones cerebrales se debe aplazar la punción lumbar, por favor aclarar dicha situación.

RESPUESTA: Existe error de interpretación en lo descrito por el especialista, finalmente por los elementos brindados en la historia clínica y las evoluciones posteriores la interpretación fue no realizar la punción lumbar hasta que no se descartara edema cerebral o lesiones intracraneales porque esto contraindica la realización de la punción lumbar, por el riesgo de herniación cerebral.

7.5. Bajo la condición del paciente, por qué era importante la punción lumbar y en qué momento ha debido realizarse, dada la orden médica y el aporte que brindaba. Explicar respuesta.

RESPUESTA: Como se explicó anteriormente la punción lumbar (PL) es fundamental para el diagnóstico de meningitis y guiar el tratamiento. Esta se debió realizar al ingreso, después de evidenciar que en la TAC no había lesiones ocupantes de espacio. Su aporte es el diagnóstico de neuro infección y según los cultivos y estudios moleculares indican el tratamiento a seguir de manera dirigida y no empírica.

7.6. Para este día ante el deterioro del paciente y la no realización de la punción lumbar se reinicia CEFTRIXONA y le suman en la orden VANCOMICINA, teniendo en cuenta que en la remisión al Universitario se tenía diagnóstico de neuro-infección del sistema nervioso central y ya le habían suministrado una dosis de ceftriaxona, la ausencia de la continuidad del tratamiento denota una falla en la atención, tratamiento, diagnóstico y seguimiento. SI o NO. Explicar la respuesta.

RESPUESTA: Sí. El retraso en el tratamiento empírico adecuado empeora la mortalidad y las secuelas neurológicas, por lo cual es una falla en la atención.

8° Para el día 25 de marzo de 2017 se afirma que fue necesario ajustar la dosis de antibiótico dada la escasa penetración de la barrera hemato-encefálica, se pregunta:

8.1. Si el paciente hubiera tenido continuidad en el tratamiento iniciado en la unidad local con los ajustes del caso, era más probable el beneficio y la permeabilidad a la barrera hemato-encefálica dado el tiempo que transcurrió, en el Universitario sin recibir dicho antibiótico dirigido al sistema nervioso central. SI o NO. Explicar respuesta.

RESPUESTA: Sí. La continuidad de la ceftriaxona a la dosis indicada y la adición de vancomicina puede tener un efecto positivo sobre el pronóstico. Pero el ajuste posterior de la vancomicina poco pudo aportar sobre el desenlace final, pues si bien es un antibiótico dosis dependiente y no tiempo dependiente, esta descrito en las guías y protocolos la dosis que se le indicó al paciente (1200 mg cada 12 hs) por lo que es correcto y prudente esta dosis utilizada al inicio de la formulación.

8.2. Para ese día se indicó que neurología clínica debía definir el momento de la punción, verdaderamente hubo participación de neurólogo clínico a diferencia de neurocirujano, que definiera no solo la punción, sino el tratamiento a seguir en el paciente. SI o NO. Explicar respuesta.

RESPUESTA: No encuentro en la historia clínica suministrada evidencia o notas de valoración por neurología clínica para ese momento.

8.3. Qué ajuste se hizo ese día en los antibióticos. Explicar respuesta.

RESPUESTA: Según historia clínica suministrada se realiza ajuste de vancomicina a 500 mg cada 6 hs y luego a 750 mg cada 6 hs. La dosis formulada inicialmente

fue de 1200 mg cada 12 hs. Según la historia, esta modificación se realiza con el fin de mejorar la penetrancia de la vancomicina al sistema nervioso central.

9. Para el día 26 de marzo de 2017, se pregunta lo siguiente:

9.1. Por qué le realizaron intubación orotraqueal. Explicar respuesta.

RESPUESTA: Porque el paciente presentó, según la historia clínica, deterioro del estado de conciencia y desaturación con aumento del trabajo respiratorio. Lo cual indica la necesidad de asegurar la vía aérea con un tubo orotraqueal como se realizó en el paciente, este procedimiento se realiza para optimizar la oxigenación y protección de la vía aérea en pacientes con compromiso de la oxigenación y/o del estado de conciencia.

9.2. Qué indicaba el RX de Tórax portartil que reportaba a esas alturas infiltrados intesticales parahiliares bilaterales. Explicar respuesta.

RESPUESTA: Estos hallazgos se pueden apreciar en un paciente críticamente enfermo bajo proceso de reanimación hídrica, hace parte de la evolución que puede tener un paciente en reanimación activa en un proceso infeccioso.

9.3. Por qué razón se tuvo que pasar catéter central subclavio derecho. Explicar respuesta.

RESPUESTA: El catéter venoso central (CVC) es un recurso que permite la administración de vasopresores, antibióticos irritantes (que producen flebitis), acceso venoso único, evitar venopunciones repetidas y toma de muestras en los pacientes críticamente enfermos, ya que el paciente se deterioró y requirió intubación orotraqueal, el paso de un CVC hace parte de la atención y tratamiento de un paciente críticamente enfermo y más en el contexto de una unidad de alta dependencia (UCI).

9.4. Para ese momento ante el reporte del TAC y el hallazgo de hidrocefalia, teniendo en cuenta que estaba pendiente la Resonancia, la punción lumbar, debía haberse realizado en el menor tiempo una derivación para liberar la presión que generaba la hidrocefalia en el cerebro. Si o NO. Explicar respuesta.

RESPUESTA: No. La derivación o el drenaje del LCR cuando hay hidrocefalia en el contexto infeccioso no tiene estudios bien diseñados como RTC o metaanálisis, que demuestren beneficio sobre la morbilidad o mortalidad de los pacientes, por lo cual no está indicada.

9.5. En qué consiste una derivación en una hidrocefalia. Explicar.

RESPUESTA: Consiste en realizar una derivación por un catéter entre el sistema ventricular (sistema nervioso central) y el exterior, para liberar la presión y el exceso de producción del LCR por una patología como un sangrado por un accidente cerebrovascular hemorrágico o isquémico o una hemorragia subaracnoidea. Esto permite drenaje del líquido ante una elevación marcada de la presión intracraneal, monitoreo de la PIC y toma de cultivos.

9.6. Qué indicaba la anisocoria e hiporeflexia que presentaba para ese momento el paciente. Por favor explicar.

RESPUESTA: La anisocoria en el contexto de una patología de sistema nervioso central es un indicador de posible aumento de la presión intracraneal y posible herniación cerebral, que hace parte de la presentación del cuadro de este paciente para el momento de la evolución en que se encontraba. La hiporeflexia es un hallazgo descrito en el síndrome de neurona motora inferior, compromiso de sistema nervioso periférico, pero puede estar presente en patologías metabólicas, como hipocalcemia, miopatía del paciente críticamente enfermo, solo describen hiporeflexia, no precisan en donde y si es simétrica o no, por lo que no tengo elementos de la historia clínica para emitir un juicio objetivo, en el contexto clínico de este paciente.

9.7. *Por qué se solicitó a esas alturas descartar meningitis TBC y que comprende dicho término. Explicar respuesta.*

RESPUESTA: La meningitis por TBC hace alusión a la infección en el sistema nervioso central por mycobacterium tuberculosis, una micobacteria de crecimiento lento, altamente prevalente en nuestra población, que puede producir compromiso en sistema nervioso central con grave deterioro y mala respuesta al tratamiento antibiótico convencional en meningitis. Esta requiere para su diagnóstico el estudio del LCR, ya sea por pruebas moleculares o hallazgos indirectos como la medición del ADA (adenosin de aminasa) en el LCR o el resultado del citoquímico del LCR. Por la historia clínica suministrada, los hallazgos según la historia médica y los paraclínicos realizados se pudo haber pensado en meningitis por TB por la mala progresión clínica, la pobre respuesta al tratamiento antibiótico instaurado y el compromiso de los lóbulos temporales que se evidenció en la TAC, ya que este tipo de infección puede generar este compromiso, por lo que tener este diagnóstico como posible o probable con los hallazgos descritos, era prudente y correcto.

9.8. *Cuándo se indica que considerar meningitis bacteriana por foco mastoideo izquierdo, ese foco había sido identificado en el primer TAC realizado o en qué momento se identificó el foco en mastoideo. Explicar respuesta.*

RESPUESTA: El foco mastoideo fue identificado el día del ingreso al hospital de remisión, en la TAC de ingreso se reporta: sinusitis maxilar izquierda y signos de mastoiditis izquierda. Por lo cual para ese momento (23 de marzo de 2017) se tenía el diagnóstico tomográfico.

10. *Para el día 27 de marzo de 2017 se pregunta:*

10.1. *Cuándo se afirma que hay signos claros de un proceso infeccioso del sistema nervioso central, con ello se confirma que la remisión hecha por la unidad local y los signos encontrados al examen físico y el tratamiento ordenado, debía haberse continuado y si era el caso adecuarse en la evolución de enfermedad. SI o NO. Explicar respuesta.*

RESPUESTA: Sí, se debió continuar el tratamiento antibiótico ordenado (ceftriaxona), ajustar la dosis de este, agregar la vancomicina, el esteroide y determinar si se podía realizar la PL o no después de la TAC.

10.2°. *Para ese momento como se afirma dadas las condiciones del paciente la punción lumbar estaba contraindicada. SI o NO. Explicar respuesta.*

RESPUESTA: Para ese momento sí se contraindicaba ya la punción lumbar pues había signos de focalización neurológica y posible hipertensión intracraneal, con alto riesgo de herniación cerebral y muerte si se realizaba la PL para ese momento.

10.3. *Antes de este día 27 de marzo de 2017 era contraindicada la punción lumbar SI o NO. Explicar respuesta.*

RESPUESTA: Antes de eso NO estaba contraindicada la PL, esta debió haber sido realizada el día del ingreso a hospital de referencia (23 de marzo), después de tener el resultado de la TAC, el cual descartaba lesión intracraneal ocupante de espacio (según lectura de radiología) que contraindicara la realización de la PL.

10.4. *Ante un diagnóstico de infección del sistema nervioso central, con hallazgos y signos claros, como en este caso que se dieron en la unidad local, que tratamiento debía continuarse, incluyendo medios de diagnóstico, exámenes y medicación conforme a las guías y manuales médicos. Explicar respuesta.*

RESPUESTA: Ante la sospecha de una neuro infección en un paciente con signos de focalización neurológica (paresia derecha, habla incoherencias, fluctuación del estado de conciencia), el proceder según la literatura es el siguiente.

- Realizar TAC de cráneo simple antes de PL, para descartar contraindicación. Si no estaba contraindicado, realizar PL para estudio de LCR, toma de cultivos y pruebas moleculares (Gram, cultivo de gérmenes aerobios, tinta china, film Array, etc.)

- Continuar tratamiento antibiótico con ceftriaxona y ajustarlo a dosis de 2 gramos intravenosos cada 12 hs, agregar vancomicina dosis de 15 a 20 mg/kg cada 12 a 8 hs y dexametasona 0.15 mg/kg IV cada 6 hs por 2 a 4 días.

10.5. *Qué se buscaba con la orden y suministro de la dexametasona.*

RESPUESTA: El uso de la dexametasona en meningitis o posible neuro infección bacteriana busca reducir del riesgo de desenlaces desfavorables 15% vs. 25% en los pacientes que sí lo recibieron, según los estudios, y mortalidad 7% vs. 15%, muchos más si la infección es causada por pneumococo (34%).

10.6°. *Cuándo se indica que hay mala penetración de la medicación al sistema nervioso central y fue necesario optimizar la dosis, vuelve y se pregunta, si desde el inicio se hubiera continuado el manejo instaurado de la unidad local dado el transcurso del tiempo sin protección antibiótica, la probabilidad de penetración al área central hubiera sido mayor. SI o NO. Explicando la respuesta.*

RESPUESTA: No. La continuidad de la ceftriaxona no mejora la penetrancia de la vancomicina al sistema nervioso central (SNC). La poca penetrancia de este antibiótico al SNC es una condición inherente de medicamento que no se ve modificada por la utilización de otro antibiótico, sino por la formulación (dosis e intervalo de formulación), la farmacocinética y farmacodinámica del medicamento, no por la patología o el uso de otro antibiótico.

10.7. *La aparición de la hidrocefalia contribuía a la no permeabilidad o penetración del antibiótico al sistema nervioso central. SI o NO. Explicando la respuesta.*

RESPUESTA: Si la hidrocefalia y la poca permeabilidad de la barrera hematoencefálica en procesos inflamatorios pueden disminuir la penetrancia de un fármaco al SNC.

10.8. *La derivación era una opción válida y que debía haberse hecho en el menor tiempo posible para mejorar la penetración del antibiótico al sistema nervioso central. SI o NO. Explicar la respuesta.*

RESPUESTA: No. Como se respondió en la pregunta 9.4 la derivación no tiene estudios o reportes bibliográficos serios que avalen su uso en hidrocefalia de origen infeccioso y no mejora la penetración del fármaco a SNC.

10.9° *Qué comprende que en el TAC descrito este día se hubiera observado disminución de la profundidad de los surcos corticales y pérdida de la diferencia de sustancia gris y blanca con signos de edema cerebral e hidrocefalia comunicante. Explicar*

RESPUESTA: Los descrito en la TAC como disminución de la profundidad de los surcos corticales y pérdida de la diferencia de sustancia gris y blanca son signos secundarios de edema cerebral, al igual que la hidrocefalia en este caso habla de hipertensión endocraneana secundaria al proceso infeccioso que padecía el paciente según la historia clínica y el cuadro descrito.

10.10. *Con la resonancia magnética se hubiera diagnosticado a tiempo la Hidrocefalia presentada. SI o NO. Explicar respuesta.*

RESPUESTA: No. Con la TAC y el cuadro clínico se pudo detectar la hidrocefalia, la resonancia aporta elementos muy importantes, pero vital la TAC y la PL para el momento del ingreso.

10.11°. *Cuándo se habla de hidrocefalia comunicante, denota dicha situación un avance considerable en dicha patología. SI o NO.*

RESPUESTA: Sí. La hidrocefalia hace alusión a un aumento de la presión endocraneana dado por el proceso infeccioso en curso, esto habla de incremento en la gravedad de la patología.

10.12°. *La solución a la hidrocefalia ha debido ser la derivación para descomprimir el líquido cefaloraquídeo que se acumulaba. SI o NO. Explicar la respuesta.*

RESPUESTA: No, ver respuesta 9.4 y 10.8

11. Para el día 28 de marzo de 2017 y fecha de la muerte del paciente, se pregunta:

11.1 Cuándo se indica lesión neurología irreversible, que comprende. Explicar:

RESPUESTA: El término lesión neurológica irreversible para el contexto clínico de este paciente y según la historia clínica suministrada hace referencia a un daño neurológico estructural, instaurado, que no es posible detenerlo o mejorarlo a través de la terapia médica o quirúrgica, evidenciado por los hallazgos tomográficos y el examen físico.

11.2. Por qué se suspendió a esas alturas la Resonancia. Explicar respuesta.

RESPUESTA: Porque para ese momento se evidenciaba en la TAC y por la evolución clínica un daño neurológico irreversible con patología avanzada, donde la terapia medica no podía beneficiar al paciente y ya para ese estado tan avanzado de la enfermedad la RNM no daría aporte a el proceso terapéutico ni diagnóstico.

11.3. Cuándo se habla de hidrocefalia obstructiva que comprende. Explicar.

RESPUESTA: Hace referencia a la obstrucción del sistema ventricular y de drenaje del LCR por una patología estructural o por un proceso infeccioso avanzado, que produce hipertensión endocraneana y si progresa termina en herniación cerebral y esta conlleva a la muerte.

11.4. Cuándo se dice sin reflejos de tallos y se solicita TEST de apnea, que significa eso. Explicar respuesta.

RESPUESTA: La ausencia de reflejos de tallo y realizar test de apnea hacen parte del proceso y protocolo diagnóstico de un paciente con sospecha de muerte cerebral. La ausencia de reflejos de tallo cerebral habla de compromiso irreversible del SNC y muerte cerebral.

12°. Acorde al cuestionario anteriormente formulado se pregunta lo siguiente:

12.1°. Se creyó poco en el Hospital Universitario San Jorge en el diagnóstico y hallazgos encontrados en el Hospital Local. SI o NO. Explicar respuesta.

RESPUESTA: Respetuosamente considero que el adjetivo poco no se debe utilizar en la evaluación diagnóstica de un paciente, es bien sabido que la medicina y el proceso salud enfermedad son elementos dinámicos, que pueden variar de una valoración a otra. Considero no utilizar adjetivos calificativos en mi valoración como perito, solo indico que se debió investigar y enfocar más hacia el descarte de una patología infecciosa en SNC.

12.2. Existió mejoría del paciente con el tratamiento antibiótico ofrecido en el Hospital Local para el proceso infeccioso del sistema nervioso central diagnosticado allí, que se vio reflejado ante los hallazgos y signos de mejoría al ingreso al Hospital Universitario San Jorge. SI o NO. Explicar la respuesta.

RESPUESTA: No, como se explicó anteriormente la fluctuación en el estado de conciencia, de los signos vitales y los síntomas hacen parte del proceso variable de cualquier patología infecciosa y no necesariamente indican una mejoría sobre todo en las primeras 48 horas de tratamiento.

12.3. Existe explicación dentro de la historia clínica del porque nunca se realizó la Resonancia magnética Nuclear, ni la punción lumbar antes de estar contraindicados ambos. SI o NO. Explicar respuesta.

RESPUESTA: No existe evidencia en la historia clínica que demuestre por qué no se realizó la RNM antes de estar contraindicada. Si se describe en la historia clínica que por el hallazgo que describe el neurólogo como "borramiento de los surcos cerebrales", no se realiza la PL. Hallazgo descrito desde la primera valoración por neurología.

12.4°. Tuvo valoración por medicina interna este paciente. SI o NO. Explicar respuesta.

RESPUESTA: No existe evidencia ni registro en la historia clínica que el paciente haya sido valorado por medicina interna.

12.5. Ante los diagnósticos manejados en este paciente a la familia se le debía iniciar protección de alguna índole y se dio en este caso. Explicar respuesta.

RESPUESTA: Según las guías se debe dar profilaxis secundaria a los contactos estrechos del paciente cuando hay infección por Hbi y N. meningitidis. No tenemos aislamiento de germen en este paciente y no se evidencia en la historia clínica realización de profilaxis secundaria a los familiares.

12.6°. Existió falla, descuido, negligencia en la atención integral del paciente por parte de las entidades que lo manejaron. SI o NO. Explicar respuesta.

RESPUESTA: Según la valoración planteada dado por la historia clínica suministrada, se considera que dentro del enfoque diagnóstico del paciente CARLOS ALBERTO RÍOS, se presentaron fallas en el proceso diagnóstico dados por un interrogatorio incompleto y poco reconocimiento de los signos de alarma. Retraso por esto en el diagnóstico adecuado y por ende retraso en el tratamiento antibiótico y/o antiviral adecuado. Como se planteó ya en el cuestionario, el retraso en el inicio de la terapia antibiótica impacta negativamente en los desenlaces clínicos de los pacientes con neuro infección.

4.2.2. De conformidad con el artículo 220 de la Ley 1437 de 2011, en audiencia del 1º de diciembre de 2020, se dio la contradicción del dictamen rendido por **Jovanny de la Trinidad Garcés Montoya**, anteriormente señalado (025Video1.mp4 y 026Video2.mp4) y de la cual se permite extractar lo siguiente:

*"...soy médico egresado de la Fundación Universitaria San Martín como médico general, **soy médico especialista en medicina de urgencias de la Universidad CES...** en resumen según las dos historias clínicas aportadas de las entidades donde el paciente fue atendido, es un paciente de sexo masculino, que después de haber revisado la historia clínica, la evidencia acerca de la sintomatología de este paciente **y mi experiencia como médico urgentólogo, como perito y como jefe de un servicio, además de docente universitario**, entonces se trata de una paciente en la quinta década de la vida que tiene una primera consulta el 17 de marzo por síntomas, perdón, el día 15 de marzo, una primera consulta por síntomas respiratorios, esos síntomas respiratorios podrían ser compatibles con un cuadro de sinusitis, que fue el diagnóstico inicial, al parecer en ese momento sin síntomas de alarma, era un paciente sano, sin antecedentes patológicos **que después resulta el día 17 ya con una cefalea con síntomas de alarma dados por una hemiparesia del miembro inferior, en esa consulta al paciente se le hace un diagnóstico de una posible radiculopatía**, se continúa con el tratamiento, el paciente posteriormente consulta el 21 porque continúa con cefalea, sensación de vértigos, mareos, **persiste con alteración de miembro inferior**, se hace un diagnóstico de una artritis séptica y posteriormente el 22 vuelve y reconsulta al Hospital de baja complejidad ya con alteraciones del estado de conciencia, persistencia de la cefalea y mayor deterioro **por lo que se considera ahora si un diagnóstico de meningitis y se traslada a un nivel de mayor complejidad**; en ese nivel de mayor complejidad,*

al paciente se le toma una tomografía, esa tomografía en ese momento es interpretada como una tomografía con edema cerebral, **el paciente desgraciadamente presenta un deterioro marcado de su estado clínico, inclusive desde la consulta del 22 y posteriormente después de ser intubado fallece con un edema cerebral**. A mi modo de ver como perito y como especialista en medicina de urgencias, realmente considero que es un paciente en la quinta década de la vida, sano, sin ningún antecedente de base, que en unas primeras consultas del 15 en la baja complejidad, **se pudo haber confundido el diagnóstico inicial, porque muchas veces estos cuadros de neuroinfección al inicio casi todas empiezan con síntomas respiratorios, con síntomas generales, un cuadro inicial de sinusitis, pero posteriormente para el 17, 21 y 22 que fueron las otras consultas, ya tendríamos la sospecha de una meningitis;** y dentro de las fallas o retrasos de la atención que pude encontrar, fue que para la consulta del 17 ya un paciente con una cefalea y una hemiparesia de miembro inferior, son pacientes que se deben evaluar y tener la sospecha de meningitis y que cuando ingresa a la alta complejidad, inmediatamente después de haber revisado la tomografía y verificar que no habían lesiones ocupantes de espacio, se debió haber procedido para hacer una punción lumbar para poder identificar cual era el germen que estaba produciendo la neuroinfección de ese paciente y hacer un tratamiento dirigido para una meningitis; entonces pienso que el retraso en la atención de este paciente en el resumen del dictamen, se dio sobre todo en el retraso de la muestra del líquido cefalorraquídeo y un tratamiento de antibiótico dirigido para un paciente con una posible meningitis, **creo que hay dos momentos de retraso en la atención, el primero fue en la baja complejidad, con la consulta entre el 17 y el 22 para identificar los síntomas en un paciente con una posible meningitis; y el segundo retraso en la atención fue en el nivel de alta complejidad donde no se realiza la punción lumbar y se interpreta la tomografía como una tomografía con edema cerebral**, por eso no se hace la punción y el tratamiento antibiótico adecuado para un paciente de esa edad con meningitis que es CEFTRIAXONE Y VANCOMICINA, realmente se hizo casi dos días después, creo que esos son los dos retrasos que se presentaron importantes, el desenlace final que es la muerte del paciente dado por el edema cerebral y las complicaciones neurológicas, pues simplemente son la cadena de resultados de los retrasos en la atención inicial que describo, esa es como la conclusión pericial y el resumen que tengo frente a este caso. **Inicia interrogatorio la Juez de primera instancia.**

Preguntado: podría precisarle al despacho los documentos que usted tuvo en cuenta para rendir este informe. **Contestado:** los documentos serían la historia clínica suministrada por el CENDES con los resultados de las notas de enfermería, notas de los especialistas, médicos generales y los resultados de las ayudas diagnósticas, esos fueron los documentos para hacer el dictamen pericial y el resultado de mi opinión está basado en la literatura bibliográfica que esta referenciada como referencias bibliográficas al final del dictamen. **Preguntado:** para rendir el dictamen se basó también de pronto en algún protocolo médico que deba de seguirse para asuntos como el que se le puso a usted en estudio. **Contestado:** dentro de los documentos aportados por el CENDES no están los protocolos institucionales, pero valga la aclaración, siempre que se realiza un dictamen, se revisa la bibliografía para esa fecha, la que está vigente, porque por ejemplo las guías de meningitis cambiaron en el 2019, para la fecha de consulta de ese paciente se habla de las guías internacionales y nacionales con las que se debe tratar a un paciente como ese, pero no tengo la guía institucional, sin embargo, le hago la claridad que la guía institucional debe estar acorde con las guías nacionales e internacionales que son dictaminadas para el tratamiento de un paciente con una meningitis. **Preguntado:** de conformidad con lo que usted indica en su dictamen, en el acápite que denomina correlación clínica y médico legal, se señala “consulta por cuadro que al inicio pudo ser compatible con patologías de tracto respiratorio superior sea viral o bacteriano, como rinoфарингитис aguda o sinusitis aguda...”, de conformidad con eso, la atención inicial que recibió el paciente Ríos Henao en la ESE Salud Pereira para el 15 de marzo de 2017, fue adecuada a los síntomas que presentaba

para aquel entonces. **Contestado:** Sí, como decía, estos cuadros al inicio pueden ser cuadros muy difíciles de interpretar, entonces en ese momento el paciente no tenía síntomas de alarma, y en el diagnóstico del día 15 fue un diagnóstico adecuado y yo realmente no encuentro retrasos en la admisión para ese día, prácticamente se pudo haber interpretado como resfriado común, como una faringitis, como sinusitis, entonces creo que es un diagnóstico adecuado. **Preguntado:** en atención con lo que usted acaba entonces de contestar, el dictamen o el resultado o el diagnóstico que se puede dar a un paciente que consulta en las condiciones que lo hizo el señor Ríos Henao el 15 de marzo de 2017 para la ESE Salud Pereira eran unas condiciones que se encontraban al alcance de un nivel de atención como la ESE Salud Pereira. **Contestado.** Sí, para el momento de la consulta del 15, sí, se podía atender en una baja complejidad. **Preguntado:** usted señala en la respuesta a la pregunta 1.2 en el dictamen que "...revisada la historia clínica faltan elementos en la anamnesis que ayuden a tener claridad sobre diagnósticos diferenciales, precisar tipo de dolor en cefalea (pulsátil, quemazón, tensión, etc.), irradiación del dolor, síntomas banderas rojas en cefalea o describir que no están presentes. Además, precisar el síntoma de mareo (sensación de giro, náuseas y vomito o alteración de la marcha). Estos elementos ayudan a precisar más el cuadro clínico y no están presentes en la historia clínica suministrada" se pregunta, un interrogatorio más completo al que se le realizó al paciente el día 15 de marzo del año 2017 como primera consulta que registra el señor Ríos Henao pudo derivar en una impresión diagnóstica diferente a la que se dio para aquella fecha. **Contestado:** Como le decía ahorita, después de la consulta del 15, ya para la consulta del 17, 21 y 22, esos elementos son muy importantes para derivar en otro diagnóstico. **El hecho de precisar cómo es la cefalea, como fue la evolución de la fiebre, los síntomas asociados, pudo haber hecho que el médico sospechara una neuroinfección u otro diagnóstico diferencial** y son los elementos que hago el señalamiento que hacen falta en la historia clínica para poder hacer un diagnóstico diferencial **Preguntado:** teniendo en cuenta la lectura que acaba de hacer el despacho respecto a la respuesta 1.2 del dictamen, usted podría por favor **explicar que quiere decir usted claramente cuando hace referencia a síntomas de banderas rojas en cefalea.** **Contestado:** La cefalea se puede acompañar en síntomas de banderas rojas que es cuando un paciente con cefalea refiere un síntoma adicional que me debe hacer sospechar una patología mayor, ¿Qué es una patología mayor? Las cefaleas se dividen en primarias y secundarias, las primarias son de origen benigno y las secundarias de origen maligno, no de origen neoplásico, sino como una patología que puede matar al paciente. Entonces, ¿los síntomas de alarma que me dicen? Tengo dolor de cabeza, ese dolor de cabeza se acompaña de este, o este, o este, que ya voy a enunciar y esto me hace sospechar que mi paciente tiene un dolor de cabeza que le puede producir la muerte o una complicación. ¿Qué son los síntomas de alarma en cefalea o síntomas de bandera roja? Que el dolor de cabeza se acompañe de tres o más episodios de vómito, alteraciones en la agudeza visual, que se acompañe de fiebre, que se acompañe de alteraciones en el estado de consciencia, que se acompañe de alteraciones motoras, por ejemplo en este caso la hemiparesia, que el dolor de cabeza este asociado a que no mejore con el tratamiento analgésico y que sea persistente, el otro es que el dolor de cabeza sea descrito como cefalea en trueno, en la literatura se describe como cefalea en trueno como el peor dolor de cabeza de su vida y de hecho el paciente lo refiere así, otro es que el dolor se acompañe de pérdida de los esfínteres, o sea, que el paciente tenga dolor de cabeza y que este manifestando que se haya orinado o defecado, eso es un síntoma de bandera roja; **este paciente en particular tenía fiebre asociada a la cefalea y tenía una alteración motora como hemiparesia.** **Preguntado:** Para la atención del 17 de marzo del año 2017, que el paciente consulta a la ESE Salud Pereira y en la historia clínica se anota como motivo de consulta "cefalea" y como enfermedad actual "paciente con cefalea desde hace cinco días, global, **que inicialmente fue frontal tipo pulsátil,** náuseas, vértigo, sinutis (sic), refiere paresia en miembro inferior derecho", con esos síntomas era adecuado arribar al diagnóstico de un trastorno de disco lumbar y otros con radiculopatía. **Contestado:** No, no era

adecuado, porque la radiculopatía es una patología que no se presenta con síntomas en el sistema nervioso central, eso es del sistema nervioso periférico. La radiculopatía se caracteriza entonces, si se acompaña de hemiparesia por un dolor lumbar, sensación de hormigueo o de calambres en las extremidades inferiores, por lo general se presenta después de un trauma o de haber levantado un objeto. **El paciente tenía esa alteración en el miembro inferior asociado a un dolor de cabeza, que se acompañaba de tinitus, de mareos, de sensación vertiginosa, y todo eso lo hace pensar a uno que es una cefalea con síntomas de alarma y que la alteración motora del miembro inferior viene por una alteración del sistema nervioso central.** En la historia de la radiculopatía es totalmente diferente, el paciente empieza con un dolor localizado en la cadera o en la región lumbar, se va al miembro inferior, da calambre, sensación de hormigueo, alteración de la marcha y el paciente había referido síntomas respiratorios previos, y por eso era tan importante descartar la patología en el sistema nervioso central. **Preguntado:** Un paciente con las condiciones descritas en precedencia que tipo de manejo debía dársele por parte de la ESE Salud Pereira atendiendo por supuesto el nivel de atención que dicha ESE cumple. **Contestado:** Para ese día, para el 17 que ya consulta con esa cefalea con esos síntomas de alarma, porque con eso si hay que ser muy claro, no veo problemas en la consulta del 15, para ese día del 17, la conducta para una baja complejidad es la siguiente: si tiene posibilidad de hacer una punción lumbar, pues no es posible realizarla en todos los niveles de atención de baja complejidad, realizarla, si no es posible, entonces empezar antibiótico dirigido para una neuroinfección para un paciente de sexo masculino de esa edad e iniciar un proceso de remisión regulada ¿para qué? Para poder ir a una institución donde se le puedan realizar paraclínicos complementarios, entre estos, los más importantes, un hemograma, una PCR, una punción lumbar, un cultivo de líquido cefalorraquídeo y gran, esa debería ser la conducta para una baja complejidad. **Preguntado:** usted anteriormente hacía referencia que la punción lumbar es una situación que de pronto no se puede prestar en todos los niveles de atención, pero anteriormente hacía referencia a una aplicación de antibiótico y una remisión regulada, esa aplicación de los antibióticos a los que usted hace mención, son posibles o son básicos para suministrar en una atención de primer nivel. **Contestado.** Si se pueden administrar en una atención de primer nivel sin problema, de hecho, si en la atención de primer nivel no tienen disponible CEFTRIAXONE Y VANCOMICINA, que serían los antibióticos del protocolo el médico debe iniciar el antibiótico que tenga disponible en ese momento para esos gérmenes, que por ejemplo en un primer nivel podría ser una penicilina cristalina, sin embargo, en la historia se evidencia que se inicia posteriormente CEFTRIAXONE, o sea, que si había disponibilidad por lo menos de CEFTRIAXONE, entonces la aplicación del antibiótico si es una actividad de la baja complejidad y es un deber iniciarlo dentro de la primera hora de atención cuando se tenga la sospecha diagnóstica de sepsis y neuroinfección. **Preguntado:** cuando usted hacía referencia a una remisión regulada o un nivel superior de complejidad, esa remisión regulada, hace referencia a algún tipo de remisión urgente. **Contestó:** cuando me refiero a remisión regulada es que el paciente debe someterse a una central de remisiones, donde de acuerdo al asegurador, la sintomatología, se regule, sea por vía telefónica, por correo electrónico de la institución o por lo menos el departamento o la ciudad lo tenga estipulado, no es una remisión emergente, o sea, no es que hay que montar al paciente en una ambulancia y llevárselo ya, porque el paciente para ese día, para el 17, estaba consciente y tenía los signos vitales estables, entonces la urgencia está en iniciar el proceso de remisión e iniciar el tratamiento de antibiótico. **Preguntado:** lo que usted nos acaba de mencionar de la punción lumbar, de los antibióticos, la remisión regulada que podía darse en una atención de primer nivel, todo ello está en las guías nacionales e internacionales a las que hacía referencia al inicio de su declaración. **Contestado.** Si claro, el inicio del antibiótico es básico y se inicia en un proceso de regulación mientras el paciente está estable. **Preguntado:** Fue adecuado suministrar ese día 17 de marzo al paciente diclofenaco, ranitidina, dipirona, ordenar una RX Lumbar de senos paranasales. **Contestado:** El manejo analgésico está bien, pues si el

