

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: Solicitud de adición de la sentencia de segunda instancia.

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 elevar solicitud de adición de la sentencia de segunda instancia en los siguientes términos:

OPORTUNIDAD PARA LA PRESENTACIÓN DEL ESCRITO

La providencia que es objeto de la solicitud de adición fue proferida el 27 de noviembre de 2024 y notificada mediante estado electrónico número 215 del 29 del mismo mes y año. Por lo tanto, la presentación de la mencionada solicitud a la fecha es oportuna en los términos del artículo 287 del Código General del Proceso, norma con fundamento en la cual se formula.

FUNDAMENTOS DE LA SOLICITUD

1. En la contestación de la demanda presentada por mi representada, se formuló la excepción denominada "*Cuarta: inexistencia de nexo causal – El daño no es imputable a la actuación de Administradora Country SAS*", sustentada en que el lamentable fallecimiento de la señora Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.) tuvo su origen en un cuadro clínico imprevisible e incontenible, cuyas consecuencias se presentaron a pesar de la actuación ajustada a las guías y protocolos aplicables.
2. Sin embargo, la sentencia de segunda instancia proferida el 27 de noviembre de 2024 no desarrolló un análisis suficiente sobre tal excepción oportunamente alegada. El fallo únicamente menciona que existe un nexo causal entre la ausencia de diagnóstico oportuno y el fallecimiento de la paciente, afirmando lo siguiente:

“Por todo lo anterior, resulta claro el nexo causal existente entre la ausencia de diagnóstico que condujo a la falta de tratamiento oportuno para abordar la laceración cerebral y la ocurrencia del deceso de Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.), pues lo cierto es que no se utilizaron los medios idóneos para obtener aquél, habiéndose incurrido en negligencia en la valoración de los síntomas por esta presentados”.

3. Esta afirmación omite un análisis específico de cómo la realización de un examen adicional hubiera evitado el deceso de la paciente o, concretamente de qué manera los exámenes adicionales alegados hubieran modificado el tratamiento ya brindado a la paciente por parte de la institución que represento.

4. En ese sentido, la Corte Suprema de Justicia ha señalado que:

“La incongruencia se configura (...) cuando no existe un pronunciamiento concreto sobre las ‘excepciones de mérito’ expuestas en tiempo”¹

Por lo anterior, en la sentencia de segunda instancia debió haber un pronunciamiento expreso y concreto sobre la excepción de mérito de *“inexistencia de nexo causal”*, formulada oportunamente por mi representada.

5. Por medio de las pruebas que obran en el expediente, quedó demostrado que:
 - A la paciente se le realizaron múltiples exámenes diagnósticos, incluyendo un TAC cerebral simple, una radiografía de tórax y exámenes de laboratorio, cuyos resultados no arrojaron anormalidades.
 - El manejo médico brindado, consistente en observación y seguimiento, fue el adecuado según los protocolos médicos vigentes.
 - No existían elementos clínicos para sospechar de una lesión cerebral debido a que el TAC de cráneo no mostró signos de hemorragia intracerebral ni otras anormalidades, y tampoco hubo deterioro neurológico o signos de focalización.
 - Así mismo 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)
 - Con base en esto se DESCARTÓ desde el punto de vista de neuropatología que la paciente Viviana Serrano Macías hubiese presentado una hemorragia, colección, infecciones o hipertensión endocraneana como lo indicó el perito de la parte actora sin sustento científico, y fue explicado en detalle por el Dr. Jorge Humberto Aristizábal, él si experto en neurocirugía y patologías cerebrales.
 - Inclusive, el dictamen pericial aportado por la parte que represento señaló:

¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2660 de 2020.

14. ¿Considera previsible o prevenible, con base en los hallazgos de los exámenes y valoraciones médicas realizadas a la paciente en la Clínica del Country, el paro cardiorrespiratorio que presentó la paciente a las 03+55 del 27 de febrero de 2011?

El evento súbito de la paciente no es previsible o prevenible dado que los signos vitales eran estables, la paciente estaba inquieta, se había iniciado medidas para mejorar la respiración.

Al hacer seguimiento a las notas médicas, de enfermería y de terapia respiratoria la paciente desde su ingreso, el manejo en la unidad de cuidados intensivos, posteriormente el traslado la piso y el seguimiento en piso, observo:

- a. La paciente en los registros en la historia clínica no presenta desaturación de oxígeno.
- b. La frecuencia cardiaca y respiratoria están en parámetros normales.
- c. Ocasionalmente presenta tensión arterial en el límite inferior, sin verse respuesta hemodinámica de anormalidad como taquicardia.
- d. La placa de tórax no muestra anormalidad que ponga en alerta de un edema pulmonar.
- e. La paciente durante la hospitalización siempre se mostró **molesta, inquieta y agitada por el taponamiento nasal**, hasta el punto de retirarse algunos elementos.
- f. Con medidas generales de terapia, nebulizaciones la paciente tendía a estar más tranquila, y descansar, alertándose adecuadamente al llamado por parte del personal médico y paramédico.
- g. No hay datos de falla ventilatoria en el seguimiento de la paciente, a pesar de haber sido establecidos como diagnostico al ingreso.

