

Honorables Magistrados

TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ – SALA CIVIL

Magistrada Ponente: Dra. Sandra Cecilia Rodríguez Eslava

Ciudad

REF.: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA.

DEMANDANTES: HERNANDO SERRANO ÁLVAREZ Y OTROS

DEMANDADOS: ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S. Y OTROS

EXPEDIENTE No. 11001310300420210007602

ASUNTO: MEMORIAL DESCORRIENDO TRASLADO DEL RECURSO DE APELACIÓN PRESENTADO POR LA PARTE ACTORA CONTRA LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA PROFERIDA EL 15 DE ENERO DE 2024.

ADRIANA GARCÍA GAMA, apoderada reconocida de **ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S.**, por medio del presente escrito y dentro del término legal respectivo, comedidamente me permito alegar de conclusión en los siguientes términos:

OPORTUNIDAD PARA LA PRESENTACIÓN DEL ESCRITO

Teniendo en cuenta que mediante traslado electrónico No. L-135 se corrió traslado a las partes por 5 días de conformidad con el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022, el término para la presentación de este escrito vencería el lunes 12 de agosto de 2024, razón por la cual me encuentro dentro del término correspondiente.

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN DE SEGUNDA INSTANCIA

De acuerdo con el artículo 320 del Código General del Proceso, *“el recurso de apelación tiene por objeto que el superior examine la cuestión decidida, únicamente en relación con los reparos concretos formulados por el apelante, para que el superior revoque o reforme la decisión.”*

Con base en lo anterior, la competencia del Tribunal se supedita a los reparos formulados en contra de la providencia, sin que pueda examinar o reformar aspectos diferentes a los que son sometidos a su consideración en el recurso.

Al respecto ha señalado la Corte Suprema de Justicia lo siguiente:

“6. Se sigue de todo lo hasta aquí expuesto, que las facultades que tiene el superior, en tratándose de la apelación de sentencias, únicamente se extiende al contenido de los reparos concretos señalados en la fase de interposición de la alzada, oralmente en la respectiva audiencia o por escrito en la oportunidad fijada en el inciso 2º del numeral 3º del artículo 322 del Código General del Proceso, siempre y cuando que, además, ello es toral, hubiesen sido sustentados en la audiencia que, con ese fin y el de practicar las pruebas decretadas de oficio, si fuere el caso, así como de proferir la sentencia de segunda instancia, practique el ad quem.

De allí se extracta que está vedado al ad quem pronunciarse sobre cuestiones no comprendidas en los reparos concretos expresados por el censor contra la sentencia de primera instancia, como sobre aquellos reproches que, pese a haber sido indicados en esa primera etapa del recurso, no fueron sustentados posteriormente en la audiencia del artículo 327 del Código General de Proceso.

7. Precisamente la Corporación, en forma muy reciente, al desatar un cargo por incongruencia, expresó sobre cuáles son las posibilidades o facultades que asisten al superior en las apelaciones, concepto que pese a estar fincado en el Código de Procedimiento Civil, conserva plena validez:

(...) Como se infiere del detallado recuento de los argumentos expuestos por el Tribunal, que viene de consignarse, dicha autoridad se ocupó de todos y cada uno de los fundamentos en los que el demandado soportó la apelación que propuso contra la sentencia de primera instancia, independiente de que se comparta o no el análisis que sobre ellos realizó, cuestión que no es factible establecer en desarrollo del cargo auscultado, toda vez que mediante su formulación se denunció la comisión de un error in procedendo, mas no uno de juzgamiento.

Al respecto, debe precisarse, además, que esos reproches delimitaron la órbita de acción del ad quem, en tanto que de conformidad con el artículo 357 del Código de Procedimiento Civil, 'el superior no podrá enmendar la providencia en la parte que no fue objeto del recurso'

(...)

dado que el ad quem no tiene más poderes que los que le ha asignado el recurrente, pues no está autorizado para modificar las decisiones tomadas en la sentencia que no han sido impugnadas por la alzada, puesto que se trata de puntos que escapan a lo que es materia del ataque, a no ser 'que en razón de la reforma fuere indispensable hacer modificaciones sobre puntos íntimamente relacionados con aquélla' (CSJ, SC del 12 de febrero de 2002, Rad. n.º 6762; se subraya) (CSJ, SC 294 del 15 de febrero de 2021, Rad. n.º 2007-00533-01; negrillas fuera del texto)."¹

Dentro del término concedido, el apoderado actor presentó la sustentación del recurso de apelación, en la cual realiza imputaciones respecto de la atención previa suministrada a la paciente Viviana Serrano Macías, en la cual no tuvo participación alguna Administradora Country S.A.S. Por lo anterior, nos limitaremos únicamente a replicar los argumentos en contra de la entidad que represento, con el fin de evitar extender innecesariamente este escrito.

ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN MÉDICA SUMINISTRADA A LA PACIENTE POR EL EQUIPO EN SALUD DE ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S.

En este punto, consideramos necesario realizar un breve recuento de la actuación de la entidad que represento, a partir de la cual se puede concluir – como en efecto lo hizo la sentencia de primera instancia – que la atención médica suministrada a la paciente Viviana Serrano Macías por parte de Administradora Country S.A.S. se ajustó por completo a los dictados de la *lex artis ad hoc*, siendo un desenlace completamente atípico e imprevisible, como se demostró con suficiencia en la etapa procesal correspondiente.

1. Como se mencionó de manera previa, la atención médica y los procedimientos quirúrgicos de cirugía endoscópica transnasal bilateral con septoplastia y turbinoplastia + mentoplastia y rinoplastia fueron realizados en la Unidad Quirúrgica Los Alpes hoy Mediport, por el doctor Luis Eduardo Fandiño Franky, son ajenos al ámbito de control de mi mandante. Por lo anterior, aun cuando se demostró con suficiencia que los mismos se ajustaron a la *lex artis ad hoc*, no haremos referencia a ellos, restringiendo nuestro análisis a la atención médica suministrada en la Clínica del Country.
2. La primera atención a la paciente Serrano Macías en Clínica del Country se realizó el 25 de febrero de 2011 a las 21:41 horas, cuando fue ingresada en el postoperatorio, remitida desde la Unidad Quirúrgica Los Alpes. Al ingresar, fue valorada por el

¹ Sentencia del 28 de julio de 2021. Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil. Magistrado Ponente ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO SC3148-2021 Radicación n.º 05360-31-10-002-2014-00403-02

doctor Hernando Alberto Cifuentes Lobelo, un médico especialista en Neurocirugía con amplia experiencia y reconocimiento en su disciplina, quien registró su valoración en una nota realizada a la misma hora y explicó sus observaciones durante la audiencia de pruebas.

3. Con base en lo consignado en la historia clínica por parte del especialista en neurocirugía y considerando que la paciente presentaba – según lo señalado por la entidad remitora – *“al parecer crisis convulsiva después de un procedimiento endoscópico, acompañado de agitación psicomotora”* se procedió a solicitar y realizar una Tomografía Axial Computarizada de Cráneo Simple, que es la imagen recomendada por la comunidad médica para efectos de evaluar la sintomatología documentada en la paciente Serrano Macías. Adicionalmente se ordenó la realización de una radiografía de tórax, un set muy completo de exámenes de laboratorio como cuadro hemático (hemograma) completo, con creatinina sérica, magnesio (mg), nitrógeno ureico (bun-urea), potasio sérico (K), SGOT (transaminasa oxalacetica ast), SGPT (transaminasa piruvica alt), sodio sérico (Na), gases arteriales, fósforo sérico, como parte del escalonamiento diagnóstico e ingresada a la Unidad de Cuidados Intensivos.

En efecto, el Dr. Cifuentes indicó en su declaración lo siguiente: (34:28) *“El TAC es lo más sensible para las lesiones posquirúrgicas, es el estudio indicativo para descartar lo más importante que son las lesiones agudas, por ejemplo, si uno se mete al cerebro, esculca al cerebro, se mete donde no tiene que meterse, uno inmediatamente lo ve en las imágenes del TAC por el sangrado, por los vasos que hay alrededor de un sangrado, de un hematoma, que eso ella no tenía ni hematoma en la base del cráneo ni tenía hematoma intraparenquimatoso dentro del cerebro”*

Y continuó señalando: Preguntado *¿Y en la parte física de la paciente, no solamente en sus imágenes diagnósticas sino en el examen físico de la paciente no había ninguna circunstancia que condujera a pensar en un problema neurológico? No, lo que llamaba mucho la atención de la paciente era que era muy ansiosa... tan es así que se le pidió valoración hasta por psiquiatría en ese momento, porque estaba muy ansiosa, muy angustiada, estaba desesperada con esos taponamientos, ella estaba muy ansiosa.*

4. Refiere la historia clínica que las muestras e imágenes ordenadas por Neurocirugía se realizaron de manera oportuna e inmediatamente la paciente fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos (a las 23:42) consignándose en la enfermedad actual lo siguiente: *“Paciente que posterior a Cirugía endoscópica para resección de pólipos nasales y rinoplastia, presenta eritema en piel de tórax asociado a disnea y sibilancias, se maneja con dexametasona, hidrocortisona y adrenalina subcutánea (En transoperatorio recibió cefazolina, Dipirona y Diclofenaco). Posterior a esto presenta episodio de agitación y posteriormente episodio no claro de convulsión tónico clónica por lo que deciden intubar y remitir.”*
5. Dicha valoración de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos estuvo a cargo del doctor Frank Boris Pernet Alvarado, médico especialista en medicina interna y supra especialista en cuidados intensivos y en neumología, quien participó de la atención médica suministrada a la paciente. Con base en los exámenes ordenados y practicados de manera previa, el doctor Pernet Alvarado consignó en el concepto y plan de tratamiento lo siguiente: *“Paciente con posible reacción alérgica a medicamentos, y episodio de agitación por adrenalina, se toma TAC cerebral que es normal y los paraclínicos de ingreso no demuestran alteraciones salvo por creatinina ligeramente elevada. Se inicia retiro de sedación para extubar y continuar vigilancia neurológica.”*

6. Descartado con ayuda de los resultados de los exámenes de laboratorio (paraclínicos) e imágenes practicadas a la paciente un evento de riesgo inminente para su vida y dado que era necesario empezar a evaluar su estado neurológico, se hacía imperativo empezar a retirar paulatinamente la sedación hasta poderla extubar de manera programada y segura, con apoyo permanente de terapia respiratoria. La paciente resistió el retiro del ventilador y fue despertando en forma gradual.
7. Posteriormente fue valorada nuevamente por el especialista en Neurocirugía, Dr. Cifuentes Lobelo, quien al examen físico encontró a la paciente en buenas condiciones generales, afebril, hidratada, con equimosis periorbitaria (secundario al procedimiento quirúrgico practicado extrainstitucionalmente) y edema, libre de crisis, alerta, orientada en persona y espacio, presentando periodos de ansiedad, pares normales sin déficit motor ni sensitivo. Con base en lo anterior, y considerando que la TAC cerebral no evidenciaba sangrado, lesiones ocupando espacio, ni lesiones en la base del cráneo se consideró mantener a la paciente hospitalizada para seguimiento, pero ya no en área de cuidado crítico.