paciente tiene cefalea son analgésicos adecuados, la radiografía lumbar y de senos paranasales no aporta para este caso, porque cuando hablamos de una neuroinfección, está realmente no tiene indicaciones y menos en una hemiparesia del miembro inferior, eso está más enfocado en la radiculopatía que hablábamos... si el paciente tuviera una sinusitis asociada a una meningitis, igual no es la ayuda diagnóstica, el diagnóstico se hace de manera clínica, y si es necesario escalar para demostrar una sinusitis, se hace con una tomografía. **Realmente estas ayudas diagnósticas no iban a aportar, no iban a dilucidar el cuadro clínico del paciente.** **Preguntado:** Para el día 21 de marzo, el paciente reconsulta con el mismo dolor de cabeza, con evolución de ocho días, dolor de rodilla y malestar general, con dichos síntomas y antecedentes que venía presentando el paciente desde el 15 de marzo, era adecuado arribar a un diagnóstico de "artritis no especificada". **Contestado:** No, es igual que para el 17, para ese momento es una cefalea con síntomas de alarma, no es la clínica de una artritis, la artritis es un dolor localizado en la articulación acompañado de signos inflamatorios, que son edema, hinchazón, calor, o sea, se pone caliente y rubor en las extremidades se ponen rojas. **El paciente está consultando por cefalea e imposibilidad del movimiento del miembro inferior, por ende, el diagnóstico no es adecuado.** **Preguntado:** Teniendo en cuenta su respuesta anterior, fue entonces adecuado para que momento, administrar solución salina, hidrocortisona, tramadol y diclofenaco. **Contestado.** Si el paciente tiene dolor, los analgésicos sirven, pero la solución salina y lo otro que estas describiendo diferente al tramadol y al diclofenaco, pues no serían pertinentes **Preguntado:** Para la consulta del día 23 de marzo de 2017 a las 00:31 a.m., (se describe el motivo de consulta descrito en la historia clínica...) atendiendo los síntomas del paciente desde el 15 de marzo, a la fecha que comienza a hablarse de un posible diagnóstico de meningitis para el 23 de marzo de 2017, es tardío considerar ya esa situación para el 23 de marzo o era todavía tiempo de suministrar un tratamiento y una atención para el señor Ríos Henao. **Contestado: El tratamiento se debió haber suministrado desde el 17, cuando presenta cefalea y síntomas de alarma que es la hemiparesia.** Obviamente que siempre que el paciente consulte y usted haga el diagnóstico, **siempre se debe empezar el tratamiento, si el médico sospechó la infección,** hizo lo correcto al empezar el tratamiento antibiótico, **pero ese paciente debió haber empezado tratamiento antibiótico dirigido para meningitis desde la consulta del 17.** Cuando estamos hablando de una infección y más si está en el sistema nervioso central, **a medida que vaya pasando el tiempo el desenlace es peor, porque la infección progresa, produce edemas cerebrales que presentó el paciente, presentar hidrocefalia que fue lo que presentó el paciente, de hecho el estudio más importante con respecto a sepsis y antibiótico es un estudio descrito por krumer que dice que por cada hora en que un paciente esté séptico y no se le administre el antibiótico adecuado, se aumenta 1.7% la mortalidad, y si el paciente está con signos de choque, se aumenta hasta el 7% la mortalidad, entonces desde el 17 al 23 es un tiempo importante que se perdió para tener unos desenlaces positivos, entonces esto afecta tanto la morbilidad como la mortalidad del paciente el retraso para el inicio del tratamiento antibiótico para neuroinfección.** **Pregunta.** ¿Debía hacerse una remisión inmediata para el día 23 de marzo? **Contestado. Si era urgente, se tenía que llevar al paciente en ambulancia, porque se estaba comprometiendo la vida del paciente.** **Preguntado.** La dosis de 1 grm de CEFTRIAXONE intravenosa cada 12 horas, fue la adecuada para un paciente de tales condiciones. **Contestado.** La administración del antibiótico se debía de hacer independientemente que fuera el 23, independientemente que hayan pasado 2, 3 o 4 días de un diagnóstico incorrecto no quiere decir que yo como médico no le brinde al paciente la terapia disponible, **la CEFTRIAXONE es el tratamiento adecuado e indicado para una meningitis en un paciente de sexo masculino, pero la dosis es de 2grm cada 12 horas y allí se le suministró solo 1 grm, es mejor ello que nada.** La vancomicina no está disponible en centros de bajo nivel de atención. **Preguntado.** Para que la ceftriaxona actúe

adecuadamente en un paciente con diagnóstico de meningitis, se debe suministrar en conjunto con la vancomicina. **Contestado.** No, son dos antibióticos diferentes, con dos mecanismos de acción diferentes, el uno es para tratar las bacterias **gramanegativas** y tiene muy buena penetrancia al sistema neurocentral y el otro es para tratar las **grampositivas**, entonces no son codependientes, ósea, usted puede suministrar la ceftriaxona y tiene muy buena penetrancia, aunque no se ponga vancomicina. **Preguntado.** Todo este tiempo se ha venido hablando de un pronóstico de meningitis y de situaciones relacionadas a dicha patología, pero podría usted por favor indicar específicamente en que consiste una meningitis, que la produce, si hay tipos de meningitis, porque dentro de la historia clínica se habla de una infección bacteriana, no se si de pronto usted le pueda aclarar ese tipo de situaciones a la audiencia. **Contestado.** La meningitis es una infección que se produce en el sistema nervioso central el cerebro está cubierto por unas membranas que se llaman meninges, son tres membranas, cuando se produce una infección del tracto superior, por ejemplo una gripa, una sinusitis, una otitis o una estructura que está detrás del oído que se llama mastoides o mastoiditis, por comunicación de toda la cara y toda la cabeza se comunican por un conducto que se llama trompa de Eustaquio, eso hace que cualquier infección en los oídos, en las mastoides, en la nariz, en los ojos, pueda ir al sistema nervioso central, no quiere decir que todas vayan, pero pueden ir y producir una meningitis que es una inflamación de las meninges, capaz que recubren el cerebro de origen infeccioso, **como son de origen infeccioso, puede ser por un virus o de una bacteria, por un parásito o por una micobacteria**, que es lo más frecuente para nosotros en Colombia, independientemente que sea la región de ustedes o la de nosotros, **en Colombia en común, las meningitis más frecuentes son las meningitis de origen viral, casi todas tienen muy buen curso clínico, ¿qué quiere decir eso?** Que, en casi todas, cuando el paciente es inmunocompetente como el señor del caso y no padece ninguna patología les va muy bien, ¿Qué es les va muy bien? No tiene secuelas y no se mueren, hay un porcentaje más pequeño que las infecciones virales, que es más o menos del 20 al 30%, que son las infecciones bacterianas, que son las que debemos cubrir con antibióticos, que las virales no tienen un tratamiento específico a menos que sea una infección por un herpes que no es lo esperable para esta edad, porque el herpes se presenta más en pacientes inmunocomprometidos, o sea, pacientes con cáncer, con VIH sida, pacientes en extremos de la vida, o sea, menos de dos años o pacientes mayores de 65 años, que no es el caso del paciente. **Entonces el siguiente es una infección bacteriana que tratamos con antibióticos**, las bacterias pueden ser grampositivas o gramnegativas, por eso tratamos con CEFTRIAXONE Y VANCOMICINA, hay un porcentaje muy pequeños de pacientes que pueden tener infecciones por parásitos y son los inmunocomprometidos, que no es el caso del señor, **y las otras que nos quedaría faltando son las micobacterias donde hace parte la micobacteria en tuberculosis, lo que más produce son infecciones pulmonares, o sea, la tuberculosis pulmonar, sin embargo, en algún porcentaje pequeño de pacientes puede tener afectaciones en el sistema nervioso central, ¿Por qué en alguno momento en el caso del paciente en mención se pensó en una meningitis tubéculosa?** Por la progresión no favorable con el tratamiento antibiótico por el compromiso de lóbulos temporales que había en la tomografía, pero igual es una impresión diagnóstica, lo primero que se debe tratar y lo primero en lo que se debe de pensar es en meningitis bacteriana y por eso es tan importante y se hizo tanto énfasis en el dictamen, haber hecho la punción lumbar, porque la punción lumbar te permite saber que germen es, porque se toma un cultivo, se toman pruebas moleculares y con eso sabes si es un parásito, si es una bacteria o si es un virus. **Preguntado:** Indica usted que el diagnóstico de la meningitis consta de dos pilares fundamentales, la clínica sugestiva y la realización de una punción lumbar...en qué consisten específicamente esos dos pilares. **Contestado:** Cuando el paciente llega, lo primero que uno tiene que hacer son los signos y síntomas, ese pilar clínico consta de 3, 4 síntomas, **alteración del estado de conciencia, fiebre y signos meníngeos, con eso usted tiene un diagnóstico aproximado del 40% sugestivo de meningitis, pero si usted le**

suma una cefalea a eso, el diagnóstico lo debe de sospechar hasta en un 90% y 95% de los casos... el paciente, en la consulta del 17 tenía cefalea y fiebre y ya después tenía cefalea, fiebre, alteración del estado de conciencia y signos meníngeos, entonces se debía sospechar una meningitis, esa es la clínica. Y el segundo pilar es el diagnóstico de meningitis como tal, ¿Cómo se hace? con una punción lumbar, con una aguja larga se hace una punción a nivel de la columna lumbar a entre los espacios lumbares desde L3 hasta L5, se llega al espacio subaracnoideo que es por donde pasa todo el líquido cefalorraquídeo, que es la muestra que debemos de tomar, se aspira el líquido y se envía al laboratorio para ayudarnos a orientar qué tipo de meningitis sufre el paciente, una meningitis tuberculosa, una meningitis bacteriana, una meningitis viral, una meningitis aséptica...

Preguntado: Entre el 15 y el 21 de marzo al paciente se le fue dado de alta recurrentemente, ello pudo incidir en las condiciones del paciente.

Contestado. Sí, realmente recordemos que hay un parámetro que se mide como indicador de bienestar de salud que son los reingresos, eso es una de las cosas que nosotros los directores de urgencias tenemos que pasar cada mes a las Direcciones Seccionales de Salud, el porcentaje de reingreso a urgencias en 24, 48 y 72 horas, porque cuando un paciente reingresa es un síntoma de alarma, en el sentido de que no se ha resuelto la situación de salud del paciente y lo ideal es ahondar más en por qué el paciente está regresando.

Preguntado: Teniendo en cuenta todo lo señalado, de haberse ceñido ante los signos y síntomas que usted dice que presentaba el señor Ríos Henao cuando consultaba y reconsultaba a la ESE Salud Pereira, hubiere sido exitoso algún tratamiento que se le aplicara generándole una posibilidad de sobrevida.

Contestado: Las variables técnicas de cada paciente son individuales, entonces entre más rápido empieza el tratamiento y más rápido se le haga el diagnóstico al paciente, más exitoso el porcentaje de recuperación, no puedo decir que, si el paciente hubiese iniciado el tratamiento el 18, no hubiese fallecido, porque los pacientes con meningitis pueden fallecer a pesar del tratamiento, pero que las secuelas neurológicas o que ese porcentaje de fallecimiento haya sido mayor por un diagnóstico tardío, es cierto, **entonces lo ideal es que después de que el paciente ingreso se debió haber visto en el sentido que reconsulta por lo menos haberlo dejado en ayudas diagnósticas, el que se haya mandado frecuentemente para la casa si tuvo un impacto negativo. Entonces el diagnóstico y el tratamiento temprano es fundamental para mejorar los desenlaces de un paciente con meningitis, claro, es totalmente cierto.**

Preguntado: Por qué al ingreso a la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira el paciente no presentaba signos meníngeos ni rigidez nucal y en la ESE Salud Pereira sí.

Contestado: Los síntomas de meningitis pueden ser variables después de las primeras 48 horas de deterioro, inclusive, el paciente recibió líquidos, analgésicos, una dosis de ceftriaxona, eso puede desencadenar una mejoría temporal en el paciente y por eso en el Hospital de alta complejidad se pudo encontrar un poquito mejor, pero eso no quiere decir que el diagnóstico se haya descartado. El hecho que no estén los signos meníngeos presentes en ese momento, no quiere decir que el paciente no tuviera el diagnóstico, y los síntomas pueden ser variables...

Preguntado: Un paciente con meningitis tiene un deterioro rápido.

Contestado. Depende de la causa, las virales tienden a tener un buen curso, las meningitis bacterianas pueden deteriorarse rápidamente, depende del germen, **por eso es tan importante la punción.** Si el paciente tiene la meningitis más frecuente en nuestro medio que es por neumococo y por hemofilos, más o menos las primeras 24 horas está estable y después se va deteriorando. Cuando es por meningococo, puede ser en las primeras 6 horas.

Preguntado: Cuando el paciente ingresa al Hospital San Jorge se le suspende el suministro de Ceftriaxona.

Contestado. Si, se hace un parcial de orina donde hacen sospechar que, a la interpretación de lectura que le hace a la historia clínica, que pudiera tener una infección urinaria asociada y cambian antibiótico por ampicilina sulbactam.

Preguntado: Esa situación pudo comprometer aún más la condición del paciente.

Contestado. Sí, porque el antibiótico debido era ceftriaxona y adicionar vancomicina...

Preguntado: En el TAC del 24 de marzo de 2017 se indica artefactos de movimiento sinusitis y signos de mastoiditis izquierda, que significan esos conceptos. **Contestado:** Los artefactos de movimiento, es porque el paciente se movió en el examen, entonces la tomografía muestra cada uno de los cortes cerebrales con algo de movimiento, sin que ello signifique que el examen no se pueda interpretar. **Y la sinusitis y la mastoiditis son dos procesos infecciosos que se encuentran en los senos paranasales y en la mastoides que es la estructura que está detrás del lóbulo de la oreja.** Eso refuerza con mayor razón la sospecha de meningitis, porque si tenemos una sinusitis y una mastoiditis, quiere decir que hay dos procesos ya infecciosos en la cabeza y el cuello que pueden migrar al sistema nervioso central, **de hecho, al ser mastoiditis y sinusitis habla más de bacteriana que viral, entonces con mayor razón había que continuar con el tratamiento antibiótico.** **Preguntado:** Para poder hacer la punción lumbar, previamente hay que hacerse un TAC o no necesariamente. **Contestado:** No necesariamente. Para un paciente con meningitis, procede la punción lumbar, pero si presenta los criterios de hasbun, se debe realizar una tomografía...los criterios son, estar inmunodeprimido, tener menos de 2 años, o más de 65 años, haber presentado convulsión, haber presentado una focalización neurológica, alteraciones del estado de conciencia. **¿Qué tenía el paciente como criterios de hasbun positivos para hacerle primero una TAC?, alteración del estado de conciencia y la hemiparesia, que la hemiparesia se considera un estado de focalización motora, por lo que se debía hacer primero la TAC para después hacer una punción lumbar.** **Preguntado:** Se encontraba entonces contraindicada la punción lumbar. **Contestado:** No, **la punción lumbar se debió haber hecho.** **Preguntado:** El neurólogo observa el borramiento del surco cerebral para lo cual ordena una Resonancia Cerebral simple contrastada. Podría explicar ello, y si es consecuencia de la meningitis. **Contestado:** Cuando en neuroglia se habla de borramiento de surcos cerebrales o cualquier especialidad habla de eso, se está hablando de signo indirecto de edema cerebral. Sin embargo, eso no contraindicaba la punción lumbar, ni era necesaria la resonancia magnética, pues con el resultado de la TAC se podía hacer la punción lumbar. **Preguntado:** Cómo interpreta la nota de neurología en cuanto al punción lumbar. **Contestado:** Interpreta que el especialista tiene sospecha de edema cerebral en el paciente, de una lesión ocupante de espacio que no es evidente en la tomografía y por eso quiere hacerle la resonancia antes de la punción lumbar. **El problema es que, como perito difero de esa opinión, porque en la tomografía de cráneo precisamente se hace y el estudio de Hasbun se hizo para mirar si había lesiones ocupantes de espacio. Y es una ayuda diagnóstica suficiente para tomar la decisión de hacer una punción lumbar, y como explicaba, si como médico tiene la duda de que el paciente tenga hipertensión endocraneal, haga la punción lumbar y mide la mide la presión de apertura y si es alta suspende el procedimiento, pero si la presión de apertura no es alta se toma la muestra sin ningún problema, entonces la punción lumbar si se debió haber hecho a pesar del posible borramiento de los surcos,** además quiero anotar algo, la persona más idónea dentro de las lecturas de imágenes es el radiólogo y el radiólogo no describe signos de edema cerebral... **Preguntado:** Nota de neurología que por examen físico hay contraindicación para punción lumbar. **Por qué no era posible para el 27 de marzo, según la apreciación de otro neurólogo.** **Contestado:** Hay un momento en que el paciente se deteriora aún más y se presenta con anisocoria, estos son signos inequívocos de hipertensión endocraneana, ya no se puede hacer la punción lumbar por alto riesgo de herniación cerebral y muerte, entonces ya para ese momento no se podía, por eso se debió haber hecho antes. **La punción está contraindicada cuando, 1- el paciente tiene coagulopatía, está tomando anticoagulantes o tiene alteración de los tiempos de coagulación o caída de las plaquetas por debajo de 50.000, que no lo tenía el paciente; 2- cuando hay infección en el sitio a puncionar, que tampoco tenía el paciente, y 3- cuando están presentes los signos de hipertensión endocraneana, que, para el momento del 21, 22, 23, 24,**

clínicamente no estaban presentes... Preguntado: Considera que la atención del personal médico del HUSJ influyó en el estado de salud y conllevara a su deceso. **Contestado:** **Desgraciadamente si, hay retrasos en la atención, en el inicio del antibiótico y obviamente en la realización del diagnóstico que impactaron negativamente en el desenlace del paciente.** **Preguntado:** Para el ingreso en el HUSJ el paciente tenía oportunidad o chance de sobrevivir. **Contestado:** Si claro, siempre hay un chance, por lo que es tan insistente de poner el antibiótico, por lo menos para disminuir las secuelas o mortalidad del paciente.

Inicia interrogatorio el apoderado del parte demandante. **Preguntado:** Para correlacionar la fiebre con la patología de neuroinfección, este signo debía ser constante en cada consulta. **Contestado:** **No, no tiene que ser constante, la fiebre puede ser variable, aparecer o desaparecer, el hecho de que el paciente este afebril no descarta el diagnóstico.**

Inicia interrogatorio el apoderado de la ESE Salud Pereira.

Preguntado: Puede indicarle al despacho si usted tiene títulos en neurología o neurocirugía. **Contestado.** No señor, yo soy especialista en medicina de urgencias, soy urgentólogo. **Preguntado.** Por favor puede ampliar su respuesta a la pregunta 1.2 de su dictamen, puede precisar si en la consulta del día 17 a las 12:53 se describe el tipo de cefalea y se hace mención a las banderas rojas. **Contestado:** Si, el paciente consulta por una cefalea, no está totalmente preciso toda la descripción de los que se esperaría de una cefalea y **el síntoma de bandera roja para ese momento era la alteración motora del miembro inferior del paciente, y a pesar de que se indicara “no signo de banderas rojas” no quiere decir que no lo sea...**

Preguntado: Qué es una paresia **Contestado:** Una alteración del movimiento de la extremidad puede ser completa o parcial.

A diferencia con la hemiparesia, esta última hace referencia a un lado del cuerpo, por lo que precisa si es del miembro superior o inferior. **Preguntado:** Que puede causar una hemiparesia **Contestado:** Puede estar causada por un accidente cerebrovascular, un derrame cerebral, **por una infección absceso cerebral**, hematoma subdural, embolismo séptico, enfermedad neurodegenerativa o una esclerosis múltiple. El paciente padecía una hemiparesia de miembro inferior... **Preguntado:** Para el día 17 de marzo de 2017, qué síntomas se presentan para que concluya la alerta de bandera roja. **Contestado:** Cefalea, alteración motora (alteración del miembro inferior), y antecedente de sinusitis. **Preguntado:** Que es el signo de lasègue positivo.

Contestado: Se produce por irritación de las estructuras nerviosas por presencia de una radiculopatía, cuando usted eleva la extremidad del paciente y produce dolor a más de 30° debería sospechar una radiculopatía. Lasègue está presente en cualquier patología que pueda producir irritación de las terminales nerviosas, entonces, una neoplasia lo puede producir, o un proceso en el sistema nervioso central lo puede producir. **Preguntado:** Qué es un dolor lumbar. **Contestado:** Es un dolor que se presenta en la zona entre la vértebra L1 y L5 hacia las partes de los músculos dorsal ancho. Y tiene múltiples causas, por sobrecarga de peso, trauma, por mala posición, por posiciones prolongadas, como estar sentado o mucho tiempo de pie... **Preguntado:** La presencia de un dolor lumbar con un signo positivo de lasègue positivo es significativo de qué.

Contestado: Debe de sospecharse de una radiculopatía. **Preguntado:** Este paciente podría sospechársele una radiculopatía o una inflamación de la raíz nerviosa a ese nivel. **Contestado:** **Con los síntomas sugestivos no, porque un signo meníngeo que es Kernick y Brudzinski, malinterpretado como un Lasègue puede estar positivo, entonces, con la sintomatología que venía ese paciente no...**

Preguntado: El término Paresia aparece descrito en la historia clínica del 21 de marzo de 2017. **Contestado:** No. **Preguntado:** En la atención del día 21 de marzo aparece fiebre. **Contestado:** No.

Preguntado: En la respuesta a la pregunta 3.5 del dictamen, aclárele al despacho cómo llegó a esa conclusión. **Contestado:** A la patología de meningitis, con la evaluación global de la historia clínica, del paciente haber referido fiebre, cefalea, náuseas, vértigo, paresia del miembro inferior. **Preguntado:** En qué fecha se describe en la historia clínica la fiebre que manifiesta usted manifiesta. **Contestado:** En la historia clínica

no se encuentra consignada una temperatura superior a 38.2...

Preguntado: Si la meningitis más frecuente es la viral, como llega al diagnóstico de meningitis bacteriana, si no existen citoquímicos, cultivos o necropsia. **Contestado:** No llegué a ningún diagnóstico, llegó a las probabilidades del paciente, que se deteriora de esta manera, uno debe sospechar de meningitis bacteriana, porque como indiqué al inicio de la audiencia, las meningitis virales no son tan mortales, a menos que sean de origen de herpes, pero en este caso no porque no era inmunodeprimido ni estaba en extremos de la vida. **Preguntado:** Que efectos tienen los antibióticos en una meningitis viral **Contestado:** No tienen relevancia, ni en la fúngica o por hongos, **en la de origen tuberculosa, sí, pero los que están descritos antituberculosos, específicos para micobacteria en tuberculosis...** **Preguntado:** Qué le pasa a un paciente cuando tiene un edema cerebral y se le realiza una punción lumbar **Contestado:** Cuando el paciente tiene una lesión ocupante de espacio, si se realiza la punción lumbar y se descomprime, el paciente se puede herniar, por eso se debe hacer en medición de la presión de apertura durante el proceso de punción lumbar.

Inicia interrogatorio la apoderada de la ESE HUSJ de Pereira.

Preguntado: cuanto tiempo es su estudio en urgencias. **Contestado.** Me gradué en junio del año 2015 y son tres años para la especialización.

Preguntado: de esos años, indique si ustedes tienen ronda por neurología clínica y que tiempo. **Contestado.** Si tenemos una rotación específica en neurología que dura 2 meses y tenemos la rotación de urgencias neurológicas que también dura 2 meses. **Preguntado:** en respuesta a pregunta 6, es cierto que el paciente ingresa con diagnóstico y tratamiento de meningitis. **Contestado:** sí, para eso me remito a la historia clínica del paciente para el día 23 donde el análisis y plan del médico para remitir, refiere “paciente con cefalea de hace 10 días, ahora con fiebre, habla y comportamiento incoherente, tendencia a la postración, no hay claro déficit neurológico, debe descartarse una neuroinfección...” el paciente llegó en la remisión con una impresión diagnóstica de meningitis...

Preguntado: explique las fluctuaciones en el estado de consciencia de los pacientes. **Contestado:** **Puede ser variable la fluctuación del estado de consciencia, en cualquier momento, en el día o noche, el paciente puede estar sintomático ya y horas después estar consciente. Inclusive de días u horas. No hay un tiempo determinado ni las fluctuaciones son fijas**

Preguntado: Por qué considera que era posible efectuar la lectura del TAC que señaló artefactos de movimiento. **Contestado:** Por dos motivos, el primero es que si el radiólogo tiene artefactos de movimiento severos hace solicitud para repetir el examen, y segundo si estamos hablando de una patología altamente mortal tiempo dependiente como una neuroinfección o cualquier tipo de sepsis yo debo tomar decisiones con eso, porque si me retraso en las decisiones el impacto del paciente va a ser negativo, por eso había que tomar la decisión. **Preguntado:** Un edema cerebral, en un caso de posible meningitis es de instauración aguda o requiere de un tiempo para instaurarse. **Contestado:** Requiere un tiempo para instaurarse, por eso el paciente venía con casi 10 días de síntomas ya para ese momento. **Preguntado.** Frente a la presencia de un edema cerebral está indicada la punción lumbar, **Contestado.** Si es un edema cerebral con una lesión ocupante de espacio, no, pero este paciente no tenía lesión ocupante de espacio.

Las demás partes manifiestan no tener preguntas para realizar y se autoriza el retiro del perito de la diligencia”

4.3. Testimoniales

4.3.1. Celebración de audiencia de pruebas el 1º de diciembre de 2020¹⁹:

¹⁹ Documentos 024, 025 y 026 expediente digital SAMAI

- Testimonios decretados a instancia **de la parte demandada, ESE Salud Pereira:**

Médico General **Jetse David Casanova Orobio** quien atendió al paciente en urgencias de la ESE Salud Pereira

“...soy médico general de la Universidad tecnológica de Pereira y estoy próximo a graduarme de médico especialista en urgencias... **Preguntado:** en qué consistió la atención brindada por usted al paciente. **Contestado:** Hay una primera atención del día 17 de marzo de 2017. Según lo que reporta la historia clínica el paciente presenta un cuadro sospechoso de una sinusitis, para lo cual ya venía con tratamiento antibiótico, dada la persistencia del dolor se envía una radiografía de senos paranasales, además presenta una radiculopatía, sospechándose además que presente una hernia discal, por tanto, se envía la primera vez una radiografía de senos paranasales y una de columna lumbar. **El 17 de marzo se determina que no hay cuadro de cefalea con signos de alarma** que indiquen la necesidad de una tomografía u otra ayuda diagnóstica. **El día 23 de marzo, 6 días después no se ha hecho la radiografía, el paciente ya presenta un cuadro febril, hablando incoherencias, aumento de la cefalea, al examen físico no hay signos de síndrome neurológico, no hay signos meníngeos. Puede estar iniciando una neuroinfección,** por lo que se cubre con antibiótico de elección que es la Ceftriaxona, se deja en observación, se solicitan exámenes, se deja en aislamiento... **Preguntado:** El 17 de marzo verificó atenciones anteriores al paciente. **Contestado:** Por supuesto, ahí dice que está en tratamiento con loratadina y trimetoprima **Preguntado:** Explique lo señalado al indicar que no se evidencia déficit neurológico. **Contestado:** A él se le realiza un examen físico y si no hay déficit uno revisa varias esferas, la de la cognición, que esté alerta, sin déficit, pares craneales, sensibilidad, fuerza y coordinación y refuerzos osteotendinosos sin alteración neurológica. **Preguntado:** Cuando se presenta cefalea de banderas rojas. **Contestado:** una cefalea de banderas rojas, según la literatura médica, es una cefalea de inicio súbito, de segundos y que sea demasiado intensa que cause síncope, es decir, desmayo, pérdida de conciencia o provoque déficit neurológico asociado, presenta parálisis de alguna parte del cuerpo o partes craneales o amaurosis, o cefalea asociada a un golpe o un trauma de alta energía o cefalea asociada a un cáncer o a un VIH **Preguntado:** En la entrevista al paciente, era importante analizar un poco más la circunstancia de la cefalea. **Contestado:** **Si y por tanto se hace un examen físico con puntos de valleix y hay una clínica de una sinusitis...** **Preguntado:** Para el 23 de marzo de 2017, como encontró al paciente en comparación con la atención del 17 de marzo. **Contestado:** El 17 el paciente estaba en buenas condiciones, alerta, consciente, puede movilizarse, habla común y corriente, como mínimo da información, pero el 23 de marzo, 6 días después, esta somnoliento, con fiebre, **no hay claros signos meníngeos, pero hay cierta rigidez de cuello que no tenía el 17. No hay claro déficit neurológico, y se debe descartar neuroinfección, todo por la rigidez de cuello, eso puede ser por encefalitis o meningitis, por lo que se debe dejar al paciente en observación,** al sospechar neuroinfección solicito paraclínicos, se inicia antibiótico de ceftriaxona que cubre los gérmenes de la meningitis y se dejó en aislamiento. No es clara la presencia de meningitis, pero la sospecha está, ante eso se le hace un procedimiento de observación para ver su evolución, se inicia precozmente tratamiento antibiótico en 1 g cada 12 horas... el antibiótico la dosis en el adulto tiene varias dosificaciones entre 1 y 2 g cada 12 horas o 2 g cada 24 horas... en la historia clínica dice que no había disponibilidad...solo impactaría el antibiótico en caso de tratarse de una meningitis bacteriana ...en el momento el paciente no está convulsionando está con fiebre y por eso se suministra dipirona...**ante el cuadro nuevo del día 23, que es de fiebre de 39° hay cierta rigidez de cuello, cefalea y habla incoherente, por eso se toma esa conducta...es**

un síntoma nuevo por eso se pide hemograma, exámenes de sangre para estudio del cuadro febril...una cosa es la sospecha clínica, para eso se solicitan exámenes clínicos, se aísla por lo contagioso y se inicia proceso de remisión y antibiótico. El beneficio del uso del antibiótico supera cualquier otra cosa...

Preguntado: Por qué no hace la remisión una vez sospecha la meningitis. **Contestado:** El paciente con meningitis presenta signos meníngeos, **al examen no presenta signos meníngeos ni déficit neurológico; brudzinski o kernick positivo**, es un paciente con cierta rigidez de cuello, no tiene diagnóstico evidente, simplemente sospecha, por lo que se ordenan otros paraclínicos porque puede ser causada por otras cosas.

Inicia interrogatorio el apoderado de la parte demandada ESE Salud Pereira

Preguntado: Qué es el signo de lasègue positivo. **Contestado:** signo en el cual yo acuesto al paciente, le estiro la pierna hacia arriba buscando una radiculopatía, a ver si hay una compresión de algún nervio o de alguna raíz, sospechando que haya alguna compresión de la columna lumbar de un nervio y que generalmente ocurre por una hernia discal por eso se envía radiografía de columna lumbar **Preguntado:** **En qué consisten los puntos de valleix positivos.** **Contestado:** **Es un paciente con cuadro de cefalea y al hacer un examen físico con signo de valleix positivo, me está indicando que hay una inflamación de senos paranasales concordado con una sinusitis aguda.** **Preguntado:** Que quiere decir sin papiledema. **Contestado:** Una de las correlaciones que se hacen en el examen físico es realizar el fondo de ojo, el fondo de ojo yo lo hago con el paciente sentado y con la lámpara le examina el fondo de ojo, el papiledema solo se encuentra en personas con hipertensión endocraneana; es decir, que está el cerebro dentro de la bóveda craneal y hay una presión dentro de la bóveda craneal, cuando yo pongo que no hay un papiledema, descubro que no hay una patología como la hipertensión endocraneana, que es una patología de mayor severidad en relación a una cefalea, por tanto lo que yo hago es descartar que no haya hipertensión endocraneana basada en el hallazgo de fondo de ojo, el cual en el examen físico reporta que no hay papiledema, no hay hinchazón de la pupila del ojo, por tanto no hay hipertensión endocraneana. **Preguntado:** **Que quiere decir que no hay cefalea de banderas rojas.** **Contestado:** **No es grave, no es indicativo de enviar una tomografía...** **Preguntado:** Es posible que en la atención del 17 de marzo hubiera omitido algún signo neurológico. **Contestado:** No se corrobora signo neurológico de pares craneales o déficit neurológico que haga sospechar neuro infección o meningitis. **Preguntado:** El paciente presentaba hemiparesia de origen central. **Contestado:** No, para nada...

