

FALLA DEL SERVICIO MEDICO QUIRURGICO - Menor / FALLA DEL SERVICIO MEDICO - Intervención quirúrgica. Valoración previa / INTERVENCION QUIRURGICA - Valoración previa. Falla del servicio

Del contenido del material probatorio la Sala encuentra acreditada la falla del servicio, consistente en exponer apresuradamente a un paciente de 16 años que cayó de un tercer piso, a un procedimiento quirúrgico no prioritario, 11 horas después de su ingreso, sin tener en cuenta que el paciente presentaba trauma craneoencefálico leve, contusión en la región frontal con excoriación y hematoma, edema y equimosis. Sorprende a la Sala que un paciente con las características anotadas, previo a decidir sobre la cirugía, no hubiera sido valorado por neurocirugía - cuando había sido ordenado - y no se le hubiera tomado un TAC, con el fin de descartar los riesgos y las complicaciones, así como una hemorragia o edema en el cerebro, toda vez que el trauma craneoencefálico es una de las causas del paro cardiorrespiratorio. (...) El estudio médico advierte que, cualquiera que sea la clasificación y el procedimiento a seguir, la hemorragia intracraneal no aparece en la radiografía simple de cráneo y, por lo tanto, no puede ser descartada. Estos pacientes deben permanecer en observación durante mínimo 6 horas y en valoración neuroradiológica; para constatar hemorragias, debe practicarse un TAC y, si los resultados muestran lesión intracraneal deben ser remitidos a neurocirugía; en caso contrario, puede darse de alta hospitalaria al paciente. Con fundamento en las pruebas obrantes en el proceso, es dable concluir que antes de realizar el procedimiento quirúrgico, los médicos debieron practicar el TAC cerebral al menor Rodríguez, con el fin de descartar una hemorragia intracraneal y una fractura de cráneo, que finalmente fue confirmada, cuando ya era demasiado tarde. Consultados varios estudios médicos, existe certeza sobre las causas que pueden provocar un paro cardiorrespiratorio, consistente en la interrupción repentina y simultánea de la respiración y el funcionamiento del corazón, y que son, entre otras, el traumatismo craneoencefálico y hemorragias severas. Lo anterior, conduce a la Sala a concluir que la decisión apresurada de exponer al menor a una cirugía menor, sin que previamente se le hubiera realizado la valoración neuroquirúrgica y la práctica del TAC cerebral, fue la causa adecuada del daño que padeció el menor Rodríguez.

RESPONSABILIDAD MEDICA - Relación de causalidad. Indicios / RELACION DE CAUSALIDAD - Responsabilidad médica. Indicios / INDICIOS - Relación de causalidad. Responsabilidad médica

A pesar de que la relación de causalidad en materia médica es compleja en consideración a los asuntos científicos y técnicos que rodean el asunto, así como la carencia de medios probatorios directos, la Sala encuentra acreditado el nexo de causalidad en este caso con fundamento en que existen indicios que brindan un grado suficiente de certeza, sobre la falla médica que produjo el daño. En efecto, la exposición del paciente a una cirugía que no comprometía su vida y que podía esperar, y la aplicación de anestesia sin una previa y completa evaluación de su estado neurológico, causaron un daño previsible y evitable, toda vez que fue dicho procedimiento el desencadenante de la lesión que lo condujo a la muerte.

CONSENTIMIENTO INFORMADO - Menor / CONSENTIMIENTO INFORMADO - Características

Cabe agregar que no se surtió el trámite del consentimiento informado cuando se decidió intervenir quirúrgicamente al menor Rodríguez de forma apresurada. El único documento que obra dentro del expediente es la autorización de servicios suscrita por el padre del menor, en relación con todos los servicios médicos, de

laboratorio y quirúrgicos que pudieran requerirse. Para la Sala, el anterior documento no contiene una autorización debidamente informada de los padres del paciente, pues no se les advierte sobre las particularidades del procedimiento quirúrgico, los riesgos del mismo, ni las posibles secuelas que podrían sobrevenir, máxime cuando se trataba de una cirugía que podía esperar. Sobre la obligatoriedad de informar de manera oportuna y diligente al paciente, la Sala ha explicado que solamente se exceptúa al médico de dicho deber en los casos de urgencia o emergencia, especialmente cuando el paciente está inconsciente o en peligro de muerte. Por lo tanto, por regla general, los médicos están obligados a obtener la autorización para toda terapia, excepto cuando las particularidades del caso lo impliquen y, en esos eventos, deben probar la necesidad de esa omisión, cosa que no sucedió en este caso. Nota de Relatoría: Ver Sentencia del 3 de mayo de 2007. Exp: 16.098. Actor: Emilse Josefina Salom Herrera. Consejero Ponente: Dr. Enrique Gil Botero
FF: SENTENCIA T-477 DE 1995 PROFERIDA POR LA CORTE CONSTITUCIONAL.

PERJUICIOS MORALES - Muerte de pariente / PERJUICIOS MORALES - Abuela / PERJUICIO MORAL - Estado vegetativo / PERJUICIO MORAL - independencia. Estado vegetativo. Muerte

La Sala habrá de reconocer los topes máximos acogidos por la jurisprudencia para los parientes cercanos en casos de muerte, en consideración a que, como se ha expuesto en reiteradas providencias, el deceso de un ser querido produce un sufrimiento muy intenso. También se accederá a la indemnización por este tipo de perjuicio, por el estado de coma en que quedó el joven. Procede igualmente señalar que habrá de reconocerse como damnificada a la señora Mendivelso Valcarcel, respecto de quien se invocó la condición de abuela del joven Rodríguez, porque si bien no se probó este parentesco mediante la aportación del correspondiente registro o certificado, las referidas declaraciones de vecinos y amigos la señalan claramente como una persona que vivía con la familia Rodríguez, que sufrió inmensamente por la muerte del joven. Para establecer el valor de la indemnización a reconocer a título de perjuicios morales, la Sala tendrá en cuenta los criterios establecidos en la sentencia de 6 de septiembre de 2001, expedientes Nos. 13.232 y 15.646, en la cual fijó un máximo de cien salarios mínimos legales mensuales. La Sala encuentra perfectamente identificado el perjuicio moral reclamado por el estado vegetativo en que quedó el menor por dos meses. En efecto, se logró acreditar que los familiares del menor Rodríguez padecieron durante dos meses angustia, tristeza y congoja al ver a su ser querido en estado de coma, ignorando su verdadero estado y con la incertidumbre de su pronta recuperación. Ese sufrimiento constituye un perjuicio independiente y cuantificable, pues no es lo mismo tener a un ser querido vivo y consiente internado en un hospital, frente a quien se tiene la certeza de su supervivencia a pesar de las consecuencias, que encontrarse en la situación de los demandantes, respecto de quienes es dable afirmar que enfrentaron una mayor angustia y tristeza al no conocer durante dos meses la suerte de su familiar, no poder hablarle ni expresarle sus sentimientos debido a su estado, ni conocer si podría sobrevivir. Tampoco es equiparable dicha situación respecto de los familiares que pierden a su ser querido instantáneamente, quienes no se ven obligados a soportar la agonía de una persona inconsciente y sin probabilidades de mejoría. Por consiguiente, la Sala reconocerá a los demandantes, por concepto de los perjuicios morales sufridos con ocasión del estado vegetativo en que quedó el menor Rodríguez, los siguientes rubros: Para cada uno de los padres 60 smmlv y, a favor de los hermanos y la señora Tirsa Mendivelso, 30 smmlv para cada uno de ellos. Se encuentra igualmente acreditado que los demandantes experimentaron

tristeza, congoja y angustia con ocasión de la muerte del menor Rodríguez; se advierte que vivieron tal experiencia en una dimensión diferente a la de otras personas, en consideración a que tenían la esperanza y la ilusión de que su familiar en algún momento despertara y mejorara. Al no ser así, al momento de la muerte de su ser querido, quedaron agotadas todas sus expectativas y esfuerzos, quedando sumidos en un estado de depresión que debe ser reparado. Se reconocerá por tanto a favor de los padres el equivalente en pesos a 100 smmlv para cada uno y, a favor de los hermanos y de la señora María Tirsa Mendivelso Valcarcel, 50 salarios mínimos legales mensuales para cada uno, en consideración a que este es el valor que jurisprudencialmente se ha fijado para compensar el dolor de estos y a que esta suma no es incongruente con el tope fijado en la demanda.