*** DIAGNOSTICOS**

- Insuficiencia pulmonar aguda consecutiva a cirugía extratoracica - (J952) (J952)

MONITOREO HEMODINÁMICO														
HORA	PA	PR	FC	FR	PO ₂	PO ₁	PO ₂	PO ₁	PO ₂	PO ₁	PO ₂	PO ₁	PO ₂	PO ₁
20:30	100/60	72	81	16	98	105	98	105	98	105	98	105	98	105
21:00	100/60	72	81	16	98	105	98	105	98	105	98	105	98	105
22:00	100/60	72	81	16	98	105	98	105	98	105	98	105	98	105
23:00	100/60	72	81	16	98	105	98	105	98	105	98	105	98	105
24:00	100/60	72	81	16	98	105	98	105	98	105	98	105	98	105
01:00	100/60	72	81	16	98	105	98	105	98	105	98	105	98	105
02:00	100/60	72	81	16	98	105	98	105	98	105	98	105	98	105
03:00	100/60	72	81	16	98	105	98	105	98	105	98	105	98	105
04:00	100/60	72	81	16	98	105	98	105	98	105	98	105	98	105
05:00	100/60	72	81	16	98	105	98	105	98	105	98	105	98	105
06:00	100/60	72	81	16	98	105	98	105	98	105	98	105	98	105
07:00	100/60	72	81	16	98	105	98	105	98	105	98	105	98	105

Seguimiento de los signos vitales desde el ingreso

A continuación, adiciono el monitoreo neurológico mediante la escala de Glasgow, medida útil para ver la evolución neurológica de un paciente, en ella se valora apertura parpebral, respuesta verbal y respuesta motora.

MONITOREO NEUROLÓGICO													
GLASGOW	HORA	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07	08
APERTURA DE OJOS													
NO RESPONDE	1												
AL BOLSO	2												
A LA ORDEN VERBAL	3	1	1	1	2	1	1	1	4	2	2		
ESPONTÁNEAMENTE	4												
DEFINIDAMENTE	5												
RESPUESTA MOTORA													
NO RESPONDE	1												
DESCOORDINA	2												
DECOORDINA	3	2	4	4	4	4	5	5	4	5	5		
RETIRA CON FLEXIÓN	4												
LOCALIZA DOLOR	5												
A LA ORDEN VERBAL	6												
RESPUESTA VERBAL													
NO RESPONDE	1												
INCOMPRESIBLE	2												
INCOHERENTE	3												
DESORIENTADO	4	1	1	1	1	1	1	1	4	2	2		
ORIENTADO Y COHERENTE	5												
TIPO ENOTRÁGICO = 10													
TIPO ENOTRÁGICO = 7													
TOTAL	15	6	6	6	6	6	7	7	9	12	14		
NOTAS													
PUPILA DERECHA													
PUPILA IZQUIERDA													
PC													
PPG = PPG - PPG													
ORIENTACIÓN (OR)													
ACUMULADO													

En conclusión, revisando las evoluciones desde el ingreso y anotación de los signos vitales, las notas médicas, de enfermería, las valoraciones y seguimiento por terapia respiratoria, no veo datos que indiquen previsible o prevenible un paro cardio respiratorio.

Al revisar las vea que fueron muy insistentes en dar bienestar al paciente, en especial en la molestia para respirar; a continuación, anexo una parte de la historia clínica en la cual el especialista es muy prudente con el manejo establecido y anota el estado especial de la paciente.

* CONCEPTO Y PLAN DE TRATAMIENTO	
-Subjetivo:	Frecuencia Cardíaca (1/minuto)(82) - Escala de Dolor(0) - Presión Arterial Diastólica (mmHg)(60) - Temperatura (°C)(37.5) - Calcio(1.06) - Presión Arterial Sistólica (mmHg)(100) - Frecuencia Respiratoria (1/minuto)(20) - FIO2(0.4) - Hemoglobina(9.6) - PaO2(78) - Lactato(1.1) - Potasio(4.4) - Base Exceso Arterial(-5.7) - SaO2 (Fracción)(0.96) - Sodio(139) - Ph Arterial(7.43) - HCO3 Arterial(18.6) - TCO2 arterial(19.5) - PaCO2 (28) - Hematocrito(31) - Saturación de Oxígeno (%) (96) - FIO2 (0.4) - Total Escala de Glasgow(13) - Litros por minuto(5) - 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 este 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 disminuir molestias. Parece haber hecho parkinsonismo medicamentoso marcado en la clínica donde la operaron.
-Plan de tratamiento:	Se habla con la flia se le explico inconvenientes de sedarla, que era preferible acompañarla aunque se agitada y que se le iba a hacer t. respiratoria para que estuviera mas cómoda y se pide que haya alguien responsable acompañandola y la flia escoge al hermano.
Destino:	Hospitalización Tratamiento Adulto