Respecto de la TAC cerebral realizada, el Dr. William López Quiroga, médico especialista en radiología a cargo del examen en cuestión, indicó en su declaración lo siguiente:

(5:30) “Se le hizo un TAC cerebral, en el cual la parte cerebral del TAC es normal completamente y tiene unos cambios posquirúrgicos de ruptura de la pirámide nasal, por la cirugía que le hicieron (...)”

(7:23) “revisando las imágenes, no se ve ninguna lesión que sea evidente en la escanografía en el lóbulo frontal, no se ve nada al respecto”

(...) ¿El TAC era un examen apropiado para vislumbrar esta especie de lesión? “Pues, es el examen de entrada para la valoración del sistema nervioso central y me parece que estuvo bien indicado y lo que se reportó era lo que se veía en ese momento”.

Y continuó señalando: *¿Por qué este es el examen inicial? ¿Cuáles son sus bondades? (27:06) “Es el examen de primera mano para evaluar el estado del sistema nervioso central, el encéfalo y las meninges, ese es el examen básico, da una muy buena información del estado, de cómo se encuentra la persona”*

¿Considera que era necesario hacer en ese momento un escalonamiento diagnóstico o haber hecho otro examen complementario? (27:57) “En ese momento no, con los hallazgos en el TAC estaba claro que los hallazgos estaban, daban la información necesaria para hacer seguimiento y manejo al paciente, ya en la evolución posterior es donde, de acuerdo a como venía evolucionando, los médicos tratantes toman decisiones de si tienen necesidad de pasar a otra necesidad de imagen o algo así, pero de entrada esa era la indicación, tomar el TAC”

8. En la valoración de egreso realizada por el profesional de la Unidad de Cuidados Intensivos, el especialista encuentra a la paciente estable, con mejoría general de su estado por lo que concuerda con la determinación de darle traslado a hospitalización no crítica.

En efecto, el Dr. Eduardo Robayo señaló en su testimonio lo siguiente: *(15:45) “A ella se le practicó de entrada un TAC, placas de tórax, exámenes de sangre, los cuales, el TAC era normal, había un poquito de sangrado en la zona quirúrgica que eso era normal, del resto no había ninguna otra alteración, la placa de tórax era completamente normal y los exámenes de sangre lo único que reportaba era un poquito una creatinina de algo que es dentro de los*

límites normales que no ameritaba nada, ningún manejo en especial, eso puede ser del ayuno (...) algo que no es relevante en este momento (...)"

9. El doctor Eduardo Robayo manifestó en la historia clínica que la paciente estaba estable y su posible reacción alérgica se encontraba controlada, encontrando "PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ANSIOSA POCO COLABORADORA, SE RETIRA O₂, CONSCIENTE ORIENTADA, REFIERE MOLESTIA POR TAPONAMIENTO NASAL, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, TA 102/49 FC 94XMIN FR 18XMIN SATO₂ 98% BALANCE NEUTRO".

En su declaración el doctor Eduardo Robayo, especialista en cuidado crítico manifestó al respecto lo siguiente: "(9:05) "¿Durante el tiempo que usted estuvo con la paciente, la paciente presentó algún síntoma o algún episodio que fuera relevante que nos explicara?" (9:12) No, durante el tiempo que yo estuve con ella, hablé dos veces con ella, estaba ella un poco molesta, uno entiende la situación, pues, no entendía por qué estaba ahí, qué había pasado, pero sí estaba era un poco molesta. De por sí, después de revisar todos los exámenes, porque se revisa los exámenes que se hacen el día anterior, todo, se habla con ella, pues si estaba molesta, pero pues yo lo tomaba como algo normal, entró para una cosa y de pronto apareció en otra, pero si, la paciente no era muy colaboradora, estaba molesta con el taponamiento de la nariz, las enfermeras se quejaban un poquito de que era un poco grosera con ellas, pero de resto que haya tenido alguna cosa, no, nada. Es más, se habló con la familia, también se les dijo que la idea era pasarla a la habitación para que estuviera más en familia, porque en esa época, la UCI tenía solamente visitas media hora en la mañana y media hora en la tarde, entonces para un paciente que está despierto, pues es un poquito molesto todos los pitos, las alarmas, la mayoría de pacientes están sedados y dormidos y entubados, pero un paciente que esté despierto, pues la Unidad de Cuidado Intensivo hay mucho ruido, mucha cosa, mucho movimiento (...) (10:51) "entonces yo pensaba que todo eso era el malestar de la paciente, yo hablé con ella, no tenía ningún déficit de nada, absolutamente de nada, hablamos de que había pasado, de donde estaba, quien la operó, o sea la paciente tenía un estado de conciencia totalmente normal, entonces por eso se decidió el traslado a piso que se realizó ya en horas de la tarde (...)"

Posteriormente indicó lo siguiente: "¿Respecto de la molestia de la paciente y los comportamientos, haber sido un poco grosera o manifestar cierta inquietud con respecto a la estancia en la UCI, quisiera preguntarle, con base en su conocimiento y experiencia profesional, habiendo presenciado estos episodios de inconformidad de la paciente, estos podrían considerarse como un episodio anormal o relacionado con una lesión cerebral o afectación cerebral de la paciente? (25:16) "No, para mí no, yo creo que era una paciente un poco ansiosa, podría decirse que un poco malgeniada porque ella estaba muy inconforme con esta situación, pero pues la situación no era, no había sido ni producida por nosotros ni nada, y eso se le explicaba a ella, que sí, que el tapón, que se lo iba a quitar, entonces yo le decía, eso es parte de su tratamiento, no se los quite, o sea uno intenta, con este tipo de pacientes, ser algo más tolerante, uno entiende, es un postoperatorio que de nariz es muy harto, hay gente que tiene que dormir sentada, que no se puede acostar (...) Pero no tenía como algo que fuera neurológico algo raro, no, no, era más su inconformidad, su ansiedad, lo harto que es tener esto aquí en la nariz que no puedo respirar bien (...)"

El doctor Pernet Alvarado indicó en su declaración lo siguiente: "¿Doctor, durante el tiempo que usted estuvo al frente de la paciente de alguna manera, tuvo algún episodio que indicara alguna anormalidad o algún episodio que indujera o indicara algún problema de carácter neurológico o alguna otra sobresalto en su estado de salud? (18:26) No, si eso hubiera pasado, no la habrían ni si quiera extubado, porque la intubación es una medida de protección cuando hay una alteración neurológica, entonces para uno decidir quitar ese tubo, es porque se ha determinado que no hay ninguna lesión neurológica que ponga en peligro la vida. Si

hubiéramos visto algo, obviamente hubiéramos frenado eso y por eso se pudo extubar sin ninguna complicación”

Y continuó señalando: “(25:23) inmediatamente a la extubación, es normal que el paciente esté desorientado, que no se acuerda de que ha pasado y se despierta en un sitio extraño, rodeado de personas que no conoce entonces es muy común que al despertarlo, quitar el tubo, es común que haya algo de desorientación, pero no hubo nada anormal en el comportamiento, de hecho ella recordaba su nombre, su edad, pudo hablar normalmente, de hecho le explicamos lo que había pasado, que estaba en la unidad de cuidado intensivo de la clínica del country, hasta donde yo la estuve valorando, el comportamiento fue como lo esperado en un caso de estos”

Doctor, usted luego de haberse practicado el TAC que entiendo lo ordenó el neurocirujano... ustedes consideraron en algún momento repetir el TAC (26:39) “No, no porque la evolución había sido adecuada, digamos las imágenes son útiles en el momento en que se toman, pero de hecho por eso empezamos el proceso de extubación, porque vimos que no había lesión y mientras la evolución neurológica sea la esperada, no hay necesidad de tomar un nuevo examen. De hecho, en la mañana no se consideró tomar otro nuevo TAC teniendo en cuenta que se había podido quitar la intubación y que la paciente estaba respondiendo adecuadamente”.

10. Como se demostró, en virtud de dicho cuadro ansioso, se solicitó también, por orden del grupo médico tratante, valoración por psiquiatría, pues es un cuadro habitual en pacientes con taponamientos por cirugías recientes nasales, de manera que la respuesta del especialista interconsultado la consideró acertada y recomendó continuar manejo conjunto con psiquiatría durante la hospitalización.