RESPONSABILIDAD PERSONAL DEL AGENTE - Demanda. Oportunidad / RESPONSABILIDAD ESTATAL - Características / PRECISION JURISPRUDENCIAL - Responsabilidad estatal y personal del agente. Principio de economía procesal / PRINCIPIO DE ECONOMIA PROCESAL - Responsabilidad estatal y personal del agente

La Sala considera conveniente hacer algunas precisiones respecto de la posibilidad de demandar la responsabilidad del Estado y la responsabilidad personal de los agentes a través de los cuales actuó. La postura tradicional de la doctrina y la jurisprudencia nacional ha sido la de considerar que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 90 de la actual Constitución Política, la responsabilidad del Estado es anónima, institucional y directa frente a los sujetos administrados, de manera tal que no se concibe procedente adelantar una acción de reparación directa contra el agente estatal o contra este y el Estado. Se ha considerado además que la responsabilidad personal del agente lo es para con el Estado, de conformidad con lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 90 de la Constitución de 1991, siempre que se demuestre que su conducta dolosa o gravemente culposa determinó la responsabilidad del Estado frente al particular. Con fundamento en estas consideraciones se llegó a plantear la inconstitucionalidad sobreviviente del artículo 78 del C. C. A., según el cual “Los perjudicados podrán demandar, ante la jurisdicción en lo contencioso administrativo según las reglas generales, a la entidad, al funcionario o a ambos.” Sin embargo, la Corte Constitucional lo declaró exequible en sentencia C-430 del 12 de abril de 2000. En aplicación de lo expuesto por la Corte Constitucional, la Sala Plena de esta Corporación, mediante providencia del 30 de marzo de 2004, explicó que “el artículo 90 de la Constitución no solamente no derogó el principio de la responsabilidad personal de los funcionarios públicos, ni el derecho de las víctimas a demandarlos individualmente, según el artículo 78 del CCA, ni el derecho del Estado a repetir contra los funcionarios incurso en culpa grave o dolo, sino que extendió éste último a todos sus ‘agentes’, es decir, a quienquiera que actúe por cuenta suya y haya causado el daño con su culpa grave o dolo.” Se advierte así que en el fallo aludido, la Sala Plena de la Corporación, en últimas, encontró procedente demandar a la entidad pública y al agente, en el entendido de que la responsabilidad de éste último sólo se predica frente al Estado y no frente al particular que se alega damnificado. La Sala al respecto precisa, que los referidos artículos 77 y 78 del C. C. A. deben interpretarse con sometimiento a lo dispuesto en el artículo 90 de la Constitución Política, en consideración a que desarrollan el principio de economía procesal, porque consagran la posibilidad de demandar la responsabilidad patrimonial del Estado por los daños causados a un particular y la de obtener, en el mismo proceso, un juicio sobre la responsabilidad personal del agente para con el Estado, en el evento de que éste último sea condenado. Para que proceda la primera declaración, deben probarse los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial del

Estado de que trata el artículo 90 de la Constitución y para que proceda la segunda, debe probarse que el daño que el Estado causó al particular fue determinado por la conducta gravemente culposa o dolosa de su agente. Es esta la consideración que se desprende de la interpretación del citado artículo 78 del C.C.A., en el entendido de que la Constitución le impone al Estado la obligación de responder frente al demandante, sin perjuicio de que pueda repetir contra su agente: “....Si prospera la demanda contra la entidad o contra ambos y se considera que el funcionario debe responder, en todo o en parte, la sentencia dispondrá que satisfaga los perjuicios la entidad. En este caso la entidad repetirá contra el funcionario por lo que le correspondiere.” Con fundamento en todo lo anterior la Sala considera que el análisis de la actuación personal de la médica anesthesiologa Lasso, procede respecto de la responsabilidad que le asista para con el Estado, de conformidad con lo dispuesto en el inciso 2º del artículo 90 de la Constitución Política. Por lo tanto, el juicio tiene por objeto recuperar lo que habría de pagar este último al demandante, en cumplimiento de la condena impuesta, toda vez que siempre es el Estado el que debe indemnizar plenamente los perjuicios que motivan la acción de reparación directa. La Sala entrará a estudiar las conductas imputadas a la anesthesiologa, con el fin de determinar si su conducta fue dolosa o gravemente culposa. Nota de Relatoría: Ver Sentencia del 5 de diciembre de 2007. Exp: 15.128. Consejero Ponente: Dr. Ramiro Saavedra Becerra; providencia del 30 de marzo de 2004, sala plena S-736-IJ; de la Corte Constitucional sentencia C-430 del 12 de abril de 2000. FF: CONSTITUCION POLITICA ARTICULO 90 INCISO 2 ; CODIGO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO ARTICULOS 77, 78

RESPONSABILIDAD PERSONAL DEL AGENTE - Conducta gravemente culposa / CULPA GRAVE - Responsabilidad personal del agente. Anesthesiologa / MEDICO ANESTESIOLOGO - Protocolo médico. Responsabilidad personal

Concluye entonces la Sala que la conducta de la señora Lasso es gravemente culposa al no obrar “con aquel cuidado que aún las personas negligentes o de poca prudencia suelen emplear en sus negocios propios”, porque no previó los efectos nocivos de su actuación, habiendo podido hacerlo, y porque su calidad de médica anesthesiologa hace que sus omisiones y errores se consideren graves, en los términos de los artículos 6 y 121 de la C. P., toda vez que permite deducir que cuenta con un alto nivel profesional, gran experiencia en el manejo de pacientes, poder decisorio frente a sus procedimientos y, por ende, en el manejo de las normas que regulan los protocolos médicos. Con fundamento en todo lo anterior, la Sala considera configurada la responsabilidad personal de la médica anesthesiologa en los términos del artículo 90 de la Constitución Política de 1991, que determina su obligación de indemnizar los perjuicios causados al Estado, con el pago de la condena que le fue impuesta. Con fundamento en todo lo anterior, la Sala revocará la sentencia apelada y, en su lugar, declarará la responsabilidad patrimonial del Estado y ordenará a la médica anesthesiologa a restituir el 45% de la condena impuesta.

FF: CONSTITUCION POLITICA ARTICULOS 6, 121

CONDENA EN COSTAS - Improcedencia

En atención a que, para el momento en que se dicta este fallo, el artículo 55 de la Ley 446 de 1998 señala que sólo hay lugar a la imposición de costas cuando alguna de las partes haya actuado temerariamente y, como en este caso ninguna de ellas actuó de esa forma, no hay lugar a su imposición, por lo que se revocará lo decidido al respecto por el A Quo.

FF: LEY 446 DE 198 ARTICULO 55

CONSEJO DE ESTADO
SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
SECCION TERCERA

Consejero ponente: RAMIRO SAAVEDRA BECERRA

Bogotá D.C., quince (15) de octubre de dos mil ocho (2008)

Radicación número: 25000-23-26-000-1994-00061-01(16350)

Actor: SEGUNDO CHEPE RODRIGUEZ MENDIVELSO Y OTROS

Demandado: NACION - MINISTERIO DE DEFENSA - POLICIA NACIONAL - HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL Y OTRO

Referencia: ACCION DE REPARACION DIRECTA

Decide la Sala el recurso de apelación interpuesto por la parte actora contra la sentencia del 2 de julio de 1998, por medio de la cual el Tribunal Administrativo de Cundinamarca - Sección Tercera, negó las pretensiones de la demanda y condenó en costas a la parte actora.

I. ANTECEDENTES

1. Demanda

El 21 de julio de 1994, los señores Segundo Chepe Rodríguez Mendivelso, María Nohema Zambrano López, Tirsa Meldivelso de Rodríguez, Olga Lucía Rodríguez Rincón, Laura Rocío y Henry Mario Rodríguez Zambrano, en nombre propio y a través de apoderado judicial, presentaron demanda en ejercicio de la acción de reparación directa prevista en el artículo 86 del C. C. A. contra la Nación - Ministerio de Defensa - Policía Nacional - Hospital Central de la Policía Nacional y la señora Florencia Lasso Cardozo, quien se desempeñaba como anestesióloga del Hospital Central de la Policía Nacional (fols. 4 a 18 c. 1).