Inicia interrogatorio el apoderado de la parte demandante:

Preguntado. Nos ha relatado usted que el día 17 el paciente venía con un cuadro de sinusitis, quiere usted indicarle a la audiencia porque razón en los triages del día 15 y del día 17 el motivo de consulta es cefalea. **Contestado.** **Para eso se evalúa si tiene cefalea con banderas rojas, una cosa es lo que refiere el paciente y otra cosa es lo que yo determinó en el examen físico, usted me puede decir que el paciente no podía mover la pierna, yo en el examen físico determino que no es que haya una paresia, no es que no pueda mover el miembro inferior, es que solamente tiene un signo que al estirar la pierna presenta dolor, pero no hay una paresia al examen físico, es decir, no hay una limitación total para movilizar la pierna o el miembro inferior, solamente hay dolor al estirla, en eso consiste el signo de lasègue.** **Preguntado.** Afirma usted a la audiencia que usted le ordenó una radiografía y que el paciente no se la hizo y que llegó el día 23 y el no llevaba la radiografía, quiere indicarle a la audiencia si esta consignado dentro de la historia clínica que usted le suministró la orden para hacerse los exámenes. **Contestado.** Si vemos donde dice conducta a seguir, abajo dice orden medica 660010033200 ahí dice rx de senos paranasales, rx de columna lumbosacra tal como queda consignado en el sistema. **Preguntado.** Usted le ordenó ese examen y seguidamente en la conducta a seguir dice revalorar con resultados, cuando debía ser esa revaloración

Preguntado. Nos ha relatado usted que el día 17 el paciente venía con un cuadro de sinusitis, quiere usted indicarle a la audiencia porque razón en los triages del día 15 y del día 17 el motivo de consulta es cefalea. **Contestado.** **Para eso se evalúa si tiene cefalea con banderas rojas, una cosa es lo que refiere el paciente y otra cosa es lo que yo determinó en el examen físico, usted me puede decir que el paciente no podía mover la pierna, yo en el examen físico determino que no es que haya una paresia, no es que no pueda mover el miembro inferior, es que solamente tiene un signo que al estirar la pierna presenta dolor, pero no hay una paresia al examen físico, es decir, no hay una limitación total para movilizar la pierna o el miembro inferior, solamente hay dolor al estirla, en eso consiste el signo de lasègue.** **Preguntado.** Afirma usted a la audiencia que usted le ordenó una radiografía y que el paciente no se la hizo y que llegó el día 23 y el no llevaba la radiografía, quiere indicarle a la audiencia si esta consignado dentro de la historia clínica que usted le suministró la orden para hacerse los exámenes. **Contestado.** Si vemos donde dice conducta a seguir, abajo dice orden medica 660010033200 ahí dice rx de senos paranasales, rx de columna lumbosacra tal como queda consignado en el sistema. **Preguntado.** Usted le ordenó ese examen y seguidamente en la conducta a seguir dice revalorar con resultados, cuando debía ser esa revaloración

Preguntado. Nos ha relatado usted que el día 17 el paciente venía con un cuadro de sinusitis, quiere usted indicarle a la audiencia porque razón en los triages del día 15 y del día 17 el motivo de consulta es cefalea. **Contestado.** **Para eso se evalúa si tiene cefalea con banderas rojas, una cosa es lo que refiere el paciente y otra cosa es lo que yo determinó en el examen físico, usted me puede decir que el paciente no podía mover la pierna, yo en el examen físico determino que no es que haya una paresia, no es que no pueda mover el miembro inferior, es que solamente tiene un signo que al estirar la pierna presenta dolor, pero no hay una paresia al examen físico, es decir, no hay una limitación total para movilizar la pierna o el miembro inferior, solamente hay dolor al estirla, en eso consiste el signo de lasègue.** **Preguntado.** Afirma usted a la audiencia que usted le ordenó una radiografía y que el paciente no se la hizo y que llegó el día 23 y el no llevaba la radiografía, quiere indicarle a la audiencia si esta consignado dentro de la historia clínica que usted le suministró la orden para hacerse los exámenes. **Contestado.** Si vemos donde dice conducta a seguir, abajo dice orden medica 660010033200 ahí dice rx de senos paranasales, rx de columna lumbosacra tal como queda consignado en el sistema. **Preguntado.** Usted le ordenó ese examen y seguidamente en la conducta a seguir dice revalorar con resultados, cuando debía ser esa revaloración

Preguntado. Nos ha relatado usted que el día 17 el paciente venía con un cuadro de sinusitis, quiere usted indicarle a la audiencia porque razón en los triages del día 15 y del día 17 el motivo de consulta es cefalea. **Contestado.** **Para eso se evalúa si tiene cefalea con banderas rojas, una cosa es lo que refiere el paciente y otra cosa es lo que yo determinó en el examen físico, usted me puede decir que el paciente no podía mover la pierna, yo en el examen físico determino que no es que haya una paresia, no es que no pueda mover el miembro inferior, es que solamente tiene un signo que al estirar la pierna presenta dolor, pero no hay una paresia al examen físico, es decir, no hay una limitación total para movilizar la pierna o el miembro inferior, solamente hay dolor al estirla, en eso consiste el signo de lasègue.** **Preguntado.** Afirma usted a la audiencia que usted le ordenó una radiografía y que el paciente no se la hizo y que llegó el día 23 y el no llevaba la radiografía, quiere indicarle a la audiencia si esta consignado dentro de la historia clínica que usted le suministró la orden para hacerse los exámenes. **Contestado.** Si vemos donde dice conducta a seguir, abajo dice orden medica 660010033200 ahí dice rx de senos paranasales, rx de columna lumbosacra tal como queda consignado en el sistema. **Preguntado.** Usted le ordenó ese examen y seguidamente en la conducta a seguir dice revalorar con resultados, cuando debía ser esa revaloración

Preguntado. Nos ha relatado usted que el día 17 el paciente venía con un cuadro de sinusitis, quiere usted indicarle a la audiencia porque razón en los triages del día 15 y del día 17 el motivo de consulta es cefalea. **Contestado.** **Para eso se evalúa si tiene cefalea con banderas rojas, una cosa es lo que refiere el paciente y otra cosa es lo que yo determinó en el examen físico, usted me puede decir que el paciente no podía mover la pierna, yo en el examen físico determino que no es que haya una paresia, no es que no pueda mover el miembro inferior, es que solamente tiene un signo que al estirar la pierna presenta dolor, pero no hay una paresia al examen físico, es decir, no hay una limitación total para movilizar la pierna o el miembro inferior, solamente hay dolor al estirla, en eso consiste el signo de lasègue.** **Preguntado.** Afirma usted a la audiencia que usted le ordenó una radiografía y que el paciente no se la hizo y que llegó el día 23 y el no llevaba la radiografía, quiere indicarle a la audiencia si esta consignado dentro de la historia clínica que usted le suministró la orden para hacerse los exámenes. **Contestado.** Si vemos donde dice conducta a seguir, abajo dice orden medica 660010033200 ahí dice rx de senos paranasales, rx de columna lumbosacra tal como queda consignado en el sistema. **Preguntado.** Usted le ordenó ese examen y seguidamente en la conducta a seguir dice revalorar con resultados, cuando debía ser esa revaloración

Preguntado. Nos ha relatado usted que el día 17 el paciente venía con un cuadro de sinusitis, quiere usted indicarle a la audiencia porque razón en los triages del día 15 y del día 17 el motivo de consulta es cefalea. **Contestado.** **Para eso se evalúa si tiene cefalea con banderas rojas, una cosa es lo que refiere el paciente y otra cosa es lo que yo determinó en el examen físico, usted me puede decir que el paciente no podía mover la pierna, yo en el examen físico determino que no es que haya una paresia, no es que no pueda mover el miembro inferior, es que solamente tiene un signo que al estirar la pierna presenta dolor, pero no hay una paresia al examen físico, es decir, no hay una limitación total para movilizar la pierna o el miembro inferior, solamente hay dolor al estirla, en eso consiste el signo de lasègue.** **Preguntado.** Afirma usted a la audiencia que usted le ordenó una radiografía y que el paciente no se la hizo y que llegó el día 23 y el no llevaba la radiografía, quiere indicarle a la audiencia si esta consignado dentro de la historia clínica que usted le suministró la orden para hacerse los exámenes. **Contestado.** Si vemos donde dice conducta a seguir, abajo dice orden medica 660010033200 ahí dice rx de senos paranasales, rx de columna lumbosacra tal como queda consignado en el sistema. **Preguntado.** Usted le ordenó ese examen y seguidamente en la conducta a seguir dice revalorar con resultados, cuando debía ser esa revaloración

Preguntado. Nos ha relatado usted que el día 17 el paciente venía con un cuadro de sinusitis, quiere usted indicarle a la audiencia porque razón en los triages del día 15 y del día 17 el motivo de consulta es cefalea. **Contestado.** **Para eso se evalúa si tiene cefalea con banderas rojas, una cosa es lo que refiere el paciente y otra cosa es lo que yo determinó en el examen físico, usted me puede decir que el paciente no podía mover la pierna, yo en el examen físico determino que no es que haya una paresia, no es que no pueda mover el miembro inferior, es que solamente tiene un signo que al estirar la pierna presenta dolor, pero no hay una paresia al examen físico, es decir, no hay una limitación total para movilizar la pierna o el miembro inferior, solamente hay dolor al estirla, en eso consiste el signo de lasègue.** **Preguntado.** Afirma usted a la audiencia que usted le ordenó una radiografía y que el paciente no se la hizo y que llegó el día 23 y el no llevaba la radiografía, quiere indicarle a la audiencia si esta consignado dentro de la historia clínica que usted le suministró la orden para hacerse los exámenes. **Contestado.** Si vemos donde dice conducta a seguir, abajo dice orden medica 660010033200 ahí dice rx de senos paranasales, rx de columna lumbosacra tal como queda consignado en el sistema. **Preguntado.** Usted le ordenó ese examen y seguidamente en la conducta a seguir dice revalorar con resultados, cuando debía ser esa revaloración

Preguntado. Nos ha relatado usted que el día 17 el paciente venía con un cuadro de sinusitis, quiere usted indicarle a la audiencia porque razón en los triages del día 15 y del día 17 el motivo de consulta es cefalea. **Contestado.** **Para eso se evalúa si tiene cefalea con banderas rojas, una cosa es lo que refiere el paciente y otra cosa es lo que yo determinó en el examen físico, usted me puede decir que el paciente no podía mover la pierna, yo en el examen físico determino que no es que haya una paresia, no es que no pueda mover el miembro inferior, es que solamente tiene un signo que al estirar la pierna presenta dolor, pero no hay una paresia al examen físico, es decir, no hay una limitación total para movilizar la pierna o el miembro inferior, solamente hay dolor al estirla, en eso consiste el signo de lasègue.** **Preguntado.** Afirma usted a la audiencia que usted le ordenó una radiografía y que el paciente no se la hizo y que llegó el día 23 y el no llevaba la radiografía, quiere indicarle a la audiencia si esta consignado dentro de la historia clínica que usted le suministró la orden para hacerse los exámenes. **Contestado.** Si vemos donde dice conducta a seguir, abajo dice orden medica 660010033200 ahí dice rx de senos paranasales, rx de columna lumbosacra tal como queda consignado en el sistema. **Preguntado.** Usted le ordenó ese examen y seguidamente en la conducta a seguir dice revalorar con resultados, cuando debía ser esa revaloración

Preguntado. Nos ha relatado usted que el día 17 el paciente venía con un cuadro de sinusitis, quiere usted indicarle a la audiencia porque razón en los triages del día 15 y del día 17 el motivo de consulta es cefalea. **Contestado.** **Para eso se evalúa si tiene cefalea con banderas rojas, una cosa es lo que refiere el paciente y otra cosa es lo que yo determinó en el examen físico, usted me puede decir que el paciente no podía mover la pierna, yo en el examen físico determino que no es que haya una paresia, no es que no pueda mover el miembro inferior, es que solamente tiene un signo que al estirar la pierna presenta dolor, pero no hay una paresia al examen físico, es decir, no hay una limitación total para movilizar la pierna o el miembro inferior, solamente hay dolor al estirla, en eso consiste el signo de lasègue.** **Preguntado.** Afirma usted a la audiencia que usted le ordenó una radiografía y que el paciente no se la hizo y que llegó el día 23 y el no llevaba la radiografía, quiere indicarle a la audiencia si esta consignado dentro de la historia clínica que usted le suministró la orden para hacerse los exámenes. **Contestado.** Si vemos donde dice conducta a seguir, abajo dice orden medica 660010033200 ahí dice rx de senos paranasales, rx de columna lumbosacra tal como queda consignado en el sistema. **Preguntado.** Usted le ordenó ese examen y seguidamente en la conducta a seguir dice revalorar con resultados, cuando debía ser esa revaloración

Preguntado. Nos ha relatado usted que el día 17 el paciente venía con un cuadro de sinusitis, quiere usted indicarle a la audiencia porque razón en los triages del día 15 y del día 17 el motivo de consulta es cefalea. **Contestado.** **Para eso se evalúa si tiene cefalea con banderas rojas, una cosa es lo que refiere el paciente y otra cosa es lo que yo determinó en el examen físico, usted me puede decir que el paciente no podía mover la pierna, yo en el examen físico determino que no es que haya una paresia, no es que no pueda mover el miembro inferior, es que solamente tiene un signo que al estirar la pierna presenta dolor, pero no hay una paresia al examen físico, es decir, no hay una limitación total para movilizar la pierna o el miembro inferior, solamente hay dolor al estirla, en eso consiste el signo de lasègue.** **Preguntado.** Afirma usted a la audiencia que usted le ordenó una radiografía y que el paciente no se la hizo y que llegó el día 23 y el no llevaba la radiografía, quiere indicarle a la audiencia si esta consignado dentro de la historia clínica que usted le suministró la orden para hacerse los exámenes. **Contestado.** Si vemos donde dice conducta a seguir, abajo dice orden medica 660010033200 ahí dice rx de senos paranasales, rx de columna lumbosacra tal como queda consignado en el sistema. **Preguntado.** Usted le ordenó ese examen y seguidamente en la conducta a seguir dice revalorar con resultados, cuando debía ser esa revaloración

Preguntado. Nos ha relatado usted que el día 17 el paciente venía con un cuadro de sinusitis, quiere usted indicarle a la audiencia porque razón en los triages del día 15 y del día 17 el motivo de consulta es cefalea. **Contestado.** **Para eso se evalúa si tiene cefalea con banderas rojas, una cosa es lo que refiere el paciente y otra cosa es lo que yo determinó en el examen físico, usted me puede decir que el paciente no podía mover la pierna, yo en el examen físico determino que no es que haya una paresia, no es que no pueda mover el miembro inferior, es que solamente tiene un signo que al estirar la pierna presenta dolor, pero no hay una paresia al examen físico, es decir, no hay una limitación total para movilizar la pierna o el miembro inferior, solamente hay dolor al estirla, en eso consiste el signo de lasègue.** **Preguntado.** Afirma usted a la audiencia que usted le ordenó una radiografía y que el paciente no se la hizo y que llegó el día 23 y el no llevaba la radiografía, quiere indicarle a la audiencia si esta consignado dentro de la historia clínica que usted le suministró la orden para hacerse los exámenes. **Contestado.** Si vemos donde dice conducta a seguir, abajo dice orden medica 660010033200 ahí dice rx de senos paranasales, rx de columna lumbosacra tal como queda consignado en el sistema. **Preguntado.** Usted le ordenó ese examen y seguidamente en la conducta a seguir dice revalorar con resultados, cuando debía ser esa revaloración

supuestamente. Contestado. Ese mismo día. **Preguntado.** Como se iba a hacer los exámenes si el mismo día usted pretendía valorarlo con los resultados y otro médico le dio orden de salida. **Contestado.** Hasta donde tengo entendido las rx se hacen hasta las 4 de la tarde y si usted mira la orden está a las 12:53, tiempo suficiente para la realización... se envía la radiografía y esta se realiza en la unidad de cuba si mal no estoy y debe realizarse y traerse en físico para la valoración...
Las demás partes manifiestan no tener preguntas para realizar y se autoriza el retiro del testigo de la diligencia”

- Testimonios decretados a instancia **de la parte demandada, ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira:**

Médico Especialista en medicina crítica y cuidados intensivos **Álvaro Ardila Otero**, quien atendió al señor Ríos Henao en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira:

“...Preguntado: en que consistieron las atenciones que usted le brindo al paciente aquí mencionado y en qué condiciones lo encontró. **Contestado.** **Según la historia clínica tenía una meningitis bacteriana secundaria** (procede a leer textualmente el objetivo de la atención del 27 de marzo de 2017 a las 12:43). **Preguntado.** Usted dice que se debe generar una hiperconsulta con neurocirugía para determinar si se puede hacer una punción lumbar, podría precisarle al despacho si de conformidad con esa nota, efectivamente no se había hecho esa punción lumbar a esa persona. **Contestado.** **No se había hecho, porque en los folios anteriores aparecen unas notas de neurocirugía y neurología clínica donde indican que no se podía realizar punción lumbar por el alto riesgo que ello derivaría.** Hay una nota del Dr. Aguirre, en el folio 27, hay una tomografía en el folio 24, hay una nota de neurología en el folio 16 y otra nota de la dra. Luz Adriana Páez, donde se contraindica de manera absoluta la realización de la punción lumbar, que la debe realizar un neurólogo que es el especialista en este tipo de situaciones invasivas hacia la médula espinal... **Preguntado:** Acaba de leer que ve signos de descerebración, eso qué significa. **Contestado.** Significa que hay un grado de lesión cerebral, ya sea por edema, o por hipertensión o aumento dentro de la presión del cráneo, o por una masa expansiva dentro del cráneo, o por un sangrado dentro del cráneo, o una isquemia dentro del cráneo, o sea, son múltiples las causas que pueden producir signos de descerebración. Desde la lesión por falta de sangre en el cerebro hasta la lesión por sangre dentro del cerebro, hinchazón del cerebro, que aumenta la presión dentro del cráneo que muestren esos signos que son sumamente preocupantes en un paciente, que en cualquier caso contraindican una punción lumbar... **Preguntado:** cuánto tiempo llevaba el paciente en el proceso de deterioro. **Contestado.** Eso es imposible, nadie puede definirlo. Es un proceso largo, a menos que sea una lesión traumática, o hiperaguda como una isquemia. **Preguntado:** un cuadro de meningitis puede conducir a esa descerebración anotada del 27 de marzo. **Contestado.** **No he visto una meningitis que progrese a un cuadro tan severo. (explica clases de meningitis. Bacteriana, viral, tuberculosa). Un caso agudo no lo podría ver. Para verificar ello es necesario realizar una punción lumbar; sin embargo, aquí estaba contraindicado, debiendo hacer otras cosas como entrevista a los familiares para poder establecer ello... Preguntado:** Según nota de historia clínica del 27 de marzo de 2017, explique por qué al paciente le estaban dando CEFTRIAXONE Y VANCOMICINA. **Contestado.** Porque como dice el diagnóstico había una sospecha de una meningitis bacteriana secundaria de una otitis. Ante cualquier sospecha de una meningitis viral o bacteriana hay que realizar un tratamiento de CEFTRIAXONE Y VANCOMICINA en esos pacientes e iniciar un diagnóstico microbiológico que determine si existen bacterias, pues de lo contrario, **sería imposible**

determinar una meningitis sin una punción lumbar...

Preguntado: de conformidad con lo expresado, la respuesta por neurología fue la contraindicación de la punción lumbar para ese paciente. **Contestado:** **Veo el folio 27 del Dr. Claudio Aguirre donde la contraindican y se pide una imagen de resonancia magnética...**

Preguntado: En nota del 27 de marzo indicó paciente existe un alto riesgo de fallecimiento pronostico neurológico ominoso, explique en qué consiste ese término. **Contestado.** Es el paciente que tiene una alteración en un órgano vital, por el cual uno podría suponer, de acuerdo con muchos índices, que un paciente podría fallecer en las próximas horas o días, en este caso, era el cerebro de este paciente, con los signos de descerebración y el cambio en las pupilas uno pensaría que la evolución no es la más adecuada y se genera alto riesgo de fallecimiento...**Preguntado:** De acuerdo con la intervención suya con el paciente, cuál fue su plan de manejo para el tratamiento en UCI.

Contestado. El paciente con lesión cerebral de cualquier tipo, el cuidado intensivo pretende proteger el cerebro y mantener la presión cerebral. Para lograr eso, tenemos que mantener un corazón funcionando, que envíe sangre al cerebro, pulmones funcionando, riñones y perfusión. La meta es mantener al paciente vivo, mientras se realiza un diagnóstico de la causa que lo llevó a cuidado intensivo...

Preguntado: cuál era el objetivo de suministrar norepinefrina al paciente: **Contestado.** Lo que acabo de explicar señora juez, esta sirve para aumentar la presión arterial, para que el corazón bombeé la sangre al cerebro y demás órganos con la presión necesaria y así evitar una isquemia cerebral.

Preguntado: Al paciente se le suspendió en algún momento los antibióticos en la UCI. **Contestado.** Lo que he leído en la historia clínica, no. No hay nota donde se suspendan los antibióticos...

Inicia interrogatorio la apoderada de la ESE HUSJ de Pereira.

Preguntado: Además del tratamiento de CEFTRIAXONE Y VANCOMICINA, se suministró dexametasona y RHZE, favor explique para que sirven dichos medicamentos. **Contestado.** La dexametasona se utiliza para mejorar la penetración del antibiótico por las meníngeas. El RHZE es el manejo indicado ante una sospecha de tuberculosis cerebral, manejada con ello además de los antibióticos.

Inicia interrogatorio el apoderado de la parte demandante.

Preguntado: Por qué era importante la resonancia magnética a que hace referencia que estaba pendiente. **Contestado.** **Porque el neurólogo y el neurocirujano lo habían solicitado para identificar claramente cuál era el tipo de lesión cerebral que tenía este paciente que producía los signos que manifiesta desde que comenzó la historia clínica.**

Preguntado: qué pasó con esa orden de resonancia magnética. **Contestado.** Sé que se solicitó, la misma la realiza otra institución llamada imágenes diagnosticas, pero la misma no se realizó. De igual manera, el paciente en esas condiciones no es posible trasladarlo a un resonado, pues era muy riesgoso... **Preguntado.** Usted genera una orden de interconsulta a neurocirugía. ¿Cuál fue la razón? **Contestado.** Fue para revisar si el paciente era candidato a una punción lumbar.

Preguntado: ¿el paciente era competencia de neurocirugía? **Contestado.** El paciente de UCI **es de competencia interdisciplinario. Todas las especialidades tienen que ver con el paciente y de todos los conceptos se procede al plan a seguir...**

Las demás partes manifiestan no tener preguntas para realizar y se autoriza el retiro del testigo de la diligencia”

Médico especialista en cirugía y cuidado intensivo **José Joaquín Castaño** quien atendió al paciente en la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira:

“...Evidentemente yo atendí a este paciente el 28 de marzo de 2017 y era un paciente cuyos diagnósticos eran de meningitis bacteriana y una sospecha de meningitis por TBC, una hidrocefalia aguda y unas hipo densidades, con una diabetes incipiente y cuando yo lo vi el paciente tenía signos de muerte cerebral, se hizo la interconsulta a neurocirugía, quien confirma el hallazgo y el paciente posteriormente fallece, esa fue básicamente mi atención al

paciente **Preguntado:** Podría indicarle al Despacho en que consiste la hidrocefalia obstructiva. **Contestado:** Básicamente es que, dentro del cerebro hay unas vesículas, hágase de cuenta como unas bombas de agua que nosotros llamamos los ventrículos. En el cerebro se produce agua, la cual se elimina a través de las meninges y el agua se va acumulando y a eso se le llama hidrocefalia aguda. El paciente sufre una obstrucción aguda en las meninges. **Preguntado:** Esa hidrocefalia es consecuencia del cuadro de meningitis que tenía el paciente. **Contestado:** Realiza un recuento de las valoraciones efectuadas por los neurólogos y neurocirujanos que atendieron al paciente concluyendo: hay deterioro neurológico, por examen físico hay contraindicación de punción lumbar, el Dr. Claudio Antonio Aguirre, que es un neurólogo expresa también que él contraindica la punción lumbar, que no se puede realizar la punción lumbar y en el folio 33, lo ve la neurocirujana Dra. Adriana Milena Páez y expresa: paciente con cuadro clínico sugestivo de neuroinfección de acuerdo con neurología clínica en cuanto a diferir punción lumbar... En relación con la punción lumbar, nosotros básicamente no la decidimos, pues obviamente las subespecialidades, como neurología y neurocirugía, son personas que se dedican 4 años a estudiar exclusivamente la neurología y siguen viendo ello todas sus vidas, por lo que se acogen esas propuestas de contraindicar la punción lumbar. **Preguntado:** Teniendo en cuenta su atención, para ese momento se podía tener certeza del diagnóstico del paciente. **Contestado:** **Al principio había duda sobre el diagnóstico porque él habla básicamente de fiebre, cefalea, que no hay signos meníngeos, ni hay signos de focalización neurológica, ósea que el paciente inicialmente no tenía claro un diagnóstico, cuando empieza a deteriorarse neurológicamente y a hacer síntomas neurológicos ya focaliza sobre el sistema nervioso y ahí es donde los expertos neurólogos y neurocirujano hacen un planteamiento de infección bacteriana o una infección por tuberculosis. El manejo de la infección bacteriana es con la CEFTRIAXONE Y VANCOMICINA, pero ya una tuberculosis requiere otros tratamientos, pues ni la CEFTRIAXONE ni la VANCOMICINA le sirven a la tuberculosis, sin embargo, dichos diagnósticos no quedan en evidencia porque no se tomó una punción lumbar y no se pudo tomar una evidencia real del germen que tenía el paciente. Preguntado:** Atendiendo ello, era posible determinar la causa de muerte del paciente. **Contestado:** no soy el experto apropiado para responder ello. **Las demás partes manifiestan no tener preguntas para realizar y se autoriza el retiro del testigo de la diligencia”**

- Testimonios decretado a instancia **de la parte demandante:**

Señora **Diomar Marín**

“...Preguntado: tiene algún tipo de relación o vínculo con las personas que procedo a indicarle (lee los nombres de cada uno de los demandantes) **Contestado:** Conozco a Martha Lucía Henao Nieto, es la suegra de mi hermano, conozco a Helen Dayana, es la hija del fallecido, de Carlos Alberto Heno, tenemos una relación distante, no hablamos todos los días, pero si los distingo a todos ellos (demandantes)... **Preguntado:** el despacho le solicita que realice una narración breve y espontánea de todo lo que le conste respecto de la situación por la cual fue llamada a declarar **Contestado:** yo a ellos los distingo por lo que ya le explique, el fallecido tuvo estos episodios de salud, que fue en ocasiones repetitivas a la entidad de salud y fue regresado a su casa con pastillitas de acetaminofén, para nadie es un secreto que la salud en nuestro país es un poquito precaria por no decir que mala, debido a esto, no soy médico, mi profesión es otra, pero debido a esta negligencia médica se puede anotar que se dio el deceso de Carlos... las muertes siempre causan dolor pero la situación particular en que se dio esta muerte hubieron varias personas afectadas, principalmente la madre de él que después de haber perdido su hijo, como toda madre, sufrió depresión, fue hospitalizada, luego uno de los hijos también se vio en crisis por la pérdida de su padre... este era un papá

especial, a pesar de que no llevaba una relación sentimental con la ex, o sea la madre de los niños, este siempre llevo una muy buena relación con ella y mantenía pendiente de sus hijos, entonces al faltar esta persona sabemos el vacío que causa y los problemas que quizá económicos y morales causa en una familia la pérdida de un papá... debido a todo a esto pedimos que se aclare qué fue lo que sucedió ante la negligencia médica...

Preguntado: en razón a que usted manifestó conocer al fallecido Carlos Alberto Ríos Henao y a su grupo familiar, quisiera preguntarle desde hace cuánto tiempo **Contestado:** desde cuando yo tengo uso de razón

Preguntado: indíqueme al despacho el señor Carlos Alberto Ríos Henao para la fecha de su deceso con quien vivía **Contestado:** el señor Carlos vivía con su señora madre, con su hermana Daniela Marín Ríos y con Matías y Leonardo Marín en la 37 con sexta **Preguntado:** el señor Carlos Alberto Ríos Henao para la fecha de su deceso tenía alguna pareja sentimental **Contestado:** no sabría decirle... **Preguntado:** Como era la relación de Aracelly y el señor Carlos Alberto Ríos Henao **Contestado:** ellos no vivían juntos bajo el mismo techo pero tenían una relación muy amistosa por el vínculo de los hijos, una relación de amigos en pro de criar los hijos y darles amor y lo que se necesite en casa **Preguntado:** con qué frecuencia usted visitaba a la familia del señor Carlos Alberto Ríos Henao **Contestado:** mucho, mucho, yo salía de mi universidad a las 10:30 de la noche e iba a saludarlos... **Preguntado:** cuando usted frecuentaba la casa del señor Ríos Henao, usted se encontraba con Aracelly **Contestado:** no, muy esporádicamente **Preguntado:** usted hacía referencia a una hermana de crianza, como se llama esa persona **Contestado:** Gloria **Preguntado:** ella vivía con el señor Carlos al momento de su deceso **Contestado:** Compartían su casa, si, una casa familiar, vivían bajo el mismo techo con las personas que anteriormente le señale, de hecho vive todavía ahí **Preguntado:** como era la relación de Gloria y de Carlos **Contestado:** sana, Gloria es un ser humano muy lindo, hermanos, de hecho Carlos fue una persona muy respetuosa, una persona con la que se podía hablar **Preguntado:** cuantos años tiene Gloria **Contestado:** por ahí unos 40 o algo así, la verdad nunca me interese por preguntarle qué edad tiene **Preguntado:** indíqueme al despacho la señora Aracelly donde vive **Contestado:** en el barrio galán **Preguntado:** ella tiene otra pareja **Contestado:** no se... **Preguntado:** la sobrina Daniela era la que lo acompañaba a las citas médicas **Contestado:** ella fue la que estuvo con él en todo el proceso **Preguntado:** quien es Matías **Contestado:** el hijo de mi sobrino Daniel **Preguntado:** Matías también vivía en la misma casa de Carlos Alberto **Contestado:** si **Preguntado:** qué relación tenían Matías y Carlos Alberto **Contestado:** jugaban mucho **Preguntado:** después de la muerte del señor Carlos, como vio usted a Matías **Contestado:** él preguntaba que donde estaba el tío Carlos y cuando se le decía que se había ido a un viaje, que no iba a regresar, o sea que no lo iba a volver a ver porque se había ido en un viaje para el cielo, él miraba el cielo y se le sentía la tristeza **Preguntado:** él lloraba o usted lo veía llorando por esa situación **Contestado:** no tanto como llorar pero si la tristeza, la tristeza irradia esa casa total... **Preguntado:** como eran las relaciones de manera previa a la muerte del señor Carlos Alberto y con posterioridad a su deceso **Contestado:** pues se compartía mucho, se compartían los cumpleaños, los fines de semana que estaban todos en casa, se charlaba, se veían películas, se acostumbraba mucho charlar hasta altas horas de la noche, de hecho eso ya ha mermado, se ha apagado la alegría en la casa, no del todo, pero si mucho **Preguntado:** usted ha conversado con la señora Gloria **Contestado:** Gloria es un ser muy lindo y sale y lo saluda a uno... fue afectada con el deceso de Carlos, es evidente que si un miembro de la familia falta se afecta todo el grupo familiar **Preguntado:** usted sabe si algún miembro de la familia ha tenido que consultar psicólogo o psiquiatras o demás debido al deceso del señor Carlos Alberto **Contestado:** si la señora madre estuvo hospitalizada porque debido al estrés y a la incertidumbre, la angustia de que a su hijo no lo atendieran y después del deceso de Carlos la señora madre se vio muy afectada y un hijo de él, de hecho un hijo de él llegó a estar en un sitio de reposo, Duván **Preguntado:** Como era la relación de Carlos y sus hijos **Contestado:** ellos vivían con la señora madre, con la señora Aracelly, pero su relación era muy cercana, estaba pendiente de que pasaba con los niños, a pesar de

estar grandes, él los ayudaba económicamente, él trabajaba para sus hijos...

Inicia interrogatorio el apoderado de la ESE Salud Pereira

Preguntado: alguna persona de la familia tuvo alguna enfermedad similar a la del señor que nos trae hoy acá **Contestado:** estuvieron expuestos, el grupo familiar estuvo expuesto, porque se dice y no se con qué exactitud, pero dicen que los médicos que lo atendieron fueron vacunas y esto se le ocultó al grupo familiar de Carlos.

Las demás partes manifiestan no tener preguntas para realizar y se autoriza el retiro de la testigo de la diligencia”

Señora Martha Gloria Arango Hurtado

“...Preguntado: tiene algún tipo de relación o vínculo con las personas que procedo a indicarle (lee los nombres de cada uno de los demandantes) **Contestado:** todos son conocidos, la mamá del fallecido es la mamá de mi cuñado... **Preguntado:** el despacho le solicita que realice una narración breve y espontánea de todo lo que le conste respecto de la situación por la cual fue llamada a declarar **Contestado:** la muerte del señor Carlos fue por negligencia y la mamá sufrió mucho con eso **Preguntado:** hace cuanto conoce a la familia del señor Carlos Alberto **Contestado:** hace por ahí 25 años **Preguntado:** en razón de que los conoce **Contestado:** porque mi hermana es la esposa del hermano del fallecido, Jesús Antonio Ríos **Preguntado:** con qué frecuencia usted visita la casa del señor Carlos Alberto **Contestado:** nos visitamos constantemente, ellos vienen a la casa o yo voy allá, por ahí cada 15 días **Preguntado:** podría precisarle al despacho para la fecha en que muere el señor Carlos Alberto, él con quien vivía **Contestado:** el murió a finales de marzo de 2017 y vivía con la mamá, con la tía, con Evangelina con el esposo de Evangelina, Leo, con la sobrina Daniela, con la hermana de crianza Gloria, con el hijo de Daniela, Matías **Preguntado:** como era la relación de la hermana de crianza-Gloria y Carlos Alberto **Contestado:** muy buena, excelente, se la llevaban muy bien... **Preguntado:** podría indicarle al despacho si para la época en que el señor Carlos Alberto fallece, él tenía alguna pareja, estaba casado o tenía una compañera **Contestado:** la mamá de los hijos **Preguntado:** como se llama la de los hijos **Contestado:** Aracelly **Preguntado:** ellos estaban juntos cuando él fallece **Contestado:** si claro, ellos tenían muy buena relación... ellos ya no estaban como pareja... los hijos vivían con la mamá **Preguntado:** como era la relación de Carlos Alberto con Aracelly **Contestado:** era buena se comunicaban para los gastos de los hijos... **Preguntado:** como se afectó la familiar con el fallecimiento del señor Carlos Alberto **Contestado:** la verdad es que se acabó la alegría en esa casa, porque la mamá ya está muy enferma por la depresión, ya no es igual como era ahora años, ella estuvo hospitalizada en el San Jorge por esa depresión como 8 días...