Esos episodios aislados de agitación fueron atendidos y manejados conjuntamente por parte del servicio de psiquiatría y mediante un seguimiento permanente por el equipo de salud de la institución.

En ese sentido, el especialista en psiquiatría consignó en su valoración inicial lo siguiente: *paciente que fue operada por maxilofacial en otra institución. Se encuentra paciente tensa, en posición fetal, con vía aérea intervenida ya que fue operada en boca y nariz. Se habla con la madre quien comenta que la paciente es abogada, que es exitosa laboralmente pero que tiene un carácter fuerte y es intolerante con lo que le incomoda. Se habla con Dr. Cifuentes y se acuerda esperar a que esté con mejor estado de conciencia. Mañana se buscará enfermera especial permanente. Evaluación. La paciente está consciente y orientada, aunque no puede hablar por la cirugía, reconoce a sus familiares. Se indica terapia resp. avanzada con budesonida para desinflamar vía aérea superior y disminuirle molestias. Parece haber hecho parkinsonismo medicamentoso marcado en la clínica donde la operaron.”*

Como consecuencia de la descripción del carácter de la paciente, expresado por su grupo familiar, se mantuvo el apoyo continuo con la especialidad en psiquiatría con el fin de abordar a la persona como un ser completo e integral con necesidades orgánicas y emocionales, sin desatender ninguno de los elementos del caso.

En su declaración, el Dr. Fernando Gómez Cabal, médico especialista en Psiquiatría de amplia experiencia profesional y quien estuvo a cargo de la valoración de la paciente, explicó lo siguiente: *“Encontré en piso a una paciente joven, estaba también su familia, ella estaba muy aprehensiva, precisamente el problema que tenían de su manejo era que ella estaba muy ofuscada y al encontrarla la vi en su cama, estaba en posición fetal, pero ella reconocía a sus familiares, ella estaba impedida de hablar no porque no pudiese hablar, sino porque como había sido intervenida por nariz y boca, había estado recién desentubada,*

estaba toda inflamada, pero ella tenía una presencia totalmente completa de conciencia de orientación, de presencia de su estado, de conocimiento de su estado, los signos vitales en ese momento estaban anotados en la historia eran de una saturación de 96, una tensión absolutamente normal, neurológicamente tenía movimiento en sus extremidades, y sus pupilas habían sido evaluadas por neurología en 3mm iguales las dos, estaba en una condición, pero estaba pues incómoda, molesta y (1:24) una de las incomodidades que yo anote es que tenía dificultad respiratoria por la vía alta por toda esa inflamación (...)"

Y continuó señalando (1:30) "la primera cosa que yo hice fue, que estaban los familiares, y yo cogí a los familiares y les pregunté qué había pasado, yo llego sin saber mayor antecedente de la paciente, la enfermera me da un pequeño reporte de que está pasando de que había subido a cuidados intensivos, que en cuidados intensivos ella estuvo muy exaltada y que en cuidado intensivo consideraron que no se justifica su estancia allá y que estar aislada la iba a poner más mal, y que estando la familia, ella podría tranquilizarse, cosa con lo que yo concordé. Entonces a la familia les pregunté qué había pasado, que se estaba operando, que se yo, y pregunte por algún dato de su actitud y espontáneamente creo que fue la mamá que me dijo, esta anotado en la historia, que ella era de un carácter fuerte, que ella era una persona, pues digamos, exigente en sus cosas y beligerante, es decir, siendo una persona normal, entonces yo interpreté la reacción que ella tenía pues de una, poniéndome en los zapatos de ella, de que ella va a una cirugía programada totalmente voluntaria y todo y sale y termina en otra clínica en una situación en que esta todo confuso, pues yo, con ese antecedente personal, yo no puedo predicar allí que había una reacción psiquiátrica anómala, si yo me pongo en los zapatos de ella, de pronto uno puede reaccionar con esa indignación, entonces lo que traté, ella me atendió, con la relación que tuve, el contacto verbal que tuve y el rato que estuve con ella, ella claramente se calmó, si no se hubiese calmado, uno cuando un paciente esta excitado y no se logra calmar por las buenas, pues uno tiene que recurrir en algún momento incluso hasta la contención física, entonces pues es lo que uno tiene que evaluar. Si es una paciente psicótica, uno tiene que intervenir en una forma tal que la pueda proteger, esta paciente no estaba psicótica, ella estaba consciente, ella sabía que la habían operado y todo eso, pero estaba en estado de desconcierto porque su estado era de gran incomodidad (...)"

Pregunta despacho (1:34): ¿No habría alguna circunstancia que hubiere permitido confundir el estado digamos en ese momento psiquiátrico por las razones que usted menciona, con alguna, digamos, alteración neurológica de la paciente? Responde (1:34): "Pues la paciente estaba en observación neurológica como es lógico, estaba en manos del neurocirujano, y en el examen que uno hace de impresión, uno siempre evalúa neurológicamente sus pacientes, el paciente uno lo está observando en su actitud corporal, estaba moviendo sus cuatro extremidades, estaba respondiendo, no estaba desviando la mirada, su estado de conciencia estaba presente, no estaba obnubilada, ella estaba totalmente, es decir, desde el punto de vista neurológico estaba en una observación toda vez que se sabía que había habido ya una complejidad que se presentó que la historia la conoce y por eso estaba el concurso el neurocirujano, pero en el tema que yo vi, yo simplemente, incluso yo llame al doctor Cifuentes y le informe sobre mi revisión y yo pues le dije que mi opinión era que, y mi opinión incluso sigue siendo a posteriori, que en el momento en que yo la vi, la paciente estaba muy afectada desde el punto de vista emocional por las circunstancias que estaba viviendo."

Posteriormente concluyó: "(1:37) "(...) Yo no vi compromiso neurológico expresado desde el punto de vista comportamental"

(1:41) "(...) El hecho de que la paciente se hubiera calmado, se hubiese tranquilizado, apunta más a que mucha parte de su exaltación era debido a razones emocionales"

11. Se demostró entonces, que ese comportamiento de la paciente podía razonablemente corresponder a una molestia (angustia) por tener obstruida su boca y nariz, como se

manifestó por múltiples testigos técnicos dentro de la etapa procesal correspondiente. En efecto, a pesar de eventos ansiosos y de poca colaboración, la paciente lograba ajustar su comportamiento y se encontraba estable, sin ningún signo de focalización neurológica.

En ese mismo sentido indicó el Dr. Pernet lo siguiente: *“Basado en esto que menciona, usted diría que el comportamiento que presentó la paciente es más indicativo de una situación psiquiátrica o de una situación neurológica (52:30) “No, de hecho, el delirium es una condición psiquiátrica, pero las condiciones psiquiátricas no quieren decir necesariamente que haya antecedentes de psiquiatría. Por eso lo decía, el delirium lo vemos en el 80% de los pacientes en cuidado intensivo, para nosotros eso es algo esperable siempre en los pacientes cuando los extubamos, entonces no es que eso sea una condición psiquiátrica, sino que es una alteración que ocurre de fase aguda ante una condición crítica, es un paciente que tocó intubarse, tocó sedarse por mucho tiempo, por varias horas”.*

12. Como se indicó de manera previa, dentro del proceso diagnóstico de estos síntomas de aparición súbita se consideraron múltiples posibilidades teniendo en cuenta el cuadro inespecífico, los resultados de las imágenes y de los exámenes paraclínicos y clínicos realizados a la paciente Viviana Serrano Macías, por parte de diversos especialistas en diferentes momentos de su atención, en total consonancia con la *lex artis ad hoc*. En consecuencia, se ordenaron las terapias respiratorias buscando una explicación lógica a este cuadro de disnea (dificultad para respirar) e incremento de salivación y secreciones.
13. En la valoración realizada por el especialista en psiquiatría el 26 de febrero de 2011 a las 20:00 horas, a la cual se hizo referencia de manera previa, se ordenó continuar con el manejo instaurado y la terapia respiratoria avanzada, con el fin de desinflamar la vía aérea superior y disminuir las molestias que presentaba la paciente.
14. A las 20:30 horas fue realizada la terapia respiratoria No. 4 en la cual se consignó por la profesional del servicio lo siguiente: *“al examen físico presenta: patrón respiratorio costal alto, ritmo regular, expansión simétrica, a la auscultación con movilización de secreciones en vía aérea superior, y ocasionales roncus bilaterales como tratamiento con el objetivo de ayudar a disminuir edema de la vía aérea por medio de la administración del medicamento se explica procedimiento y efectos secundarios dados por resequedad oro faríngea se realiza nebulización con 2 CC SSN + 1 raspula de pulmicort procedimiento tolerado dejo paciente estable dejo con igual soporte de oxígeno a la auscultación posterior sin cambios se cumple el objetivo”*
15. Esa misma noche, a las 20:51 horas, fue valorada por el profesional médico del servicio de hospitalización, quien consignó lo siguiente: *“Paciente con cuadro de disnea secundario a secreciones bucales, taponamiento nasal, sin sangrado, no agregados cardiopulmonares, SNC sin déficit con agitación psicomotora resto examen físico normal, ordena terapia respiratoria avanzada con Budesonida en número de 2 y por médico tratante Akineton 5mg iv ahora más Clonazepam 6 gotas ahora vía oral se espera respuesta a tratamiento, resto igual.*

Con base en lo dicho, a pesar de presentar un cuadro de disnea secundario a secreciones, su situación no era crítica ni anticipaba un riesgo vital, dado que sus parámetros se encontraban dentro de rangos normales, su estado general era bueno, no tenía señales de déficit neurológico, y su estado de agitación ansiosa (atribuible al edema y taponamiento de la vía aérea) venía siendo tratado con una dosis de 6 gotas de benzodiazepinas junto con la terapia respiratoria periódica.