1.1. Pretensiones

- Que se declare responsable a la Nación - Ministerio de Defensa - Policía Nacional - Hospital Central de la Policía Nacional y a la señora Florencia Lasso

Cardozo, por las lesiones y posterior muerte del menor Edward Rodríguez Zambrano, ocurridas el 1° de agosto de 1992 en la ciudad de Bogotá D.C..

- Que, en consecuencia, se condene a la parte demandada a pagar, por concepto de **perjuicios morales**, el equivalente en pesos a 2.000 gramos de oro para cada uno de los demandantes que se presentaron al proceso en calidad de padres y abuela del menor, y 1.000 gramos de oro para cada uno de sus tres hermanos, en razón a la angustia padecida por el estado de coma vegetativo y posterior muerte del menor Edward Rodríguez Zambrano, debido a la falla del servicio médico quirúrgico en que incurrió la parte accionada (fols. 4 y 5 c.p.).

1.2. Hechos

Se señalaron, en síntesis, los siguientes:

-. El 31 de julio de 1992 hacia las 8:10 p.m., el menor Edward Rodríguez Zambrano sufrió un accidente, consistente en una caída desde una altura considerable, a raíz del cual se fracturó el tercio distal del miembro superior derecho a la altura de la muñeca, por lo cual, fue conducido de urgencia al Hospital Central de la Policía Nacional, en razón a que su padre, el señor Segundo Chepe Rodríguez Mendivelso, era pensionado de la Policía Nacional.

-. El mencionado menor ingresó al Hospital Central de la Policía Nacional a las 9:00 p.m. donde fue atendido por un médico interno que se encontraba de turno, quien diagnosticó: politraumatismo por caída de altura, trauma craneoencefálico leve, sin pérdida de conocimiento ni evidencias de fractura craneana. Sin embargo no fue valorado por un neurólogo o neurocirujano, ni se le practicó un TAC cerebral que corroborara lo anterior, pese a que la caída sufrida por el menor había sido desde una altura considerable.

-. El 1° de agosto de 1992, el médico ortopedista Dr. Óscar Hediél Saavedra Mogollón, por solicitud telefónica del médico interno que atendió al menor, programó una cirugía para corregir la fractura de su puño derecho. Al efecto, le practicó un interrogatorio acerca de sus condiciones personales y un examen en su miembro superior derecho, a partir de lo cual conceptuó que se encontraba en buen estado de salud y por lo tanto, apto para la cirugía.

-. En la cirugía participó la anestesióloga Dra. Florencia Lasso Cardozo, quien aplicó la anestesia general al menor y quedó encargada de monitorearlo en el postoperatorio. No obstante, dicha médica se ausentó de la sala de recuperación y, en ese preciso momento, el menor presentó un paro cardio respiratorio con hipoxia cerebral que no fue debidamente atendido, a consecuencia de lo cual, sufrió un daño cerebral irreversible que lo dejó en estado de coma vigil (estado vegetativo).

-. A continuación fue llevado a la Unidad de Cuidados Intensivos donde -de forma tardía- se procedió a efectuarle una valoración neurológica. El equipo de neurología le ordenó la práctica de una tomografía cerebral, que no se pudo hacer de forma inmediata, toda vez que el escanógrafo se encontraba dañado; tan solo el día 19 de agosto de 1992 le fue realizado el correspondiente examen, que evidenció la situación médica irreversible del menor.

-. La deficiente atención médica brindada al menor Edward Rodríguez Zambrano, constituye una evidente falla del servicio, en tanto que el 31 de julio de 1992, en que ingresó al Hospital Central de la Policía Nacional, se le diagnosticó un trauma craneo encefálico leve, el cual se señaló, no presentaba ninguna gravedad ni riesgo para su salud; como sustento de tal diagnóstico se le practicaron una placas radiográficas, pero no un TAC cerebral pues el escanógrafo estaba dañado. Sin embargo, los exámenes hechos al menor el 2 y 3 de agosto siguientes -entre ellos otras placas radiográficas-, arrojaron la presencia de una fractura lineal frontal medial derecha, adyacente a la pared medial de la órbita ocular derecha, fractura de incisivos centrales inferiores y lateral inferior derecho y una herida en el mentón.

-. Lo anterior implica que cuando el menor ingresó al centro de salud ya presentaba dichas anomalías y no fue correctamente diagnosticado o, las mismas se presentaron cuando se encontraba en la sala de recuperación, es decir, se cayó de la camilla y sufrió las referidas consecuencias. Cualquiera de las dos opciones constituye una falla del servicio por parte de los demandados (fols. 5 a 10 c. 1).

2. Trámite

2.1. El Tribunal Administrativo de Cundinamarca admitió la demanda por auto del 18

de agosto de 1994, que fue notificado personalmente al señor Agente del Ministerio Público el 1º de septiembre de 1994, a la Nación - Ministerio de Defensa el 1º de marzo de 1995 y, ante la imposibilidad de localizar a la señora Florencia Lasso Cardozo, le fue designada un curador ad litem el 23 de agosto de 1996, previo trámite emplazatorio (fols. 21, 21 vto., 28, 32, 33, 36, 46, 47, 48, 68 y 69 c. 1).

2.2. Solamente contestó la demanda el curador ad litem de la señora Florencia Lasso Cardozo, quien se opuso a las pretensiones. Manifestó que los demandantes reconocieron la buena actuación de la anesthesióloga en los hechos 8 y 9 de la demanda, y resaltó que en las unidades hospitalarias laboran múltiples personas, situación que impide deducir la responsabilidad única de alguna de ellas; que no se demostró la conducta dolosa o negligente de la señora Lasso y que, por tanto, *“mal puede vincularsele a mi defendida a una responsabilidad conexa”*, razón por la cual, el principio de presunción de inocencia debe imperar en este caso.

Propuso, a título de excepción, el hecho de inexistencia de causa de la responsabilidad imputada, en consideración a que la función de la señora Lasso se limitó a asistir al paciente en el quirófano en el suministro de anestesia, hecho que se cumplió satisfactoriamente, toda vez que el paciente salió en perfecto estado de la cirugía y que permitió que fuera dado de alta (fols. 70 a 72 c. 1).

2.3. El proceso se abrió a pruebas por auto del 10 de octubre de 1996 y, vencido el período probatorio, el Tribunal ordenó el traslado común para que las partes presentaran sus escritos finales (fols. 77 y 116 c. 1).

LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA - POLICÍA NACIONAL señaló que por los hechos objeto de la demanda, se iniciaron diversos procesos: (i) de tutela, que concluyó con sentencia denegatoria, en la cual se concluyó que es imposible saber exactamente el momento en que el menor sufrió la fractura en el cráneo ni las causas que provocaron el paro respiratorio, situación que conllevó al Tribunal Superior de Bogotá - Sala de Familia, a absolver al Hospital y a los médicos demandados; (ii) de ética médica, en el cual se declaró la inexistencia de mérito para formular cargos contra los médicos Florencia Lasso, Óscar Saavedra, Carlos Alberto Moreno y Guillermo Alonso Rivera; y (iii) disciplinario, en el que se estableció que no hubo daño neurológico como consecuencia del trauma que padeció el menor el 31 de julio de 1992, sino que el paciente sufrió *“depresión respiratoria severa y aguda cuando se hallaba en la sala de recuperación. Sin*

embargo esta complicación no prevista fue detectada y manejada de inmediato"; con fundamento en lo anterior, la Procuraduría se abstuvo de abrir investigación disciplinaria contra la médica Florencia Lasso y ordenó el archivo de la diligencia.