Las demás partes manifiestan no tener preguntas para realizar y se autoriza el retiro de la testigo de la diligencia”

4.3.2. Celebración de audiencia de pruebas el 1º de junio de 2021²⁰:

- Testimonio decretado a instancia **de la parte demandada, ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira:**

Médico Neurólogo **Claudio Antonio Aguirre Castañeda** quien atendió al paciente en la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira

²⁰ Documentos 042 y 043 expediente digital SAMAI

“...**Preguntado:** en que consistió la atención que usted le brindó al señor Carlos Alberto Ríos Henao en el HUSJ de Pereira. **Contestado. el 27 de marzo de 2017 a las 6:51 am llegué a la UCI a valorar un paciente,** el señor Carlos Ríos, encontré un paciente con respiración mecánica, es decir, respiración neuro traqueal, también encontré un paciente en malas condiciones generales, con anisocoria por midriasis izquierda; es decir, una pupila más grande que la otra, también con hemiparesia, disminución de la fuerza y además tenía en el fondo de ojo, tenía signos de edema, tenía papiledema, **también valoré la escanografía que se le había tomado el 23 y la que se le había tomado el domingo 26 nuevamente y encontré la del TAC, la tomografía que se le tomo el 26, encontré una tomografía con una dilatación de los ventrículos y con disminución de las cisuras corticales,** ante esto y la evolución del paciente, considere que el paciente venía evolucionando mal, ante lo cual se replanteaba la posibilidad del diagnóstico inicial que era una meningitis bacteriana por el grupo de edad, el grupo etario del paciente y viniendo de la comunidad que era la primera posibilidad pero como este tiempo el paciente estaba evolucionando de manera irregular, en forma no adecuada, se planteó la posibilidad de que también podría tratarse de una meningitis por tuberculosis, por lo cual se debe considerar que se le debía adicionar dexametasona, corticoides, además que se le debía iniciar tratamiento tetraconjugado para la tuberculosis por clínica y continuarle el tratamiento que ya venía con los antibióticos que eran ceftriaxona y vancomicina, de todas maneras deje en la nota que el pronóstico era reservado y seguí el desarrollo de la evolución de acuerdo a la evolución que el paciente fuera teniendo, consideré en ese momento realizar el estudio de líquido cefalorraquídeo a través de una punción lumbar. en esos momentos está contraindicado porque había signos de edema cerebral y también ya mostraba signos de herniación cerebral. lo cual es una contraindicación para realizar la punción lumbar por el alto riesgo de descerebración del paciente. **Preguntado:** Teniendo en cuenta su atención para el 27 de marzo del año 2017, usted señala que analizó dos TAC, podría precisarle al Despacho qué diferencia encontró entre el primer y segundo TAC que analizó. **Contestado:** En el TAC que se le tomó el 23 de marzo del 2017 y el que se le tomó el 26 de marzo, la gran diferencia que había era que en el del 26, es decir el último, había dilatación de los ventrículos, lo cual médicamente se conoce como hidrocefalia y seguía la disminución de los cisuras cerebrales, de los surcos cerebrales, lo cual se había encontrado en el TAC que fue evaluado el 24 de marzo del 2017, **pero la diferencia importante era que seguía con la disminución de los surcos, pero lo nuevo que se le adicionaba era que ya había dilatación de los ventrículos, ósea, que empezaba a ser un cuadro de una hidrocefalia y además también tenía los signos de una sinusitis maxilar y una sinusitis etmoidal izquierda,** aunque esto es un hallazgo antiguo, pues lo nuevo, es la dilatación de los ventrículos con hidrocefalia. **Preguntado:** Qué es el borramiento de cisuras corticales. **Contestado:** Las cisuras corticales, es la parte más periférica del cerebro, las cisuras normalmente se van disminuyendo con el paso de los años por la disminución de la masa encefálica, cuando en esa masa encefálica empieza a haber acumulación de agua por diferentes procesos, que es lo que los médicos llamamos edema cerebral, entonces una forma de defenderse el cerebro, es ganando espacio hacia las cisuras, entonces esas cisuras que vienen en la convexidad de la corteza del cerebro empiezan a hacerse menos prominentes y eso es un signo indirecto que para los médicos dedicados a las neurociencias, en este caso la neurología, **es un signo indirecto de que el paciente empieza hacer edema cerebral.** **Preguntado:** En qué consisten las cisternas abiertas de las que habla en ese diagnóstico subjetivo. **Contestado:** Las cisternas abiertas son las cisternas que están en el centro del cerebro, donde está el tallo cerebral, las cisternas abiertas quiere decir que el edema todavía no está focalizado en la región central, sino que es más periférico y también le ayuda a uno para decir que no hay desviación de la línea media. La línea media del cerebro se sigue conservando; a eso es que se refiere cisternas abiertas, ese líquido cefalorraquídeo que está alrededor del tallo cerebral, está permeable y

todavía no hay obstrucción en esa parte de las de las cisternas abiertas. **Preguntado:** Esas cisuras cerebrales y cisternas abiertas por qué se presentaban en el paciente. **Contestado:** Las cisuras abiertas las tenemos todas las personas dentro de la normalidad, de todas maneras hay que tener presente que son cuadros dinámicos que van cambiando minuto a minuto, hora a hora y día a día; **las cisuras disminuidas con borramiento de las cisuras, es un dato que para los clínicos nos hace pensar que el paciente pueda estar desarrollando un edema cerebral y nos previene para tomar decisiones siguientes que pueden estar contraindicadas y las cisuras abiertas, lo que quiere decir es que en el cerebro, la línea media todavía está conservada, que no hay desplazamientos, por eso, se podría decir también allí que no hay lo que llamamos lesiones ocupando espacios como si fuera un tumor, un hematoma o un sangrado que esté desviando la línea media, para eso sirve la aclaración de las lesiones ocupantes de espacio, pero el borramiento de las cisuras es un dato importante para tomar decisiones posteriores a esa primera evaluación.** **Preguntado:** Teniendo en cuenta su respuesta anterior, usted anota en el análisis subjetivo en la historia clínica que no ve lesiones ocupantes de espacio. **Contestado:** Si correcto, en el TAC cerebral, porque una cosa es el TAC y otra cosa es la evaluación clínica del paciente, pero el hecho de tener las cisuras abiertas y tener la línea media central, uno infiere que no hay lesiones ocupantes de espacio ni en un lado, ni en el otro lado del cerebro que pudieran estar desplazando el cerebro. **Preguntado:** Respecto del análisis objetivo que se anota en la historia clínica el día 27 de marzo del 2017, en qué consiste el término de rigidez de nuca terminal, anisocoria, con midriasis parálitica izquierda y Babinski izquierdo. **Contestado:** En la evaluación neurológica, las pupilas son un dato muy importante para nosotros, las pupilas cuando están iguales, el término que se utiliza es Isocóricas, cuando una pupila esta más grande que la otra, se le denomina anisocoria, la midriasis por dilatación, en este caso dilatación de la pupila izquierda; y por otro lado, en el hecho de tener la rigidez nuchal y hacerle la flexión, hay dos signos que se llaman los signos meníngeos, que es el de brudzinski y de kernick, el brudzinski es cuando uno le flexiona la cabeza al paciente y si el paciente tiene inflamación de las meninges, va a haber composición a este movimiento y es lo que uno llama rigidez de nuca y lo otro es que cuando empieza a haber daño de la vía piramidal, la que le permite a uno moverse, empieza a producirse disminución de la fuerza en un lado o en el otro lado del cuerpo, en este caso del paciente en el izquierdo y eso se acompaña con un signo que se llama un signo piramidal, qué es un signo de extensión del dedo grueso artejo en este caso del pie izquierdo, al hacer una maniobra entonces es lo que se conoce como un signo con un epónimo que fue el signo de Babinski, pero es una respuesta plantar extensora lo cual ya lo alerta a uno, de que el paciente está haciendo algún tipo de focalización clínica en ese momento y es una contraindicación para tomar conductas de procedimientos posteriores a estos. **Preguntado:** En anotación de la historia clínica denominado análisis, se deja la anotación: "deterioro neurológico con síntomas de proceso infeccioso del SNC a pesar del tratamiento con ceftriaxona más vancomicina, hay deterioro neurológico", qué significa dicha notación para las condiciones de salud del señor Carlos Alberto Ríos. **Contestado:** La interpretación de eso es que el paciente estaba peor, había empeorado su condición médica y en este caso su condición neurológica, SNC es sistema nervioso central, empeoramiento de su condición médica neurológica sistema nervioso central y no era la evolución esperada a un tratamiento a un paciente que ya llevaba unos días con tratamiento antibiótico para lo que se había sospechado cuando se le inició este antibiótico, entonces uno dice "este paciente no está evolucionando bien, en este paciente hay que tomar conductas adicionales desde el punto de vista farmacológico" y de todas maneras ya con esos signos, el pronóstico neurológico es bastante sombrío porque ya hay daño en el sistema nervioso central, la anisocoria lo que quiere decir es que las fibras que llevan la

inervación a esa pupila, en algún lado el cerebro se están comprimiendo y el paciente está empezando a tener signos de daño cerebral. Preguntado: *Cuál era la finalidad de incluir en el tratamiento del paciente la ceftriaxona y la vancomicina. Contestado:* **Al paciente le iniciaron ceftriaxona y vancomicina ante la sospecha clínica por el grupo etario del paciente en el que está “48 años”, el germen más frecuente, si uno sospecha una meningitis bacteriana y decide iniciarle tratamiento empírico, el tratamiento empírico no quiere decir qué es un tratamiento al azar, ni es un tratamiento de ensayo, es un tratamiento de término científico que se utiliza cuando tenemos complicaciones para hacerle algunos otros procedimientos y no podemos esperar más tiempo y debemos intervenir farmacológicamente, entonces se le inicia una combinación que es con ceftriaxona más vancomicina para cubrir los gérmenes más frecuentes de un proceso infeccioso adquirido probablemente en la comunidad, en un paciente sin factores de riesgo en cuanto hay inmunodeficiencia, paciente con sistema inmunológico por los parásitos anormales, entonces por eso se deciden iniciarle ceftriaxona con vancomicina, en ese momento el paciente estaba en un estadio clínico 1, el 1 es cuando el paciente está consciente alerta orientado, contesta, obedece órdenes y en ese momento solo los antibióticos ceftriaxona más vancomicina, no hay necesidad de iniciarle esteroides o dexametasona, cambia el cuadro cuando el paciente empieza a deteriorarse neurológicamente, qué fue lo que pasó cuando evaluó a ese paciente en condiciones diferentes, con deterioro neurológico, con signos de focalización, por lo cual había que adicionarle tratamiento independiente del que ya venía, adicionándole un segundo tratamiento, anexándole los esteroides para manejar el edema cerebral y tratar de cortar el proceso infeccioso que se estaba sospechando y para que el paciente tuviera una mejor evolución. Preguntado:** *Indíqueme al despacho si entonces los esteroides se adicionaron al tratamiento antibiótico para el manejo del edema cerebral del señor Carlos. Contestado:* **Si, los esteroides cuando el paciente ya está en un estadio clínico 2 (el paciente tiene signos de focalización, es decir, no mueve una pierna, no mueva un brazo o cuando hay cambio en las pupilas como las tenía el paciente) o estadio clínico 3 (cuando el paciente está en coma, prácticamente está ya muy deteriorado; en el estadio clínico 2 y 3 hay indicación de ponerle esteroides, para disminuir la inflamación en esa barrera que hay entre el sistema nervioso central y la parte periférica, se llama la Barrera hematoencefálica, eso es lo que uno busca sobre todo tratándose de un proceso infeccioso para ese caso si está indicado iniciarles los corticoides, además de la dexametasona, uno ya plantea que probablemente no sea el germen más común que se presenta en este grupo que es el neumococo, entonces uno dice “a este paciente hay que adicionarle una segunda posibilidad diagnóstica que es la TBC (tuberculosis)”, por eso se le inicia lo que se conoce como tratamiento tetraconjugado, es un diagnóstico epidemiológico porque la presentación de la tuberculosis también puede ser una presentación aguda y no necesariamente crónica, pero los esteroides eran para disminuir el edema cerebral y la respuesta inflamatoria del paciente... Preguntado:** *En qué momento está contraindicada la punción lumbar, y hasta qué momento resultó oportuno realizar una punción lumbar en un paciente para poder medir ese líquido en cefalorraquídeo y en qué momento empieza a estar contraindicado para un paciente realizar este tipo de procedimientos. Contestado:* **Cuando uno va a hacer un estudio del líquido cefalorraquídeo hay indicaciones y contraindicaciones, las indicaciones son cuando uno sospecha un proceso inflamatorio infeccioso, cuando uno sospecha una enfermedad desmielinizante, cuando uno sospecha una enfermedad tumoral, desde el punto de vista clínico o una enfermedad neurodegenerativa también como un Parkinson, una enfermedad de Alzheimer; cuando uno ya decide si al paciente se beneficia o hay que hacerle una punción lumbar, pero vienen las contraindicaciones porque uno tiene que poner en la mesa en un balance beneficios y riesgos, entonces hay unas**

contraindicaciones para hacerle la punción lumbar al paciente, una es que el paciente o la familia no acepten el procedimiento y haya lesiones en el en el sitio donde se va hacer la punción lumbar, en este caso se hace en la región lumbar en la parte más baja de la columna y si el paciente tuviese unas escaras, unas heridas o una infección, sería completamente contraindicado; lo otro que uno le hace a los pacientes es una prueba de coagulación porque si el paciente tiene los tiempos de coagulación prolongados y uno le hace la punción lumbar lo que va hacer es un hematoma epidural y el paciente va a quedar probablemente parapléjico, **lo otro es que se le pide unas imágenes diagnósticas en este caso el TAC cerebral, el cual es muy importante para nosotros los clínicos neurólogos y neurocirujanos porque los signos clínicos de cambios de edema cerebral no aparecen tan tempranamente como los signos radiológicos entonces si uno cuando le hace el TAC cerebral tiene dudas razonables de que hay contraindicación porque el paciente tiene signos indirectos en ese momento de edema cerebral, entonces es mejor esperar o ayudarnos de otro examen y ante la evolución del paciente es por lo cual se decide iniciar el tratamiento en este caso de lo que estamos hablando, de tratamiento empírico,** entonces así como el paciente se puede favorecer y no hay ninguna contraindicación; pero si se le hace una punción lumbar cuando uno tiene dudas razonables de que el paciente está haciendo ya signos de edema cerebral y no hay claridad en esa imagen, entonces uno prefiere parar ese procedimiento qué es la punción lumbar e iniciar tratamiento como ya habíamos hablado, tratamiento con antibióticos de acuerdo al grupo de edad que está el paciente y de acuerdo a la procedencia del paciente, si viene una zona rural, una zona urbana o si está en un sitio de alto riesgo como en un batallón o en un colegio porque cambia mucho la parte epidemiológica, **en este paciente la indicación era probablemente pensar en ese momento en una meningitis bacteriana por el germen que se llama neumococo, qué es el más frecuente por lo cual lo cubre muy bien la ceftriaxona más vancomicina, pero con esa lectura que se le dio por parte de los clínicos al TAC cerebral, era más el riesgo de hacerle la punción lumbar que no hacerla.**

Preguntado: Que contraindicaciones presentaba el paciente.

Contestado: Para el día que lo valoré presentaba varias, 1 el TAC cerebral, 2 clínicamente tenía signos de edema cerebral que es inflamación del nervio óptico, que es la parte que uno logra ver con un aparato especial que utilizamos en el examen físico y cuando hay papiledema que es un signo que aparece más tardíamente como lo decía en la anterior intervención, en ese momento ya prácticamente no se le puede hacer y si tiene signos de focalización neurológica cómo era la anisocoria por la midriasis izquierda y además tenía hemiparesia izquierda con el signo de extensor del grueso artejo qué es el signo de Babinski, ahí si la punción lumbar era adelantarle un desenlace fatal al paciente.

Preguntado: Por qué con anterioridad no se hizo la punción lumbar en el señor Carlos Alberto.

Contestado: Si, en la nota del compañero neurólogo, precisamente él coloca en la nota que había disminución de los surcos cerebrales, borramiento de las cisuras, lo cual no lo deja completamente tranquilo para hacerle el procedimiento en vista que el paciente estaba estable en este momento y es cuando él decide no hacerle esto esperando a ver cómo evoluciona el paciente y solicita una resonancia cerebral simple para tratar de precisar lo que él estaba sospechando... la resonancia cerebral que es un examen anexo qué se utiliza también cuando de pronto uno tiene una duda razonable y quiere estar seguro de que este procedimiento le puede ayudar para estar más seguro de tomar decisiones e intervenciones.

Preguntado: Conforme usted ha narrado en su declaración, usted encuentra que para el 23 y para 26 de marzo, había duda razonable para no realizar la punción lumbar en la persona siendo indispensable enviar la resonancia cerebral.

Contestado: Si doctora... para el 23 de marzo esa duda estaba presente también... y era que estuviese iniciando un edema cerebral.

Preguntado: La resonancia cerebral simple se hace en el Hospital San Jorge o se tiene que mandar a otro lugar para que se pueda realizar.

Contestado: El Hospital San Jorge tiene convenios con otras entidades para realizar los

procedimientos; esa parte logística administrativa no la conozco. **Preguntado:** Realizar la resonancia cerebral simple y contrastada despejaba la duda razonable para poder mirar si se hacía la punción lumbar en la persona. Era el examen idóneo, adecuado y único para poder establecer esa situación en el caso del señor Carlos Alberto. **Contestado:** Otra forma también es el de iniciar el tratamiento antibiótico ante la evolución del tratamiento empírico, el hacer la resonancia ayuda, pero tampoco va a cambiar la conducta que se tomó inicialmente. **Preguntado:** Tiene conocimiento si al paciente se le hizo la resonancia. **Contestado:** **Por las notas que aparecen allí, no se le hizo resonancia... no sé porque no se le hizo la resonancia.** **Preguntado:** Realizar esa resonancia hubiera permitido en el paciente que se hubieran podido tomar otro tipo de determinaciones respecto a las condiciones de salud que el presentaba en el hospital. **Contestado:** **Cuando el paciente está en la unidad de cuidados intensivos, allí los que comandan el manejo y las decisiones en cuanto a traslados... el solo hecho de trasladar el paciente aumenta la inestabilidad el paciente, le baja la presión, requiere una serie de soportes con medicamentos, la decisión de llevarlo o trasladarlo para hacer procedimientos puede poner en riesgo la vida del paciente... el lunes 27 de marzo, ya la condición neurológica del paciente y trasladarlo era de muy alto riesgo; los días anteriores que estuve en la unidad de cuidados intensivos, el paciente se tornó inestable hemodinámicamente lo cual de acuerdo al concepto que emiten los intensivistas, es una contraindicación y lo otro de porque no se realizó, no lo conozco.** **Preguntado:** En qué consiste el procedimiento de la punción lumbar... **Contestado:** La punción lumbar es un procedimiento que se utiliza en neurología o en medicina en general para obtener la muestra de un líquido que se llama el líquido cefalorraquídeo, lo que la gente interpreta como el agua que hay dentro de la columna y dentro del cerebro, entonces ese líquido cefalorraquídeo tiene muchas estructuras similares a las que hay en la sangre pero más específicas y le permiten a uno evaluar muchas condiciones del paciente, ese procedimiento se realiza varias maneras dependiendo la edad del paciente, en este caso específico se utiliza haciéndole con una aguja especial aplicando la lidocaína previamente al paciente, colocándolo de posición de medio lado, con flexión de las rodillas y de la cabeza, con lo que le mencionaba anteriormente, teniendo precaución de las indicaciones y las contraindicaciones, estando seguro de que no haya contraindicación; si todo está dentro de lo normal y ahí se firme el consentimiento informado por parte del paciente o por parte de la familia si el paciente no puede tomar esta decisión, todo este procedimiento se lleva a cabo en una sala de procedimientos y se coloca de medio lado del paciente, en decúbito lateral derecho y se infiltra con lidocaína para anestesiar la zona y luego con una aguja más larga, una aguja de punción lumbar se llega hasta la zona donde están las meninges, se pasan las meninges y se llega al espacio del líquido cefalorraquídeo y allí se obtienen entre 5 y 15 cm de líquido, de esa agua y en ese mismo procedimiento también se mide la presión con un aparato especial que nos permite medir la presión intracraneana y se saca el líquido cefalorraquídeo, las muestras que usualmente se reparten en tres frascos (5 cm en cada frasco) y se mandan al laboratorio para hacerle pruebas especiales o lo que nosotros le llamamos el citoquímico, lo otro que se le hace es los cultivos y lo otro para pruebas especiales y una parte de ese líquido cefalorraquídeo se deja como remanente por 72 horas por norma internacional en una nevera especial en el laboratorio en caso de que después se necesite hacerle algún otro estudio especial, de acuerdo a la evolución, los médicos tratantes lo consideren pertinente, posterior a la punción lumbar, el paciente vuelve y se deja en decúbito supino boca arriba, sin almohada, sin cabecera, en posición totalmente horizontal, durante 3 horas para evitar que se presenten complicaciones posteriores a la posición lumbar cómo es la cefalea y obviamente que el procedimiento se hace con todas las medidas que nosotros llamamos de asepsia y antisepsia para estar seguros de que no se le va a introducir una infección, cómo se hace un procedimiento quirúrgico que se hace un lavado muy exhaustivo y el paciente no vaya a tener riesgos. **Preguntado:** Hacía usted referencia a un término para medir la presión intracraneal.

Contestado: Si, la presión Intracerebral o intracraneal... siempre que uno hace la punción lumbar apenas empieza a salir la primera gótica de líquido cefalorraquídeo, se conecta al aparato que es una manguerita para medirle lo que se llama la presión de apertura, es decir, cuando inicia y cuando termina el procedimiento se mide también la presión al final del procedimiento, que normalmente baja 2 cm o 3 cm entre la presión de apertura y el final del procedimiento, sirve medir esta presión porque si uno desde el principio nota que la presión está muy alta, el riesgo es muy alto de que el paciente tenga alguna complicación y también sirve para algunas enfermedades neurológicas específicamente como lo que se llama hipertensión endocraneana benigna y otras enfermedades neurológicas, pero es un procedimiento que se hace de rutina.

Preguntado: Era posible que se iniciara ese procedimiento que usted acaba de explicar de la punción lumbar y medir esa presión de apertura, en el evento que ella fuera muy alta, riesgosa, se descarta el procedimiento y si lo permitía esa presión de apertura, continuar para tomar la muestra y poder lograr la finalidad del procedimiento o eso no era posible debido ni oportuno en el señor Carlos.

Contestado: En el caso específico del señor Carlos, ante los hallazgos que interpretó el neurólogo el 24 de marzo 2017, no era posible porque el riesgo de introducirle la aguja y con la primera presión de apertura, el riesgo que el paciente se hernie, ósea, que el cerebro se vaya hacia abajo era muy alto, entonces era más la complicación que el beneficio de obtener en ese momento ese líquido cefalorraquídeo.

Preguntado:Cuál era la única posibilidad médicamente viable para atender al señor Carlos Alberto Ríos.

Contestado: Cuando uno tiene limitaciones por diferentes circunstancias para hacer procedimientos, uno no se queda cruzado de manos esperando pensando en que “no se le pudo hacer esto, entonces no le hagamos nada”, de acuerdo a la evolución clínica y al cuadro clínico del paciente que encontraron los médicos, ellos tomaron la decisión de iniciar el tratamiento empírico con los antibióticos para ese grupo de edad (48 años) para tratarse de cubrir los gérmenes más frecuentes en el grupo de edad, siendo el neumococo la primera posibilidad, el otro sería el hemophilus y el otro el meningococo, entonces igual ese grupo de antibióticos que iniciaron le cubría al paciente esas sospechas del proceso infeccioso, **entonces al paciente si se le inició el tratamiento correspondiente y después se le fue dando manejo anexo a las complicaciones que se fueron presentando posteriormente.**

Preguntado: Cuando usted recibe al paciente, usted lo recibe a él con un cuadro de antibióticos de ceftriaxona y vancomicina a lo cual usted adhirió los esteroides de la manera que nos explicó en respuestas anteriores, observado que usted hizo un estudio más juicioso del caso de la persona en su estadía en el hospital, usted podría por favor indicarle al despacho si en algún momento al señor Carlos se le suspendió el manejo de los antibióticos de ceftriaxona y vancomicina.

Contestado: **Revisando las notas de enfermería y las notas de los medicamentos de la solicitud a la farmacia, desde que se inició la ceftriaxona más la vancomicina que fue el día 24 de marzo a las 3:45pm, desde ese momento el antibiótico ya quedó registrado y no solamente registrado, sino que también se solicitó a la farmacia y en las notas de enfermería y de la historia, aparece que se le administró en forma constante y como había sido formulado.**

Preguntado: Desde el 23 que él llega al Hospital Universitario remitido de la E.S.E SALUD PEREIRA, en ese momento se le suspendió en algún momento para tratarle otro tipo de infección. En la historia clínica se registra un tema de una infección urinaria.

Contestado: La evolución en el Hospital San Jorge, cuando lo valora el médico de urgencias y posteriormente los médicos en observación, reportan que era un paciente consciente, alerta, orientado, sin signos de focalización neurológica, sin signos meníngeos, reportan ellos muy específicamente, entonces se le hace unos exámenes de laboratorio que es un hemograma, función renal, función hepática, serología, VIH como protocolo a todos los pacientes que nos llegan por urgencias del Hospital San Jorge, también se le hizo un parcial de orina, en ese parcial de orina se documenta un aumento de 500 leucocitos, además de algunos síntomas de disuria que tenía el paciente, por lo cual,

en este momento se da manejo a la infección urinaria y le inician ampicilina sulbactam, qué fue del 23 al 24 de marzo, el 24 lo valora neurología a las 11:15 de la mañana, encuentra a un paciente consciente, alerta, repite, pregunta, responde, es la nota que coloca el doctor neurólogo que lo valoró y ahí es cuando evalúa el TAC cerebral y ya hace las anotaciones de las que ya hemos hablado, entonces él dice “si, es un paciente clínicamente en este momento y con los exámenes que tenemos de laboratorio que hay que seguirle el tratamiento de la infección de vías urinarias” y ante la duda razonable de la de la escanografía fue cuando él cargo y solicitó la resonancia y de acuerdo a la evolución para definir el resto de procedimiento. **Preguntado:** La pregunta iba enfocada, porque cuando el paciente es remitido de la E.S.E SALUD PEREIRA, viene con la aplicación de ceftriaxona, a él le decidieron aplicar ceftriaxona, es remitido porque él ya presenta algunos signos de alarma que vio el médico en primer nivel y lo remite con la aplicación de esta ceftriaxona y llega al hospital el 23 de marzo y por esa infección de vías urinarias, se le aplica la vancomicina creo que fue que usted acabo de señalar, la pregunta es ¿si en ese momento que se hace esa determinación de aplicar este otro antibiótico para atacar esa infección por vías urinarias, se hace una suspensión de la Ceftriaxona que se le venía dando desde primer nivel de atención? **Contestado:** No, el medicamento es ampicilina sulbactam para la infección urinaria, entonces la situación de los pacientes no es igual todos los días, ni es igual hora a hora y sobre todos los pacientes cuando tienen alguna condición neurológica, cambia muchísimo la evolución, basándome en las notas de los colegas, **cuando el paciente llega, encontraron un paciente con un examen normal, no le encontraron signos meníngeos, no le encontraron rigidez nucal, no le encontraron Kernick, no le encontraron brudzinski, no le encontraron signos de focalización y cognitivamente el paciente respondía, entonces allí entre el 23 y el 24 al paciente en el San Jorge no le inician ni ceftriaxona ni vancomicina, le iniciaron fue ampicilina sulbactam para tratar lo que habían encontrado en los paraclínicos en el hospital San Jorge que era la ampicilina sulbactam;** la situación el viernes 24 de las 11:15 de la mañana a las 3:45 cambió, la médica de urgencias asiste a un llamado porque el paciente en este momento no estaba conectado con el medio, no estaba respondiendo, lo valora y encuentra que el paciente tiene deterioro en la parte cognitiva, hay una escala que se llama la escala de Glasgow que sirve para medir si el paciente responde, si abre los ojos, si mueve las piernas, en ese momento la médica encuentra una evolución diferente a lo que venía, en estas cuatro horas cambio la conducta, ella encuentra ya otros cambios en el examen neurológico en este momento la médica pide interconsulta a la unidad cuidados intensivos, en cuidados intensivos, hay algo que se llama cuidados intermedios y cuidados intensivos avanzados; de protocolo cuando los pacientes empiezan a tener deterioro neurológico y para proteger la posibilidad que la vía aérea empiece a tener complicaciones, se prefiere pasar a un sitio de más nivel para poderlo tener más monitoreado y “en mejores condiciones de monitoreo” desde el punto de vista de algunas ayudas como son los monitores para la presión que son permanentes, entonces allí con este cuadro y con la nota que puso el neurólogo de no hacer punción lumbar hasta no tener el otro examen o mirar la evolución, **es cuando ella decide iniciar la ceftriaxona y la vancomicina y repito que esta se inició el 24 y se mantuvo hasta el 28 a las 15:57 cuando el paciente fallece. Preguntado:** Doctor, atendiendo todo lo que usted nos ha explicado y teniendo en cuenta los antecedentes de ese paciente que venía con una cefalea desde el 15 de marzo, venía reconsultando en el hospital del primer nivel entre el 17 de marzo, 21 de marzo, 22 de marzo con cefalea, con vómito, con náuseas, con hemiparesia en un miembro inferior, ese tipo de antecedentes en la persona generaban que fuera acorde que para el 23 de marzo que se recibe en el hospital Universitario San Jorge de Pereira, **se le suspendiera la ceftriaxona porque en ese momento presentaba una escala de Glasgow adecuada, estaba conectado con el medio, presentaba una condición diferente,** ósea, era adecuado con ese antecedente que presentaba la persona del 15 de marzo hacer esa suspensión y darle ese tratamiento entre el 23 y 24 de marzo. **Contestado:** Yo le respondo por lo que yo vi, la nota de los médicos en el

hospital San Jorge refieren que sí, el antecedente del dolor de cabeza, 10 días de evolución, pero los médicos en el Hospital San Jorge encuentran un paciente, en ese momento, en otras condiciones y no se podría decir que le suspendieron porque en el San Jorge nunca le habían iniciado ceftriaxona y vancomicina, sino que ellos consideraron que había que replantear el diagnóstico, de todas maneras dejar el tema de la cefalea y de hecho por eso fue que se le pidió un TAC cerebral, para concomitantemente estudiarle porque el paciente tenía el dolor de cabeza y buscar otras causas que pueden dar dolor de cabeza que no son necesariamente cuadros de infecciones del sistema nervioso central, entonces en el San Jorge encontraron un paciente en buenas condiciones, la valoración del especialista neurólogo del 24 lo corrobora, lo verifica y por eso dejaron en observación de acuerdo al desarrollo como vaya evolucionando el paciente, tomar medidas pertinentes de acuerdo a como vaya cambiando el cuadro clínico del paciente. **Preguntado:** Cuando el señor Carlos fallece, se tenía clara la sospecha de meningitis o quedó siempre como sospecha hasta la fecha de su deceso. **Contestado:** Cuando yo lo valoro el 27 de marzo del 2017 a las 6:51 de la mañana, el cuadro ya se hizo más florido, ya se hizo más claro y desafortunadamente en los procesos de las enfermedades, no solo neurológicas, sino en general, se presenta la evolución de la enfermedad en el primer día, en el quinto, en el décimo día no es lo mismo, es como cuando toma uno fotos, la foto que tomó el día anterior no es igual a la del día siguiente y así sucesivamente, entonces uno como médico trata y maneja la epidemiología y el cuadro clínico de lo que encuentra en este momento, porque tomar decisiones más allá sin una sospecha razonable o también poner medicamentos tiene sus riesgos y sus contraindicaciones, entonces así cómo puedo hacer uno bien, puede hacer más daño; uno como médico trata es el momento, esa foto que tenían entre el 23 y el 24 de marzo, obviamente que hay que tener presente los antecedentes del paciente y si el tipo trabajaba o no trabajaba, pues eso le ayuda a uno mucho para hacerse como una radiografía del contexto social de ese paciente que le puede ayudar a uno mucho, entonces esas evoluciones del 23 al 24 eran de un paciente con unas condiciones neurológicas diferentes que después el 24 en horas de la tarde-noche cambiaron, el sábado 25 pasó estable y el 26 a la madrugada, a las 5 de la mañana al paciente vuelve y presenta disminución del estado neurológico y disminución de la saturación de oxígeno y ahí es cuando decían los intensivistas intubarlo para protegerle la vía aérea para oxigenar mejor al paciente y hacerle todo el soporte que ellos consideran pertinente en la unidad de cuidados intensivos. **Preguntado:** En un paciente bajo las condiciones que estaba el señor Carlos Alberto, atendiendo una suma de todas las causas desde el momento en que él consulta con cefalea que fue persistente, el tema de la hemiparesia, todos los síntomas que él fue presentando, ¿él presentaba algún tipo de signos o síntomas de alarma para que se le diera algún tipo de atención diferente a la que se le suministró en el hospital cuando él llega? un tipo de síntomas de alarma que debía tener especial cuidado en algo o sencillamente porque se le venía suministrando los medicamentos como usted nos explica? El presentaba diferentes condiciones en el estado de salud. **Contestado:** De pronto el anterior no la complete, la voy a completar... me preguntaba si el 27 de marzo, el cuadro ya es de sospecha de una neuroinfección era ya más claro. Si, no había duda era mucho más claro porque ya los signos meníngeos se hicieron evidentes, la rigidez de nuca se hizo evidente, ya el deterioro neurológico y ya con eso clínicamente la sospecha de una neuroinfección era muy alta, entre el 23 y el 24 de marzo, era otro paciente completamente diferente, entonces probablemente sí yo lo hubiera visto entre el 23 y el 24 hubiese tomado la misma conducta, pero el 27 de marzo cuando yo lo veo me queda mucho más fácil porque ya el cuadro está completamente abierto, el cuadro esta lo que nosotros llamamos, más florido y ya le queda a uno como médico más fácil hacer el diagnóstico y confirmar la sospecha clínica.