16. La terapia respiratoria de las 22+15 horas fue difícil por poca colaboración de la paciente, razón por la cual se informó al psiquiatra y al médico hospitalario, quienes formularon medicamento para tranquilizar a la paciente y facilitarle el sueño y permitir con mayor tranquilidad la terapia.
17. Las valoraciones de enfermería de la 01+00, 02+00 y 02+15 evidencian que la paciente se encontraba más tranquila, cómoda, con signos vitales normales.
18. En la terapia de las 2+30 horas del 27 de febrero, la paciente se encuentra “sin signos de dificultad respiratoria en el momento con soporte de oxígeno por máscara simple a 5l pm, al examen físico no presenta cambios importantes, a la auscultación con escasa movilización de secreciones en vía aérea superior, y ocasionales roncus bilaterales” realizándose el tratamiento cumpliendo el objetivo y con la paciente estable.
19. A las 3+20 horas se consigna en la nota retrospectiva lo siguiente: *realizo ronda de enfermería paciente con palidez generalizada en posición semifowler, tranquila, duerme, observo salida de secreción por boca, realizó limpieza de boca y máscara facial con compresa, familiar de la paciente se despierta, pregunta acerca de lo que realizo a la paciente le indico que le estoy limpiando las secreciones, queda tranquilo, dejo paciente en posición fowler con medidas de seguridad instaladas.*
20. A las 03+55 y de manera súbita e impredecible la paciente Viviana Serrano Macías presentó un paro cardiorrespiratorio, como consta en las notas de la historia clínica. En ese sentido, se consignó por la enfermera de turno lo siguiente:

me acerco a la habitación de la paciente para realizar cambio de última posición, en el momento en que entro el familiar de la paciente se encuentra oprimiendo el timbre de llamado de enfermería, me refiere "veo rara a mi hermana", paciente que en el momento se encuentra hipoperfundida, no responde al llamado, intento tomar frecuencia cardiaca no encuentro respuesta, informo inmediatamente a la jefe del servicio quien ingresa a la habitación, valora paciente, toma signos vitales, sin encontrar resultado, jefe refiere pulso débil, se activa CODIGO A, se ingresa carro de paro a la habitación se coloca tabla rígida bajo la paciente se monitoriza paciente llega DR. ALVAREZ encargado de turno acompañado de medico hospitalario, quien inicia compresiones torácicas realiza resucitación con palas encontrando asistolia, continúan con compresiones torácicas, ordena iniciar adrenalina 1 amp cada 3 min a intervalos, las cuales la jefe administra según orden médica, se realiza intubación orotraqueal con tubo 7.0 se inicia ventilación con o2 al 100 % por orden de DR. ALVAREZ se realiza toma de glucometría con resultado de 117 mg/dl continúan con RCP, intensivista de turno colabora con la reanimación paciente continua en asistolia permanente, pasados 30 min de reanimación y no encontrando respuesta personal médico encargado declara el fallecimiento de la paciente a las 04+30 h, personal médico habla y explica lo ocurrido al hermano de la paciente.

21. Por su parte, la profesional del servicio de terapia respiratoria consigné al respecto en la historia clínica lo siguiente:

Se atiende llamado de enfermería, paciente presenta paro cardiorrespiratorio se asiste a RCP avanzada, se da ventilación con unidad manual respiratoria, se coloca cánula de mayo, posteriormente se realiza intubación orotraqueal con tubo n°7 fijo en comisura labial en 22 cc con columna de aire, se infla neumo, se continua asistiendo la ventilación con unidad manual respiratoria, se suspende RCP por orden verbal del médico, paciente fallece sobre las 4+34 am

22. Por último, es necesario transcribir la NOTA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR en la cual se puede corroborar que se trató de un evento súbito, impredecible e irresistible:

Aprox. 3:55 am médico hospitalario de pisos me informa que lo están llamando por código A en 6o piso de hospitalización y me solicita acompañarlo. Subimos inmediatamente a la habitación de la paciente donde encontramos a la paciente acompañada de personal de enfermería quienes informan que no encuentran signos vitales. La paciente está en decúbito dorsal en su cama, inconsciente, sin respuesta a estímulos, sin respiración y sin pulsos.

Iniciamos inmediatamente compresiones torácicas de alta calidad (con tabla rígida bajo el tórax de la paciente) y se monitoriza inmediatamente con palas de desfibrilador encontrando asistolia. Continúa inmediatamente la RCP siguiendo algoritmo de paro no desfibrilable con RCP de alta calidad rotando compresores cada 2 minutos, adrenalina 1 mg IV cada 3 a 5 minutos, intubación orotraqueal (tubo 7, un solo intento, confirmado mediante auscultación de 5 puntos) y ventilación con O₂ al 100%, monitoreo, bolo de cristaloides tibios y búsqueda de causa posible mediante nemotecnia 5 Hs y 5Ts, examen físico, revisión de historia Clínica e interrogatorio al personal de enfermería.

Cada 2 minutos se reevalúa el ritmo encontrando persistentemente en asistolia.

Mientras continúa la reanimación se descarta clínicamente neumotórax a tensión y taponamiento cardiaco. Se descarta hipoglicemia mediante glucometría. Se maneja empíricamente hipoxemia, hipovolemia, hipotermia. Interrogatorio revela historia de sospecha de reacción alérgica en postoperatorio de rinoplastia y resección de pólipos nasales. Ha recibido antibióticos, analgesia opiácea y sedación. Se considera baja probabilidad de Síndrome coronario agudo, híper o hipokalemia, acidosis metabólica.

Se solicita apoyo a intensivista de turno quien se hace presente y colabora en la revisión de causas posibles y está de acuerdo en medidas aplicadas en la reanimación.

En una sola oportunidad se detecta una muy dudosa fibrilación ventricular fina practicando una desfibrilación de 200 joules bifásico seguido de RCP pero chequeo de ritmo a los 2 minutos muestra asistolia persistente.

Durante la reanimación se indica a enfermería avisar a los médicos tratantes.

A los 30 minutos de reanimación, habiendo practicado RCP ininterrumpida de alta calidad, intubación orotraqueal confirmada y ventilación con oxígeno al 100%, aplicación de adrenalina 1 mg cada 3 a 5 minutos 7 dosis, búsqueda activa de ritmo desfibrilable, con asistolia persistente, y sin haber encontrado una causa corregible, decidimos en conjunto que la paciente ha fallecido y que no se deben continuar los esfuerzos de reanimación.

Se declara la muerte a las 4:30 am informando al hermano de la paciente.

El doctor Daniel Álvarez Segura, concluyó en su declaración lo siguiente: "Preguntado ¿Se cumplieron con todos los protocolos de la lex artis para este tipo de reanimaciones de la vida de la paciente? (9:20) "Si, la reanimación siguió todos los protocolos para ese momento histórico, porque la recomendación de cómo se debe hacer una reanimación se están actualizando permanentemente (...)"

23. Es tan claro que se trató de una circunstancia impensada, que incluso se realizó una junta médica con el médico tratante de la paciente Serrano Macías con posterioridad al evento, en la cual se consignó:

JUNTA MÉDICA REVISANDO MINUCIOSAMENTE LA HISTORIA CLÍNICA Y LA EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE NO EXISTEN NINGÚN DIAGNÓSTICO CLARO QUE NOS HAGA PENSAR COMO CAUSA DEL FALLECIMIENTO DE LA PACIENTE. EL DOCTOR FANDIÑO INSISTE EN LA NECESIDAD DE PRACTICAR NECROPSIA PARA POSIBLE ACLARACIÓN DE UN DIAGNÓSTICO DE DEFUNCIÓN. SE HABLA CON LA FAMILIA POR PARTE DEL DOCTOR FANDIÑO (EL PAPA, LA MAMA, EL DOCTOR EMILIO ARANGO Y DOÑA ANA MILENA), SE EXPLICA LA NECESIDAD DE REALIZAR ESTE PROCEDIMIENTO CIENTÍFICO, EL CUAL LO EFECTUARA PERSONAL CIENTÍFICO CALIFICADO.

LOS FAMILIARES ANTES ANOTADOS ACEPTAN REALIZAR LA NECROPSIA.
DOCTOR LUIS EDUARDO FANDIÑO FRANKY.

24. Sólo con la necropsia y sus complementaciones realizadas meses después, fue posible conocer la laceración cerebral presentada por la paciente como complicación de su cirugía inicial, siendo necesario resaltar, que dicha información no fue conocida por el equipo en salud, ni había sido posible sospecharla en ese momento, como se demostró con suficiencia.

Es más, el informe de neuropatología es claro en concluir en sus diagnósticos lo siguiente: *“Descripción macroscópica: (...) Laceración fronto-orbitaria a nivel parasagital derecha de 1x0.7 cm comprometiendo la cintilla olfatoria con hemorragia alrededor (...)”* *Diagnóstico final: laceración fronto-orbitaria derecha. Nota: No hay signos de hipertensión endocraneana. No hay hematomas. Las meninges no muestran colecciones.* Firmado por Dr. Carlos Colegial Gutiérrez Neuropatólogo consultor” (Negrita fuera de texto original)

25. Este resumen de la atención brindada en la Clínica del Country a la paciente Viviana Serrano Macías, durante las 30 horas y 49 minutos que estuvo en la institución, da cuenta de una atención esmerada y acorde con la *lex artis ad hoc*. Adicionalmente permite evidenciar la imprevisibilidad e irresistibilidad de su súbito deceso, como se explicó en detalle con la experticia realizada por el Dr. Jorge Humberto Aristizábal, experto neurocirujano, a la cual nos referiremos con posterioridad.

PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS REPAROS CONCRETOS CONTRA LA PROVIDENCIA

Hechas las precisiones previas, y teniendo claridad respecto de la atención médica suministrada por mi mandante, procederemos en detalle a revisar los argumentos expuestos por el apelante en contra de la sentencia de primera instancia, relacionados con la Clínica del Country.