En relación con el hecho generador del daño, la Nación resaltó que el menor cayó de un tercer piso, circunstancia que provocó las lesiones que evolucionaron de forma imprevista hasta su muerte; que ese hecho que generó el daño fue totalmente ajeno a la competencia del Hospital Central de la Policía Nacional y que, por el contrario, desde el momento en que ingresó el paciente recibió atención inmediata por el médico de turno, quien ordenó todas las medidas necesarias para su estabilización. Explicó que en los casos de traumas cráneo encefálicos leves, pueden presentarse síntomas de deterioro imprevisibles; que el Glasgow practicado mostró a un paciente normal pero que, ante el golpe que sufrió el menor, se optó por el tratamiento inicial consistente en la observación permanente. Al respecto citó literatura médica sobre el trauma craneoencefálico, así:

“TEC leve como se anotó, este es el tipo de TEC más frecuente, rápidamente se resuelve y no deja secuelas. Deberá ser estudiado en el servicio de urgencias y los pacientes pueden ser enviados a su casa, habiendo dejado bien aclarado a sus padres cuáles son los parámetros de observación que se deben seguir para traer nuevamente el niño al hospital ante la aparición de cualquier complicación. Estas instrucciones deben darse idealmente por escrito. En caso de que el nivel cultural de la familia o la distancia y las dificultades de transporte puedan obstaculizar el regreso del niño al hospital, es preferible dejar al paciente en observación en el servicio de urgencias ya que no hay otro método más confiable que la observación clínica cuidadosa para descubrir cual niño desarrollará un hematoma intracraneano”.

Con fundamento en lo anterior, concluyó que el método más idóneo a seguir en estos casos, consiste en la observación constante del paciente y que por tanto, con base en los resultados del Glasgow, las indicaciones impartidas por el neurocirujano fueron las correctas.

En cuanto al daño, la Nación consideró que no le es atribuible y, en lo que atañe con el nexo de causalidad, concluyó que no existe relación entre la atención médica brindada al menor y la muerte del mismo. Agregó que el personal médico actuó con suficiente diligencia y cuidado al realizar el tratamiento y prestar la vigilancia al menor (fols. 117 a 123 c. 1).

LA PARTE DEMANDANTE afirmó que el menor ingresó al servicio de urgencias por politraumatismo causado por la caída de un tercer piso, con fractura del miembro superior derecho en el tercio inferior del antebrazo, a quien inmediatamente se le tomó una radiografía del cráneo que no mostró fractura; que los anteriores hechos fueron corroborados por la auditoría efectuada a la Historia Clínica del paciente, de la cual se advierte claramente que la ruptura de los dientes, la lesión en el mentón y la fractura lineal frontal medial derecha adyacente a la pared medial de la órbita derecha, fueron causadas posteriormente, cuando el menor se encontraba en el centro hospitalario.

Concluyó que la muerte del menor se produjo como consecuencia de un segundo accidente que tuvo lugar dentro del centro asistencial, por la falta de cuidado del paciente pues, el 31 de julio de 1992, la radiografía del cráneo arrojó resultados normales mientras que, la que se tomó el 3 de agosto siguiente, mostró una fractura lineal frontal media derecha adyacente a la pared medial de la órbita derecha, de acuerdo con las anotaciones de la historia clínica.

Destacó las conclusiones a las que arribó el Tribunal Superior de Distrito Judicial - Sala Familia dentro del proceso adelantado por los demandantes en ejercicio de la acción de tutela, según las cuales, existen varias contradicciones sobre la ocurrencia de los hechos, como que *“el 31 de julio, su cráneo no se encuentra fracturado según las placas radiográficas, al paso que el 2 de agosto cuando ya está ubicado en cuidados intensivos al tomársele otra placa aparece la fractura craneana ya aludida”*. Añadió:

“(...) se presume de hecho que al paciente Edward Rodríguez Zambrano lo dejaron caer en la sala de recuperación, asunto demostrado con los hechos consistentes en: ruptura de sus dientes y fractura craneana, circunstancias estas que fueron provocadas dentro del lapso de tiempo que permaneció el paciente al cuidado del Hospital Central de la Policía, pues fueron lesiones nuevas y distintas al diagnóstico con que fue recibido en urgencias, en otras palabras, del examen minucioso al ingreso y durante la permanencia en el Hospital Central de la Policía, el paciente sufrió un segundo accidente que le agravó su estado de salud de una fractura del radio derecho y que se le practicó la reducción cerrada pasó a un daño cerebral severo quedando en estado de coma vigil (estado vegetativo) hasta llevarlo a la muerte.

(..) Además brilla por su ausencia la exposición de hechos tendientes a demostrar que el paciente no sufrió un segundo accidente dentro del centro asistencial Hospital Central de la Policía Nacional, bajo la órbita de asistencia y cuidado dentro del

Hospital y con su silencio la pasiva apunta a que su culpa no era controvertible, razón por la cual quedan demostrado plenamente los hechos que conducen a una falla presunta” (fols. 124 a 130 c. 1).

3. Sentencia apelada

El Tribunal negó las pretensiones de la demanda porque no se demostró la falla del servicio. Encontró acreditado el daño, consistente en la muerte del menor, debido a insuficiencia respiratoria que le ocasionó daño cerebral durante el tiempo que duró el paro respiratorio que sufrió el 1º de agosto de 1992, cuando se encontraba en sala de recuperación, luego de que se le practicó la cirugía de reducción e inmovilización de la fractura de colles derecho, que no presentó complicaciones. No obstante lo anterior, el Tribunal consideró que el daño no es atribuible a los demandados, en consideración a que manejaron correctamente el paro respiratorio.

Explicó que, a pesar de que la radiografía que se tomó el 31 de julio de 1992 no mostró la fractura craneal y aquella efectuada el 3 de agosto siguiente sí la evidenció, ese hecho se debió a que el día de la lesión el paciente presentó edema que impidió la aparición de la fractura en la radiografía; que al momento en que el menor ingresó al centro hospitalario, ya presentaba heridas en la región frontal, supraciliar derecha, edema, labio superior, fracturas dentales, colles derecha y movilización mandibular, razón por la cual se realizó una valoración neurológica inicial que determinó la observación constante del paciente durante 10 horas y, al término de tal período, se autorizó la cirugía.

Concluyó, finalmente, que el hecho de que no se hubiera practicado oportunamente el examen de TAC no fue determinante en la lesión neurológica que sufrió el menor (fols. 134 a 150 c. ppal).

4. Recurso de apelación

La parte demandante apeló la anterior providencia con el objeto de que se revoque y, en su lugar, se acceda a las pretensiones de la demanda. Afirmó que la falla médica está debidamente probada puesto que el menor Rodríguez Zambrano ingresó al centro médico con un trauma encefálico leve al haber caído de una altura considerable, circunstancia que ameritaba un TAC cerebral que no se

realizó, ni se ordenó valoración por parte de un neurocirujano que determinara las lesiones cerebrales padecidas; que el ortopedista que trató al menor ordenó la cirugía, cuando no estaba capacitado para ello dado que es un practicante sin experiencia para impartir ese tipo de órdenes; que los médicos que practicaron la cirugía no verificaron si el paciente había sido valorado por un neurólogo, consulta que pudo aplazar la cirugía; que al paciente no se le reanimó oportunamente al momento en que presentó el paro cardio respiratorio y, luego de la cirugía, se ordenó practicarle un TAC que nunca fue realizado porque el escanógrafo estaba dañado.

Resaltó que el menor a su ingreso no presentó fractura en el cráneo ni heridas en el mentón y delimitó los momentos en que los demandados incurrieron en falla:

(i) La aplicación de la anestesia general. Explicó que en principio le aplicaron al paciente anestesia local que, al no ser suficiente, conllevó a la utilización de la general en una dosis inadecuada porque no se atendieron factores tales como la edad, la talla y el peso del paciente, sino una cantidad que correspondió a la de un adulto de mayor peso, sin tener en cuenta que el menor tenía 16 años y era de contextura delgada, lo que provocó un aumento en la tensión arterial del paciente y ocasionó una tensión intracerebral generada por las maniobras de la anesthesióloga, consistentes en resucitación y el traslado del paciente a la unidad de cuidados intensivos.