Inicia interrogatorio la apoderada de la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

Preguntado: El solo criterio de ausencia de lesión ocupante, viabiliza o permite la realización de una punción lumbar. **Contestado:** Ese solo concepto no es suficiente para decir “no tiene lesión ocupante de espacio, tengo carta abierta para hacer una punción lumbar” ese es uno de los

critérios, pero no es solo ese con el que uno se basa y que no tiene lesión ocupante de espacio y se podría hacer la punción lumbar, no, pues no se viabiliza el hacerle la punción lumbar, no es un único criterio radiológico para tomar la decisión de hacerlo, se deben mirar otras estructuras del cerebro que le ayudan para estar completamente seguro de que no va haber ningún problema. **Preguntado: Ustedes están capacitados para hacer lectura de imágenes, en este caso cerebrales.** **Contestado: Si, en la neurología nuestra especialidad son 4 años de estudios y desde el primer día que uno ingresa a hacer la especialidad hasta el último día después de 4 años, está en contacto permanente con neuroimágenes, qué son las neuroimágenes, las tomografías que es lo que se conoce como TAC cerebral simple con medio de contraste, resonancia simple con contraste, arteriografía angiografías, rayos x de cráneo, todo este tipo de estudios paraclínicos y para el neurólogo o para el neurocirujano, además del cuadro clínico que uno hace en la consulta de preguntar y evaluar antecedentes y todo eso es la ayuda diagnóstica más importante que tenemos nosotros y sobre la cual tomamos decisiones todos los días, entonces un neurólogo clínico en este tipo de imágenes está más entrenado que el radiólogo que tiene que ver exámenes de todo el cuerpo, entonces nosotros como neurólogos, estamos revisando constantemente estos estudios y de hecho nosotros no es que no tomemos en cuenta las lecturas que hacen nuestros colegas radiólogos pero nosotros nos hacemos nuestra propia imagen y nuestra propia interpretación y obviamente pues de ahí con el concepto del radiólogo, uno dice si está de acuerdo o no está de acuerdo y además nosotros como médicos tenemos la gran ventaja que no tiene el radiólogo y es que al radiólogo muchas veces le llega una orden con una nota muy escueta sin un resumen del clínico, entonces a ellos les cuesta muchas veces trabajo poder interpretar los estudios porque no tienen la historia completa, en cambio nosotros como médicos clínicos, tenemos la historia clínica, la posibilidad de reinterrogar el paciente, tener el paciente al frente examinándolo y además también tener las imágenes, entonces que sí estamos autorizados y/o preparados, pienso que suficientemente, **es el fuerte nuestra especialidad es interpretar las neuroimágenes.** **Preguntado: De la lectura que se hace de la primera tomografía que le fue tomada al paciente el día 23 de marzo, dentro de las conclusiones o la opinión a la que llega la radióloga dice que se observan artefactos en movimiento, usted puede por favor indicar al despacho ¿qué significa esa expresión y que incidencia tiene en la lectura de una imagen?** **Contestado: Cuando uno va a hacer una, un estudio de estos la tomografía, es un examen que se demora algunos minutos 15 ó 20 minutos, entonces no es posible que el paciente se quede completamente quieto, el paciente se mueve un poquito y se puede distorsionar un poquito la imagen, esto se llaman más que artefactos, son artificios y lo otro que también puede generar artificios es que en el caso del TAC cerebral, el paciente tenga antecedentes de procedimientos odontológicos o haya tenido heridas por proyectiles de arma de fuego, todo lo metálico va a producir interferencias, a eso es lo que nosotros le decimos artificios, pero con algunas proyecciones especiales y mirando varias secuencias del examen porque no es solo una foto, si no más o menos en 10 fotos desde la parte de arriba hacia la parte de abajo, entonces en el cerebro del intérprete uno va organizando y cuadrando eso, porque no es solo mirar una de las 10 fotos que le tomaron porque hay una máxima que no solo en una sola imagen uno hace el diagnóstico que debe estar por lo menos en dos cortes, entonces a eso es lo que se refiere la doctora, que habían unos algunos artificios, entonces los radiólogos interpretan una foto que les ponen ahí al frente y ellos sobre eso pueden decir muchas cosas y si no tienen una adecuada orientación en la solicitud del examen, se les puede presentar un poquito de dificultad, por eso ellos muchas veces colocan varias opciones, “que puede ser esto, que puede ser esto otro” y ellos usualmente colocan relacionarlo en el contexto del cuadro clínico del paciente o “no dispongo de más información clínica para poderle colaborar más” la y en el caso de los artificios, el paciente se mueve un poquito o puede tener algunos elementos de cirugías anteriores que pueden distorsionar un poco la imagen pero uno revisando****

todas las secuencias, puede obviar algunas veces esos artificios y para hacer una adecuada interpretación. **Preguntado:** Doctor, a este paciente conforme lo señaló usted a lo largo de la diligencia, se le inició tratamiento de ceftriaxona y vancomicina en el hospital el día 24, usted lo valora el día 27, ¿Usted puede indicar al despacho el inicio de este tratamiento, en cuanto se esperaría que empezara a tener efecto en un paciente con sospecha de meningitis bacteriana? **Contestado:** Si, en el manejo de las neuroinfecciones, específicamente en la meningitis bacteriana, lo que uno espera es que entre las 48 y 72 horas el paciente vaya mejorando y si uno entre las 48 y la 72 horas ve que la cosa no va bien, que sigue con fiebre, que el paciente se deteriora en su estado cognitivo, que tiene signos de focalización, uno dice “no, no va bien y a este tratamiento tenemos que reforzarlo y pensar en otro germen” y si no tenemos la posibilidad de hacer otras ayudas, uno no se queda cruzado de manos, sino que uno decide inmediatamente anexar tratamiento, en este caso los esteroides y el tetraconjugado sin quitar el tratamiento previo que venía, si el paciente logra mejorar, entonces después analiza uno con que lo vamos a dejar, pero usualmente preferimos como médicos irnos un poquito más allá que quedarnos cortos en el tratamiento.

Preguntado: Doctor, este paciente cuando hace su ingreso al hospital San Jorge, se indica que llevaba un cuadro de evolución de 10 días consistente en cefalea global intensa que no mejora con el manejo, también se encuentra conforme lo señaló usted en las dos tomografías que le fueron tomadas estando hospitalizado en el San Jorge, que el paciente presentaba un cuadro de sinusitis, ¿usted le puede explicar al despacho si está cefalea global o más bien si la sinusitis en este caso crónica que presentaba este paciente, podría generar cefalea global? **Contestado:** No doctora, aunque en medicina uno no puede decir 100%, pero usualmente la sinusitis cuando son procesos crónicos, el síntoma no es que sea un cuadro de una cefalea, usualmente es otro tipo de síntomas, una cosa que se llaman rinorrea que es ese pus que está acumulada pase por detrás de la boca, mal olor en ciertas zonas de la cara, dolor al presionar los puntos donde está el proceso infeccioso, pero que la sinusitis crónica sea la causa frecuente de dolor de cabeza y de tipo pulsátil es muy poco frecuente.

Preguntado: En el caso de este paciente que también se documentó una infección de vías urinarias, esta infección de vías urinarias también podría generar cefaleas. **Contestado:** En general en los procesos infecciosos de cualquier otra parte del cuerpo, infección urinaria, un proceso gripal, una amigdalitis, etc. no van solos, van con síntomas sistémicos tipo B y son como el marcador más importante pero pueden también producir malestar en el paciente, pero no es que el paciente que tenga dolor de cabeza, sea igual a la infección de vías urinarias, no todos los pacientes tienen la misma capacidad de tolerar el dolor, hay pacientes que pueden tener sus dolores con procesos infecciosos en otra parte, pero que lo uno lleve al otro no es tampoco lo más frecuente...

Inicia interrogatorio el apoderado de la ESE Salud Pereira

Preguntado: ¿Existe Hemiparesia descrita dentro de la historia clínica del hospital Universitario San Jorge? **Contestado:** En la historia clínica del hospital san Jorge, en las notas del 23, 24 y 25 no se menciona que haya disminución de la fuerza o hemiparesia, en la nota de ingreso al servicio de urgencias, tampoco se menciona, pero al momento que yo lo valoro, es decir, el día 27 de marzo al hacerle el examen neurológico con las limitaciones por las condiciones que el paciente estaba ya presentando, prácticamente en estado de coma, al hacerle las maniobras que hacemos los médicos de estímulos al dolor, es cuando se evidencia que el paciente moviliza menos el lado izquierdo y es allí cuando aparece el término de hemiparesia. **Preguntado:** En el ingreso al hospital universitario San Jorge, el paciente tenía una focalización neurológica.

Contestado: No, no tenía focalización neurológica cuando ingresó al Hospital universitario de San Jorge ni cuando lo valoró el neurólogo el viernes 24 de marzo a las 11 am.

Preguntado: Qué es el signo de lasègue positivo. **Contestado:** Hablando en general como especialista en neurología, el signo de lasègue se utiliza cuando se valora un paciente que tiene una alteración entre dos

vértebras, usualmente pueden ser cervicales o lumbares, en el caso de las vértebras lumbares el paciente estando acostado en decúbito supino se le pide que flexione una rodilla teniendo la levantada y uno le extiende la pierna, entonces **se considera que es el signo de lasègue positivo cuando uno hace la extensión de la pierna y el paciente se frena porque se queja de dolor y eso lo asociamos a una radiculopatía, ósea, que haya una inflamación en ese hueco por dónde sale el nervio y este se conoce como un signo anexo o un hallazgo positivo que lo hace sospechar a uno que el paciente tenga una inflamación en ese punto qué es lo que se conoce como una radiculopatía, ese es el signo de lasègue...** **Preguntado:** El paciente tenía una sinusitis. **Contestado:** El diagnóstico de sinusitis y de mastoiditis, no era tanto un diagnóstico clínico, sino un diagnóstico radiológico; si le tomamos un TAC cerebral a todos los presentes, el 80% o 90% va a tener un tipo de inflamación en los senos paranasales por diferentes circunstancias, ya sea por rinitis, por gripas a repetición, por procesos alérgicos crónicos, pero la gran mayoría de los hallazgos en el TAC de la inflamación de los senos paranasales, etmoidales, esfenoidales, las mastoides, son hallazgos incidentales o casuales, pero cuando el paciente tiene una sinusitis activa, la sintomatología es diferente y si en las neuroimágenes uno no pide normalmente un TAC cerebral para hacer diagnóstico de sinusitis, pues allí se pediría es un TAC de senos paranasales o un TAC de mastoides, pero el paciente de acuerdo a la historia clínica del Hospital San Jorge, no tenía sintomatología de un proceso infeccioso en los senos paranasales; el diagnóstico no fue un diagnóstico clínico, sino un diagnóstico por los hallazgos en las neuroimágenes, en este caso hallazgo incidental o casual. **Preguntado:** Después de suministrarle al paciente, por 4 días, antibióticos enfocados a una meningitis bacteriana y no existir mejoría, se podría considerar que era posible que no fuera una meningitis bacteriana. **Contestado:** **Completamente de acuerdo, como médico uno trata de hacer lo más frecuente, basándose en el sitio donde residía, la región, la parte de la epidemiología, entonces en ese momento cuando consideraron el manejo de los antibióticos en un proceso agudo, lo más frecuente fue pensar en una meningitis bacteriana y dentro de las meningitis bacterianas, las más frecuentes en personas con esta edad es el neumococo o meningococo, entonces se cubrió con el tratamiento empírico que fue la ceftriaxona y la vancomicina, después de ver que el paciente no evoluciona adecuadamente como uno esperaría, ahí es cuando uno concluye que esto no es una meningitis bacteriana y se debe pensar en otro germen, basándose en un signo de suma importancia como es la dilatación de los ventrículos para analizar si es una tuberculosis de presentación aguda, porque la TBC es de las infecciones que producen más proteínas en el líquido cefalorraquídeo y dichas proteínas empiezan a obliterar los agujeros por dónde se drena el líquido cefalorraquídeo, como un embalse que si ese embalse no tiene un sitio por donde desembocar el agua como lo que pasó en hidroItuango, entonces el líquido que se va depositando tiene que salir por algún lado; pero en el cerebro no hay esa posibilidad, entonces por donde gana espacio ese líquido cefalorraquídeo que está dentro de los ventrículos, dilatando esos ventrículos, ya uno como médico evidenciando que el paciente no ha mejorado con la ceftriaxona y la vancomicina y que se está deteriorando, y evidenciado que ya hay signos de hidrocefalia, eso es igual a tuberculosis, pero de entrada uno no piensa en tuberculosis sino en meningitis bacteriana; si el paciente hubiese llegado habitante de calle o un paciente con antecedentes de infecciosa repetición o un VIH positivo, hubiese cambiado totalmente el esquema, pero lo pertinente era aplicar ceftriaxona y vancomicina y si a las 48 horas no mejoraba, se podría sospechar que ya no era una meningitis bacteriana; sin embargo, no se podía descartar, dejándosele el mismo manejo y agregándole un segundo o tercer medicamento porque también podría ser un proceso viral, pero uno no puede estar aplicando medicamento al azar, sino que se debe hacer un raciocinio para llegar a unas consideraciones que se creen pertinentes para prestarle un mejor servicio al paciente y no hacerle daño.** **Preguntado:** Menciona usted Doctor Claudio dentro de la audiencia, la

carga viral, las bacterianas, las tuberculosas, existen también otro tipo de meningitis causados por otros tipos de gérmenes sin ser los presentes en el paciente actual, como por ejemplo la fúngica, podría explicar al despacho qué es. **Contestado:** Dentro del espectro de las neuroinfecciones están los gérmenes más frecuentes que son: bacterianas, los hongos que es lo que pregunta al doctor Grisales qué son las micóticas, que son por hongos, las virales, la neurosífilis, es decir, la sífilis del sistema nervioso central y otras por gérmenes poco comunes como parásitos, toxoplasma, criptococo, cisticercos, la neurocisticercosis; entonces la fúngica es una meningitis o encefalitis que se da por un hongo pero dentro de la presentación uno evalúa la parte epidemiológica, la presentación del cuadro clínico y usualmente en una persona inmunocompetente, No VIH +, no serología positiva para sífilis, por tanto, es muy poco probable que tenga una meningitis por hongo a excepción de que el paciente tiene unos oficios específicos, como criador de palomas mensajeras... Por tanto, en este caso la posibilidad de que sea un hongo es la que uno deja como última opción, en el caso de este paciente, **si se hubiese empezado a estabilizarse un poquito, pero no empezaba mejorar; uno termina poniéndole tratamiento antibacteriano, tratamiento anti TBC y muchas veces le adiciona tratamiento antimicótico,** es lo que le llamamos un tratamiento desesperado, pero no es lo frecuente de la presentación que tuvo el paciente.

Inicia interrogatorio el apoderado de la parte demandante:

Preguntado: si hubiera sido posible realizar la punción lumbar, se hubiera obtenido el diagnóstico real que presentaba el paciente.

Contestado: En medicina, **lo ideal para hacer todos los diagnósticos es tener el espécimen en la mano**, si uno tiene un tumor en el hígado lo ideal es tener la biopsia de ese hígado, si uno tiene un tumor en el pulmón también, si tiene una masa en el cerebro también, **en el caso de una neuroinfección en el estado “ideal, sin contraindicaciones”, obviamente el líquido cefalorraquídeo es un aporte sumamente importante dentro de un escenario ideal, pero como no todo es ideal como quisiéramos, tenemos que actuar sobre cosas concretas y sobre lo que le sucedió al paciente, en este caso, no me voy a referir nuevamente a todo lo que ya les he mencionado, el Doctor que lo vio consideró que en ese momento no se podía hacer la punción lumbar por esos signos que aparecían el TAC cerebral; posterior a eso, cuando yo veo la evolución el 27 de marzo, evidencio que está completamente contraindicado.**

Preguntado: Doctor, indíqueme por favor al Despacho si había diferencia entre el concepto del radiólogo y el concepto de ustedes en calidad de especialistas respecto al primer TAC. **Contestado:** En el reporte del TAC cerebral de la doctora Luz María Correa dado el 23 de marzo, ella lee una foto que tiene en frente y hace la interpretación que ella considera de acuerdo a sus conocimientos; el doctor Carlos Perdomo quién es el neurólogo que valoró al paciente el 24 de marzo, también revisa con el paciente ahí al lado, tiene la historia clínica del paciente, está examinándolo y analiza que en este TAC, la radióloga dice una cosa pero basándose en su conocimiento y experticia y después de 4 años de haber visto TAC y resonancias, más 10 o 12 años que debe llevar el doctor Carlos Perdomo revisando por lo menos 10 o 20 TAC al día, indica que no le parece que sea solo eso que refiere la radióloga, puesto que le encuentra además borramiento de los surcos y si no deja precisar si con eso se tiene severa contraindicación para hacerle una punción lumbar, eso es lo que puede decir; entonces es venir a discutir quién tenía la razón si el radiólogo o el neurólogo, ahora bien, si usted me dice quién prefiero que lea un TAC cerebral si un radiólogo o un neurólogo? respetando los dos conceptos, yo le digo que prefiero que me lo lea un neurólogo, por lo que he expuesto durante la presente audiencia; desafortunadamente o afortunadamente los médicos tenemos las tres posibilidades de tener la clínica, tener el paciente y tener las neuroimágenes y tomar la decisión sobre las 3 cosas que se están viendo, mientras que el radiólogo, solo ve una foto y es por esto, que en algunas de las notas después de los otros TAC, uno de los radiólogos que es el Doctor Víctor Hugo Ruiz refiere “Dentro de la información que yo tengo, sería bueno descartarle una tuberculosis,” esto es porque hay unos signos que son muy claros tanto para los radiólogos como para los

neurólogos; **entonces al tener divergencias en la interpretación de un examen, es muy frecuente, es diferente a tener un cuadro hemático donde todo está escrito como el hemograma, número de células, eso sí es indiscutible porque así salió, pero ya en medicina hay interpretaciones objetivas y subjetivas, entonces es muy difícil decir quien tenía la razón o a cual concepto creerle, porque eso lo indican de acuerdo a la experticia, la interpretación y el cuadro clínico en conjunto. Preguntado:** Doctor, al momento e incluso después de la valoración del neurólogo clínico, el paciente estaba orientado en sus tres esferas, una frecuencia cardiaca de 87, una frecuencia respiratoria de 20, una temperatura de 36.5, una tensión arterial de 107 sobre 62 y una saturación de oxígeno del 92%, eso corresponde a la nota efectuada por el neurólogo clínico Cristian Felipe Arango Arias en el folio Nro. 6 del Hospital San Jorge, por tanto, **indíqueme al Despacho si ante esa condición clínica que es posterior a la evaluación del neurólogo clínico y donde él evalúa el primer TAC que se le hizo al paciente ¿es normal encontrar un paciente con borramiento de surcos corticales cerebrales? Contestado:** Eso fue lo que encontraron ellos y yo me baso en la historia clínica. **Preguntado:** Es posible encontrar en una tomografía un borramiento de surcos corticales cerebrales que no describen en el TAC, sino que es el neurólogo clínico quien lo dice. **Contestado:** La interpretación del TAC no coincidió entre el concepto del radiólogo y el neurólogo, por las condiciones que ya he expuesto, yo no puedo entrar a decir que las notas de los colegas que lo estuvieron viendo estuvo bien o mal hecha, porque es imposible inferir eso **y el cambio en las neuroimágenes se puede presentar cualquier cosa en un paciente normal y en un paciente que acaba de fallecer, si le hacemos un TAC a una paciente que acaba de fallecer encontramos un tac cerebral normal, entonces que necesariamente el borramiento no permita que el paciente este perfecto, eso no le puede uno asegurar porque encuentra uno cosas muy diferentes; por tanto, yo me baso en lo que ellos escribieron y lo más importante es que yo revisé ese TAC y estuve de acuerdo con lo que pensó y escribió en ese momento el doctor Perdomo, yo hubiese tomado la misma conducta. Preguntado:** Ya que usted dice que revisó el TAC, indíqueme al Despacho si dentro de ese resultado describen posición de la línea media, si las cisternas están abiertas o no. Qué se dice sobre el ventrículo, si existe o no lesión ocupante del espacio. **Contestado:** Lo que yo encontré en ese TAC es que no había desviación de la línea media, no habían lesiones ocupantes de espacio, los ventrículos están con el tamaño esperado, **lo único que yo pude ver como una bandera roja, término utilizado en medicina para alertar sobre algo, es que tenía los circunvoluciones con borramiento en las cisuras, entonces eso fue lo que se evidenció en el TAC del 23 de marzo, y ya en el del 26 de marzo como ya lo mencioné, en comparación con el anterior ya tenía dilatación de los ventrículos; en todos los TAC que le hicieron siempre iba aparecer el llenamiento del seno maxilar izquierdo porque es una situación crónica, como una hallazgo que iba a persistir permanentemente aun dándole tratamiento para la meningitis, siempre quedan algunas cicatrices allí; el borramiento en las cisuras fue el hallazgo que le llamó la atención al neurólogo y a mí también me pareció, estando de acuerdo con la interpretación que se le dio. **Preguntado:** Doctor, indíqueme al Despacho por qué no consignó lo que acaba de decir dentro de la historia clínica. **Contestado:** Porque yo ya lo había hecho el 27 de marzo, dado que uno analiza es el momento en el que valoró al paciente y eso fue lo que yo encontré. **Preguntado:** Doctor, verificó usted al momento de su valoración cuantas dosis de medicamento había recibido el paciente. **Contestado:** Había recibido las dosis de la noche del viernes, las dosis del sábado y las dosis del domingo y las del domingo a la madrugada. **Las demás partes manifiestan no tener preguntas para realizar y se autoriza el retiro de la testigo de la diligencia.** El doctor Claudio indica al finalizar la audiencia que tiene 25 años como neurólogo y además es perito en neurología a través de la universidad tecnológica de Pereira donde es docente.”**

5. Análisis jurídico.

5.1. El daño.

Respecto a la existencia del daño como elemento primario para desarrollar el análisis de los elementos constitutivos de la responsabilidad del Estado, de conformidad con el material probatorio obrante en el dossier, le es dable a esta Sala afirmar, **que sí existió un daño que se revela en la muerte del señor Carlos Alberto Ríos Henao, ocurrida el día 28 de marzo de 2017**, tal como consta en la anotación registrada en la historia clínica seguida en la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira²¹ de ese mismo día:

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA			
800231235			
CARRERA 4 N° 24-88 TEL. 3356333-42			
		COPIA DE HISTORIA Fecha Actual : 04 de marzo 2017 Página 1/1	
HISTORIA CLÍNICA			
EVOLUCION			
N° Historia Clínica:	10129011	Edad En El Momento De La Atención	48 Años \ 10 Meses \ 17 Dias
DATOS PERSONALES			
Nombre Paciente:	CARLOS ALBERTO RIOS HENAO	Identificación:	10129011
Sexo:	Masculino	Fecha Nacimiento:	11/mayo/1968
Edad Actual:	48 Años \ 11 Meses \ 24 Dias	Estado Civil:	Soltero
Dirección:	MZA 23 CASA 26 SECTOR A	Teléfono:	3298619
Procedencia:	PEREIRA	Ocupación:	AGRICULTOR
DATOS DE AFILIACION			
Entidad:	DEPARTAMENTO DE RISARALDA		
Plan Beneficios:	VINCULADOS DEPARTAMENTO DE RISARALDA	Nivel - Estrato:	SISBEN 1
DATOS DEL INGRESO			
FOLIO N° 42		Fecha: 28/03/2017 15:57	
Responsable:		Teléfono Resp:	
Dirección Resp:		N° Ingreso:	1470937
Finalidad Consulta:	No_Aplica	Fecha:	23/03/2017 10:48
Causa Externa:	Enfermedad_General		
SUBJETIVO			
PACIENTE QUIEN PRESENTA MUERTE. SE DECLARA MUERTE A LAS 15:35. SE DILIGENCIA CERTIFICADO.			
OBJETIVO			

En igual sentido, dentro del plenario reposa Registro Civil de Defunción²² en el cual consta que el señor Ríos Henao falleció el día 28 de marzo de 2017 en Pereira-Risaralda a las 15:35²³.

Ahora bien, establecida la existencia del daño, aspecto que no es discutido por las partes, abordará la Sala el análisis de la imputación con el fin de determinar, bajo los argumentos expuestos en el recurso de apelación, **si en el caso concreto el daño deviene atribuible o endilgable por acción u omisión (I) a la EPS Salud Pereira y/o (II) a la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira** y, por lo tanto, si éstas se encuentran en el deber jurídico de resarcir los perjuicios que de dicho daño se derivan o si, por el contrario, como lo concluyó la *a quo* en el *sub lite* no confluyen los elementos para endilgar responsabilidad a las acusadas.

²¹ Página 127 del archivo N° 001 del expediente digital.

²² Página 11 del archivo N° 001 del expediente digital

²³ PÁGINA 27 IBIDEM.

5.2 La imputación del daño.

5.2.1. Corresponde al Tribunal establecer en esta instancia, a la luz del artículo 90 de la Constitución Política y de conformidad con las pruebas legal y oportunamente arrojadas al plenario, si el daño causado es atribuible a la ESE Salud Pereira y a la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira; **en este caso particular, ante la muerte del señor Calos Alberto Ríos Henao**, pues según lo afirmado en el escrito de la demanda y en los aspectos cuestionados por la parte demandante en la sustentación del recurso de alzada, dicho daño es atribuible a las mencionadas entidades al configurarse una falla en la prestación del servicio médico, traducida en un error de diagnóstico frente a la sospecha de meningitis que supuestamente se presentó desde la segunda consulta.

En primera medida, es menester referir que la Ley 100 de 1993²⁴, dispone que el sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten (art. 1) precisando en su artículo 153²⁵, entre otros, como principios del sistema general de seguridad social en salud, el de la **universalidad** (cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida), **igualdad** (se garantiza a las personas residentes en el territorio colombiano sin discriminación, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños), **prevalencia de derechos** (es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral) y **calidad** (los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada).

Teniendo en cuenta lo anterior, pasará la Sala a resolver las oposiciones planteadas en el recurso de apelación y que se sintetizan en **i)** no se tuvo en cuenta la presencia de banderas rojas en la cefalea, **ii)** error de diagnóstico ante la sintomatología del paciente, **iii)** existencia de demoras en determinar el verdadero diagnóstico y realizar el examen determinante para llegar al mismo y, **iv)** la dosis del tratamiento no fue la adecuada y esto incidió directamente en el fallecimiento.

²⁴ Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

²⁵ Modificado por el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011

Para dilucidar dichos aspectos esta Sala abordará lo concerniente a la responsabilidad de las entidades demandadas, evaluando cada uno de los argumentos expuestos por el apelante:

5.2.2. De la existencia de cefalea con banderas rojas desde la atención brindada el 17 de marzo de 2017:

Aduce la parte recurrente que la ESE Salud Pereira, no tuvo la intención de llegar a estudiar o determinar el origen del motivo de consulta repetitivo, consistente en cefalea con signos de alarma o con presencia de banderas rojas.

Según la literatura médica internacional²⁶, la cefalea con banderas rojas, son signos y síntomas indicadores de posibles patologías subyacentes, las cuales pueden requerir mayores intervenciones médicas, por lo tanto, la presencia de uno de estos sugiere el uso de herramientas diagnósticas como neuroimágenes. Es una forma fácil y práctica de identificar aquellos pacientes en riesgo de tener complicaciones y son esenciales durante el proceso de atención.

Así mismo, dicha literatura sostiene en el caso de cefalea, su utilidad radica en la identificación de pacientes con alto riesgo de presentar una cefalea secundaria, por lo que se ha establecido la lista SNNOOP, la cual es una nemotecnia que describe cada uno de los signos, síntomas o condiciones que se han asociado con causas secundarias de la cefalea, los cuales son síntomas sistémicos, representado con la letra S, historia de neoplasias, con la letra N, déficit neurológico con la segunda letra N, onset o aparición abrupta, con la letra O, older o mayores de 65 años con la segunda letra O y P para las otros 10 síntomas los cuales son cambio de patrón o inicio reciente de un nuevo dolor de cabeza, cefalea posicional, precipitado por Valsalva, papiledema, cefalea progresiva y presentaciones atípicas, embarazo o puerperio, ojo doloroso con características autonómicas, cefalea postraumática, patologías que afecten al sistema inmune como el VIH, abuso de analgésicos o medicamentos nuevos al inicio de la cefalea.

En lo que tiene que ver con el tema neurológico, que nos ocupa en este proceso, está definida cómo la presencia de cualquier alteración neurológica ya sea parestias, parestesias, rigidez nuchal, alteraciones en el estado de conciencia, alteración de los reflejos, convulsiones, entre otras. Su evaluación es mediante el examen físico neurológico completo y exhaustivo. Pueden estar asociados a migrañas o a

²⁶ Ramanayake R, Basnayake B. (2018). Evaluation of red flags minimizes missing serious diseases in primary care. *Journal of family medicine and primary care*, 7(2), 315–318.

procesos más complejos como accidentes cerebrovasculares (ACV) isquémicos o hemorrágicos, neuroinfección, tumores, entre otros.

Dentro del dictamen pericial aportado, así como en la audiencia de contradicción del mismo y los testimonios médicos rendidos en audiencias de pruebas celebradas dentro del presente asunto, el término de cefalea de banderas rojas, fue coincidente con lo planteado en la literatura médica, toda vez que fue definido de la siguiente forma:

El perito Jovanny de la Trinidad Garcés Montoya indicó: *“La cefalea se puede acompañar en síntomas de banderas rojas que es cuando un paciente con cefalea **refiere un síntoma adicional** que me debe hacer sospechar una patología mayor, ¿Qué es una patología mayor? Las cefaleas se dividen en primarias y secundarias, las primarias son de origen benigno y las secundarias de origen maligno, no de origen neoplásico, sino como una patología que puede matar al paciente. Entonces, ¿los síntomas de alarma que me dicen? Tengo dolor de cabeza, ese dolor de cabeza se acompaña de este, o este, o este, que ya voy a enunciar y esto me hace sospechar que mi paciente tiene un dolor de cabeza que le puede producir la muerte o una complicación. ¿Qué son los síntomas de alarma en cefalea o síntomas de bandera roja? **Que el dolor de cabeza se acompañe de tres o más episodios de vómito, alteraciones en la agudeza visual, que se acompañe de fiebre, que se acompañe de alteraciones en el estado de consciencia, que se acompañe de alteraciones motoras, por ejemplo en este caso la hemiparesia, que el dolor de cabeza este asociado a que no mejore con el tratamiento analgésico y que sea persistente**, el otro es que el dolor de cabeza sea descrito como cefalea en trueno, en la literatura se describe como cefalea en trueno como el peor dolor de cabeza de su vida y de hecho el paciente lo refiere así, otro es que el dolor se acompañe de pérdida de los esfínteres, o sea, que el paciente tenga dolor de cabeza y que este manifestando que se haya orinado o defecado, eso es un síntoma de bandera roja; este paciente en particular tenía fiebre asociada a la cefalea y tenía una alteración motora como hemiparesia”.*

En palabras similares el médico general Jetse David Casanova, sostuvo: *“una cefalea de banderas rojas, según la literatura médica, es una cefalea de inicio súbito, de segundos y que sea demasiado intensa que cause síncope, es decir, desmayo, pérdida de conciencia o provoque déficit neurológico asociado, presenta parálisis de alguna parte del cuerpo o partes craneales o amaurosis, o cefalea asociada a un golpe o un trauma de alta energía o cefalea asociada a un cáncer o a un VIH”.*

Dentro del presente asunto, en atención brindada por la ESE Salud Pereira el 15 de marzo de 2017, primera consulta del señor Carlos Alberto Ríos Henao, este consultó por los siguientes motivos:

Apertura TRIAGE del 15-Mar-2017 04:20 pm: 48 Años Id: 1917178
Clasificación de triage Verde
MOTIVO DE CONSULTA dolor de cabeza, nauseas, mareo, con evolucion de 2 dias

Como enfermedad actual, se registró:

ENFERMEDAD ACTUAL
REFIERE QUE DESDE HACE TRES DIAS TENE CEFALEA Y CON NAUSEAS Y CON MAREO Y CON CUADRO GRIPAL Y CON FIEBRE Y DOLOR EN TODO EL CUERPO Y CON NAUSEAS

El examen físico realizado en dicha oportunidad obedeció a los siguientes datos:

EXÁMEN FÍSICO
Inspección general: conciente, orientado, que presentado cefalea intenso, nauseas, hipoacusia
Frec. cardiaca: 102, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 37.4°C, Peso: --, Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 97.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 140 / 80 (Hipertensión, estadio 1 / TA Media: 100), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

Ante los anteriores hallazgos, **se determinó como diagnóstico sinusitis aguda no especificada**, diagnóstico que consideraron acertado tanto el perito en su dictamen y declaración, como los médicos deponentes dentro de este asunto, por lo que no existe debate judicial sobre este punto específico de la historia clínica y del tratamiento dispensado.

Sin embargo, en lo que tiene que ver con la atención del 17 de marzo de 2017, cuando el paciente regresa por segunda vez, esté último reconsulta en la ESE Salud Pereira indicando mucho dolor de cabeza y **alteración motora**, refiriendo que “el pie derecho se le resbala”:

Apertura TRIAGE del 17-Mar-2017 12:21 pm: 48 Años Id: 1920038
Clasificación de triage Amarillo
MOTIVO DE CONSULTA tiene mucho dolor de cabeza y alteracion motora

(...)

ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE CON CEFALEA DESDE HACE 5 DIAS, GLOBAL QUE INICIALMENTE FUE FRONTAL TIPO PULSATIL, NAUSEAS, VERTIGO, TINUTIS, FUE MANEJADO AMBULATORIAMENTE CON TMS Y LORATADINA MAS ACETAMINOFEN PARA MANEJO DE SINUSITIS. REFIERE NO MEJORIA DE LA CEFALEA, REFIERE PAREZIA DE MIEMBRO INFERIOR DERECHA, NIEGA OTROS SINTOMAS.

Como se evidencia en enfermedad actual, se indica que “*refiere paresia de miembro inferior derecha*”, **dicha aseveración por parte del paciente y anotada en la historia clínica (HC) fue considerada por el perito como signo de cefalea con banderas rojas**, por lo que, en su dictamen aseguró que en dicha oportunidad, debió de sospecharse una neuroinfección que debía ser diagnosticada con la ayuda diagnóstica de una punción lumbar para examinar el líquido cefalorraquídeo.

Sin embargo, no debe perder de vista esta Sala de Decisión que ese mismo día a las 12:53p.m. al examen físico realizado por el médico Jetse David Casanova Orobio, refiere un buen estado general, temperatura de 37°, señala PINR fundoscopia sin papiledema, puntos de Valleix positivos, lasègue positivo derecho ROT + fuerza normal. El análisis del paciente es con cuadro respiratorio superior tipo sinusitis, dolor lumbar con signos radiculares. **No hay cuadro de déficit neurológico Cincinnati 0/3, no cefalea de banderas rojas**. Se estudia con paraclínicos. Emitiendo diagnóstico de sinusitis aguda no especificada, trastorno de disco lumbar con radiculopatía. Se envía Diclofenaco, ranitidina, dipirona, SS RX lumbar senos paranasales y revalorar con resultados. Se da salida.

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: BUEN ESTADO GENERAL

Frec. cardiaca: 80, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 37.0°C, Peso: 78.0

Kg, talla: 168 cms., IMC: 27.64 Sobrepeso, Perímetro cintura: --, Saturación

O2: 96.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador

en la consulta: NO, Usuario hidratado: NO, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 120 / 70 (Óptima / TA Media: 86), Acostado: 0 / 0,

De pie: 0 / 0, Cúbito Lat.Izq.: 0 / 0

CARA, OJOS Y ORL

PINR FUNDOSCOPIA SIN PAPILEDEMA. PUNTOS DE VALLEIX POSITIVOS

TÓRAX, CORAZÓN Y PUL

RCRSS PULSOS DISTALES NORMALES

ABDÓMEN

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINA-EMBARAZADAS

NORMAL

EXT - LUMBAR Y PELVIS

LASEGUE POSITIVO DERECHO ROT +/++++ FUERZA NORMAL

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE CON CUADRO RESPIRATORIO SUPERIOR TIPO SINUSITIS DOLOR LUMBAR CON SIGNOS RADICULARES. NO HAY CUADRO DE DEFICIT NEUROLOGICO CININATI 0/3 NO CEFALEA DE BANDERAS ROJAS, SE ESTUDIA CON PARACLINICOS.