El apoderado de la parte actora dividió su escrito en siete puntos, siendo los primeros tres relacionados específicamente con el acto médico realizado por el Dr. Luis Eduardo Fandiño, a la paciente Viviana Serrano Macías.

Sin embargo, en el punto tres del documento, el apoderado señala que *“Para el efecto, veamos cómo, según el artículo de investigación denominado “Complicaciones en cirugía endoscópica nasosinusal en Hospital Salvador” de P. Silva R. y cols.10 que fue insumo para la elaboración del dictamen pericial elaborado por el profesional William Camilo Parada Ochoa, sobre la fistula de líquido cefalorraquídeo como complicación de una cirugía endoscópica nasosinusal, dispone que es una situación previsible, usual, y de menor complejidad ; sin embargo, lo cierto es que en el curso del*

proceso no se pretendió desconocer la existencia de la evidencia plasmada por el cirujano que atendió a la fallecida Viviana Serrano, de la inclusión de tal riesgo como uno asociado a las intervenciones que se realizaría”

Sin embargo, la sola lectura del documento citado por el apoderado controvierte su dicho, pues la literatura contempla dicha complicación como mayor, y no como menor, como se evidencia en el texto:

Tabla 1. Clasificación de complicaciones en CEN	
Complicaciones menores	Complicaciones mayores
Hemorragia (< 500 mL)	Hemorragia (> 500 ml)
Hiposmia	Trauma del conducto nasolagrimal
Sinequia	Lesión carotídea
Cefalea	Hemorragia intracraneal
Equimosis	Hematoma orbitario
Enfisema periorbitario	Diplopía
Dolor/adormecimiento facial o dental	Disminución de la agudeza visual
	Ceguera
	Fístula de líquido cerebroespinal
	Neumoencéfalo
	Meningitis o absceso cerebral

Dicho lo anterior, iniciaremos nuestra réplica, pronunciándonos sobre el punto cuarto, denominado “IV. Sobre el error en el diagnóstico y en el tratamiento adecuado – desatención en la evolución de la paciente durante el período de “recuperación”.”

Afirma el apoderado que *“Es claro que en la sentencia objeto de reparo, no se destacó la importancia del diagnóstico de la paciente fallecida. El A quo (tampoco los demandados en su oportunidad) realizaron estudio alguno del cuadro completo de la paciente al eludir, por completo -a pesar de estar probada- la sintomatología que esta presentó durante su estancia hospitalaria, todo lo cual derivó en la imposibilidad de atender correctamente a la paciente fallecida, impidiéndose así ofrecer el tratamiento que se debía seguir para su caso.”*

Dicha aseveración desconoce la totalidad del acervo probatorio, así como la historia clínica de la paciente, en la que se puede evidenciar – como se analizó de manera previa – que nunca se *“eludió”* su sintomatología, sino que la misma fue abordada de manera integral por el grupo interdisciplinario.

En efecto, se logró demostrar que ese comportamiento que exhibió la paciente no era suficiente para siquiera haber sospechado la laceración cerebral que presentaba, contrario a lo afirmado por el apelante.

En ese sentido el Dr. Eduardo Robayo indicó en su declaración lo siguiente: *“Preguntado: se ha señalado que este tipo de comportamiento puede ser una manifestación de un síndrome frontal, yo quisiera preguntarle si, con base en su conocimiento especializado y su experiencia profesional, ¿este malestar y esta inconformidad que manifestaba la paciente puede interpretarse en su conocimiento como un síndrome frontal de la paciente? (28:10) “No, no, no, el síndrome frontal es algo totalmente diferente, ese es un paciente totalmente desinhibido, el síndrome frontal es un paciente que no le importa nada, que puede estar desnuda y no le importa nada, puede estar pasando lo que sea, como que pierde un poquito esa conciencia de situación de exposición a peligro, son personas que y mejor dicho, el síndrome frontal de un día de evolución es muy raro, hay pacientes que le quitan todo el lóbulo frontal de los dos lados, tanto izquierdo como derecho y eso no cambia así de una vez, es algo progresivo, pero no es, un síndrome frontal es algo totalmente diferente, una apatía a un estado de conciencia anormal, entonces un síndrome frontal no concuerda con esta situación”*

En el mismo sentido, el Dr. Fernando Cabal, médico psiquiatra, explicó lo siguiente: "(2:02) *"Hay un cuadro que se llama la moria, en que los pacientes que tienen lesión del lóbulo frontal pierden sus principios morales, pierden su interés por el medio, pierden todo eso. Esta paciente, bajo ningún punto de vista, en el examen clínico que yo vi, a pesar de que evidentemente la lesión que ella pudo tener pudo afectar el lóbulo frontal, en ningún momento, tenía ninguna manifestación del conjunto de signos y síntomas que se denomina en clínica psiquiátrica como "moria". Si yo hubiera visto eso, lo hubiese anotado"*.

Por su parte el Dr. Jorge Humberto Aristizábal señaló en la audiencia de contradicción lo siguiente: (37:04) *"Lo que pasa es que el comportamiento hay que mirarlo con mucho cuidado. Venga le voy a echar un cuento. Todos los pacientes psiquiátricos de Estados Unidos del siglo pasado, se iba el doctor Friedman que era un médico de Estados Unidos, les hacía una lobotomía frontal, y los calmaba, o sea, ellos no tenían anti psiquiátricos, y los pacientes, en vez de ponerse agitados, e inquietos, molestos, los frontalizaba. Un paciente frontalizado, con lesión frontal, es un paciente que está quieto, que es apático, que ni reacciona con la gente y ese era un tratamiento. O sea que, si yo espero encontrar una lesión frontal, vería más a que está frontalizado, entonces está más callado, está más tranquilo, está más quieto y eso es lo que hicieron. Ellos operaron 30.000 pacientes, hoy en día los están juzgando por haber hecho eso. Entonces si yo miro esta paciente, tengo que mirarla con unos ojos como más amplios y distintos, a mirar solamente lo que salió en la necropsia."*

(38:21) *"Preguntado. Pero cuando usted me dice que tenía que mirar otros síntomas, pues justamente, esos comportamientos podían ser considerados como otros síntomas. (38:27) Responde "Si, y se le miraron. Estuvieron atentos a ella, uno ve la valoración por psiquiatría, eso. En un paciente que hace eso, o sea, la cantidad de pacientes que en un post-operatorio son inquietos, se quitan las cosas, imagine nosotros haciendo resonancia a todos los que hacen eso, se quitan la sonda, se sacan la sonda nasogástrica, lo que les contaba, se quitan los tapones nasales, o sea, nosotros, a esos pacientes, vamos llevándolos con calmita, miramos que no esté focalizado, que no tenga un déficit neurológico, y ahí sí vamos haciendo nuevas cosas. Pero en el entorno de esta paciente, es lo que uno espera. Además, si usted leyó la historia, desde que a ella la extubaron, ella siempre fue guerrera y perdón, entre comillas, o sea ella siempre fue hasta grosera, y uno cuando anota en la historia clínica paciente que es de temperamento especial, y es grosera y maltrata a la gente a las auxiliares y a los médicos, uno dice, estos cambios, son pacientes que tienen este comportamiento. Inclusive en alguna parte de la historia leí que los papás o los familiares decían que ella era una persona de un temperamento fuerte. Entonces eso hay que mirarlo con mucho cuidado, o sea ese solo síntoma, sin otros síntomas, sin deterioro progresivo, se volvería la locura yo ponerme a hacerle resonancia a todos los pacientes."*

Lo anterior permite evidenciar, como incluso lo señalaron varios testigos adicionales, que esos comportamientos o episodios que presentó Viviana Serrano Macías podían corresponder a múltiples causas y fueron manejados y atendidos de manera adecuada por el grupo interdisciplinario de la institución. Inclusive los dictámenes periciales que se rindieron en el proceso penal – en los cuales mi mandante no fue partícipe – concluyeron que esos comportamientos pueden deberse tanto a enfermedades orgánicas como psiquiátricas, por lo que no existió ningún error en la atención médica suministrada.

Continúa afirmando el recurrente respecto de mi representada que *"La paciente Viviana Serrano, durante su estancia en la Clínica del Country, presentó episodios de disnea, convulsiones, presentaba notorios episodios de agresividad con las enfermeras y médicos y que en ocasiones, incluso, rechazó se le practicaran terapias respiratorias. Por eso nos preguntamos ¿Qué paciente, en "sano juicio" -como aduce que así lo estaba la demandada Clínica del Country-, pretendería a toda costa evitar u oponerse a las ayudas y atenciones que le están siendo brindadas para mejorar su salud? Claramente, un paciente en sus cabales y sano juicio, no se opondría ni maltrataría al personal médico; menos aún, referiría sentimientos de muerte y no actuaría de forma tan desinhibida como se prueba con la sola Historia Clínica. Sin embargo, el A quo, de manera precipitada concluyó que la Clínica*

del Country había obrado conforme la Lex Artis pues, aunque nunca determinó ni diagnosticó a la paciente, se quedó con la idea de que la misma había hecho lo que mejor podía. Sin embargo, en el siguiente apartado de la Sentencia, es claro que la convulsión no era un hecho tan menor ni tan irrelevante como lo llevó a conclusión el A quo."

Al respecto, debemos rechazar la aseveración del apoderado que la paciente Viviana Serrano Macías presentó "convulsiones" durante su hospitalización en la Clínica del Country, pues como consta en la historia clínica, y fue a su vez corroborado por los especialistas a cargo de la atención médica, la paciente no presentó cuadro convulsivo durante su estancia en la Clínica del Country, ni tampoco deterioro neurológico que hubiese alertado de alguna anormalidad.