15. ¿Había razones o señales que pudieran haber alertado de un desenlace fatal en este caso al equipo interdisciplinario involucrado en su atención?

No hay razones o señales que pudieran haber alertado de un desenlace fatal.

En la práctica clínica diaria uno siempre está atento al deterioro clínico progresivo, sistémico, hemodinámico, respiratorio y neurológico, es poco frecuente que un paciente presente un cuadro súbito, nosotros vemos este deterioro progresivo y tenemos opción de hacer manejo, trasladar el paciente a la unidad. La paciente al ser valorada en la madrugada por terapia respiratoria, la terapeuta anota encontrarla más tranquila y descansando, pero la paciente se alerta con facilidad en valoraciones previas al paro (ver notas de enfermería).

TERAPIA RESPIRATORIA: FECHA: 27/feb/11 02:42 - UBICACION : KRA 16 - 6° SEXTO PISO ALA ORIENTAL	
FEB/27/11 2+30 N°5 PACIENTE CONOCIDA LA ENCUENTRO DORMIDA, CON DIAGNOSTICOS REGISTRADOS , SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL MOMENTO CON SOPORTE DE OXIGENO POR MASACARA SIMPLE A 5LPM, AL EXAMEN FISICO NO PRESENTA CAMBIOS IMPORTANTES, A LA AUSCULTACION CON ESCASA MOVILIZACION DE SECRECIONES EN VIA AEREA SUPERIOR, Y OCASIONALES RONCUS BILATERALES COMO TRATAMIENTO CON EL OBJETIVO DE AYUDAR A	
Paciente: VIVIANA SERRANO MACIAS 26 Años - Sexo FEMENINO - ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. ** MEDICAL CLASS **	No. Historia: CEDULA 52996296
DISMINUIR EDEMA DE LA VIA AEREA POR MEDIO DE LA ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO SE EXPLICA PROCEDIMIENTO Y EFECTOS SECUNDARIOS DADOS POR RESEQUEZAD OROFARINGEA SE REALIZA NEBULIZACION CON 2 CC SSN + 1 RASPULA DE PULMICORT PROCEDIMIENTO TOLERADO DEJO PACIENTE ESTABLE DEJO CON IGUAL SOPORTE DE OXIGENO A LA AUSCULTACION POSTERIRO SIN CAMBIOS SE CUMPLE EL OBJETIVO	
INGRID SHIRLEY PEÑALOZA VASQUEZ C.C.: 52520402 Terapia Respiratoria	

Nota de terapia respiratoria 1 hora antes del paro

19. ¿Con base en la necropsia y sus complementos, considera que era previsible el fallecimiento de la paciente Viviana Serrano Macías para el equipo en salud de la Clínica del Country?

No considero previsible el fallecimiento de la paciente Viviana Serrano Macías.

La lesión frontobasal anotada en la necropsia no es causa de mortalidad, dado que la lesión es focal, no hay lesiones asociadas como hematomas cerebrales extensos, isquémicas que generen hernias cerebrales, compresión del tallo cerebral, cuadros de hipertensión intracraneana, como causa de paro respiratorio o cardio respiratorio.

La paciente no presentaba una falla ventilatoria según los reportes clínicos de los médicos, enfermería y terapia respiratoria, la paciente se durmió y fue encontrada en paro 1 hora después como se anota en la historia clínica. En la última valoración no había datos que indicaran un proceso inminente que llevara a la muerte.

Para que un paciente con lesión cerebral muera de esta forma se requiere que presente un compromiso del tallo cerebral o una lesión hemisférica grande, este tipo de lesiones genera que el cerebro pase a un compartimiento distinto al que esta y genera compresión de estructuras vasculares y el tallo cerebral, condición que no se encuentra en la paciente.