Destacó que la anesthesióloga, de forma negligente y luego de la valoración preanestésica, concluyó que el aspecto neurológico del menor era normal, cuando a quien le correspondió efectuar dicha valoración era al médico neurólogo. Agregó:

“(...) los factores de riesgo externo que causaron el daño cerebral al paciente se atribuyen a: 1. Los anestésicos utilizados en exceso como fue la aplicación de LIDOCAINA al 1.5% 40 centímetros, ya que esta dosis se debe aplicar para pacientes de mayor edad. 2. La maniobra brusca al colocar el tubo endotraqueal posparo que le produjo una subida inmediata de presión, la cual produjo el edema cerebral (...) se concluye que hubo una sobredosis de anestésicos, la cual causó un paro cardiorrespiratorio al menor Rodríguez Zambrano, con posterioridad a la reducción cerrada de puño derecho, situación que llevó al paciente al daño cerebral severo que se complicó hasta llevarlo a su deceso”.

(ii) La fisura craneana que no fue diagnosticada a su ingreso al Hospital. Alegó

que la fractura se evidenció días después del ingreso del menor al centro asistencial, con una segunda radiografía, situación que conlleva a presumir que en el lapso de 10 minutos en que el menor estuvo sin vigilancia, sufrió un trauma craneano mayor al que pudo haber sufrido con la caída del tercer piso.

Criticó la valoración probatoria del A Quo al concluir que un edema impidió que se advirtiera la fisura en la primera radiografía. Explicó que un edema es una acumulación de coágulos de sangre que produce inflamación del tejido del hueso y que, a pesar de la presencia de un edema, está demostrado científicamente que las radiografías o rayos X detectan la fisura del cráneo; que si el menor hubiera ingresado con una lesión en el cráneo, la prioridad de la atención médica se hubiera enfocado en la fractura craneal y que, en este caso, los médicos se concentraron en la lesión de la muñeca. Agregó:

“La experiencia y la práctica médica han enseñado y así se aplica que todo golpe o contusión en la cabeza es lo primero que se atiende cuando no hay otros centros vitales afectados, en el caso del menor en comentario y la justificación que la Honorable Magistrada le encuentra al edema es muy sencillo atender el asunto, pues si un edema impedía según el a - quo tener acceso a la observación por rayos X del hueso, el 31 mismo de julio de 1992 por la noche el edema debió ser evacuado por cirugía menor, fijémonos que hay silencio de cómo se trató el edema de que da cuenta el a - quo, cuando para demostrar la diligencia y cuidado para evitar las fallas en el servicio médico quirúrgico y solo existiendo laceraciones externas y fractura de muñeca sin que hubieran más órganos vitales interesados seriamente, toda la atención se centra al parecer en la muñeca, en gracia de discusión podemos afirmar que la falla en el servicio médico quirúrgico en que incurrió el Hospital Central de la Policía está plenamente demostrada al no prestar la suficiente atención a los hematomas en la cara y la cabeza que son los que conducen finalmente a un desenlace fatal”.

Dijo además que tanto el edema como la fractura surgieron 3 días después del ingreso del paciente al Hospital y fueron posteriores a la primera radiografía que no detectó ninguno de los dos.

Concluyó que no se discute que la causa de la muerte del menor fue la lesión en el cráneo sino que el objeto del debate consiste en determinar si la fisura fue provocada dentro del centro asistencial o fuera de él, frente a lo cual, el material probatorio muestra que se produjo dentro del Hospital, pues así lo evidencian las radiografías y la atención prioritaria enfocada únicamente a la fractura de la muñeca.

La parte actora cuestionó además la valoración probatoria efectuada por el Tribunal en relación con la atención prestada al menor durante el paro cardiorrespiratorio, en consideración a que no se vigiló adecuadamente al paciente ni le pusieron máscara de oxígeno porque el hospital no contaba con el monitor de oxigenación. Indicó que la anestesióloga demandada no reanimó oportunamente al menor cuando éste se encontraba en la sala de recuperación y presentó el paro cardiorrespiratorio, *“lo que obligó el traslado del paciente con la consecuente pérdida de tiempo para hacer un nuevo diagnóstico para proceder a intubar y colocar ventilador, lapso de tiempo de 10 minutos, más los 5 minutos de conectado de ventilador, que eran vitales para su cerebro (...)”* (fols. 152 a 166 c. ppal).

5. Trámite en segunda instancia

5.1. El recurso se admitió el 18 de junio de 1999, y mediante providencia del 8 de octubre siguiente, se ordenó el traslado a las partes y al Ministerio Público para que presentaran sus escritos finales (fols. 172 y 181 c. ppal).

LA NACIÓN reiteró los argumentos expuestos en los anteriores escritos y expresó que no se demostró el nexo causal entre el daño y la prestación del servicio médico. Explicó que mediante la valoración inicial del paciente es imposible determinar si la fractura del cráneo existía, pues hay lesiones que solo se detectan con la práctica de exámenes posteriores y, en caso de inflamaciones, debe esperarse para realizar una segunda observación. Adujo, finalmente, que la médica anestesióloga es una profesional que se formó como médico cirujano y se especializó en el manejo de anestésicos, y que estaba debidamente capacitada para estudiar los antecedentes clínicos tanto neurológicos como cardiovasculares del paciente (fols. 183 a 184 c. ppal).

LA PARTE DEMANDANTE reiteró que el menor ingresó al centro hospitalario con una fractura de muñeca, fue evaluado y posteriormente intervenido quirúrgicamente, momento en el cual le aplicaron una sobredosis de anestesia que le provocó una crisis cardiorrespiratoria y resultó, finalmente, con unas lesiones en el mentón y en el cráneo que agravaron su estado y que conllevaron a su muerte, lo que se explica *“por haberse quedado solo el paciente por cerca de 10 minutos, tiempo suficiente para un accidente mortal dentro del*

centro asistencial amen de una resucitación tardía” (fols. 187 a 191 c. ppal).

LA PROCURADORA NOVENA DELEGADA ante el Consejo de Estado solicitó revocar la sentencia de primera instancia. Afirmó que se probó el daño, consistente en la muerte del menor, y que el mismo es imputable a la Nación a título de falla del servicio, toda vez que se omitió la valoración neurológica que era indispensable en ese caso, dado que el menor cayó de un tercer piso y, lo esperado era que se indagara por las posibles fracturas o daños de los órganos vitales a través de rayos X o tomografías, con el fin de descartar cualquier lesión que comprometiera la vida del paciente. Agregó:

“(…) en este evento ante la puesta en conocimiento sobre la causa de consulta, frente a la cual inicialmente se señaló como de urgencia la práctica de un TAC y la valoración neurológica, se pasaron por alto estas recomendaciones, y sin fundamentación alguna dentro de la historia ni en los testimonios recepcionados, la pericia médica enfocó sus esfuerzos a la reacomodación de los huesos que se habían desplazado en una de las extremidades superiores, desconociendo por aquella omisión que el paciente presentaba una lesión en la cabeza, que requería atención especializada y que seguramente ella condicionaba la actuación de la anesthesióloga en cuanto a la clase y cantidad de anestesia a utilizar para el procedimiento ortopédico de reducción cerrada que se recomendaba”.

Señaló además que no era de recibo el argumento de la parte demandante relativo a que la lesión en el cráneo la sufrió el paciente en la sala de cirugía, toda vez que no existe prueba de ese hecho sino que, por el contrario, en la historia clínica aparecen reportadas las lesiones dentales del menor desde su ingreso al hospital (fols. 192 a 200 c. ppal).

5.2. La Consejera de Estado Dra. Myriam Guerrero de Escobar manifestó su impedimento el ___de julio de 2008, por estar incurso en la situación contemplada en el numeral 2º del artículo 150 del C. P. C. (fol. 202 c. ppal) y la Sala, el día de hoy, cuando se dicta este fallo, acepta dicho impedimento porque conoció del proceso en instancia anterior.

II. CONSIDERACIONES:

La Sala es competente para decidir en segunda instancia¹ el recurso de apelación interpuesto por la parte actora, contra la sentencia que dictó el Tribunal Administrativo de Cundinamarca - Sección Tercera, el 2 de julio de 1998.

1. La responsabilidad patrimonial del Estado

En el caso bajo análisis, se debate la responsabilidad del Estado por un daño producido como consecuencia de una alegada falla del servicio en la que habría incurrido la parte demandada, en la prestación del servicio médico, quirúrgico y hospitalario al menor Edwin Rodríguez Zambrano, quien ingresó al Hospital Central de la Policía Nacional, luego de caer de un tercer piso y, luego de una intervención quirúrgica, presentó paro cardio respiratorio que finalmente le produjo la muerte varios meses después.