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 660010033200-FV-10034334

Ingreso a urgencias: [J019] SINUSITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA -

Relacionado a la salida de urgencias: [M511] TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA -

Salida de urgencias: [J019] SINUSITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA -

Principal de consulta: [J019] SINUSITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA -

Impresión diagnóstica

Relacionado a la consulta: [M511] TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA

De conformidad con lo anterior, lo que corresponde es contrastar lo anotado, con el examen físico realizado por el galeno y determinar efectivamente de donde provenía la posible alteración de la movilidad, pues se consignó como diagnóstico en esa oportunidad sinusitis aguda no especificada y **trastorno de disco lumbar con radiculopatía**, para llegar a este diagnóstico, el médico general en su declaración indicó:

*“...**Preguntado:** Qué es el signo de lasègue positivo. **Contestado:** signo en el cual yo acuesto al paciente, le estiro la pierna hacia arriba buscando una radiculopatía, a ver si hay una compresión de algún nervio o de alguna raíz, sospechando que haya alguna compresión de la columna lumbar de un nervio y que generalmente ocurre por una hernia discal por eso se envía radiografía de columna lumbar **Preguntado:** En qué consisten los puntos de valleix positivos. **Contestado:** Es un paciente con cuadro de cefalea y al hacer un examen físico con signo de valleix positivo, me está indicando que hay una inflamación de senos paranasales concordado con una sinusitis aguda. **Preguntado:** Que quiere decir sin papiledema. **Contestado:** Una de las correlaciones que se hacen en el examen físico es realizar el fondo de ojo, el fondo de ojo yo lo hago con el paciente sentado y con la lampara le examina el fondo de ojo, el papiledema solo se encuentra en personas con hipertensión endocraneana, es decir, que está el cerebro dentro de la bóveda craneal y hay una presión dentro de la bóveda craneal, cuando yo pongo que no hay un papiledema, descubro que no hay una patología como la hipertensión endocraneana, que es una patología de mayor severidad en relación a una cefalea, por tanto lo que yo hago es descartar que no haya hipertensión endocraneana basada en el hallazgo de fondo de ojo, el cual en el examen físico reporta que no hay papiledema, no hay hinchazón de la papila del ojo, por tanto no hay hipertensión endocraneana. **Preguntado:** Que quiere decir que no hay cefalea de banderas rojas. **Contestado:** No es grave, no es indicativo de enviar una tomografía... **Preguntado:** Es posible que en la atención del 17 de marzo hubiera omitido algún signo neurológico. **Contestado:** No se corrobora signo neurológico de pares craneales o déficit neurológico que haga sospechar neuro infección o meningitis. **Preguntado:** El paciente presentaba hemiparesia de origen central. **Contestado:** No, para nada...”*

Lo anterior, es coincidente con la descripción dada por el médico Neurólogo **Claudio Antonio Aguirre Castañeda** quien atendió al paciente en la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, al indicar:

*“...**Preguntado:** Qué es el signo de lasègue positivo. **Contestado:** Hablando en general como especialista en neurología, el signo de lasègue se utiliza cuando se valora un paciente que tiene una alteración entre dos vértebras, usualmente pueden ser cervicales o lumbares, en el caso de las vértebras lumbares el paciente estando acostado en decúbito supino se le pide que flexione una rodilla teniendo la levantada y uno le extiende la pierna, entonces **se considera que es el signo de lasègue positivo cuando uno hace la extensión de la pierna y el paciente se frena porque se queja de dolor y eso lo asociamos a una radiculopatía, ósea, que haya una inflamación en ese hueco por dónde sale el nervio y este se conoce como un signo anexo o un hallazgo positivo que lo hace sospechar a uno que el paciente tenga una inflamación en ese punto qué es lo que se conoce como una radiculopatía, ese es el signo de lasègue...**”*

Sin embargo, el perito que presenta el dictamen dentro del presente asunto

consideró que:

“...La radiculopatía se caracteriza entonces, si se acompaña de hemiparesia por un dolor lumbar, sensación de hormigueo o de calambres en las extremidades inferiores, por lo general se presenta después de un trauma o de haber levantado un objeto. El paciente tenía esa alteración en el miembro inferior asociado a un dolor de cabeza, que se acompañaba de tinitus, de mareos, de sensación vertiginosa, y todo eso lo hace pensar a uno que es una cefalea con síntomas de alarma y que la alteración motora del miembro inferior viene por una alteración del sistema nervioso central. En la historia de la radiculopatía es totalmente diferente, el paciente empieza es con un dolor localizado en la cadera o en la región lumbar, se va al miembro inferior, da calambre, sensación de hormigueo, alteración de la marcha y el paciente había referido síntomas respiratorios previos, y por eso era tan importante descartar la patología en el sistema nervioso central.

(...)

Preguntado: *Que es el signo de lasègue positivo. Contestado:* *Se produce por irritación de las estructuras nerviosas por presencia de una radiculopatía, cuando usted eleva la extremidad del paciente y produce dolor a más de 30° debería sospechar una radiculopatía. Lasègue está presente en cualquier patología que pueda producir irritación de las terminales nerviosas, entonces, una neoplasia lo puede producir, o un proceso en el sistema nervioso central lo puede producir. Preguntado:* *Qué es un dolor lumbar. Contestado:* *Es un dolor que se presenta en la zona entre la vértebra L1 y L5 hacia las partes de los músculos dorsal ancho. Y tiene múltiples causas, por sobrecarga de peso, trauma, por mala posición, por posiciones prolongadas, como estar sentado o mucho tiempo de pie... Preguntado:* *La presencia de un dolor lumbar con un signo positivo de lasègue positivo es significativo de qué. Contestado:* *Debe de sospecharse de una radiculopatía. Preguntado:* *Este paciente podría sospechársele una radiculopatía o una inflamación de la raíz nerviosa a ese nivel. Contestado:* *Con los síntomas sugestivos no, porque un signo meníngeo que es Kernick y Brudzinski, malinterpretado como un Lasègue puede estar positivo, entonces, con la sintomatología que venía ese paciente no...*

De todas las hipótesis confrontadas, se puede asegurar que, si bien se mencionó por parte del paciente una alteración en su movilidad que fue definida en un principio como paresia del miembro inferior derecho; que el propio Perito en su declaración define como: *“Preguntado: Qué es una paresia. - Contestado: Una alteración del movimiento de la extremidad, puede ser completa o parcial”*, lo que es coincidente con la literatura médica²⁷ que indica que: *“La paresia, en el campo de la Medicina, se refiere a una debilidad parcial o ligera en uno o más músculos. Este término se diferencia de la parálisis, que es una pérdida total de la función muscular. La paresia puede afectar cualquier parte del cuerpo y es un síntoma común de una variedad de condiciones neurológicas y musculares.”*; lo cierto es que en razón al examen físico y una vez realizado el diagnóstico, frente a esa falta de movilidad, según lo explicado en detalle por quién lo atendió, se concluyó que aquello obedeció a una radiculopatía, en consecuencia, esta alteración de movilidad no podría configurarse como una bandera roja de cefalea en ése preciso instante temporal; pues la misma, se insiste, ante el examen físico descrito por el médico tratante en ese día, fue

²⁷ <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/paresia>

coincidente con un signo de lasègue positivo, para ese momento era claro para dicho Galeno ese diagnóstico.

Y en este punto, nos encontramos frente a un debate sobre el peso que se le deba dar a las conclusiones de quien lee la historia clínica ya con el resultado sabido y que intenta efectuar deducciones de dicho documento con base en su experticia, confrontado con lo dicho en audiencia, por el médico que realizó el examen físico en la fecha concreta y que fue objeto de contradicción judicial, pero aquella no desemboca una enervación de lo depuesto; luego entonces, para esta sala de decisión, ubicados en dicho escenario, se le otorga mayor peso a lo aseverado por el médico tratante, que tuvo acceso directo al paciente.

Lo anterior, teniendo en cuenta que, si bien no es objeto de discusión en este proceso, tal y como se evidencia en la historia clínica de la ESE Salud Pereira, el señor Ríos Henao en consulta del 15 de noviembre de 2016, ya refiere un dolor en cadera, por lo que se podría asegurar que el paciente venía desde tiempo atrás con dolencias en dicha zona del cuerpo, luego entonces, si bien no desconoce esta Sala que la primera atención del año 2017, que no es objeto de controversia judicial, sí resulta relevante reseñar que el paciente dos días antes (el 15 de marzo) tenía síntomas de gripa que incluía dolor de cabeza y que, en la consulta del día 17 de marzo de 2017, se determinó como motivo de consulta “*dolor de cabeza y alteración motora*” y que al describir la enfermedad actual se determinó lo referenciado como una “paresia”, que valga la oportunidad para remarcar puede obedecer a un síntoma neurológico o simplemente muscular; pero, lo cierto es que al examen físico realizado se logra descartar una alteración o pérdida de fuerza en el miembro inferior y se registra como hallazgo “*LASEGUE POSITIVO DERECHO ROT +/++++ FUERZA NORMAL*” lo que permite inferir que, evaluados los antecedentes del paciente y el cuadro manifestado en esa oportunidad, la molestia del paciente no obedecía a una paresia, sino a un trastorno de disco lumbar con radiculopatía, y así lo explicó el médico tratante en su declaración doctor Jetse David Casanova al indicar: “*...yo en el examen físico determino que no es que haya una paresia, no es que no pueda mover el miembro inferior, es que solamente tiene un signo que al estirar la pierna presenta dolor, pero no hay una paresia al examen físico, es decir, no hay una limitación total para movilizar la pierna o el miembro inferior, solamente hay dolor al estirla, en eso consiste el signo de lasègue...*”; por lo tanto, es posible asegurar que no existió en esa oportunidad un diagnóstico probado de paresia, toda vez que nunca se logró acreditar que el paciente presentara una pérdida de fuerza en su miembro inferior, si se tiene en cuenta que este obedeció a un dolor lumbar con signos radiculares.

En consecuencia de lo anterior, al no existir diagnóstico probado de la pérdida de

fuerza en el miembro inferior o paresia, no era constitutivo de un dolor de cabeza con banderas rojas, pues el diagnóstico de paresia no fue declarado y se logró probar que para esa oportunidad no se presentó.

Alega la parte demandante que por parte de los médicos tratantes, que fueron llamados a declarar en el presente asunto, existió la intención de defender las actuaciones de la institución; sin embargo, la Sala mayoritaria de este Tribunal considera que las declaraciones rendidas por los médicos tratantes tanto de la ESE Salud Pereira como de la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira concuerdan con los síntomas y dolencias acaecidas por el paciente en cada una de las consultas, advirtiendo además que los especialistas en neurología adscritos a la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, avalaron el tratamiento realizado en ese primer nivel de atención por los médicos de la ESE Salud Pereira, sin tener injerencia alguna con esa entidad prestadora de salud, por lo que no habría lugar a deducir alguna intención de defender a una institución a la que no pertenecen y unas actuaciones que no les corresponden, por lo que no sería correcto tener por probada tal aseveración.

Adicional a lo anterior, se advierte que el síntoma de la alteración motora referenciada anteriormente, mejoró con el tratamiento y el paciente en ese primer evento no volvió a quejarse de alteraciones en la movilidad, sólo se comprobó hemiparesia (que es diferente a la Paresia) el día 27 de marzo al hacerle el examen neurológico con las limitaciones por las condiciones que el paciente estaba ya presentando, prácticamente en estado de coma, al hacerle las maniobras que hacen los médicos de estímulos al dolor, es cuando se evidencia que el paciente moviliza menos el lado izquierdo (lado opuesto al cual se diagnosticó radiculopatía) y es allí cuando aparece el término de hemiparesia.

Así las cosas, al evaluar una cefalea con banderas rojas, debe tenerse presente que una cosa es lo que refiere el paciente y otra cosa es lo que se determinó en el examen físico, pues en el mismo se logró determinar que no es que haya una paresia, no es que no pueda mover el miembro inferior; es que, según lo detallado en audiencia por quien lo atendió físicamente, solamente tiene un signo que al estirar la pierna presenta dolor, pero no hay una paresia al examen físico, es decir, no hay una limitación total para movilizar la pierna o el miembro inferior, solamente hay dolor al estirla, en eso consiste el signo de lasègue.

En consecuencia, considera esta colegiatura **que no se logró probar la presencia de cefalea con banderas rojas al inició de la atención en la ESE Salud Pereira**, toda vez que, al examen médico, el paciente no presentaba fiebre, ni vomito, ni alteraciones de conciencia, ni mucho menos alteraciones en el

movimiento o parálisis de alguna parte del cuerpo, que no fuese explicadas por un diagnóstico de lasègue positivo.

Además de lo anterior, se debe manifestar que el médico general que descartó expresamente la cefalea con banderas rojas, al estudiar los síntomas del paciente, aseguró que en el examen físico al analizar el fondo de ojo, con el paciente sentado y al examinar con la lampara el fondo de ojo, NO hay un papiledema y que aquel solo se encuentra en personas con hipertensión endocraneana; pero en el señor Ríos Henao, al realizar el examen no hay un papiledema, por lo tanto no había una patología como la hipertensión endocraneana, que es una patología de mayor severidad en relación a una cefalea, por tanto se descarta la hipertensión endocraneana basada en el hallazgo de fondo de ojo, pues no hay hinchazón de la pupila del ojo, por tanto no hay hipertensión endocraneana.

Por todo lo expuesto, **no se logra probar una falla en el servicio médico relacionada con la omisión de diagnosticar una cefalea con banderas rojas**, si se tiene en cuenta que los síntomas presentados por el paciente en la ESE Salud Pereira para los días 15, 17 y 21 de marzo de 2017 no encuadraban en ese tipo de urgencia.

5.2.3. Del error de diagnóstico ante la sintomatología del paciente.

Alega la parte recurrente que en la atención de la ESE Salud Pereira, los diagnósticos no fueron coherentes con la sintomatología, pues el paciente continuaba con cefalea más un síntoma de focalización neurológica como “paresia derecha”, por lo que no encuentra razón de sospechar en una radiculopatía, (punto que ya fue abordado en el numeral precedente) y al ser reconsultante, el diagnóstico debió ser cefalea con síntomas de alarma o banderas rojas, y sospechar de la más importante, una neuroinfección, por lo que debió determinarse la causa de la cefalea persistente *y la hemiparesia (Que únicamente se hace evidente el 27 de marzo de 2017)*, antes de dar salida al paciente, así mismo, agrega que las RX de columna lumbar y senos paranasales nada aportan para el diagnóstico del cuadro clínico del paciente.

Advierte que no es coincidencia que a pesar del paciente presentar una cefalea constante **que denota claro error de diagnóstico**, termine con una meningitis, pues lo que estaba presentando el paciente era un claro signo y señales de alarma que exigían de la entidad un mayor deber de cuidado, y la inclemencia médica en este caso es absoluta ante las dolencias del paciente.

Reitera que existió un error de diagnóstico, por el pobre interrogatorio médico que evitó que se aproximara a la realidad del diagnóstico, no se aplicó

cuadro de déficit neurológico ni cefalea con banderas rojas (al estar acompañada de fiebre – hemiparesia o paresia derecha), situación que impidió establecer el esquema de medios de diagnósticos y tratamiento, por ello sorprende como la ESE Salud Pereira, desechó el síntoma sustancial que nunca desapareció, el cual era la cefalea, además que en la reconsulta del 17 de marzo, continuaba, sumada a náuseas, alteraciones neurológicas **y vómito** que refirió el paciente y que daba entender que no era un simple diagnóstico de sinusitis y por ello debió dejarse en observación y/o remitirse a un tercer nivel, punto en el que concuerda el perito.

En concordancia con lo razonado en el acápite anterior, se logró probar que el día 15 de marzo de 2017, el señor Carlos Alberto Ríos Henao consulta en la ESE Salud Pereira, por motivo de dolor de cabeza, náuseas, mareo, con evolución de dos (02) días. Al examen físico no se advierte ninguna alteración, con excepción de la orofaringe congestiva y eritematosa con rinorrea escasa y escurrimiento posterior verde, por lo que se emite diagnóstico de sinusitis aguda no especificada. Se envía diclofenaco, acetaminofén y loratadina, así como trimetoprim + sulfametoxazol. En esta oportunidad el diagnóstico fue acorde con los hallazgos médicos registrados y así lo aseguro tanto el perito como los demás galenos declarantes.

Posteriormente, el día 17 de marzo de 2017, el paciente reconsulta en la ESE Salud Pereira indicando mucho dolor de cabeza y alteración motora, refiriendo que “*el pie derecho se le resbala*”. Tal y como quedó reseñado en precedencia al estudiar la alegada existencia de cefalea con banderas rojas, se logró evidenciar que al examen físico realizado por el médico Jetse David Casanova Orobio, este refiere un buen estado general, temperatura de 37°, es decir sin fiebre que amerite alguna urgencia o un síntoma de alarma, señala PINR fundoscopia sin papiledema, puntos de Valleix positivos, lasègue positivo derecho ROT+ fuerza normal. El análisis es paciente con cuadro respiratorio superior tipo sinusitis, dolor lumbar con signos radiculares. **No hay cuadro de déficit neurológico** Cincinnati 0/3, **no cefalea de banderas rojas**. Se estudia con paraclínicos. Emitiendo diagnóstico de sinusitis aguda no especificada y trastorno de disco lumbar con radiculopatía. Se envía Diclofenaco, ranitidina, dipirona, SS RX lumbar senos paranasales y revalorar con resultados. Se da salida.

Ante el diagnóstico dado en esta oportunidad, el perito consideró que no fue coherentes con la sintomatología, pues el paciente continuaba con cefalea más un síntoma de focalización neurológica (hemiparesia o paresia derecha), sostiene también como síntoma el vómito, pero aquel no parece reseñado en la historia clínica; por lo que sostuvo que no encontró elementos que hagan sospechar radiculopatía, por ende, el diagnóstico debió ser cefalea con síntomas de alarma o banderas rojas, y sospechar de la más importante, una neuroinfección. También

sostiene el auxiliar de la justicia que no se debió dar de alta sin la causa de la cefalea persistente y la hemiparesia, pues las RX de columna lumbar y senos paranasales son inaportantes para el cuadro clínico del paciente.

De lo razonado, tal como se dejó expuesto en el análisis anterior y tal como lo sostuvo el médico general que atendió al paciente en dicha oportunidad, existía un antecedente de sinusitis que estaba con tratamiento antibiótico y dada la persistencia del dolor se envía una radiografía de senos paranasales. Para determinar el origen de la cefalea, se realizó un examen completo hallando un valleix positivo²⁸, **signo de una radiculopatía**, sospechándose además que presentaba una hernia discal, por tanto, se envía por primera (y única) vez una radiografía de senos paranasales y una de columna lumbar.

Ante el examen físico detallado relacionado con la mencionada alteración de movimiento, se logró establecer que no existía una pérdida de fuerza en la extremidad inferior derecha que llevara a dictaminar una paresia, toda vez que al realizar el procedimiento para diagnosticar el signo de lasègue, en el cual acuesta al paciente, se le estira la pierna hacia arriba buscando una radiculopatía, **se obtuvo una respuesta positiva al mismo, por lo que se descartó alguna pérdida de fuerza al movimiento**, interpretando el mismo como la presencia de dolor al estirar la pierna. Ante el diagnóstico de radiculopatía había que sospechar hernia discal por eso se envió radiografía de columna lumbar.

Finalmente, sostiene el galeno que el día 17 de marzo se determina que no hay cuadro de cefalea con signos de alarma que indicara la necesidad de una tomografía u otra ayuda diagnóstica, advirtiendo que se le realizó un examen físico donde se revisaron varias esferas, como la cognición, que estuviera alerta, sin déficit, pares craneales, sensibilidad, fuerza y coordinación sin que se evidenciara alteración neurológica.

Recordemos que el perito en la contradicción del dictamen definió que la radiculopatía *“se produce por irritación de las estructuras nerviosas y cuando usted eleva la extremidad del paciente y produce dolor a más de 30° debería sospechar una radiculopatía”*, precisamente el examen físico que fue realizado por el médico general que atendió al paciente el 17 de marzo de 2017, según la declaración que rinde judicialmente, pues detalló que acostó al paciente y le estiró la pierna hacia arriba, evidenciando dolor al estiramiento de la pierna, sin que eso pueda catalogarse como una pérdida de fuerza o alteración en el movimiento.

²⁸ <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/puntos-valleix> Puntos de Valleix. “Puntos dolorosos a lo largo del trayecto del nervio ciático, en la región posterior del miembro inferior, que se desencadenan por palpación, cuando existe una radiculopatía lumbosacra.”

De conformidad con lo anterior, sí se demostró una valoración y revisión completa al paciente, donde atiende la sintomatología por la que venía consultando (sinusitis), que debido a su reconsulta ordena radiografía de senos paranasales.

Para el caso de la dificultad para mover su pierna, realiza el examen físico encontrando puntos de valleix positivos, sospechando entonces para ese momento, la radiculopatía y ordenando por ende la radiografía de columna lumbar para descartar una hernia de disco.

Se reitera que el perito parte de la existencia de una “paresia” que nunca quedó registrada ese día como impresión diagnóstica o diagnóstico en sí mismo, sino como lo que expresaba el paciente antes del examen físico, lo que en efecto sería indicativo de un signo de alarma, pues así lo sostuvo la Guía para la atención de la meningitis²⁹, **donde se indica la existencia de signos neurológicos focales como sospecha de una meningitis**, porque recordemos que la hemiparesia es una sintomatología diferente y únicamente fue apuntada en la historia clínica el 27 de 2017.

6.2.2 Meningitis

La meningitis es la respuesta inflamatoria meníngea a la infección. Los síntomas y signos que acompañan a la meningitis meningocócica no se pueden diferenciar de los de las demás meningitis agudas producidas por otros microorganismos.

Síntomas clásicos
Cefalea Fiebre Náusea y vómito Fotofobia
Hallazgos clínicos
Alteraciones del estado de conciencia (desde somnolencia hasta coma) Signos meníngeos
• Rigidez de nuca: El paciente debe estar en decúbito dorsal, relajado y sin almohada. Se toma su cabeza por el occipucio. Primero se moviliza hacia los lados para comprobar que el paciente está relajado y que no existen problemas musculares o de la columna cervical que desencadenen dolor. Descartadas estas condiciones se flexa la cabeza prestando atención en la resistencia que existe para lograrlo. Cuando existe irritación meníngea la resistencia se presenta al flexar la cabeza y no con los movimientos laterales. Esta maniobra no se debe efectuar si existe el antecedente de un traumatismo de la cabeza o del cuello y no se tiene la seguridad sobre la estabilidad de la columna cervical.
• Signo de Brudzinski: Se flexa la cabeza y se observa si ocurre una flexión de las extremidades inferiores a nivel de las caderas y las rodillas.
• Signo de Kernig: Se levantan los miembros inferiores en extensión y se produce una respuesta de flexión en cadera y rodilla.
Petequias o erupciones maculopapulares o equimóticas Convulsiones Parálisis de pares craneales Hemiparesia u otros signos neurológicos focales

Sin embargo, se tiene que el paciente refiere “*que no puede caminar que el pie*”

²⁹ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/guias-promocion-salud-tomo-II-2007-pars.pdf>

derecho como que se le resvala (sic)” ante ello, el médico tratante afirma en audiencia haber realizado un examen físico evidenciando el pluricitado signo de valleix referente de una radiculopatía y que justificaba la dificultad referida por el paciente, sin que su dicho fuese desacreditado en dicha diligencia y sin que tal dolencia sea significativa de una paresia, por lo que dicha falta de fuerza no probó ni se determinó como diagnóstico. Asimismo, se nota que no se descartan los demás síntomas que eventualmente podrían asociarse a una bandera roja, indicándose en la historia clínica del 17 de marzo de 2017, que efectuado el examen médico se encuentra un buen estado general, no fiebre, fundoscopia sin papiledema, lo cual es una de las correlaciones que se hacen mediante un fondo de ojo, con el paciente sentado y con la lámpara se le examina el fondo de ojo, concluyendo que no hay cefalea de banderas rojas, por lo que no es indicativo de enviar una tomografía.

Por lo expuesto, no existía para este momento una indebida prestación del servicio médico, así como tampoco dilaciones o demoras infundadas, y ante la sintomatología, se justificó tanto el diagnóstico como el tratamiento realizado por parte de la ESE Salud Pereira; es decir, hasta esa calenda no se observa un error en el diagnóstico de conformidad con las pruebas y exámenes realizados.

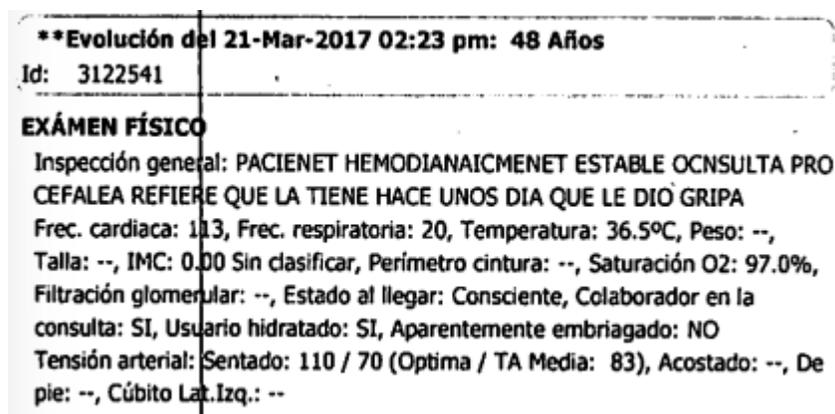
En lo que tiene que ver con la atención del día 21 de marzo de 2017, se tiene que el señor Carlos Alberto Ríos Henao, consulta en la ESE Salud Pereira, indicando tener mucho dolor de cabeza y **dolor de rodilla**, al examen físico no se evidenciaron situaciones fuera de lo normal, pues se realizó inspección general, resultando buena, y se anotó que presentó dolor a la palpación de la rodilla derecha refiriendo artrosis. Se emitió diagnóstico de artritis no especificada y se suministró salina, hidrocortisona, dipirona, tramadol, ordenando hemograma, uroanálisis y se dio salida.

En relación con la atención anteriormente citada, explicó el perito que, para ese momento no se requería consulta por especialista frente a los diagnósticos consignados en la historia clínica; sin embargo, refirió que debía realizarse una buena identificación de la cefalea en la consulta y si había acompañantes de banderas rojas. Expuso que el dolor de la rodilla no era indicativo de una paresia, y que dentro del cuadro clínico descrito en la historia no había elementos que explicaran una artritis, pues no hay signos de edema, calor o rubor, y que, si bien los analgésicos suministrados no son los más potentes, para la sintomatología descrita fueron adecuados. Finalmente refirió que, en vista a que los síntomas persistían, el paciente no mejoraba y tenía una focalización neurológica se debió expandir el interrogatorio y las ayudas diagnósticas para precisar la patología del paciente.

En contradicción del dictamen, insistió que, después de la consulta del 15, ya para la consulta del 17, 21 y 22, esos elementos eran muy importantes para derivar en otro diagnóstico.

Para esta atención, puede observarse que no se tuvo en cuenta el motivo de consulta el cual correspondía a “tengo mucho dolor de cabeza” de 8 días de evolución, dolor en rodilla y malestar general, pues se centró el diagnóstico en el dolor de rodilla.

Sin embargo, se observa que, al realizar el examen físico, no se observan signos de alarma asociados al dolor de cabeza:



Así las cosas, en dicha atención el paciente refiere además de la cefalea, sólo dolor en la rodilla y ya no refiere fiebre ni la dificultad para caminar, por lo que no existía justificación de unas banderas rojas.

Ahora, el día 23 de marzo de 2017, a las 00:31 a.m., el paciente reconsulta por cefalea, se nota ansioso, está consiente, colaborador. Señala el médico como enfermedad actual paciente con cefalea global desde hace 8 días, **leve mejoría con analgésico**. Se solicitó RX que no se ha realizado. Reconsulta desde ayer por cefalea global, hiporexia, episodios de emesis y **hoy con habla incoherente y comportamiento alterado**. Refiere hemograma normal y uroanálisis contaminado. **A la inspección general indica regulares condiciones, incoherente y poco colaborador. Presenta una temperatura de 39°.** **Consigna tendencia a la proptosis³⁰**, fundoscopia normal³¹, pupilas

³⁰<https://www.mrverity.com/wp-content/uploads/2013/01/D-Orbita-no-1-Proptosis.pdf> “Proptosis (o exoftalmos) describe un movimiento hacia delante de los ojos con respecto a su posición normal en la cuenca del ojo. Esta posición está determinada genéticamente, con un espectro existente de personas con los ojos “hundidos” naturalmente a otros que parecen tener los ojos “saltones”.

³¹<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/fundoscopia> “Examen en el que se utiliza una lupa y una luz para observar el fondo del ojo (parte posterior del interior del ojo, que comprende la retina y el nervio óptico). Se pueden dilatar (ampliar) las pupilas con gotas para ojos medicadas a fin de que el médico pueda ver la parte posterior del ojo a través de

isocóricas³² (con el mismo diámetro), en sistema neurológico se indica sin déficit motor sensitivo de pares craneales ROT bilateral, no signos patológicos, **no signos meníngicos, hay cierta rigidez de nuca, precisa que debe descartarse neuroinfección, indica observación y según evolución remisión. Se decide cubrimiento precoz con ceftriaxona dada la tórpida evolución. Se consigna diagnóstico de meningitis no especificada.**

Se anota en evolución de la 8:35 a.m., paciente somnoliento, decaído, confuso. Glasgow de 13/15, rigidez de nuca, signos de babinsky y bridzinsky +, sin otras alteraciones ni focalización.

Seguidamente se indica paciente con historia de 8 días de evolución de cefalea, en las últimas horas con emesis, **se encuentra paciente febril, con signos meníngicos.** En tratamiento con ceftriaxona iv. Pendiente reporte de exámenes de laboratorio, **cuadro altamente compatible con meningitis bacteriana.** Se ordena sonda foley y se traslada.

Se hace formula de profilaxis para todos los que son personal de salud y tuvieron contacto con el paciente. **Se da egreso a las 10:30 a.m.** remitido al Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

El médico tratante, en audiencia de pruebas del 1º de diciembre de 2020, en relación con la atención del 23 de marzo de 2017, señaló que al examen físico no habían signos de síndrome neurológico, ni signos meníngicos, que al paciente se le realizó un examen físico, se revisó varias esferas como la de la cognición, que estuviera alerta, sin déficit, pares craneales, sensibilidad fuerza, coordinación y refuerzos osteotendinosos, sin que hallara alteración neurológica, precisó que lo encontrado **podía obedecer por encefalitis o meningitis**, por lo que se debía dejar al paciente en observación, al sospechar neuroinfección, se solicitaron paraclínicos, se inició antibiótico de ceftriaxona y se dejó en aislamiento. Continúa explicando que no era clara la presencia de meningitis, pero la sospecha estaba, por lo que se le hizo un procedimiento de observación para ver su evolución, **se inició precozmente tratamiento antibiótico en 1 g cada 12 horas**, precisando que

la pupila. Una fundoscopia se puede usar para detectar problemas del ojo, como glaucoma, degeneración macular, cáncer de ojo, problemas del nervio óptico o lesiones en el ojo. También se llama fondo de ojo y oftalmoscopia.”

³² <https://revistamedica.com/exploracion-neurologica-valoracion-pupilar/> “La valoración pupilar es una parte importante de la exploración neurológica. Para su realización se mide la forma, tamaño y simetría, así como la respuesta a estímulos lumínicos de la pupila, que es el orificio que se encuentra en el centro del ojo rodeado por el iris. Se denomina miosis cuando la pupila esta contraída, y midriasis cuando esta dilatada. **Si ambas poseen el mismo diámetro son isocóricas**, en cambio, si el tamaño entre ambas es diferente son anisocóricas. Durante la valoración hay que considerar una serie de factores que pueden alterar tanto el tamaño de las pupilas, así como sus respuestas a los estímulos que les sean aplicados.”

la dosis en el adulto tiene varias dosificaciones entre 1 y 2 g cada 12 horas o 2 g cada 24 horas. Señaló que en la historia clínica se dice que no había disponibilidad; **sin embargo, considera que el mismo solo impactaría positivamente en la salud del paciente en caso de tratarse de una meningitis bacteriana.** Consideró que, toda vez que el paciente no estaba convulsionando, y para su cuadro febril se suministró dipirona, se pidió hemograma, exámenes de sangre para estudio del cuadro febril, se aisló por lo contagioso y se inició proceso de remisión y antibiótico. Explicó que el uso del antibiótico supera cualquier otra cosa, aclarando que no hizo la remisión de manera inmediata una vez sospechó la meningitis, porque al examen no presentaba signos meníngeos ni déficit neurológico, brudzinski o kernick positivo, solo se trató de un paciente con cierta rigidez de cuello, no tenía diagnóstico evidente, simplemente sospecha, por lo que se ordenó otros paraclínicos.

En efecto, **en la historia clínica a partir del 23 de marzo de 2017, se consignó una impresión diagnóstica de sospecha de meningitis** y se indica que debe descartarse una neuroinfección, resaltando la anotación que no existe claro déficit neurológico, se predica un deber de remisión inmediato a un nivel de mayor atención en salud; sin embargo, el tratante sostiene que al no ser claro el déficit neurológico debía dejarse al paciente en observación para ver su evolución, **a pesar de ello, cubriendo la sospecha de meningitis ordenó el suministro de ceftriaxona.** Asimismo, se ordenaron otros exámenes diagnósticos para determinar el origen de la fiebre. Finalmente, a las 10:30 horas, del mismo 23 de marzo se realizó la remisión ante la sospecha indicada en precedencia.

De conformidad con lo anterior, se evidencia que esta oportunidad si se dieron los presupuestos para la existencia de una cefalea con banderas rojas para desencadenar en una sospecha de neuroinfección, ello ante la existencia de fiebre, rigidez nuchal, signos de Babinski y brudzinski positivos, además de alteraciones en el estado de conciencia, por lo que de conformidad con las Guías del Ministerio de Salud³³, estos eran hallazgos clínicos una inflamación meníngea o neuroinfección:

³³ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/guias-promocion-salud-tomo-II-2007-pars.pdf>

Síntomas clásicos
Cefalea Fiebre Náusea y vómito Fotofobia
Hallazgos clínicos
Alteraciones del estado de conciencia (desde somnolencia hasta coma)
Signos meníngeos
<ul style="list-style-type: none">• Rigidez de nuca: El paciente debe estar en decúbito dorsal, relajado y sin almohada. Se toma su cabeza por el occipucio. Primero se moviliza hacia los lados para comprobar que el paciente está relajado y que no existen problemas musculares o de la columna cervical que desencadenen dolor. Descartadas estas condiciones se flexa la cabeza prestando atención en la resistencia que existe para lograrlo. Cuando existe irritación meníngea la resistencia se presenta al flexar la cabeza y no con los movimientos laterales. Esta maniobra no se debe efectuar si existe el antecedente de un traumatismo de la cabeza o del cuello y no se tiene la seguridad sobre la estabilidad de la columna cervical.• Signo de Brudzinski: Se flexa la cabeza y se observa si ocurre una flexión de las extremidades inferiores a nivel de las caderas y las rodillas.• Signo de Kernig: Se levantan los miembros inferiores en extensión y se produce una respuesta de flexión en cadera y rodilla.
Petequias o erupciones maculopapulares o equimóticas
Convulsiones
Parálisis de pares craneales
Hemiparesia u otros signos neurológicos focales

De lo expuesto, **no observa esta Sala que exista un error en el diagnóstico pues el mismo se determinó como meningitis no especificada**, se ordenó inició de tratamiento con ceftriaxona y remisión urgente a la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

Una vez ingresó a la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, ese mismo 23 de marzo se indica *“Se reinterroga paciente quien refiere cefalea frontal de 10 días de evolución con fiebre subjetiva que lo torna delirante, dolor en región lumbar y síntomas irritativos urinarios disuria y tenesmo vesical, hiporexia. Al examen físico: signo de kerning negativo, brudzinski negativo, no rigidez de nuca, no babinsky. **neuro: glasgow 15/15** lenguaje fluido, orientado en tiempo, persona y espacio, tranquilo. **quien ingresa por idx: meningitis, sin embargo, al ingreso paciente febril con cefalea frontal y síntomas irritativos urinarios, no encuentro signos meníngeos, sin embargo, por CC se decide realizar TAC de cráneo simple, val por neurología y medicina interna, SS paraclínicos de extensión- urocultivo. Mientras resultados de paraclínicos se indica aislamiento y decidir exámenes de extensión.”***

De lo anterior, se puede asegurar que al momento del paciente llegar a la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, ya no tenía o no presentaba los síntomas que fueron motivo de remisión; sin embargo, fue dejado en observación y pendiente de valoración por medicina interna más neurología.