Ahora bien, como se explicó en el recuento fáctico realizado al inicio de este escrito, dichas conductas fueron episódicas, y si bien en ocasiones rechazaba la terapia, en otras aceptaba el tratamiento e incluso reguló su comportamiento con la intervención del médico psiquiatra. Adicionalmente, como lo explicaron los doctores Jorge Humberto Aristizábal, Hernando Cifuentes, Eduardo Robayo, Frank Pernet y Fernando Gómez Cabal, este tipo de comportamientos pueden darse en un postoperatorio de cirugía nasal como la que tenía la paciente, debido al taponamiento y dificultad para respirar luego de la cirugía. Incluso, la señora Isabel Macías Fuentes, madre de la paciente, manifestó en ese momento que el comportamiento presentado podía ser parte de su temperamento, como incluso lo corroboró en su interrogatorio.

Ello, aunado a los resultados en los exámenes clínicos e imagenológicos, la ausencia de síntomas neurológicos, los hallazgos normales de la TAC de cráneo, hizo imposible llegar a un diagnóstico, que sólo fue conocido post mortem, pues se trató de un caso completamente inusual y atípico, como pudieron concluir todos los profesionales que declararon en este proceso, inclusive el perito experto en neurocirugía Dr. Jorge Humberto Aristizábal y el perito otorrinolaringólogo, Dr. Luis Alberto Álvarez, hicieron énfasis en ello.

En este punto, vale la pena traer a colación la declaración del Dr. Aristizábal en su declaración, quien señaló lo siguiente: "(25:18) Preguntado: "Quisiera que me explicara entonces la muerte de Viviana" (25:24) "Uy mire doctor, es compleja, mire, yo cuando me llegó este caso, uno lo primero que hace es ponerse como mi paciente, y para mí, yo en 30 años, a nosotros se nos han muerto muchos pacientes de cirugías transesfenoidales, meningiomas, es un caso que yo quedo loco. ¿Por qué? Porque uno primero, uno piensa, listo, entramos a la cavidad craneana, generamos un daño, los dos grandes daños que nosotros como neurocirujanos, porque a nosotros nos llama todo el que traspasa el piso llama volado al neurocirujano, nosotros siempre que traspasamos ese piso, pensamos en varias cosas. Primero, hay una hemorragia, segundo, hay un infarto cerebral, porque yo paso el piso, me encuentro el nervio olfatorio, sigo para arriba y me encuentro el lóbulo frontal, pero si me voy un poquito para atrás tengo dos arterias que irrigan los dos lóbulos frontales y toda la cara medial del hemisferio, si yo sobrepaso el piso, la catástrofe más grande es un accidente vascular, por eso el examen que nosotros hacemos siempre es una TAC, tenemos duda, TAC, y uno espera con eso encontrar una lesión frontal, una catástrofe frontal. Si ustedes miran el peritaje que yo les mandé, yo les puse ejemplos de catástrofes que van al lóbulo frontal, general alteraciones grandes y muerte de pacientes. Entonces yo espero que, si pasó el piso de la fosa anterior, eso se pasa con frecuencia, o sea es una complicación por la cual a nosotros nos llaman. Segundo, es un paso que nosotros hacemos para operar pacientes, entramos allá, a veces uno entra a la silla turca y termina en la fosa anterior, o sea que eso, por chip, traspasar ese piso es una de las partes de complicaciones. La catástrofe es un hematoma, una isquemia que mata a un paciente. O sea, una lesión dentro del lóbulo frontal que genera compresión y los mata. El caso de esta paciente, que hace una paciente con unos cambios frontales y que de pronto hace un paro respiratorio y se muere, uno queda loco, o sea una lesión neurológica genera un deterioro progresivo, tanto que le da uno tiempo de pasar al paciente a un nuevo TAC, de pronto pasarlo a cirugía, drenar o quitar el cráneo, hay varias alternativas que

nosotros tenemos, o sea, pero que un paciente haga un paro y se muera, no es lo normal, o sea eso, para nosotros no es una complicación esperada. Es una complicación eventual, y uno hace un paro respiratorio por una lesión o del tallo cerebral que es muy grande, o una alteración del frénico, o una alteración pulmonar severísima o cardiaca, o que tenga un infarto, o sea son como dos patologías distintas que se presentaba en un paciente, o sea no es una complicación de una cirugía transnasal o de la nariz o eso, que se haga paro y se muera no, eso no, se nos mueren es porque tiene un hematoma, un infarto, deterioro progresivo, los operamos o no los operamos, compresión del tallo del cerebro, infarto del tallo, paro respiratorio y se muere. O sea, el centro donde está el manejo de la respiración y corazón está como a cuatro o cinco o seis centímetros de donde ellos estuvieron, entonces no es una complicación. Si usted me dice como lo explica, yo me voy ahí mismo, tiene trombosis venosa e hizo un tromboembolismo pulmonar masivo, la necropsia, me fui a mirar la necropsia y no lo tenía. Dos, tiene un neumotórax, derrame cardiaco, un infarto cardiaco, la necropsia no lo dice. La necropsia dice que hay congestión pulmonar, y algo de edema pulmonar que es esperado después de un proceso de reanimación, porque uno mira la placa de tórax si pudieron verla, es una placa de tórax adecuada para este tipo de paciente. Entonces doctor, locos, o sea a mí me dio susto que se muera un paciente un paro, distinto a si se me muere de un hematoma, un infarto, un deterioro y se murió, complicación. Se infectó, hizo una meningitis, una paquimeningitis+ y se infectó y se murió, eso es lo esperado, pero que se muera así, no es una evolución que se vea ni con frecuencia. O sea, yo en mis 30 años, operamos más o menos uno o dos, este mes llevamos 4 cirugías de esa zona para sacar tumores del cerebro, y que se me haya muerto un paciente así, nunca”.

La paciente Viviana Serrano Macías nunca presentó deterioro neurológico, signos de focalización, ni la triada de Cushing a la cual se refirieron varios especialistas consistentes en hipertensión, bradicardia y alteración del patrón respiratorio, para que hubiesen hecho sospechar un eventual edema cerebral. Todos los especialistas concordaron en lo extraño, atípico, e incluso indicaron que era el único caso que habían visto de estas características, lo cual deja sin piso las afirmaciones del apelante, pretendiendo concluir que era un caso de manejo sencillo o de un supuesto diagnóstico evidente.

En efecto, el gran problema de los argumentos que utiliza el apelante – como igualmente lo hizo el perito de la parte actora – es realizar un análisis retrospectivo, a partir de un resultado conocido en la necropsia, y con base en ello, pretender juzgar a los profesionales por no haber “visto” o diagnosticado una lesión intraoperatoria.

Por el contrario, el juez de primera instancia, en un análisis juicioso y ponderado, tuvo en cuenta las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se desarrolló la atención, para concluir que ***“Desafortunadamente existen muchos casos médicos, como el sub lite, en los que las evidencias de las dolencias, enfermedades y secuelas de una enfermedad, accidente o cirugía solo se llegan a determinar en la necropsia de la paciente pues en vida pese a los exámenes de laboratorio y diagnósticos clínicos de referencia y de imágenes no se pudieron establecer pese a los esfuerzos de los galenos, sin que esta imposibilidad sea atribuible a su incuria, culpa, impericia, o negligencia del cirujano o del personal médico o de las instituciones de salud accionadas.”*** (Negrita fuera de texto original)

También critica el apoderado que *“Lo que omitió el A quo por completo es que este mismo perito indicó la existencia de antecedentes relacionados con su comportamiento desinhibido, y afirmó que de la convulsión presentada “(...) se debe establecer qué fue lo que sucedió para originarse, que las convulsiones se presentan por convulsiones en el cerebro de la parte superior del cerebro QUE COMPROMETEN LA CORTEZA CEREBRAL Y LO QUE SE DEBE HACER ES DESCARTAR PORQUE CONVULSIONÓ, Y PARA EL CASO AFIRMA QUE PUDO HABER SIDO POR CAUSA DE LA CIRUGÍA (...)”.* De tal manera que, resulta abiertamente inexplicable que el Juzgado 4 Civil del Circuito de Bogotá en su fallo haya concluido que la atención de la Clínica referida fue la adecuada, cuando se probó que no hubo un diagnóstico de lo acontecido.”

Esta manifestación desconoce no sólo la experticia sino la amplia explicación que dio el Dr. Aristizábal en la audiencia de contradicción, en la cual dijo claramente que no se debía analizar el caso por el “retroscopio” como lo denominó, concluyendo que el equipo en salud de la Clínica del Country hizo los exámenes y valoraciones indicadas por la ciencia médica, inclusive señalando que si la paciente hubiese llegado a su consulta hubiese actuado de la misma manera, sin que fuese previsible el fatídico desenlace, más cuando no se presentaron convulsiones posteriores, e indicando que es un caso muy extraño, sobre todo por los tiempos tan cortos en que se presentó el evento súbito. Esto le permitió concluir que, con base en los hallazgos y valoraciones durante la atención, los exámenes y el manejo se ajustó a los dictados de la *lex artis ad hoc*, como bien lo concluyó la sentencia de primera instancia.