2. Lo probado en el caso concreto

A partir de las pruebas oportunamente allegadas al expediente y que se encuentran en estado de valoración, la Sala tiene como ciertos los siguientes elementos fácticos:

- Edward Rodríguez Zambrano nació el 9 de diciembre de 1975 y murió a los 16 años de edad. Era hijo de Segundo Chepe Rodríguez Mendivelso y de María Nohema Zambrano López. Se probó que sus hermanos son Henry Mario Rodríguez Zambrano, Laura Rocío Rodríguez Zambrano y Olga Lucía Rodríguez Rincón. Aunque la señora María Tirsa Mendivelso Valcarcel, no aportó el registro civil de nacimiento que certificara su parentesco con la víctima, acreditó a través de prueba testimonial su condición de damnificada (fols. 1, 4, 5, 6, 7, 12 a 15, 16 a 18, 19 y 20 a 21 c. 3).

- El 1º de septiembre de 1992, la rectora del colegio Nuestra Señora de Fátima certificó que Edward Rodríguez Zambrano estudiaba en ese plantel y que estaba en undécimo grado (fol. 431 c. 3).

- El día 31 de julio de 1992, el menor Edward Rodríguez Zambrano cayó de un tercer piso y fue llevado de urgencias al Hospital Central de la Policía Nacional,

¹ La pretensión mayor de la demanda es por concepto de perjuicios morales estimada en 2.000 gramos, que a la fecha de interposición de la demanda equivalían a \$21'232.980, cifra superior a la exigida por la Ley para que un proceso de reparación directa iniciado en el año 1994 (\$9'610.000).

lugar donde fue tratado, se le practicó una cirugía y, cuando se encontraba en la sala de recuperación, sufrió un paro cardio respiratorio que le produjo estado vegetativo y su posterior muerte el 9 de octubre de ese mismo año. La historia clínica del paciente muestra el procedimiento realizado desde su ingreso hasta su muerte, así:

"P/ SS/ Glicemia, CH
Valoración x ortopedia
Hoja neurológica.

31-VII-92

Pte con HC anotada quien presenta en MSD deformidad dorsal en 1/3 distal de antebrazo con limitación funcional severa x dolor, perfusión distal (+) pusos (+); los RX muestran fx acabalgada de colles.
Plan: Dejar sin V.U., colocar férula de yeso y reducción mañana 8:00 am, Dr. Saavedra.

31/Jul/92

Eduardo Rodríguez Zambrano

21:00 hrs

E: 16 A

MC: caída de 3er piso.

EA: Pte quien hace 40 min aprox sufrió caída desde 3er piso, sin pérdida de la conciencia. No recuerda área corporal de impacto

AP (--) AFC (-)

Ef: Pte en regular estado general, afebril, álgido, conciente, **Glasgow 15/15**; FC: 90 x (ilegible) Ta: Fr: 22x'. C/C: Presenta herida puntiforme, 03 cm en región frontal; herida supraciliar der; 2-3 cm lineal, herida puntiforme dorso nariz; edema, equimosis palpebral bilateral, sin compromiso ocular; pinral, refiere visión adecuada, herida lineal cara oral 1/3 externo labio superior; fracturas dentales 21-22-23; movilización mandibular; no inestabilidad facial; C/P: normal; ABD normal.

EXT: Deformidad dorsal 1/3 distal de MSD con severa limitación funcional por dolor; distal adecuado. **Neurológico sin déficit sensitivo ni motor aparente.**

Rx: Ext: MSD: Fx acabalgada colles; **cráneo sin evidencia de fx.**

IDV: 1. Politraumatismo

2. T. C. E. leve

3. Fr colles derecho

4. Herida lineal supraciliar derecha

5. Fx dental 21-22-23 (fol. 27 c. 3).

31 Jul. 1992

Motivo de consulta: Politraumatismo por caída de (ilegible)

Enfermedad actual: Sufrió caída de un tercer piso (ilegible) **No perdió el conocimiento.**

EF Presenta contusiones en región frontal (ilegible) contusión en miembro superior derecho con ilegible (fol. 27 vto. c. 3).

31/Jul/92

ORDENES MÉDICAS

1. NVO
2. 1 ringeer a mantenimiento
3. **Hoja neurológica c/hora**
4. **Valoración x ortopedia y neurocirugía**
5. CSV. AC
6. SS/ CH, glicemia

31/VII/92

ORTOPEDIA

1. NVO
2. Reducción cerrada BAG mañana 8:00 am

31-VII

19+30 Ingres a pte al servicio de urgencias por presentar caída desde 3er piso presenta trauma en cabeza, herida en frente y MC DEL y dorso de la mano, presenta trauma en brazo derecho con posible fractura y en MID se coloca ... -ilegible-

9+45 Se sube C Rx se toma placa de cráneo y MSD donde se evidencia Fx de brazo

10+30 Se canaliza ... -ilegible- y se toman muestras para CG - glicemia - Pte CSV. Pte duerme tranquilo (fol. 50 c. 3).

- sin fecha -

Ingres a pte al servicio **procedente de sala de Cx post - paro - cardio - respiratorio**. POP Cx x reducción colles derecho con TOT se conecta a ventilador, vendaje de yeso - ilegible -

11:50 Pte es valorado por neurología

Pte hipotenso

Taquicardico.... - ilegible -

13:10 Ingreso post paro con abundantes secreciones bajo efectos - ilegible - ...

14:10 Se lleva pte a TAC cerebral prcedimiento que no se le pudo realizar por la técnica de tomografía.... - ilegible -

14:20-ilegible - Pte bajo efecto fentanyl TOT a ventilador (fols. 26 y 26 vto. c. 3).

08-01-92

7 am Queda pte en la unidad en cama despierto con LEV ...reducción de Fx

Pte en el servicio consciente con trauma CE LEV...-ilegible-valoración del - ilegible - de la unidad. P/ reducción de fx

8:50 Se lleva pte a Cx (fol. 50 c. 3).

Agosto 1/92

10+35Pte que presento para Cx realizan maniobras y se aplica 10 mp de atiopina 1 ½ amp de adrenalina ½ amp de narkan y 4 amp de bicarbonato. Se le aspiran secreciones y se canaliza vena yugular y se pasan 500 cc

de ringer a chorro, se aspiran secreciones por tubo orotraqueal. TA 220/120 FC 130.

Se lleva pte a Unidad de Cuidados Intensivos con tubo...(fol. 50 vto. c. 3).

01/VIII/92

ORTOPEDIA

BAG se realiza reducción cerrada e inmovilización con yeso BMC de fx de colles derecha. Picced sin complicaciones.

Ot Dr. Saavedra.

Ayudante Alirio García

(ilegible)

D: Control con Dr. Saavedra el martes 4/VIII/92 7:00 am

Queda pendiente valoración por neurocirujano

Salida x ortopedia (fol. 26 c. 3).

Contusión cerebral

D TAC cerebral - las Rx (ilegible)

21:00 hr Por daño del escanógrafo no fue posible tomar el TAC.

Se decide dar sedación con fentangil y ventilación mecánica para mejorar la inestabilidad hemaodinámica y ventilación post - paro.

TA 146/76 fc 77h tr 12/a

Signos vitales c/vez más estables.

h.p. administ. 540 c/ (ilegible)

eliminados 1325

el soporte de dopa viene disminuyéndose hasta dosis de $\frac{1}{2}$ (2 cm 1 c/m) (fol. 26 vto. c. 3).

1 agosto /92

8:40 am

1. NVO

2. Subir a Qx a reducción cerrada de fx de colles

3. CSV

Quevedo

Dr. Saavedra

1/VIII/92

1. Salida x ortopedia

2. Control el 4/VIII/92 7:00h con Dr. Saavedra (fol. 28 c. 3).

VIII 2/92

7 am Recibo pte politraumatismo

Edema pulmonar Qx bajo efectos de dormicon para aspirar se aplica fentanyl...-ilegible-

P/valoración por neurología (fol. 28 c. 3).