El 24 de marzo de 2017, se diagnosticó una infección de vías urinarias después de la lectura de los paraclínicos y se determinó el plan de manejo, en ese mismo día se dio respuesta a interconsulta con neurología, quien indicó:

Detalle de la Respuesta: *PACIENTE CON CUADRO CEFALEA PICOS FEBRILES EN EL MOMENTO SIN SIGNOS MENINGEOS NI DEFICIT FOCAL, CON TAC CRANEO SIMPLE DONDE SE OBSERVA A MI PARECER BORRAMIENTO SURCOS CEREBRALES POR LO QUE INDICO-RESONANCIA CEREBRAL SIMPLE Y CONTRASTADA, ADEMAS CONTINUAR MANEJO PARA INFECCION DE VIAS URINARIAS, DOCUMENTADA. ESTAREMOS ATENTOS A EVOLUCION A MI PARECER NO DEBE APLAZAR PUNCION LUMBAR HASTA NO SE DEFINIAN LESIONES INTRACRANEALES.*

Tratamiento: 1. RESONANCIA CEREBRAL SIMPLE Y CONTRASTADA.

2. CONTINUAR MANEJO INFECCION VIAS URIANRIAS

Diagnóstico: R51X - CEF.ALEA

En razón a lo anterior, se registró:

ANALISIS

PACIENTE REMITIDO DE UNIDAD LOCAL CON IDX MENINGITIS, AL INGRESO ES POCO CLARO EL HALLAZGOS DE SIGNOS MENINGEOS. POR SINTOMAS ADICIONALES DESCRITOS AL INGRESO SE ENFOCA COMO INFECCION DE VIA SURINARIAS EN EL MOMENTO, AL EXAMEN FISICO SIN SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA, SIN ALTERACION EN LA FUERZA, SENSIBILIDAD, TONO Y TROFISMO, SIN ALTERACION DE PARES, PUPILA SISOCORICA SNORMORREACTIVAS A LA LUZ. VALORADO POR NEUROLOGIA CLINICA QUIEN CONCEPTUA TAC CRANEO SIMPLE DONDE SE OBSERVA A MI PARECER BORRAMIENTO SURCOS CEREBRALES POR LO QUE INDICO RESONANCIA CEREBRAL SIMPLE Y CONTRASTADA. ADEMAS CONTINUAR MANEJO PARA INFECCION DE VIAS URINARIAS, DOCUMENTADA. ESTAREMOS ATENTOS A EVOLUCION A MI PARECER DEBE APLAZAR PUNCION LUMBAR HASTA NO SE DEFINIAN LESIONES INTRACRANEALES SE COMPLEMENTA ESTUDIOS CON VIH.

SINTOMATICO RESPIRATORIO NO

PLAN

SS RNM CEREBRAL SIMPLE Y CONTYRSTADA SS VIH. REVALORACION POR NEUROLOGIA CON REPORTES CONTINUA IGUAL. MANEJO MEDICO. PENDIENTE UROCULTIVO+ANTIBIOGRAMA. MONITORIA DE SIGNOS VITALES. ACOMPAÑANTE PERMANENTE, QUEDO ATENTO A CUALQUIER CAMBIO EN SU CONDICION CLINICA.

En ese mismo día, siendo las 15:45 se encuentra paciente en malas condiciones generales, desorientado, interacción escasa con el medio, Glasgow 9/15 signos vitales: FC 71, FR 23, TA 120/70, SO₂ al aire ambiente 97%, T° 38.7 °c cuello móvil sin rigidez, sin signos de irritación meníngea, tráquea centrada, sin ingurgitación yugular, tiroides normal, no masas, ni adenopatías. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, pulsos periféricos palpables, llenado capilar 2 seg, tórax con expansibilidad conservada, simétrico, murmullo vesícula auscultable simétrico sin sobreagregados, abdomen sin distensión, depresible, sin dolor a la palpación, no masas ni megalias ROT ++, sensibilidad conservada fuerza 5/5 tono y trofismo normal, pupilas isocóricas normo reactivas (aunque con tendencia a la miosis, tamaño inicial 2 mm final 1 mm) sin alteración de pares, mucosas rosadas húmedas osteomuscular sin alteraciones.

Como análisis se indica:

ANALISIS

PACIENTE REMITIDO DE UNIDAD LOCAL CON IDX MENINGITIS, SE INICIA MANEJO ANTIBIOTICO CON CEFTRIAXONA ESTA MAÑANA AL REINTERROGARLO, REFIERE SINTOMAS "GRIPALES" 1 SEMANA DE EVOLUCION. TAC DE CRANEO HALLZGOS QUE SUGIERE SINUSITIS MAXILAR IZQ + MASTOIDITIS IPSILATERAL. VALORADO POR NEUROLOGIA QYUIEN SOLICITA RNM CEREBRAL SIMPLE Y CONTRASTADA Y POR LE MOMENTO APLAZA PL HASTA ACLARAR LESIONES PULMONARES. SE ATIENDE A LAS 13+30 LLANMADO DEL FAMILIAR, SE ENCUENTRA EN MUY MALAS CONDICIONES GENERAKLES. GLASGOW 9/15 FEBRII. SIN ALTERCION EN OTROS SIGNOS VITALES. SIN FOCALIZACION APARENTE. LLAMA LA ATENCION PUPILAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ CON TENDENCIA A LA MIOSIS. GLUCOMETRIA 194 GASES ARTERIALES CON PH 7.53, PCO₂ 33. BE E 5.1. PARA ALACALOSIS MIXTA, LACTATO 18. K 2.7, NA 135. PACIENTE QUE POR CLINICA REFERIDA DESDE HACE 1 SEMANA + HALLAZGO TOMOGRAFICO DE MASTOIDITIS/SIMUSITIS, NO SE DESCARTA DISEMINACION MENINGEA, EN EL MOMENTO PODRIA CURSAR CON MENINGITIS BACTERIANA. SE SOLICITA CONCEPTO DE CUIDADO CRIICO PARA REALIZACION DE PL (TENIENDO EN CUENTA CONCEPTO INICIAL DE NEUROLOGIA) YVTRASLADO A UNIDAD DE CUIDADO CRITICO/INTERMEDIOS. EN CASO DE NO REALIZARSE PL, INICIAR CUANTO ANTES CEFTRIAXONA 2G IV CADA 12 H. VANCOMICINA 1200 MG CADA 12 H.

SINTOMATICO RESPIRATORIO NO

PLAN

SE REALIZO MANEJO LEV SSN 0.9% BOLO 500 CC. + DIPIRONA. PERSISTE CON DETERIORO NEUROLOGICO GLASGOW 12/15 SE INTERCONSULTA CON CUIDADO CRITICO. EN CASO DE NO REALIZARSE PL. INICIAR CEFTRIAXONA 2G IV CADA 12 H. VANCOMICINA 1200 MG CADA 12 H.

Hasta lo aquí realizado por la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, se observa que, pese a que el paciente llegó remitido con un posible diagnóstico de

Meningitis, al momento de su ingreso no presentó signos de alarma o de sospecha para una neuroinfección, **se determinó una infección urinaria ante los resultados de los paraclínicos realizados**; sin embargo, siempre se dejó el paciente en observación para determinar los signos de alarma que se presentaran.

Si bien existía la sospecha de una meningitis bacteriana, **el área de neurología recomendó posponer la punción lumbar ante los signos de edema cerebral**, signos de herniación cerebral, los cuales se configuraban como contraindicación para realizar la punción lumbar por el alto riesgo de descerebración del paciente, razón por la cual no se logró determinar el diagnóstico exacto del paciente, **sin embargo, se inició ceftriaxona + vancomicina, como tratamiento a seguir ante la sospecha.**

Hasta este punto, no observa la Sala de Decisión algún error de diagnóstico por parte de la ESE HUSJ de Pereira.

Posteriormente, el 25 de marzo de 2017, encontrándose en la Unidad de Cuidados Intensivos, se registró:

PACIENTE JOVEN, SIN APARENTES COMORBILIDADES QUIEN SE PRESENTA CON CUADRO FEBRIL ASOCIADO A SINTOMAS NEUROLÓGICOS DADOS POR CEFALEA, DESORIENTACIÓN Y FLUCTUACIÓN DEL ESTADO DE CONSCIENCIA, CON SOSPECHA INICIAL DE NEUROINFECCIÓN REPORTE DE TAC DE CRANEO NO CONCLUYENTE, CON EVIDENCIA DE SINUSITIS Y MASTOIDITIS, QUE SOPORTA POSIBLE DX DE NEUROINFECCIÓN POR CONTIGUIDAD, POR LO QUE SE DECIDIÓ INICIO DE TERAPIA ANTIMICROBIANA DIRIGIDA A SNC, Y SE INDICÓ TRASLADO A LA UNIDAD PARA MONITORIZACIÓN POR RIESGO DE DETERIORO NEUROLÓGICO CON NECESIDAD DE ASEGURAR VÍA AÉREA. PENDIENTE REPORTE DE CULTIVOS SOLICITADOS AL INGRESO. EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, CON CONDICIÓN NEUROLÓGICA ESTACIONARIA. SE REvisa REPORTE DE TSH POR DEBAJO DE LIMITE INFERIOR, POR LO QUE SE DECIDE AMPLIAR PERFIL TIROIDEO PARA DESCARTAR HIPOTIROIDISMO. TRASTORNO HIDROELECTROLÍTICO EN CORRECCIÓN. AHORA CON DIURESIS EN METAS. SIN REQUERIMIENTO DE SOPORTE VENTILATORIO O VASOACTIVO. SE INDICA CONTINUAR MANEJO MÉDICO ESTABLECIDO. PENDIENTE IRM CEREBRAL INDICADA POR NEUROLOGÍA. PRONÓSTICO RESERVADO

El 26 de marzo de 2017, se realiza intubación orotraqueal por disminución del estado de conciencia desaturación, se realiza intubación orotraqueal en secuencia rápida de intubación, premeditación con fentanyl y midazolam, parálisis con vecuronio, se realiza laringoscopia directa cormack 2, se pasa catéter bajo visualización directa se pasa TOT #8, se fija en 25 cm se comprueba clínicamente se solicita RX de tórax.

El 27 de marzo de 2017, se registra:

SUBJETIVO

CONOCIDO POR NEUROLOGIA CLINICA, INGRESO POR CUADRO DE CEFALEA, FIEBRE DE 8 DIAS DE EVOLUCION, HA TENIDO DETERIORO NEUROLOGICO, EN POIRMER TAC NO HIDROCEFALIA, BORRAMINETO DE CISURAS CORTICALES, NO HABIA ANISOCORIA REVISO NUEVO TAC CEREBRAL CON HIDROCEFALIA IMPORTANTE, CISTERNAS ABIERTAS, NO VEO LESIONES OCUPNATES D ESPACION (EN TAC)

OBJETIVO

MALAS CONDICIONES GNEREALES, RIGIDEZ DE NUCA TERMINAL, ANISOCORIA CON MIDIRAIS PARALITICA IZQUIERDA CON PAPILEDEMA, ADEMAS BABINSKI IZQUIERDO. HIPORREFLEXIA, RETIRA CON LOS ESTIMULOS.

ANALISIS

DETERIORO NEUROLOGICO CON SINTOMAS DE PROCESO INFECCIOSO DEL SNC, A PESAR DEL TTO CON CEFTRIAXONA + VANCOMICINA HAY DETERIORO NEUROLOGICO. POR EXAMEN FISICO CONTRAINDICACION PARA PUNCION LUMBAR.

SINTOMATICO RESPIRATORIO NO

PLAN

1- SUGIERO INICIAR DEXAMATASONA 8 MGRS IV CADA 6 HORAS, ANTE EL CUADRO DE DETERIRO NEUROLOGICO . TAC CEREBRAL Y SINTOMAS DE INGRESO LA POSIBILIDAD DE TBC DE PRESENETACION AGUDA NO SE DESCARTA POR LO CUAL SUGIERO INICIAR TTO ANTITBC, DEJAR ANTIBIOTICOS Y ADICONAR ESTEROIDES ESTA PENDIENTE LA RESONANCIA CEREBRAL SIMPLE Y CON GADOLINEO YA SOLICITADA. GRACIAS.

En esta oportunidad era evidente el avance en el deterioro neurológico, pero aun continuaba la contraindicación para la punción lumbar, pues como lo sostuvo el médico especialista en neurología en el caso del señor Ríos Henao la punción lumbar no debía realizarse y así lo sostuvo el médico neurólogo en su oportunidad:

*“...Cuando uno va a hacer un estudio del líquido cefalorraquídeo hay indicaciones y contraindicaciones, **las indicaciones son cuando uno sospecha un proceso inflamatorio infeccioso, cuando uno sospecha una enfermedad desmielinizante, cuando uno sospecha una enfermedad tumoral, desde el punto de vista clínico o una enfermedad neurodegenerativa también como un Parkinson, una enfermedad de Alzheimer;** cuando uno ya decide si al paciente se beneficia o hay que hacerle una punción lumbar, **pero vienen las contraindicaciones porque uno tiene que poner en la mesa en un balance beneficios y riesgos, entonces hay unas contraindicaciones para hacerle la punción lumbar al paciente, una es que el paciente o la familia no acepten el procedimiento y haya lesiones en el en el sitio donde se va hacer la punción lumbar, en este caso se hace en la región lumbar en la parte más baja de la columna y si el paciente tuviese unas escaras, unas heridas o una infección, sería completamente contraindicado; lo otro que uno le hace a los pacientes es una prueba de coagulación porque si el paciente tiene los tiempos de coagulación prolongados y uno le hace la punción lumbar lo que va hacer es un hematoma epidural y el paciente va a quedar probablemente parapléjico, lo otro es que se le pide unas imágenes diagnósticas en este caso el TAC cerebral, el cual es muy importante para nosotros los clínicos neurólogos y neurocirujanos porque los signos clínicos de cambios de edema cerebral no aparecen tan tempranamente como los signos radiológicos entonces si uno cuando le hace el TAC cerebral tiene dudas razonables de que hay contraindicación porque el paciente tiene signos indirectos en ese momento de edema cerebral, entonces es mejor esperar o ayudarnos de otro examen y ante la evolución del paciente es por lo cual se decide iniciar el tratamiento en este caso de lo que estamos hablando, de tratamiento empírico, entonces así como el paciente se puede favorecer y no hay ninguna contraindicación; pero si se le hace una punción lumbar cuando uno tiene dudas razonables de que el paciente está haciendo ya signos de edema cerebral y no hay claridad en esa imagen, entonces uno prefiere parar ese procedimiento qué es la punción lumbar e iniciar tratamiento como ya habíamos hablado, tratamiento con antibióticos de acuerdo al grupo de edad que está el paciente y de acuerdo a la procedencia del paciente, si viene una zona rural, una zona urbana o si está en un sitio de alto riesgo como en un batallón o en un colegio porque cambia mucho la parte epidemiológica, **en este paciente la indicación era probablemente pensar en ese momento en una meningitis bacteriana por el germen que se llama neumococo, qué es el más frecuente por lo cual lo cubre muy bien la ceftriaxona más vancomicina, pero con esa lectura que se le dio por parte de los clínicos al TAC cerebral, era más el*****

riesgo de hacerle la punción lumbar que no hacerla.
Preguntado: *Que contraindicaciones presentaba el paciente.*
Contestado: *Para el día que lo valoré presentaba varias, 1 el TAC cerebral, 2 clínicamente tenía signos de edema cerebral que es inflamación del nervio óptico, que es la parte que uno logra ver con un aparato especial que utilizamos en el examen físico y cuando hay papiledema que es un signo que aparece más tardíamente como lo decía en la anterior intervención, en ese momento ya prácticamente no se le puede hacer y si tiene signos de focalización neurológica cómo era la anisocoria por la midriasis izquierda y además tenía hemiparesia izquierda con el signo de extensor del grueso artejo que es el signo de Babinski, ahí si la punción lumbar era adelantarle un desenlace fatal al paciente...”*

De lo ocurrido y registrado en la ESE HUSJ se logra extraer que siempre existió la sospecha de una meningitis y ante la imposibilidad e inviabilidad de realización de la punción lumbar se inició tratamiento con antibiótico, el cual no estaba contribuyendo a la mejoría del paciente, por lo tanto, se consideró que no se estaba ante un cuadro de meningitis bacteriana **sino una meningitis tuberculosa**, por ello, no evidencia la Sala la existencia de errores en los diagnósticos que permitan asegurar una falla en el servicio médico por dicho motivo, pues es evidente que la ESE HUSJ de Pereira prestó los servicios al paciente de manera oportuna y con la clara intención de llegar al diagnóstico acertado, no obstante, el deterioro del paciente no permitió que se pudieran realizar las ayudas diagnósticas que determinarían el germen invasor.

En razón a lo expuesto, la falla en el servicio médico alegada no obedeció a un error de diagnóstico como lo pretende hacer valer el apelante.

5.2.4. La dosis del tratamiento y su incidencia en el fallecimiento.

Alega la parte demandante recurrente, que el inicio de las medicinas de ceftriaxona y vancomicina se dio dos (2) días después de lo que resultaba acertado, **pues considera que el tratamiento dirigido para la meningitis debió iniciarse en la segunda consulta, esto es, el 17 de marzo**, cuando presenta cefalea y síntomas de alarma, como lo era la hemiparesia, lo que afectó el resultado positivo, pues el no suministro del medicamento en debida forma incidió directamente con el fallecimiento del señor Carlos Alberto y fue una de las causas para que fuera eficiente su deceso.

Frente a la Unidad Local, asegura que la CEFTRIAXONA no pudo ser iniciada inmediatamente por no haber el servicio y **sólo se pudo aplicar pasadas las 8 horas de haber sido ordenada**, lo que incide en el resultado y mal pronóstico.

En razón a lo anterior, dentro del plenario, en cuanto a la dosificación y suministro del antibiótico denominado ceftriaxona, explicó el médico tratante que la dosis para el paciente era entre 1 y 2 g cada 12 horas, y que la entidad de primer nivel no

contaba con la vancomicina para el año 2017. De igual manera, el perito señaló que no conoce si la ESE Salud Pereira contaba con la vancomicina; sin embargo, supuso que no, pues no es un fármaco que se disponga en los centros de bajo o primer nivel de atención.

Ahora, revisada la guía del Ministerio de Salud y Protección Social de mayo de 2007³⁴, la dosis indicada para mayores de 18 años es de 2g cada 12 horas:

Tratamiento antibiótico

MEDICACIÓN	NIÑOS	ADULTOS
PENICILINA CRISTALINA	12.500 U/kg c/6h	4 mU c/4h
CEFTRIAXONA	50 mg/kg c/12h	2 g c/12h
CEFOTAXIME*	75 mg/kg c/6h	2 g c/ 6h
VANCOMICINA	15 mg/kg c/6h	1g c/8h
CLORANFENICOL	12,5mg/kg c/6h	1 g c/6h

Tabla 1: Dosis de antibióticos en infección por Neisseria meningitidis. (mU: millones de unidades, h: horas, mg: miligramos, g: gramos, kg: kilo de peso). Nivel de evidencia Ia. *Medicación no pos.

El tratamiento se administra mínimo por diez días y para terminarlo el paciente debe estar asintomático.

a. Tratamiento empírico		
Penicilina cristalina	12.500 U/kg c/6h	4 mU c/4h
Ceftriaxona	50mg/kg c/12h	2 g c/12h
Cefotaxime	75 mg/kg c/6h	2 g c/ 6h
Vancomicina	15 mg/kg c/6h	1g c/8h
Ampicilina *	75mg/kg c/6h	4gr c/4h

* En mayores de 55 años y menores de un año para cubrir listeria

b Esteroides	
Dexametasona	0,15 mg/kg c/6h 20 min antes de la primera dosis de antibiótico. Administrar por cuatro días.

C. Profilaxis	
Adultos	Niños
Ciprofloxacina 500 mg VO dosis única	Rifampicina 10 mg/kg (> 1 mes) 5mg/kg (< 1 mes)
Ceftriaxona 250 mg IM dosis única	Ceftriaxona 125 mg IM dosis única < 15 años
Rifampicina 600 mg VO c/12 h por dos días	

d. Shock – disfunción cardiovascular en niños	
A pesar de la administración de cristaloides > 40 ml/kg en una hora	
PA < percentil 5 para la edad o PA < 2 DS por debajo de lo normal	
Requerimiento de administración de medicamentos vasoactivos (dopamina > 5 µgr/kg/min o dobutamina, epinefrina, norepinefrina a cualquier dosis	
Dos de los siguientes:	
<ul style="list-style-type: none"> • Acidosis metabólica inexplicada: déficit base > 5.0 mEq/L • Lactato arterial elevado > 2 veces lo normal • Oliguria: < 0.5 ml/kg/h • Llenado capilar > 5 seg • Diferencia T° central y periférica > 3°C 	

De lo expuesto, se puede asegurar que la dosis suministrada por el médico general ante la sospecha de una neuroinfección **el día 23 de marzo de 2017**, no

34 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/guias-promocion-salud-tomo-II-2007-pars.pdf>

corresponde a la dosis indicada en las guías del Ministerio de Salud y Protección Social; pues existe evidencia de la orden del medicamento a las 12:31 a.m. y para **las 8:31 a.m.** se afirma que ya encontraba en dicho tratamiento, pero no se sabe desde que horas se le suministró.

Por lo expuesto, en principio, de la actuación descrita en precedencia, podría configurarse una omisión por parte de la ESE Salud Pereira ante el no suministro del tratamiento como lo establecen las guías.

No obstante, **ese mismo día 23 de marzo de 2017, a las 10:48 a.m.;** es decir, un poco más de dos horas después de la anotación que confirma que ya se le estaba suministrado el reseñado antibiótico, el paciente ingresa al HUSJP, remitido de la ESE Salud Pereira y al análisis se señala: *“paciente joven sin ap previos consulta a unidad local por cefalea intensa asociado a cambios de comportamiento, habla incoherente, ingresa en aparente buen estado general, febril, normotenso, no taquicárdico, tranquilo, consciente, orientado en tiempo-lugar y persona, no convulsiones, en compañía de su hijo, se reinterroga paciente quien refiere cefalea frontal de 10 días de evolución con fiebre subjetiva que lo torna delirante, dolor en región lumbar y síntomas irritativos urinarios disuria y tenesmo vesical, hiporexia al examen físico: signo de kerning negativo, brudzinski negativo, no rigidez de nuca, no babinsky. neuro: glasgow 15/15 lenguaje fluido, orientado en tiempo, persona y espacio, tranquilo. **quien ingresa por impresión diagnóstica: meningitis**, sin embargo, al ingreso paciente febril con cefalea frontal y síntomas irritativos urinarios, no encuentro signos meníngeos, sin embargo, por cc se decide realizar TAC de cráneo simple, val por neurología y medicina interna, ss paraclínicos de extensión- urocultivo. mientras resultados de paraclínicos se indica aislamiento y decidir exámenes de extensión”. Es decir, **es una impresión más no un diagnóstico comprobado**, el cual no era claro al examen físico y anamnesis realizada por parte del personal médico de la ESE HUSJP. Sin embargo, no se descarta la impresión diagnóstica y se ordena una TAC de cráneo simple practicada el 24 de marzo de 2017. Hay un diagnóstico de infección de vías urinarias, fiebre y cefalea, pues para el momento (24/03/2017 00:46) al examen físico el paciente arrojó: Neurológico: sin déficit motor ni sensitivo aparente, Glasgow 14/15, no signos meníngeos extremidades simétricas, sin edemas.*

A pesar de lo anterior, **en nota de evolución del 24/03/2017 a las 15:45, se ordena iniciar CEFTRIAXONA 2G IV CADA 12 H. y VANCOMICINA 1200 MG CADA 12 H, ante deterioro neurológico. GLASGOW 9/15 INCIAL. posterior a reposición hídrica y antipirético 12/15. sospecha de meningitis bacteriana.**

Ahora, explica el perito en su dictamen que, se debió optimizar la dosis de ceftriaxona y adicionar vancomicina como parte del tratamiento empírico para una neuroinfección, tal como quedó reflejado en la historia clínica antes citada. Sin embargo, **señaló que la demora en el tratamiento empírico adecuado empeoraba la mortalidad y las secuelas neurológicas.** Contario a lo señalado por el experto, los testigos técnicos Jetse David Casanova y Álvaro Ardila Otero, especialista en medicina crítica y cuidados intensivos, coincidieron en señalar que se ordenó el tratamiento frente a la sospecha de meningitis bacteriana; sin embargo, la tórpida evolución del paciente y la falta de respuesta satisfactoria frente al tratamiento indicaba que la meningitis no era de origen bacteriana, resultando inútil el tratamiento antibiótico de CEFTRIAXONA Y VANCOMICINA.

Tal como se verificó con el tratamiento seguido en la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, cuando se inició el día 24 de marzo de 2017 ceftriaxona y vancomicina, dicho tratamiento no surtió efecto en el paciente, **por lo que llegó a sospecharse que no era una meningitis bacteriana sino una tuberculosis** y así lo expuso el neurólogo al indicar:

*“...el medicamento es ampicilina sulbactam para la infección urinaria, entonces la situación de los pacientes no es igual todos los días, ni es igual hora a hora y sobre todos los pacientes cuando tienen alguna condición neurológica, cambia muchísimo la evolución, basándome en las notas de los colegas, cuando el paciente llega, encontraron un paciente con un examen normal, no le encontraron signos meníngeos, no le encontraron rigidez nuchal, no le encontraron Kernick, no le encontraron brudzinski, no le encontraron signos de focalización y cognitivamente el paciente respondía, **entonces allí entre el 23 y el 24 al paciente en el San Jorge no le inician ni ceftriaxona ni vancomicina, le iniciaron fue ampicilina sulbactam para tratar lo que habían encontrado en los paraclínicos en el hospital San Jorge que era la ampicilina sulbactam; la situación el viernes 24 de las 11:15 de la mañana a las 3:45 cambió, la médica de urgencias asiste a un llamado porque el paciente en este momento no estaba conectado con el medio, no estaba respondiendo, lo valora y encuentra que el paciente tiene deterioro en la parte cognitiva, hay una escala que se llama la escala de Glasgow que sirve para medir si el paciente responde, si abre los ojos, si mueve las piernas, en ese momento la médica encuentra una evolución diferente a lo que venía, en estas cuatro horas cambio la conducta, ella encuentra ya otros cambios en el examen neurológico en este momento la médica pide interconsulta a la unidad cuidados intensivos, en cuidados intensivos, hay algo que se llama cuidados intermedios y cuidados intensivos avanzados; de protocolo cuando los pacientes empiezan a tener deterioro neurológico y para proteger la posibilidad que la vía aérea empiece a tener complicaciones, se prefiere pasar a un sitio de más nivel para poderlo tener más monitoreado y “en mejores condiciones de monitoreo” desde el punto de vista de algunas ayudas como son los monitores para la presión que son permanentes, entonces allí con este cuadro y con la nota que puso el neurólogo de no hacer punción lumbar hasta no tener el otro examen o mirar la evolución, es cuando ella decide iniciar la ceftriaxona y la vancomicina y repito que esta se inició el 24 y se mantuvo hasta el 28 a las 15:57 cuando el paciente fallece.**
(...)
en el manejo de las neuroinfecciones, específicamente en la*

meningitis bacteriana, lo que uno espera es que entre las 48 y 72 horas el paciente vaya mejorando y si uno entre las 48 y la 72 horas ve que la cosa no va bien, que sigue con fiebre, que el paciente se deteriora en su estado cognitivo, que tiene signos de focalización, uno dice “no, no va bien y a este tratamiento tenemos que reforzarlo y pensar en otro germen” y si no tenemos la posibilidad de hacer otras ayudas, uno no se queda cruzado de manos, sino que uno decide inmediatamente anexar tratamiento, en este caso los esteroides y el tetraconjugado sin quitar el tratamiento previo que venía, si el paciente logra mejorar, entonces después analiza uno con que lo vamos a dejar, pero usualmente preferimos como médicos irnos un poquito más allá que quedarnos cortos en el tratamiento.

(...)

Preguntado: Después de suministrarle al paciente, por 4 días, antibióticos enfocados a una meningitis bacteriana y no existir mejoría, se podría considerar que era posible que no fuera una meningitis bacteriana. Contestado: Completamente de acuerdo, como médico uno trata de hacer lo más frecuente, basándose en el sitio donde residía, la región, la parte de la epidemiología, entonces en ese momento cuando consideraron el manejo de los antibióticos en un proceso agudo, lo más frecuente fue pensar en una meningitis bacteriana y dentro de las meningitis bacterianas, las más frecuentes en personas con esta edad es el neumococo o meningococo, entonces se cubrió con el tratamiento empírico que fue la ceftriaxona y la vancomicina, después de ver que el paciente no evoluciona adecuadamente como uno esperaría, ahí es cuando uno concluye que esto no es una meningitis bacteriana y se debe pensar en otro germen, basándose en un signo de suma importancia como es la dilatación de los ventrículos **para analizar si es una tuberculosis de presentación aguda, porque la TBC es de las infecciones que producen más proteínas en el líquido cefalorraquídeo y dichas proteínas empiezan a obliterar los agujeros por donde se drena el líquido cefalorraquídeo, como un embalse que si ese embalse no tiene un sitio por donde desembocar el agua como lo que pasó en hidroItuango, entonces el líquido que se va depositando tiene que salir por algún lado; pero en el cerebro no hay esa posibilidad, entonces por donde gana espacio ese líquido cefalorraquídeo que está dentro de los ventrículos, dilatando esos ventrículos, **ya uno como médico evidenciando que el paciente no ha mejorado con la ceftriaxona y la vancomicina y que se está deteriorando, y evidenciado que ya hay signos de hidrocefalia, eso es igual a tuberculosis**, pero de entrada uno no piensa en tuberculosis sino en meningitis bacteriana; si el paciente hubiese llegado habitante de calle o un paciente con antecedentes de infecciosa repetición o un VIH positivo, hubiese cambiado totalmente el esquema, **pero lo pertinente era aplicar ceftriaxona y vancomicina y si a las 48 horas no mejoraba, se podría sospechar que ya no era una meningitis bacteriana, sin embargo no se podía descartar, dejándosele el mismo manejo y agregándole un segundo o tercer medicamento porque también podría ser un proceso viral, pero uno puede estar aplicando medicamento al azar, sino que se debe hacer un raciocinio para llegar a unas consideraciones que se creen pertinentes para prestarle un mejor servicio al paciente y no hacerle daño...”****

Finalmente, el perito en la respuesta a la pregunta 9.7. confirmó tal situación cuando refirió **“Por la historia clínica suministrada, los hallazgos según la historia médica y los paraclínicos realizados se pudo haber pensado en meningitis por TBC por la mal progresión clínica, la pobre respuesta al tratamiento antibiótico instaurado y el compromiso de los lóbulos temporales que se evidenció en la TAC, ya que este tipo de infección puede generar este compromiso, por lo que tener este diagnóstico como posible o probable con los hallazgos descritos, era prudente y correcto.”**

De lo expuesto, ante la involución del paciente con el tratamiento suministrado, es dable asegurar que dentro de las primeras 48 horas de suministro, el paciente debía presentar una mejoría y en el caso del señor Ríos Henao no fue así, por lo que dicho tratamiento antibiótico no estaba surtiendo efecto, siendo posible inferir que no se presentaba una meningitis bacteriana sino una posible tuberculosis; sin embargo, una vez se tiene “*una impresión diagnóstica*” de Meningitis, el tratamiento antibiótico estándar nunca se suspendió; pero aquel no surtió resultado, pese a que se suministró por más de 72 horas (y en la dosis adecuada), lo que significa que aunque se hubiese suministrado desde el 17 de marzo de 2017 como lo plantea el perito, no había servido porque aquel no atacaba los gérmenes que la causaban y para determinarlos lo que correspondía era o una Punción Lumbar y en caso de no ser posible, adicionar el tratamiento estándar como efectivamente se hizo.

Por lo expuesto, el hecho de que el mismo no haya sido suministrado desde la ESE de primer nivel desde la fecha que plantea el perito, no incidió en el desenlace fatal del paciente, pues una vez suministrado el mismo en la dosis adecuada, este no surtió efecto alguno de mejoría en el paciente, pese a que se suministró por más de 72 horas, en consecuencia, la ausencia u omisión en el suministro de tales antibióticos no fue la causa eficiente en su deceso.

Luego entonces, se reitera, a partir del 23 de marzo de 2017 hay una “*impresión diagnóstica de Meningitis*” pero si aun desde fecha anterior, se hubiese suministrado el tratamiento antibiótico estándar, incluso con la dosis indicada por el perito y la sostenida en la guía del Ministerio de Salud; lo cierto es que, posiblemente y lo más probable, es que el paciente no se hubiese curado, debido a que seguramente el origen de la meningitis no era bacteriano como lo precisaron los galenos, y por consiguiente dicha imputación de falla, de ser cierta no sería la causa eficiente, por lo que su análisis no conllevaría a una declaratoria de responsabilidad administrativa y patrimonial de las accionadas.

En línea de lo expuesto, no existió la falla alegada por la parte actora, descartando de igual manera un análisis de pérdida de oportunidad, por la razón principal de no evidenciarse un retardo en la remisión del paciente de manera injustificada por el personal médico de la ESE Salud Pereira y ante la ausencia de causa eficiente del daño debido a la falta de suministro del tratamiento antibiótico desde el día 23 de marzo de 2017.

5.2.5. De la existencia de demoras en determinar el verdadero diagnóstico y realizar el examen determinante para llegar al mismo.