Continúa el apelante criticando la conclusión de la sentencia que *“el examen practicado a la paciente -Tomografía de Axial Computarizada (TAC)-, era el adecuado y el de mayor sensibilidad. Sin embargo, esta afirmación desconoce tres hechos categóricos que se probaron al interior del proceso (...)”* “1. Que existen exámenes de mayor sensibilidad y precisión. Sobre el particular destaco, sólo por vía de ejemplo, la viabilidad de la realización de una resonancia magnética que, de acuerdo con lo señalado por el perito William Camilo Parada Ochoa (...) 2. Que existen otro tipo de exámenes médicos que no involucraban la necesidad de equipos de tecnología con los cuales se podía determinar la condición de la paciente. Sobre el particular, ruego al Tribunal analizar, con suma profundidad, la literatura médica que obra en el expediente, en particular, el denominado: “Adams y Victor. Principios de Neurología. Capítulo 22. Transtornos neurológicos causados por lesiones en partes específicas del cerebro.” a través de la cual se hace visible la viabilidad de los test de test de Wisconsin de selección de naipes, la prueba Stroop para señalar colores (...) 3. Finalmente, se probó que el estado de la paciente, estaba sometido a un claro proceso de evolución que supuso, como se advierte de la Historia Clínica, que la misma no solo continuó presentando la sintomatología anómala, sino que está claro que la Clínica del Country prefirió “categorizarla” como una paciente “grosera” y “poco colaboradora”, en lugar de ordenar la práctica de más estudios, entre ellos realizarle un TAC de control donde se hubiera, incluso, podido identificar el edema cerebral hallado en la necropsia y que tuvo incidencia en su deceso.”

De manera respetuosa consideramos que esta aseveración desconoce por completo el acervo probatorio, no sólo en cuanto a las pruebas documentales sino las declaraciones contenidas en las más de 26 horas de grabaciones realizadas dentro del proceso, con las que se demostró que el examen de elección es la Tomografía Axial Computarizada de Cráneo ante la sospecha de una lesión intraoperatoria, y que no había indicación de realizar una resonancia cerebral con base en los hallazgos clínicos.

En ese sentido, el experto en neurocirugía Dr. Jorge Humberto Aristizábal, indicó lo siguiente:

23. Considera adecuada la atención brindada a la paciente Viviana Serrano Macías en la Clínica del Country, teniendo en cuenta los dictados de la ciencia médica aplicables a ese momento.

El manejo realizado en la Clínica del Country fue adecuado acorde con la condición clínica de la paciente, la paciente ingreso a cuidados intensivos donde se valoró y por su condición clínica se inició el protocolo de suspensión de la sedación y extubación, acorde con las notas de la historia clínica la paciente no presentó nuevos episodios “convulsivos” por lo cual ingreso, por lo cual indican el traslado a una habitación, la paciente es valorada por neurocirugía quine con base en los resultados descarto una lesión intracraneana, la tomografía axial no mostro una lesión que requiriera manejo en cuidado intensivo o tratamiento quirúrgico, en este tipo de cuadro se continua el seguimiento y el manejo es médico, no hay un medicamento que cambie el proceso médico, no hay dudas o lesiones no claras que indiquen realizar otros estudios como electroencefalograma o resonancia cerebral, la evolución en piso de la paciente es acorde con una cirugía nasal que es cruento general malestar, el taponamiento nasal que da obstrucción al respirar, algunos paciente tienen angustia y ansiedad, los médicos hacen las recomendaciones adecuadas y el seguimiento por enfermería y terapia respiratorio es el indicado, se realizaron procedimiento y terapias respiratorias para mejorar el malestar en la respiración y obstrucción. El paro cardio respiratorio fue en eventos súbito no esperado, la paciente no presento síntomas o signos con anterioridad que pudieran prever o prevenir.

Con base en ello, no había indicación alguna de haber realizado otro examen, ni mucho menos una resonancia magnética, pues la sola existencia de un examen no significa que el mismo deba practicarse, pues para ello se requiere una indicación clínica, que en este caso no tenía. Explicó el Dr. Aristizábal en la audiencia de contradicción lo siguiente: (33:57) *“Preguntado: Pero usted dice que la resonancia no se practicó. Responde (33:59) “No, la resonancia no se practicó a la paciente porque, si usted mira, los tiempos son cortos, se hace eso, se le hizo el TAC no hay lesión estructural, si yo no tengo lesión estructural, no le pido resonancia, o sea no tengo por qué pedirle resonancia”.*

Por su parte el Dr. Robayo indicó en su declaración que *“(52:25) no se pide un TAC cada 6 horas, si tienes un TAC de hace menos de un día, los cambios que pueden ocurrir de ese TAC no son, o sea no puedo yo pedir una hora después venga hagamos este TAC otra vez, no, y los exámenes los pide uno dependiendo de lo que esté viendo, supongamos, si yo hubiera visto que la paciente se deteriora en forma, se queda inconsciente o neurológicamente se desvirola, que yo la llamo y no me responde o no se mueve, claro, ahí sí, acá pasó algo porque estaba completamente normal, ahí sí cabría, algo pasó, toca pedirle un nuevo TAC o una resonancia o alguna cosa, pero si la paciente sigue completamente normal, yo no tengo porque hacerle otro examen de esos, no tengo de donde decirme para decir que quiero otro TAC (...)”*

El Dr. Hernando Cifuentes, especialista en neurocirugía, señaló lo siguiente: *“(45:41) “Por qué ese (la Tomografía Axial Computarizada de cráneo) es el examen de elección para este caso específico” (45:43) “Porque uno descarta, el estudio de elección de estos pacientes es el TAC. Qué es lo que va a ver en el TAC que no puede ver en la resonancia, es el sangrado agudo. Cuando uno tiene un sangrado agudo, lo que se lo demuestra a uno es la tomografía (...). O sea que, si ella hubiese tenido un trauma quirúrgico dentro, intracraneano, el estudio de elección es el TAC que nos demuestra que hay un sangrado activo o agudo, NO se manda a una resonancia (...)”*

En el mismo sentido, se trata de un examen que no era adecuado realizar en el contexto de la paciente, como explicó el Dr. Pernet en su declaración, quien señaló que *“(58:10) “La resonancia es un examen que demora en promedio 40 minutos, encerrado en un aparato, que hace un ruido ensordecedor y un paciente agitado es imposible, meterlo a resonancia. Tocaría volverlo a sedar y volverlo a dormir. El TAC es mucho más rápido. Es que la medicina no es sencilla, uno a veces tiene que escoger el examen que es más rápido, menos riesgoso para el paciente que le puede brindar una información, el mejor (...) en ciertas condiciones no es lo más fácil de hacer”*

Resulta de gran importancia la declaración del Dr. Diego Leonardo Pineda, médico especialista en radiología y subespecialista en neuroradiología quien realizó el concepto técnico que se aportó con la contestación de la demanda, quien señaló en su declaración lo siguiente: *“(54:20) “Para la indicación de evaluación aguda del paciente, el estudio es negativo para lesiones de alto riesgo, es decir, masas o hemorragias, es lo que se puede detectar en los estudios tomográficos para ese fin, para el fin de una evaluación neurológica aguda, en contexto de un paciente con sospecha de trauma”*

Doctor, en ese examen se estableció, ¿se pudo ver alguna lesión de índole de alguna laceración cerebral? (55:04) Responde: *“Directamente, no, no hay. (...) (1:03) ¿Usted considera doctor que este examen ordenado por los médicos cuando la paciente ingresó a la clínica era un examen apropiado conforme a las condiciones de ingreso de la paciente? Responde (1:03) “Absolutamente que sí, para un paciente con un deterioro neurológico agudo, el primer examen o el examen de elección es la tomografía computada, básicamente por tres razones: la primera razón es la disponibilidad, es decir, todo hospital tiene un tomógrafo disponible, segundo, la velocidad de adquisición, un scan de cerebro puede durar 12 segundos, y tercero, la facilidad de interpretación, es decir, las lesiones en tomografía computada cuando son graves, cuando son severas o tienen implicación neuroquirúrgica o cuando tienen indicación de conducta, son muy evidentes, entonces esas tres razones la hacen el método de elección (...)”*

(1:05) Usted considera que era menester después de este hallazgo de la paciente, como medida de control alguno, practicarle otra tomografía u otro examen más especializado. Responde (1:06) “Eso depende mucho del criterio del médico tratante (...) podría ser necesario si hubo o si existió un deterioro clínico evidente, pero un primer estudio negativo de tecnología computada, digamos la posibilidad de que se considere un empeoramiento de una circunstancia crítica es baja, o sea tendría que ser muy dependiente de la clínica, tendría que haber una clínica de deterioro neurológico muy obvia, es decir un déficit focal, una alteración pupilar, un deterioro de conciencia, esas serían las indicaciones del examen de un estudio tomográfico (...)”

Con base en lo anterior, quedó demostrado que no había criterio alguno para haber solicitado hasta ese momento, un nuevo examen imagenológico, ni se había presentado un deterioro neurológico o clínico que ameritara la realización, ni de una nueva TAC ni de una resonancia magnética.

En cuanto al segundo punto, de la existencia de presuntos exámenes neuropsicológicos para diagnosticar lesiones del lóbulo frontal, debemos señalar que, si bien se trata de afirmaciones del apoderado con base en textos aportados que no tienen relación con las circunstancias particulares de la paciente Serrano Macías, son pruebas neuropsicológicas que se realizan en un entorno diferente, y ante la sospecha de una lesión del lóbulo frontal.

Nuevamente el apoderado parte de un resultado posteriormente conocido, sin que exista una sola prueba que indique que en el caso de Viviana Serrano estaba indicada la realización de esos supuestos exámenes durante la atención médica suministrada en Clínica del Country, ni mucho menos que sean estudios que se realicen en un postoperatorio. Se trata de aseveraciones que se quedan sin soporte probatorio, y que van en contravía de las pruebas técnicas que fueron oportunamente realizadas en la etapa procesal correspondiente.

El tercer punto, ya ha sido analizado de manera previa, pues la atención interdisciplinaria y el manejo por parte de psiquiatría, antes que considerarse como una “categorización” de la paciente, lo que demuestra es una atención integral, continuándose la observación y seguimiento de Viviana Serrano Macías, hasta su imprevisible y súbito fallecimiento.