La necropsia muestra que el piso de la fosa anterior fue roto durante la cirugía de forma no advertida y se generó una lesión frontobasal pequeña, visible solo en la necropsia y no en la TAC de cráneo realizada a la paciente, no hay deterioro neurológico progresivo, alteración de conciencia o focalización neurológica como síntoma inicial, no hay evidencia de alteraciones hemodinámicas, lo cual hace pensar que el episodio que llevo a la muerte de la paciente fue súbito,

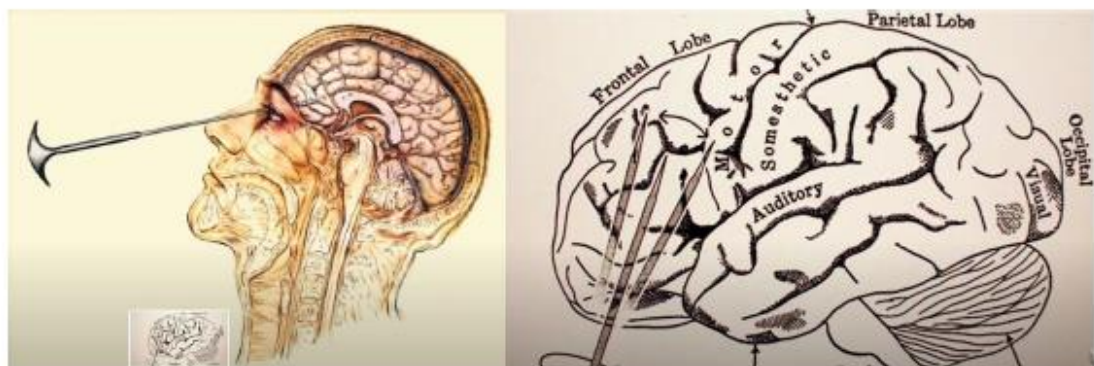
21. ¿Se considera, con base en sus conocimientos y experiencia profesional, un evento infrecuente y de difícil diagnóstico? Favor explique su respuesta.

La mortalidad en cirugía nasal habitual es muy rara y baja, menos del 1% en las diferentes series (0,4 a 1%) en presencia de complicaciones mayores advertidas en el procedimiento y catalogadas como complejas, las presentadas están relacionadas con lesiones vasculares extensas intracraneanas hemorrágicas o isquémicas, cuando se describen estos casos son lesiones que se logran ver en las imágenes y en especial la escanografía cerebral que es el examen de elección. Las lesiones frontobasales son reportadas en las diferentes series como una complicación poco frecuente relacionadas con este tipo de cirugías, rara vez terminan en mortalidad (la mayoría de las series no reportan mortalidad peri operatoria), entre las complicaciones con ingreso a la cavidad craneana la más frecuente la fistula de líquido cefalorraquídeo (salida de líquido por la nariz, continuo y persistente) o tardíamente la meningitis y los abscesos cerebrales, que presentan un síndrome febril y signos meníngeo, los pacientes hacen respuesta inflamatoria sistémica.

22. ¿Una lesión como la descrita en la necropsia explica la muerte súbita de la paciente?

No la explica. La lesión era pequeña, no asociada a hemorragia extensa o infarto que generara hernia cerebral o desviación de la línea media.

En la historia de la medicina, en la década de los 60 y 70, se realizaban lesiones frontobasales para trastornos psiquiátricos, alcoholismo y farmacodependencia, este procedimiento se realizaba con una pica hielo y con anestesia local, duraba 6 minutos, y se introducía este elemento en el lóbulo frontal y se generaba una lesión (ver grafica) con la cual el paciente mejoraba, solo tenían complicaciones y mortalidad si se presentaban hemorragias o infartos extensos. Esta práctica no se usa desde la década de 1970.



Cirugías realizadas por el Dr. Walter Freeman el siglo pasado, lobotomías frontales transorbitarias, realizo más de 2.500 procedimientos en paciente psiquiátrico y otras patologías, en 6 minutos y sin anestesia (esto ya no se usa)

24. Con base en sus conocimientos y experiencia profesional, puede atribuirse el fallecimiento de la paciente a la atención brindada por el equipo en salud de la Clínica del Country. Favor explique su respuesta.

Nosotros con frecuencia realizamos cirugía de base de cráneo en conjunto con otorrinolaringología, el manejo fue el indicado y el seguimiento ante una complicación como la presentada por la paciente está acorde con la práctica clínica, si la tomografía axial no muestra una lesión intracraneana.

6. En consecuencia, no es claro en la sentencia de segunda instancia cómo la realización de exámenes adicionales habría modificado el tratamiento médico o evitado el desenlace fatal, lo que impacta directamente en el análisis de la relación de causalidad entre la actuación de mi representada y el fallecimiento de la paciente.

SOLICITUD

Por las razones anteriormente expuestas, respetuosamente solicito que la sentencia proferida el día 27 de noviembre de 2024 sea adicionada en el sentido de pronunciarse sobre la totalidad de las excepciones de mérito formuladas oportunamente.

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