VIII 3/92

7 am Recibo pte estupuros con SNG...pendiente reporte TAC...hoja neurológica sin cambios (fol. 29 c. 3).

Agosto 3/92

**INFORME DE ESCANOGRAFÍA
EXAMEN DE TAC CEREBRAL SIMPLE X
RESULTADO**

**Disminución de la amplitud del sistema ventricular por edema.
El parenquima cerebral tiene coeficiente de atenuación intrínsecamente normal.
No hay colecciones intra y extra axiales.
Las estructuras de la fosa posterior tienen aspecto satisfactorio” (fol. 86 vto. c. 3).**

12/08/92

21:45 12 día UCI

Dx Encefalopatía hipéxica - politraumatismo

Síndrome convulsivo TCE - s. convulsivo

TA 137/80 media = 106

FC 115 Líquidos A = 760 E= 890 (-) 130

FR= 34

Paciente estuporoso - episodios de polipnea con hipertomía generalizada.
Trabajo respiratorio aumentado, utilización marcada de músculos accesorios de respiración (...) - ilegible -
Abdomen: hipertrofia de músculos abdominales
Extremidades: hipertrofia.

Se piensa en posible observación alta de vía respiratoria por posible - ilegible - subglótica. Cuadro neurológico sin mejoría x posible coma cerebral; se comunica al cirujano de turno para practicar traqueostomía y gastronomía para mejorar manejo de - ilegible - de acuerdo a evolución ... (fol. 48 c. 3).

08-14-92

3+09' Se pasa pte de la unidad cuidados intensivos a sala Cx No. 5 para realizar traqueostomía y gastronomía. Se da monitoreo cardiaco CS y TA 112/75 FC 92 x'

3+28' Se inicia inducción de anestesia general por el Dr. Barragán

3+30' Lavado zonas quirúrgicas a operar

3+40' Se inicia Cx traqueostomía x el Dr Reyna TA 96/50 FC 96

4 pm Se CSV TA 90/50 FC 93 continúa paciente en Cx

4+30 Se termina procedimiento quirúrgico sin complicaciones TA 104/56 FC 97... se pasa paciente a UCI (fol. 43 vto. c. 3).

...4 ½ llega pte de cirugía bajo efecto de anestesia general ...

5 pm se baja pte a TAC de cerebro p/reporte (fol. 44 vto. c. 3).

VIII-18

1 pm queda pte en unidad se le tomó TAC pendiente...pte estuporoso - traqueostomía F.O2 a 9 litros prom mst pasando ringer ...

P/reporte TAC (fol. 48 vto. c. 3).

Agosto 18/92

**INFORME DE ESCANOGRAFÍA
EXAMEN DE TAC CEREBRAL CONTROL SIMPLE
RESULTADO**

DATOS CLÍNICOS: Hipoxia cerebral

TÉCNICA DEL EXAMEN: Se hicieron cortes axiales desde la base del cráneo hasta el vertex de 1 cm de espesor.

HALLAZGOS: Hay prominencia de las cisternas de la base y de los surcos cortinales cerebrales además de visualización de las folias cerebelosas supravermianas.

No hay desviación de la línea media, no hay efecto de masa.

Las estructuras óseas y las cavidades neumáticas son normales.

CONCLUSIÓN: ATROFIA CEREBRAL Y CEREBELOSA" (fol. 87 c. 3).

Agosto 19/1992

7 am Recibo pte acostado despierto en estado comatoso con O2 a 15/tros con sonda gastrectomía para gastroelisis, con LEV, (...) pte presenta mucha sudoración se pasa gastroclisis (1.000) ... recibe visita familiar....queda paciente estable en la unidad con O2 (fol. 33 c. 3).

19 VIII 92

Examen solicitado TAC craneano

Diagnóstico clínico: 1. Politraumatismo. 2. Hipoxia cerebral (fol. 52 c. 3).

VIII-20/92

10 pm ...(ilegible) 1 estudio de TAC cerebral - Héctor
22:00 Ingreso pte al ser (ilegible) en estado comatoso x politraumatismo, acompañado de (...) Héctor con sng a drenaje, con canula de traqueostomía pasando O2(ilegible) (fol. 41 c. 3).

Agosto 21/92

7 am Recibo pte en unidad irritable en estupor en mal estado general con canula de traqueostomía con sonda de gastronomía sonda vesical...se controlan signos vitales se asiste ...pte continúa en iguales condiciones no se observa cambios a su estado neurológico... (fol. 42 vto. c. 3).

23-08-92

1 pm Recibo turno paciente en la unidad
Recibe visita
Pte estable
...Pte sudoroso
7 pm Paciente en la unidad regular estado general...no presenta cambio al momento de la entrega...

24-08-92

7 am Pte en la unidad, inconsciente, no alerta desorientado.... (fol. 39 c. 3).

VIII 24

7 pm Pte en unidad consciente orientado (fol. 38 c. 3).

VIII-25

7 pm Recibo pte en la unidad despierto consciente con (ilegible...) de traqueostomía a tubo en t pasando O2 a 5 Ls x' (...ilegible) (fol. 36 c. 3).

26 de agosto de 1992

INFORME POTENCIALES EVOCADOS DE TALLO CEREBRAL

DATOS CLÍNICOS: ENCEFALOPATIA HIPOXICA

Filtros Altos 2K Hz Bajos 200 HZ Frecuencia estímulo 10 CPS/se

Nivel de estímulo 80 dbs Ruido 60 dB

	LATENCIAS ABSOLUTAS (milisegundos)					INTERPICOS		
	I	II	III	IV	V	I-III	I-V	III-V
Izquierdo	1.48	2.84	3.84	3.08	5.56	2.36	4.08	1.72
uV	0.69				0.45			
Derecho	1.40	2.32	3.53	5.00	5.76	2.12	4.36	2.24
uV	0.58				0.17	0.24	0.28	0.52

INTERPRETACIÓN: MEDIANTE ESTIMULOS REPETITIVOS AUDITIVOS A 10 CPS SE GENERARON LAS V PRIMERAS ONDAS ENCONTRANDOSE LIGERA PROLONGACION DEL INTERPICO III-V DEL LADO DERECHO CON BAJA AMPLITUD DE LA ONDA V DE ESE LADO, CONFIGURANDO LESION MESENFALICA ALTA DE ESE MISMO LADO” (fol. 83 c. 3).

270892

7 am Pte en la unidad CSU...el paciente sudora permanente/ se cambia pte varias veces de posición. Se aspiran secreciones...se avisa a la jefe y a la doctora que el pte permanece (ilegible) y con mueca de dolor....control de T° 39°C (...ilegible) (fol. 35 c. 3).

28-8-92

Hora 7 Recibo turno paciente en la unidad despierto (...ilegible) El pte presenta dolor intenso se (...ilegible). (fol. 32 vto c. 3).

29-VIII-92

Hora 19. Recibo pte en estado de coma (ilegible) con traqueostomia + oxígeno.

Yeso MS (ilegible)

Hora 20. CSV

Hora 24 Pte duerme tranquilo y cómodo. (ilegible)

30-VIII-92

Hora 7:00 Recibo pte en estado de coma (depresible) con traqueotomía a nebulizador, (ilegible) yeso en M5derecho y sonda de gastrostomía, sonda vesical a cistoflo

CSV/ cambios de posición/ aseo de unidad. Se pasa (ilegible) pte presenta hipertemia, medios físicos se realiza terapia y se aspiran secreciones.

1:00 queda pte en unidad comatoso, con traqueotomía a nebulizador, LEU LR/Mto. Yeso en MSA, sonda de gastrostomía, sonda vesical a (ilegible) (fol. 31 vto c. 3).

Agosto 30/92

13 Recibo pte en la unidad (ilegible)... en regulares condiciones con LEV x MSI con traqueotomía (ilegible)... se aplica novalgina, cambios de posición ...(ilegible)

18 T 38.8°C

Control de líquidos

19 Queda pte en la unidad en regular estado con traqueotomía en t de t(ilegible).

19 Recibo pte en regulares condiciones generales con traqueotomía a tubo en t (ilegible).

7 am Paciente despierto alerta en mal estado general con traqueotomía (ilegible)...(fol. 32 c. 3).