No existe entonces argumento alguno para considerar – como acertadamente lo concluyó la sentencia de primera instancia – que hubo un error diagnóstico o una inadecuada atención por parte del equipo en salud de Clínica del Country, pues por el contrario, se probó con suficiencia que el cuadro clínico fue completamente bizarro, brindándose una atención adecuada y coherente por parte del grupo interdisciplinario, a pesar de lo cual, no fue posible predecir o evitar el evento súbito presentado por la paciente.

Frente al error diagnóstico ha indicado la Corte Suprema de Justicia lo siguiente:

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

Trátase, ciertamente, de una tarea compleja, en la que el médico debe afrontar distintas dificultades, como las derivadas de la diversidad o similitud de síntomas y patologías, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios, sin olvidar las políticas de gasto adoptadas por los órganos administradores del servicio. Así por ejemplo,

la variedad de procesos patológicos y de síntomas (análogos, comunes o insólitos), difíciles de interpretar, pueden comportar varias impresiones diagnósticas que se presentan como posibles, circunstancias que, sin duda, complican la labor del médico, motivo por el cual para efectos de establecer su culpabilidad se impone evaluar, en cada caso concreto, si aquel agotó los procedimientos que la *lex artis ad hoc* recomienda para acertar en él.

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

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

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

En todo caso, y esto hay que subrayarlo, ese error debe juzgarse ex ante, es decir, atendiendo las circunstancias que en su momento afrontó el médico, pues es lógico que superadas las dificultades y miradas las cosas retrospectivamente en función de un resultado ya conocido, parezca fácil haber emitido un acertado diagnóstico."² (Resaltado nuestro)

En el caso que nos ocupa, no existió por parte del equipo en salud de ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S. un error diagnóstico, toda vez que ante los síntomas de aparición súbita, los profesionales consideraron múltiples posibilidades, teniendo en cuenta el cuadro inespecífico, los resultados de las imágenes y de los exámenes paraclínicos y clínicos realizados a la paciente Viviana Serrano Macías, por parte de diversos especialistas en diferentes momentos de su atención, en total consonancia con la *lex artis ad hoc*.

² Sentencia Corte Suprema de Justicia del 26 de noviembre 2010. Ref.: Expediente No. 11001 3103 013 1999 08667 01. MP: Pedro Octavio Munar Cadena

Consideramos que estos argumentos son suficientes para desvirtuar las críticas efectuadas a la providencia de primera instancia, que contrario a lo afirmado por el apelante, realizó un análisis integral y adecuado del acervo probatorio.

En el punto “V. *Incongruencia entre la supuesta previsibilidad de la laceración del lóbulo frontal como consecuencia de una cirugía en la base del cráneo, y la supuesta falta de la claridad en la determinación de la lesión*” reitera el apoderado sus argumentos indicando que *“En síntesis, probado quedó en este proceso, que, la laceración del lóbulo frontal como consecuencia de una cirugía en la base del cráneo, no fue un hecho previsto por el cirujano y que siempre existió claridad en la afectación adversa que sufrió la paciente como consecuencia de un error en el procedimiento quirúrgico, que podía haberse intervenido quirúrgicamente para evitar el terrible desenlace que sufrió, pero en la clínica a la cual fue trasladada ni siquiera contó con un diagnóstico, mucho menos tratamiento adecuado.”*

No existe una sola prueba que sustente dichas aseveraciones, pues desconocemos cuál es la supuesta intervención quirúrgica *“para evitar el terrible desenlace que sufrió”*, ni con base en qué elemento probatorio se realiza semejante afirmación.

Por el contrario, quedó demostrado que, aunque no existían elementos para sospechar de una lesión cerebral – pues la TAC de cráneo no tenía anormalidades, ni tampoco hubo un deterioro neurológico, signos de focalización o deterioro cognitivo que condujeran a ese diagnóstico – en caso de haberse considerado su ocurrencia, el manejo médico era el mismo que fue brindado a la paciente Viviana Serrano Macías, es decir la observación del paciente y su seguimiento.

En efecto, el doctor Jorge Humberto Aristizábal, perito experto en neurocirugía indicó: *“(1:17) “Si los doctores le hubieran hecho la resonancia, especulemos acá pues, que eso no es bueno, si los doctores le hubieran hecho una resonancia y ven esa lesión, el tratamiento es el mismo, o sea, va a observación, miremos que no haga fistula, miremos que no haga meningitis. Eso fue lo que ellos hicieron y en la historia es claro que siempre están detrás de eso. Entonces, yo pienso que enredarme ahí, yo le digo frontalizado, entonces debería estar inhibida y ella no estaba inhibida, entonces miremos otras cosas. Estaba taponada, estaba inmovilizada, tenía un postoperatorio con una evolución que no era la esperada, son muchas cosas y bueno, lo presentó y lo hizo (...) Es meterse uno a andar en algo que no cambian las cosas (...).”*

También con total contundencia, concluyó el perito lo siguiente: *“Considera usted, teniendo en cuenta su amplia experiencia profesional, que la atención brindada a la paciente Viviana Serrano se ajustó a los dictados de la ciencia médica para ese momento Responde (1:48) Si, creo que fue como se debe actuar.”*

Por lo anterior, consideramos respetuosamente que no existe sustento fáctico ni probatorio que justifique modificar la decisión de primera instancia.

En el quinto punto, denominado “VI. *Frente a la tacha de testigos*” debemos señalar que el Despacho expresamente dejó constancia en cada una de las declaraciones de los vínculos existentes entre algunos de los profesionales con las instituciones hospitalarias, sin que ello sea razón para dejar sin valor sus declaraciones, sino únicamente para valorar de manera más exhaustiva sus declaraciones.

En efecto, todos los testimonios son coincidentes, y se correlacionan con lo que se encuentra consignado en la historia clínica, por lo que ninguna sospecha puede derivarse de sus declaraciones. Adicionalmente, sus conclusiones coinciden con los peritos expertos en neurocirugía y en otorrinolaringología, lo que permitió al Despacho de conocimiento, dotarles de mérito probatorio.

Dicho lo anterior, no existe ningún tipo de reparo respecto del contenido de las declaraciones, ni las razones por las cuales consideró el apelante que existía una discordancia entre sus conclusiones y el restante acervo probatorio, por lo que no encontramos razones para acceder a modificar la sentencia apelada.

El último punto denominado “VII. La sentencia acogió en su decisión medios de prueba que no habían sido previamente decretados en la litis” se fundamenta en la utilización de literatura médica para poder aclarar por parte del Despacho términos médicos, lo cual no es motivo de reproche, como lo ha señalado de manera reiterada la Corte Suprema de Justicia.

En este asunto, es evidente que la sentencia se fundó en los medios probatorios recaudados dentro de la etapa procesal correspondiente, utilizando la literatura médica para la clarificación de conceptos, descartando con ello el reproche efectuado por el apoderado.

Al respecto ha señalado la Corte Suprema de Justicia lo siguiente:

“Es cierto que el sentenciador recurrió a “literatura” proveniente de páginas web con contenidos médicos, y el recurrente cuestionó, en particular, una fuente a la que calificó de peligrosa, toda vez que permite a “cualquier persona” realizar publicaciones sin rigor alguno, pero contrario a la atestación del impugnante, el ad quem no derivó de ella “conclusiones aparentemente científicas”, sino que empleó algunos datos alojados en esa plataforma para definir conceptos que, por ser propios de la medicina, no son del conocimiento de los profanos a la materia, y en ello no se advierte irregularidad. De ningún modo derivó de tales alusiones, inferencias o juicios de valor en torno a la responsabilidad atribuida a la demandada, su falta de demostración o la inexistencia de dicha fuente obligacional, de ahí que su utilización no comporta una equivocación reprochable ante esta sede que, de configurarse, se debió refutar por la vía del error de derecho.

*Por consiguiente, la labor desplegada por el sentenciador al valorar los medios probatorios permanece inalterada frente a los planteamientos valorativos del impugnante que, adicionalmente, deja sin ataque fundamentos basilares de la decisión, los cuales también dieron lugar a la desestimación del recurso de alzada y, por ende, a la negativa de las pretensiones de la demanda, como que la infección intrahospitalaria por la bacteria *Klebsiella pneumoniae* fue adquirida en el mes de septiembre de 2006, época para la cual ya se había producido y consolidado el daño neurológico.”³*

Respecto del análisis posterior que realiza el recurrente luego de su sustentación, desde la página 17 a la 22 del escrito, no hace referencia a ningún reparo o crítica contra la sentencia de primera instancia, sino que analiza los daños alegados por los demandantes aspecto que ante la improsperidad de las pretensiones no debía ser analizado por el Juez de instancia.

Respetuosamente consideramos, como conclusión del análisis realizado, que no existen elementos para acceder a la modificación de la sentencia apelada, pues la misma se ajustó por completo no sólo al acervo probatorio, sino a lo indicado por la ley y la Jurisprudencia para la decisión de la litis.

PETICIÓN

Teniendo en cuenta las consideraciones expuestas de manera precedente, solicitamos respetuosamente a la Corporación, confirmar la sentencia de primera instancia, por cuanto

³ Sentencia del 26 de agosto de 2021. Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil. Magistrada Ponente Hilda González Neira SC3729-2021 Radicación n.º 11001-31-03-033-2012-00392-01

las pruebas analizadas en su conjunto demostraron, sin lugar a duda, que la atención médica suministrada por **ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S.** se ajustó en todo momento a los dictados de la ciencia médica aplicables al caso concreto, sin desviaciones u omisiones culposas que den origen a una obligación resarcitoria.

De los Honorables Magistrados,



ADRIANA GARCÍA GAMA
C.C. No. 52.867.487 de Bogotá
T.P. No. 144.727 del C. S. de la J.
adriana@garciagama.com