Sostiene la parte recurrente frente a la atención en la ESE HUSJ, ante las sospechas de meningitis y con lo consignado en la consulta del día 17 por cefalea *más paresia*, al ingreso a la alta complejidad con resultado de la TAC, **después de verificar que no había lesiones ocupantes de espacio**, debió realizarse la punción lumbar para identificar el germen que atacaba al paciente y dirigir o focalizar el tratamiento para un paciente con meningitis con la identificación del germen, por lo que el retraso en la realización de la punción y el inicio de tratamiento farmacológico para un paciente con una posible meningitis es lo que conllevó al desenlace fatal.

Insiste en que el dictamen médico guarda mucha más armonía con la historia clínica, contrario a la versión del único neurólogo que declaró, que si bien ilustró el proceso sobre situaciones que interesaban, también es cierto que fue contradictorio, sobre todo en lo que tenía que ver con los momentos iniciales de la atención.

Considera que al ingreso al HUSJ (23 de marzo de 2017), no se agotó oportunamente el medio de diagnóstico de punción lumbar **que para esa fecha no estaba contraindicando**, máxime cuando se evidenciaba un foco mastoideo con sintomatología que se ajustaba al diagnóstico de neuroinfección y llama la atención que dicho resultado estuviera desde el ingreso y sólo se retomara cuando el paciente estaba crítico, además, la valoración por neurología clínica y medicina interna no fue brindada oportunamente.

Resalta que no es cierto que la TAC descartara la contraindicación de la punción lumbar, pues las imágenes no eran claras.

Asegura que existe falla igualmente por parte de la ESE HUSJ, **al existir un error inexcusable del neurólogo**, aunque se trate de un paciente orientado en todas sus esferas, con buenos signos vitales, interpretó mal la TAC, que clínicamente no los reportaba para el momento de su valoración e incluso horas después, siendo aún más grave que, ante la diferencia de diagnóstico no se aplicara el protocolo definido en el artículo 16 de la Ley 1751.

En consideración de lo expuesto, dentro del dictamen aportado por la parte demandante, sostuvo el perito en la contradicción rendida que, lo primero que se debía tratar y lo primero que se debía pensar en el caso particular era meningitis bacteriana y por eso era tan importante haber hecho la punción lumbar, para así saber si era un parásito, una bacteria o un virus, que germen era el que se debía atacar.

Agregó que cuando el paciente llegó, lo primero que se tenía que hacer era verificar los signos y síntomas, ese pilar clínico consta de 3 a 4 síntomas, a saber, alteración del estado de conciencia, fiebre y signos meníngeos, explicando que con ello se tiene un diagnóstico aproximado del 40% sugestivo de meningitis, pero si se suma una cefalea, el diagnóstico debe de sospecharse hasta en un 90% de los casos.

Continuó explicando que el segundo pilar es el diagnóstico de meningitis como tal, con una punción lumbar, procedimiento que se realiza con una aguja larga a nivel de la columna lumbar entre los espacios lumbares desde L3 hasta L5, llegando al espacio subaracnoideo por donde pasa todo el líquido cefalorraquídeo, que es la muestra que se debe de tomar, procediendo a aspirar el líquido, el cual es enviado a laboratorio para ayudar a orientar qué tipo de meningitis sufre el paciente.

A su juicio, no estaba contraindicada la punción lumbar a pesar de lo señalado por los neurólogos tratantes. Agregó que, el borramiento de surcos cerebrales habla de signo indirecto de edema cerebral; **sin embargo, eso no contraindicaba la punción lumbar**, ni era necesaria la resonancia magnética, pues estimó que con el resultado de la TAC se podía hacer la punción lumbar.

Por otro lado, señaló que el especialista interpretó que el paciente cursaba un edema cerebral, una lesión ocupante de espacio que no era evidente en la tomografía y por eso requería hacerle resonancia antes de la punción lumbar; posición de la cual difirió el perito, porque la tomografía de cráneo precisamente se hace para mirar si había lesiones ocupantes de espacio, y es una ayuda diagnóstica suficiente para tomar la decisión de hacer o no la punción lumbar, precisando que si como médico tiene la duda de que el paciente presentaba hipertensión endocraneal, debía hacer la punción lumbar y medir la presión de apertura y si es alta suspender el procedimiento.

Posteriormente expuso el perito que, hay un momento en que el paciente se deteriora aún más y se presenta con anisocoria, signos inequívocos de hipertensión endocraneana, **por lo que ya no se podía hacer la punción lumbar por alto riesgo de herniación cerebral y muerte**, señalando que la punción está contraindicada cuando, 1- el paciente tiene coagulopatía, está tomando anticoagulantes o tiene alteración de los tiempos de coagulación o caída de las plaquetas por debajo de 50.000, que no lo tenía el paciente; 2- cuando hay infección en el sitio a puncionar, que tampoco tenía el paciente, y 3- cuando están presentes los signos de hipertensión endocraneana, que, para el momento del 21, 22, 23, 24, no estaban presentes.

Contrario a lo manifestado por el perito, en el testimonio técnico del Dr. Álvaro Ardila Otero, especialista en medicina crítica y cuidados intensivos se precisó que, revisada la historia clínica en anotaciones anteriores de neurocirugía clínica, **se indicó que no era posible realizar una punción lumbar por el alto riesgo de complicaciones que ello derivaría (nota del Dr. Aguirre (folio 27), tomografía (folio 24), nota de neurología (folio 16) y otra nota de la dra. Luz Adriana Páez)**, donde se contraindica de manera absoluta la realización de la punción lumbar, la cual explica, debe ser realizada por un neurólogo que es el especialista en este tipo de situaciones invasivas hacia la médula espinal.

Por su parte, el testimonio del Dr. José Joaquín Castaño López, médico especialista en cirugía y cuidado intensivo, precisó que había un deterioro neurológico, **por examen físico había contraindicación de punción lumbar, enfatizando que el Dr. Claudio Antonio Aguirre, neurólogo, expresó también que contraindicaba la punción lumbar, que no era posible realizara (folio 33), situación que igualmente apreció la neurocirujana Dra. Adriana Milena Páez que expresó: paciente con cuadro clínico sugestivo de neuroinfección de acuerdo con neurología clínica en cuanto a diferir punción lumbar...** Puntualizando dicho especialista que, en relación con la punción lumbar, ellos básicamente atienden lo indicado por las subespecialidades, como neurología y neurocirugía, que son los que se dedican 4 años a estudiar exclusivamente la neurología y siguen viendo ello todas sus vidas, por lo que acogen sus propuestas de contraindicar la punción lumbar.

Finalmente, el testimonio del Dr. Claudio Antonio Aguirre Castañeda, médico neurólogo, señaló que, cuando se dispone un estudio del líquido cefalorraquídeo hay indicaciones y contraindicaciones que se deben valorar, explicando que las indicaciones son la sospecha de un proceso inflamatorio infeccioso, sospecha de una enfermedad desmielinizante, sospecha de una enfermedad tumoral desde el punto de vista clínico, o una enfermedad neurodegenerativa también como un Parkinson, Alzheimer; y en cuanto a las contraindicaciones, precisó que se tiene que hacer un balance de beneficios y riesgos al realizar la punción lumbar al paciente, una es que éste o la familia no acepten el procedimiento y hayan lesiones en el sitio donde se va hacer la punción lumbar, *“en este caso se hace en la región lumbar en la parte más baja de la columna y si el paciente tuviese unas escaras, unas heridas o una infección, sería completamente contraindicado; lo otro que se hace a los pacientes es una prueba de coagulación porque si éste tiene los tiempos de coagulación prolongados y se hace la punción lumbar lo que va hacer es un hematoma epidural y el paciente va a quedar probablemente parapléjico, lo otro es pedir unas imágenes diagnósticas en este caso el TAC cerebral, el cual es muy importante para los clínicos neurólogos y neurocirujanos porque los signos clínicos de cambios de edema cerebral no aparecen tan tempranamente como los signos radiológicos, entonces si cuando se hace el*

TAC cerebral existen dudas razonables de que hay contraindicación porque el paciente tiene signos indirectos en ese momento de edema cerebral, es mejor esperar o ayudarse de otro examen y ante la evolución del paciente es por lo cual se decide iniciar el tratamiento, en este caso el tratamiento empírico, así el paciente se puede favorecer y no hay ninguna contraindicación; pero si se le hace una punción lumbar con dudas razonables de que el paciente está haciendo signos de edema cerebral y no hay claridad en esa imagen, es preferible parar el procedimiento de punción lumbar e iniciar tratamiento con antibióticos de acuerdo al grupo de edad en la que está el paciente y de acuerdo a su procedencia, en este paciente la indicación era probablemente pensar en ese momento en una meningitis bacteriana por el germen que se llama neumococo, que es el más frecuente y que lo cubre muy bien la ceftriaxona más vancomicina, pero con esa lectura que se le dio por parte de los clínicos al TAC cerebral, era más el riesgo de hacerle la punción lumbar que no hacerla”.

Explicó que el paciente presentaba contraindicaciones para la punción lumbar, pues para el día que lo valoró encontró que clínicamente **tenía signos de edema cerebral que es inflamación del nervio óptico, que se logró determinar en el examen físico, precisando que cuando hay papiledema que es un signo que aparece más tardíamente, en ese momento prácticamente no se puede hacer la punción, y si se presentan signos de focalización neurológica como la anisocoria por la midriasis izquierda y además tenía hemiparesia izquierda con el signo de extensor del grueso artejo que es el signo de Babinski, hacer la punción lumbar era adelantarle un desenlace fatal al paciente.** Expuso ampliamente por qué con anterioridad no se hizo la punción lumbar en el señor Carlos Alberto Ríos Henao, señalando que en nota de neurología de la historia clínica **se consignó que había disminución de los surcos cerebrales, borramiento de las cisuras, lo cual no daba tranquilidad para hacerle el procedimiento en vista que el paciente estaba estable en ese momento, decidiendo no hacerlo esperando a ver cómo evoluciona y solicitar una resonancia cerebral simple que es un examen anexo que se utiliza también cuando se tiene una duda razonable y se quiere estar seguro de que este procedimiento le puede ayudar más al apaciente y tomar decisiones e intervenciones.**

De este modo, para el 23 y para 26 de marzo de 2017, había duda razonable para no realizar la punción lumbar, siendo indispensable enviar la resonancia cerebral.

Ante la recomendación del perito, de realizar la punción lumbar y medir la presión de apertura, y en el evento que ella fuera muy alta y riesgosa, descartarlo, y si lo permitía continuar para tomar la muestra y poder lograr la finalidad del procedimiento, **el medico neurólogo hizo una explicación de si era posible dicha práctica,** siendo determinante en afirmar que, en el caso específico del

señor Carlos Alberto Ríos Henao, **ante los hallazgos que interpretó el neurólogo el 24 de marzo 2017, no era posible porque el riesgo de introducirle la aguja y con la primera presión de apertura, el paciente se podía herniar**, o sea, el riesgo que el cerebro se fuera hacia abajo era muy alto, por lo que era más la complicación que el beneficio obtener en ese momento el líquido cefalorraquídeo.

En aras de complementar lo advertido por los galenos en razón a las contraindicaciones de la punción lumbar, la literatura médica³⁵ ha considerado lo siguiente:

“...Punción lumbar

A menos que esté contraindicada, la punción lumbar se hace de inmediato para obtener líquido cefalorraquídeo para el análisis, que es el pilar del diagnóstico.

Las contraindicaciones para la punción lumbar inmediata son signos que sugieran una presión intracraneal o un efecto de masa intracraneal (p. ej., debido a edema, hemorragia o tumor). Por lo tanto, la punción lumbar debe considerarse de alto riesgo en cualquiera de los siguientes casos:

Edema de papila

Déficits neurológicos focales

Crisis focales

Un tumor documentado en el sistema nervioso central

Accidente cerebrovascular grande

Sospecha de infección focal en el sistema nervioso central

En tales casos, la punción lumbar puede causar herniación cerebral y por lo tanto se difiere hasta realizar una neuroimagen (generalmente una TC o RM) para verificar si hay aumento de la presión intracraneal o un efecto de masa. Cuando se difiere la punción lumbar, es mejor iniciar el tratamiento de inmediato. Después de medir la presión intracraneal, si está aumentada, si ha descendido o si no se detecta un efecto de lesión ocupante de espacio o hidrocefalia obstructiva, se puede hacer una punción lumbar...”

Considera la parte demandante, acorde con lo que sostiene el perito, que, para el momento del 21, 22, 23 y 24 de marzo de 2017, **no estaban presentes ninguna de las causas que contraindicaban la punción lumbar**; por lo tanto, no existe excusa alguna para su no realización; ante esto, el Despacho debe recordar que para las consultas del 21 y 22 de marzo de 2023 en la ESE Salud Pereira, tal y como quedó demostrado en los acápites 5.2.2. y 5.2.3. del desarrollo de esta providencia, para dichas calendas no existían signos de alarma o demostrativos de la existencia de una neuroinfección, por consiguiente, no existía la necesidad de realizar una punción lumbar en dicho momento cuando los exámenes físicos del

³⁵ <https://www.msmanuals.com/es-co/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/meningitis/meningitis-bacteriana-aguda>

paciente en cada una de las consultas arrojaron unos diagnósticos diferentes que ya fueron debidamente documentados.

Ahora, en lo que tiene que ver con la atención médica realizada el 23 de marzo de 2017, ante la presencia de banderas rojas y signos de alarma de una posible neuroinfección **el médico general de la ESE Salud Pereira ordenó iniciar tratamiento antibiótico y ordenó remisión urgente a un nivel de salud superior.** Una vez ingresa a la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, se reporta que era un paciente consciente, alerta, orientado, sin signos de focalización neurológica, sin signos meníngeos, se reporta la realización de unos exámenes de laboratorio que es un hemograma, función renal, función hepática, serología, VIH como protocolo a todos los pacientes que llegan por urgencias, también se le hizo un parcial de orina, en ese parcial de orina se documenta un aumento de 500 leucocitos, además de algunos síntomas de disuria que tenía el paciente, por lo cual, en este momento se da manejo a la infección urinaria y le inician ampicilina sulbactam, qué fue del 23 al 24 de marzo; el 24 lo valora neurología a las 11:15 de la mañana, encuentra a un paciente consciente, alerta, repite, pregunta, responde y ahí es cuando se evalúa el TAC cerebral, se inicia tratamiento de la infección de vías urinarias **y ante la duda razonable de la de la escanografía se solicitó la resonancia y de acuerdo a la evolución para definir el resto de procedimiento.**

Adicional a lo anterior, en el reporte del TAC cerebral de ese mismo 23 de marzo de 2017, **la doctora radióloga** Luz María Correa hace la interpretación que ella considera de acuerdo a sus conocimientos; sin embargo, el doctor Carlos Perdomo **que es el neurólogo** qué valoró al paciente el 24 de marzo, quien también revisa dicha imagen, analiza que en este TAC e indica que no le parece que sea sólo eso que refiere la radióloga, puesto que le encuentra además **borramiento de los surcos** lo que precisa una contraindicación para hacerle una punción lumbar.

En la declaración del médico neurólogo, este fue enfático en afirmar las diferencias que existieron en el TAC realizado el 23 y el 26 de marzo de 2017, para lo cual explicó:

*“... En el TAC que se le tomó el 23 de marzo del 2017 y el que se le tomó el 26 de marzo, la gran diferencia que había era que en el del 26, es decir el último, había dilatación de los ventrículos, lo cual médicamente se conoce como hidrocefalia y seguía la disminución de los cisuras cerebrales, de los surcos cerebrales, lo cual se había encontrado en el TAC que fue evaluado el 24 de marzo del 2017, **pero la diferencia importante era que seguía con la disminución de los surcos, pero lo nuevo que se le adicionaba era que ya había dilatación de los ventrículos, ósea, que empezaba a ser un cuadro de una hidrocefalia y además también tenía los signos de una sinusitis maxilar y una sinusitis etmoidal izquierda, aunque esto es un hallazgo antiguo, pues lo nuevo, es la dilatación de los ventrículos con hidrocefalia...**”*

Así las cosas, como bien lo explicó el neurólogo, el borramiento de surcos o cisuras corticales, obedece a:

*“...Las cisuras corticales, es la parte más periférica del cerebro, las cisuras normalmente se van disminuyendo con el paso de los años por la disminución de la masa encefálica, **cuando en esa masa encefálica empieza a haber acumulación de agua por diferentes procesos, que es lo que los médicos llamamos edema cerebral, entonces una forma de defenderse el cerebro, es ganando espacio hacia las cisuras, entonces esas cisuras que vienen en la convexidad de la corteza del cerebro empiezan a hacerse menos prominentes y eso es un signo indirecto que para los médicos dedicados a las neurociencias, en este caso la neurología, es un signo indirecto de que el paciente empieza hacer edema cerebral.***

(...)

las cisuras disminuidas con borramiento de las cisuras, es un dato que para los clínicos nos hace pensar que el paciente pueda estar desarrollando un edema cerebral y nos previene para tomar decisiones siguientes que pueden estar contraindicadas y las cisuras abiertas, lo que quiere decir es que en el cerebro, la línea media todavía está conservada, que no hay desplazamientos, por eso, se podría decir también allí que no hay lo que llamamos lesiones ocupando espacios como si fuera un tumor, un hematoma o un sangrado que esté desviando la línea media, para eso sirve la aclaración de las lesiones ocupantes de espacio, pero el borramiento de las cisuras es un dato importante para tomar decisiones posteriores a esa primera evaluación.”

De lo expuesto, es evidente que en el TAC realizado el día 23 de marzo de 2017, existía un borramiento de surcos o de cisuras corticales que eran signo indicativo de un edema cerebral y tal como quedó explicado en precedencia, una de las contraindicaciones para la realización de la punción lumbar son signos que sugieran una presión intracraneal o un efecto de masa intracraneal como lo es el causado por un edema, es entonces posible asegurar que para el 23 de marzo de 2017, según neurología, ya existía una contraindicación para la realización de la punción lumbar y en razón a ello se dejó en suspenso dicha toma de muestra de líquido cefalorraquídeo.

Debe advertirse que, ante la sospecha del edema, el neurólogo decide no hacerle la punción lumbar, esto esperando a ver cómo evolucionaba el paciente y solicitó una resonancia cerebral simple para tratar de precisar lo que él estaba sospechando, toda vez que la resonancia cerebral es un examen anexo que se utiliza cuando hay una duda razonable y se quiere estar seguro del procedimiento a seguir.

En relación con lo anterior, se hace necesario aclarar que tal como lo dejó expresado el neurólogo *“...¿el solo criterio de ausencia de lesión ocupante, viabiliza o permite la realización de una punción lumbar? ese solo concepto no es suficiente para decir “no tiene lesión ocupante de espacio, tengo carta abierta para hacer una punción lumbar” ese es uno de los criterios, pero no es solo ese con el que uno se basa y que no tiene lesión ocupante de espacio y se podría hacer la punción lumbar, no, pues no se*

viabiliza el hacerle la punción lumbar, no es un único criterio radiológico para tomar la decisión de hacerlo, se deben mirar otras estructuras del cerebro que le ayudan para estar completamente seguro de que no va haber ningún problema”.

Ahora, en los días posteriores, se logró probar de acuerdo con los TAC realizados, que no había desviación de la línea media, no habían lesiones ocupantes de espacio, los ventrículos están con el tamaño esperado, lo único que se determinó como una bandera roja, término utilizado en medicina para alertar sobre algo, es que tenía los circunvoluciones con borramiento en las cisuras **y ya 26 de marzo de 2017**, en comparación con el anterior ya tenía dilatación de los ventrículos; en todos los TAC que le hicieron siempre iba aparecer el llenamiento del seno maxilar izquierdo porque es una situación crónica, como una hallazgo que iba a persistir permanentemente aun dándole tratamiento para la meningitis, siempre quedan algunas cicatrices allí; **pero, el borramiento en las cisuras fue el hallazgo que le llamó la atención al neurólogo, razón por la cual la punción lumbar siempre estuvo contraindicada.**

En consecuencia, en virtud del análisis probatorio conjunto realizado, para determinar la contraindicación de la punción lumbar en el paciente ante el riesgo de herniación y descerebración, incluso desde el mismo 24 de marzo el sub especialista encargado de la lectura de esas imágenes diagnósticas, acompañado del paciente, más la historia clínica previa, determina que es en extremo riesgo realizar la reseñada punción lumbar y dicha conclusión persiste en el tiempo, evidentemente el perito no está de acuerdo con ella, pero el perito no es Neurólogo y ello disminuye el peso de sus conclusiones en ese punto concreto.

Así las cosas, el actuar médico evidenciado en el plenario por parte de la ESE Salud Pereira y la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira fue adecuado, oportuno y prudente, siempre basado en la sintomatología presentada por el paciente al momento de las consultas y soportado en las ayudas diagnósticas disponibles en cada nivel de atención.

En concordancia con lo anterior, al valorar los hechos de la demanda y las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ocurrió la atención médica del señor Carlos Alberto Ríos Henao, contrastando aquello con las pruebas al interior del presente proceso; todo, bajo las reglas de la sana crítica, es posible afirmar que las autoridades aquí demandadas actuaron de manera diligente y adecuada ante los hallazgos médicos que iba presentando el señor Ríos Henao y que el deceso de este último obedeció una progresión de la enfermedad, pues aunque diagnosticado, no logró probarse que dicho avance de la misma obedeciera a una mala praxis de las ESE demandadas, teniendo en cuenta que la responsabilidad médica es de medios y no de resultados y por esa razón, no hay lugar en este asunto a declarar una

responsabilidad en cabeza de la ESE Salud Pereira y la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, pues no se encuentra probada y en ese sentido será del caso confirmar la sentencia de primera instancia que negó las pretensiones de la demanda.

Conclusión: Así las cosas, para la Sala, se presenta una clara ausencia o imposibilidad de imputación del hecho dañoso a las demandadas, elemento éste indispensable para deducir responsabilidad extracontractual al Estado. Todas las razones detalladas en esta providencia sirven de apoyo para proferir la confirmación de la sentencia impugnada y, en consecuencia, denegar las pretensiones de la demanda.

6. Costas en segunda instancia.

El artículo 188 del CPACA regula que, tratándose de costas en la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, en la sentencia el juez tiene la obligación de pronunciarse sobre dicho aspecto, con excepción de los asuntos en los que se ventile un interés público.

Además, advierte la misma norma que la liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código de Procedimiento Civil, ahora Código General del Proceso.

Ahora, en el marco del CGP, la condena en costas no resulta de un obrar temerario o de mala fe, o siquiera culpable de la parte condenada, sino que es resultado de su derrota en el proceso o recurso que haya propuesto, según el artículo 365, razón por la cual al momento de liquidarlas, conforme al artículo 366, se precisa que tanto las costas como las agencias en derecho corresponden a los costos en los que la parte beneficiaria de la condena incurrió en el proceso, siempre que exista prueba de su existencia, de su utilidad y de que correspondan a actuaciones autorizadas por la ley. De esta manera, las costas no se originan ni tienen el propósito de ser una indemnización de perjuicios causados por el mal proceder de una parte, ni pueden asumirse como una sanción en su contra.

Bajo esa línea de análisis, para que mediante providencia se condene en costas, no basta con la simple petición y posterior vencimiento en el juicio del solicitante de las costas, sino que se exige al vencedor demostrar la causación y comprobación de los conceptos que quiere hacer valer respecto a las expensas, gastos y/o agencias en derecho en que incurrió durante el proceso.

En ese sentido, resulta pertinente acudir a los planteamientos expuestos por la Sección Segunda del Consejo de Estado, en cuanto precisa que el artículo 188 del CPACA entrega al juez la facultad de disponer sobre su condena, lo cual debe resultar de analizar que principalmente aparezcan causadas y comprobadas, siendo

consonantes con el contenido del artículo 365 del CGP; lo que descarta una apreciación objetiva que simplemente consulte quien resulte vencido para que le sean impuestas.

Criterio que en la actualidad ha sido reiterado por la Alta Corporación de lo Contencioso en sentencia del 25 de junio de 2020, en el que se insiste que para su valoración se debe verificar la gestión que haya realizado la parte contraria a la cual le resultan desfavorables las pretensiones.

Al evaluarse en el presente caso la causación de las costas, de conformidad con el artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, se encuentra que las mismas no aparecen probadas, porque no obra elemento de erogación alguno en su consecución, razón por la cual, esta Colegiatura no condenará en costas en esta instancia.

Decisión: En mérito de lo expuesto el Tribunal de lo Contencioso Administrativo de Risaralda, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

FALLA

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida en este proceso por el Juzgado Séptimo Administrativo del Circuito de Pereira el día el 31 de marzo de 2022, mediante la cual se negaron las súplicas de la demanda, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de este proveído.

SEGUNDO: Sin costas en esta instancia, por las consideraciones expuestas.

TERCERO: Ejecutoriada esta providencia, devuélvase el expediente al Juzgado de origen, por secretaria, cancélese la radicación del proceso, previa anotación en el Sistema Informático SAMAI.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

ANDRÉS MEDINA PINEDA
MAGISTRADO

LEONARDO RODRÍGUEZ ARANGO
MAGISTRADO

DUFAY CARVAJAL CASTAÑEDA
MAGISTRADA
(Con Salvamento de Voto)

«Este documento fue firmado electrónicamente y puede ser consultado con el número de radicación en <http://samairj.consejodeestado.gov.co>»



REPÚBLICA DE COLOMBIA – RAMA JUDICIAL
TRIBUNAL DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DE RISARALDA

SALVAMENTO DE VOTO

Radicación:	66001-33-33-007-2018-00278-01 (A-0580-2022)
Demandantes:	Martha Lucía Henao Nieto y otros
Demandados:	ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira y ESE Salud Pereira
Llamadas en garantía:	Allianz Seguros S.A. y La Previsora S.A.

Con el debido respeto por la decisión mayoritaria de la Sala, me aparto de la misma en cuanto confirmatoria de la negativa de las pretensiones de la demanda, toda vez que considero que existen elementos probatorios que respaldan una sentencia condenatoria, especialmente la **prueba pericial, y no comparto que esta prueba se le negara mérito probatorio, por considerar de mayor peso el testimonio rendido por el médico tratante**, cuando la experticia **proviene de un tercero ajeno al proceso e imparcial en el criterio expuesto sobre la atención del paciente y que fue rendida en debida forma**, por un especialista en medicina de urgencias de la Universidad CES, conocedor del tipo de emergencia que presentaba el usuario, para la cual tomó como fuente la historia clínica y cuyas conclusiones fueron coherentes con la prueba documental o historia clínica; además, esta prueba pericial fue **sometida a la contradicción de las partes, sin que hubiera sido objeto de tacha** por las entidades demandadas o sus llamadas en garantía; mientras que la declaración del médico tratante corresponde al análisis y justificación de quien realizó la actuación y que también de manera posterior a la ocurrencia de los hechos y sobre la verdad sabida, como se predica en el fallo únicamente respecto del dictamen pericial, dio las explicaciones sobre su propia conducta y su discordancia con el diagnóstico final, en contraste con las explicaciones del perito sobre los signos y alarmas en un asunto sometido a su estudio sobre un tratamiento ajeno a su conducta.

Considero que no es de recibo el fundamento sobre el cual se estructura la decisión desestimatoria, que a la prueba testimonial del médico tratante se le otorgue el peso en el debate entre la experticia y la declaración testimonial del médico tratante, cuando **la parte actora cumplió con la carga probatoria** prevista en el artículo 167 CGP, **de acreditar mediante prueba pericial la falla en la prestación del servicio médico asistencial**, por lo que no consulta el

equilibrio de las partes en el proceso, negar el mérito probatorio de la experticia debidamente fundada, rendida por un profesional idóneo y sometida a la contradicción de las partes, sin haber sido tachada por la contraparte o sus garantes.

El mérito de la prueba pericial permite señalar que **la demora en el tratamiento empírico adecuado empeoraba la mortalidad y las secuelas neurológicas** del paciente, que no hubo coherencia del manejo médico con la sintomatología, por cuanto el paciente continuaba con **cefalea más un síntoma de focalización neurológica** (paresia derecha), que no encontró elementos que hicieran sospechar la radiculopatía diagnosticada, que, por ende, **el diagnóstico debió ser cefalea con síntomas de alarma o banderas rojas, y sospechar de la más importante, una neuroinfección**, conforme se hace alusión en la sentencia al peritaje y refiere que también sostiene el auxiliar de la justicia que **no se debió dar de alta** sin establecer la causa de la cefalea persistente y la paresia.

Se acepta en la sentencia que, conforme lo registrado en la historia clínica de la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, se logra extraer que siempre existió la sospecha de una meningitis y que, ante la imposibilidad e inviabilidad de realización de la punción lumbar, se inició tratamiento con antibiótico, el cual no estaba contribuyendo a la mejoría del paciente, por lo tanto, se consideró que no se estaba ante un cuadro de meningitis bacteriana sino una meningitis tuberculosa y que, por ello, no evidencia la Sala la existencia de errores en los diagnósticos, que permitan asegurar una falla en el servicio médico, conclusión que es consecuencia de haberle restado el mérito probatorio a la prueba pericial, la cual hubiera permitido arribar a la conclusión contraria, para atribuir el daño o fallecimiento del paciente a la actuación de la parte demandada.

Da cuenta la historia clínica de la ESE Salud Pereira que, para el momento de la consulta del 17 de marzo de 2017, el paciente reportó que dos días (15 de marzo) antes de la consulta tenía síntomas de dolor de cabeza y que en dicha consulta se determinó como motivo de consulta **“dolor de cabeza y alteración motora”** y que al describir la enfermedad actual se determinó lo referenciado como una **“paresia”**, todo lo cual **corroborra los dichos del perito** y, aunque la paresia puede obedecer a un síntoma neurológico o meramente muscular, es lo cierto que **la comunidad de signos del estado de salud** que mostraba el enfermo, servían de sustento para formular **el diagnóstico de cefalea con síntomas de alarma o banderas rojas que es añorado por la experticia**, o para haber formulado al menos una impresión diagnóstica o diagnóstico interrogado de **neuroinfección**, que diera lugar al manejo o tratamiento que reclamaba la patología, en lugar de la alta decretada sin descartar el compromiso neurológico que los signos antedichos

señalaban como posible. Y que no se justifique la omisión médico asistencial en que al examen físico realizado se logró descartar una alteración o pérdida de fuerza en el miembro inferior o que se encontrara en curso una paresia, y que se tratara de un simple dolor al estirar el pie, producto de un dolor lumbar con signos radiculares o radiculopatía, porque tal versión no consulta la interrelación de este aspecto con los demás signos a que hace alusión el peritaje.

Ahora, el hecho que en ese momento no existiera diagnóstico probado de la pérdida de fuerza en el miembro inferior o paresia, no era óbice para analizar dicho signo que no solo puede tener como causa un dolor muscular simple, sino que también puede ser indicativo de un **compromiso neurológico**, ante lo cual **resultaba mandatorio descartar esta última acepción más riesgosa para la salud** del paciente, con mayor razón si se concatenaba dicha posibilidad con el dolor de cabeza de evolución de días atrás, lo que daba como resultado que debía ser formulado el **diagnóstico de cefalea con síntomas de alarma o banderas rojas, y sospechar de la más importante, una neuroinfección**, si bien no como diagnóstico definitivo porque **la paresia** no fue declarada, sí al menos como impresión diagnóstica **para descartarla**, que nunca lo fue, ni se comprobó que se tratara de un mero dolor muscular, lo que, por el contrario, quedó revaluado con los hallazgos neurológicos definitivos; y aunque, analizado el resultado es más entendible la sintomatología que antecedió, es innegable que **la omisión en establecer un diagnóstico acorde con todos los signos, impidió el manejo que hubiera permitido arribar desde aquel momento a un diagnóstico definitivo oportuno** para realizar el manejo de este tipo de enfermedad letal, en cuanto *“Un paciente con meningitis tiene un deterioro rápido”*, como lo anotó el dictamen y como lo refiere la literatura médica; diagnóstico final que fue compatible con los hallazgos del momento de la atención médico asistencial, cual fue la **meningitis**, inicialmente anotado en la modalidad de no especificada y finalmente como altamente compatible con la variante bacteriana. **De todo este análisis hizo argumentación el dictamen pericial** que, no obstante, fue considerado sin peso probatorio.

En relación con el mérito probatorio de esta prueba, la jurisprudencia del H. Consejo de Estado³⁶ ha señalado los **aspectos que deben concurrir para la eficacia de la prueba pericial**, así: 1.) Se debe corroborar que quien elabore el dictamen sea el competente para ello y tenga el conocimiento en la ciencia, arte o

³⁶ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B. CP Ramiro Pazos Guerrero, sentencia del 2 de mayo de 2016. Radicación número: 50001-23-31-000-2006-00041-01(37729) Actor: Sonapi S.A. Demandados: departamento del Meta y otros.

técnica objeto de prueba; 2.) No haber prosperado una objeción por error grave contra esta prueba; 3.) Debe contar con la suficiente y debida justificación teórica o técnica sobre los conocimientos aplicados al caso en concreto; 4.) Que el dictamen no suponga la exposición o aplicación de criterios jurídicos, por cuanto se invade la esfera de competencia de la autoridad judicial; 5.) No incurrir en juicios hipotéticos o especulativos para justificar sus conclusiones y 6.) Que se haya garantizado la posibilidad de contradicción a la contraparte y, en caso de formularse solicitudes de aclaración o error grave, éstas hayan sido resueltas conforme al trámite procesal”.

En el presente asunto, la prueba pericial allegada al proceso a instancias de la parte actora y que fuera descartada del valor probatorio, cumple todas y cada una de las anotadas exigencias jurisprudenciales para otorgarle eficacia probatoria, por lo que considero que no existe razón para desconocer su mérito y para que, con base en el mismo, se diera por acreditadas las omisiones en que incurrió la parte demandada frente al cuadro clínico que evidenciaba signos neurológicos frente a los cuales no hubo el manejo que correspondía al tipo de patología que aquejaba al paciente, en el momento en que alcanzara a ser oportuno para un buen pronóstico, teniendo en cuenta la letalidad de esta afección neurológica cuando no se imparte a tiempo el tratamiento, pese a haber acudido varias veces a solicitar atención con signos de alarma y bandera roja en cefalea, conforme a lo señalado por el peritaje, al estar asociada con fiebre y déficit neurológico como la paresia, lo cual se constituyó en la causa eficiente de su fallecimiento.

Dejo expuestos así mis argumentos de disenso que considero suficientes para haber proferido decisión estimatoria de las pretensiones formuladas en la demanda.

DUFAY CARVAJAL CASTAÑEDA
MAGISTRADA