IX-10/92

Se realiza drenaje postural localizado + succión

El pte se descompensó con el procedimiento; ss aumento inicialmente la fracc de O2 a 100% se deja a 0.5

Se realiza PG + MTA + succión

Rta abundantes secreciones mucopurulentas (fol. 68 c. 3).

Oct 9/92

7 am Recibo pte acostado despierto (ojos abiertos) estado comatoso preservativo a ..-ilegible-

Control SV, sudoroso

...Valoración médica....

13+00 pm Recibo pte en unidad en mal estado general, sudoroso, rigidez generalizada, pupilas - ilegible - con traqueostomía con O2 a 5 litros sonda de gastronomía, preservativo conectado a sonda vesical - ilegible -

13+40 SE hace CSV y cambio de posición c/2h TA 100/60 P 80x T| 37.5°C R 21x'

14+10 El pte continúa empeorando su estado general se intenta canalizar vena lo cual no se logra por su espasticidad es imposible T. respiratoria

14+20 se continúa CSV T/A100/30 - ilegible -

14+30 Hace reflujo gastroesofágico y se aspiran secreciones

Se suspende gastroclisis

14+35 pm Pte hace rigidez - ilegible- marcada se continúa control... CSV T/A 70/20 m Hg es imposible controlar pulsos periféricos

Pte a quien se le solicita valoración médica. Pte que falleció se amortaja y se baja a la morgue" (fol. 46 c. 3).

- El 1º de agosto de 1992, el equipo de escanografía (TAC) no estaba disponible por daño de la máquina (certificación expedida el 14 de enero de 1993 por el Jefe de Servicio de Imagenología del Hospital Central de la Policía Nacional, fol. 170 c. 3).

- Los padres del menor Rodríguez demandaron al Hospital Central de la Policía Nacional en ejercicio de la **acción de tutela**, proceso del cual se trasladaron legalmente las siguientes actuaciones:

El 2 de octubre de 1992, la Magistrada de la Sala de Familia del Tribunal Superior de Bogotá constituyó audiencia con el fin de realizar la diligencia de inspección judicial con intervención de médicos neurólogos peritos en el Hospital Central de la Policía Nacional de Bogotá. En dicha diligencia, la Magistrada verificó que la historia clínica del paciente estuviera completa y la puso a disposición de los médicos peritos para que rindieran su informe (fols. 450 a 457 c. 3).

El 5 de octubre de 1992, los médicos peritos rindieron su informe. En la parte de hallazgos, transcribieron la parte pertinente de la historia clínica del paciente Edward Rodríguez Zambrano, así:

*“(...) Historia clínica Hoja No. 1. Fecha de ingreso julio 31/92. Hora: 21:00. (...) Motivo de Consulta: Politraumatismo por caída de altura. Enfermedad actual: Sufrió caída de un tercer piso, cayendo a piso encementado, no perdió el conocimiento. Examen físico: Presenta contusión en región frontal con excoriación y hematoma. En región - ilegible - equimosis palpebral y laceración en puente nasal. Contusión en miembro superior derecho con deformidad por fractura en tercio inferior de antebrazo, Sellado Dr. Guillermo R. 31 de julio 92 21+45 horas (45 minutos después del ingreso). Caída del tercer piso sin pérdida de conciencia. No recuerda. Área Corporal de Impacto. Al examen físico regular estado general, conciente Glasgow 15/15 herida puntiforme de 0.3 c.m. de diámetro en región frontal; herida supraciliar derecha de 2.3 c.m. lineal. Herida puntiforme en dorso de nariz; edema y equimosis palpebral bilateral pupilas isocóricas reactivas: Herida lineal cara oral tercio externo del labio superior fracturas dentales 21-22-23, Movilización mandibular; no inestabilidad facial; en extremidades deformidad dorsal de tercio distal de miembro superior derecho. **Neurológico: Sin déficit sensitivo ni motor aparente.** Rx fractura acabalgada de colles en extremidad superior derecha. **Rx de cráneo sin evidencia de fractura.** Impresión diagnóstica: 1. Politraumatismo. 2. **Trauma craneoencefálico leve.** 3. Fractura de colles derecha. 4. Herida lineal supraciliar derecha y fractura dental de 21-22-23. Plan glicemia cuadro hemático valoración por ortopedia hoja neurológica. Firma ilegible. Ortopedia: 31 de julio 92 No está anotada la hora. Paciente con historia clínica anotada quien presenta en miembro superior derecho deformidad dorsal en tercio distal de antebrazo con limitación funcional severa por dolor, perfusión distal positiva los Rx muestran fractura acabalgada de colles, Plan dejar sin vía oral colocar férula de yeso y reducción mañana 8 a.m. Dr. Saavedra Firma ilegible. 1 agosto 92 ortopedia,*

no está anotada la hora. Bajo anestesia general se realizó reducción cerrada e inmovilización con yeso braquimetacarpiano de fractura de colles derecha. Procedimiento sin complicaciones ortopedista Dr. Saavedra. Ayudantes A. García Alarcón. Plan: control con Dr. Saavedra el martes 4 de agosto-92 a las 07:00 a.m., **queda pendiente valoración por neurología.** Salida por ortopedia. Firma ilegible. **Hoja de anestesia: Descripción clínica de la anestesia: 1 agosto 1992 - no anota la hora de inicio - consciente, orientado adecuada respuesta motora. Equimosis palpebral bilateral algido. Bloqueo insuficiente. Anestesia general intravenosa asistida. Firma ilegible. Agosto 1-1992 10+40 horas anestesiología luego de 10 minutos de llegar a la sala de recuperación se encuentra en paro cardiorrespiratorio. Reanimación tubo orotraqueal 8.5. Ventilación mecánica; masaje cardíaco. Bicarbonato 40 miliequivalentes. Adrenalina 1.5 mg - ilegible - recuperación con ritmo cardíaco y tensión arterial 90/60 Frecuencia cardíaca 130x' abundante secreción sanguinolenta por tubo orotraqueal y secreciones en torax. 10+25 horas tensión arterial 130/55. Se pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos, firma ilegible.** Nota de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos 1 - agosto 1992 12+30 horas paciente de 16 años quien sufre politraumatismo inicialmente sin pérdida de conocimiento por si signo de trauma en ojos. Al ingreso a urgencias sin déficit neurológico y estable hemodinámicamente. El servicio de ortopedia decide practicarle una reducción cerrada de cúbito y radio distal. Después del procedimiento (10 minutos), en recuperación hace paro cardiorrespiratorio del cual sale con 1.5 mg de adrenalina y bicarbonato. Es traído a la Unidad de Cuidados Intensivos para continuar tratamiento. Fue valorado por Neurología quien decide tomografía cerebral. El paciente llega inestable, con abundantes secreciones. Impresión diagnóstica: politraumatismo estado pos parto cardíaco. **Contusión cerebral y se solicita tomografía cerebral. Firma ilegible. 21 horas por daño del escanógrafo no fue posible tomar la tomografía.** Agosto 19 de 1992. Resumen de Salida Unidad de Cuidados Intensivos '...Paciente traído a la UCI por presentar paro cardiorrespiratorio en la Unidad de recuperación. Posterior a reducción cerrada de fractura en antebrazo derecho por politraumatismo al caer de un tercer piso...se practica TAC de cráneo y Rx de columna cervical que descartan lesiones ocupando espacio o fracturas de cuello - desplazamientos....Dada la presencia de episodios de convulsión tónica clónica generalizada se agrega fenitoína con control de las mismas....se practica traqueostomía y gastrostomía. TAC de control compatible con cambios degenerativos (pendiente reporte escrito por neurorradiólogo)...Amerita continuar tratamiento iniciado por el Departamento de Rehabilitación y Terapia Respiratorio.

DIAGNÓSTICOS **DEFINITIVOS:**

POLITRAUMATISMO a. Trauma Craneoencefálico. B. Fractura Antebrazo Derecho. SECUELAS POSPARTO. Firma ilegible..."

De la evaluación de los estudios radiológicos, los peritos advirtieron las siguientes anotaciones relevantes:

“...CRANEO SIMPLE...Fecha: julio 31-92. Estudio dentro de límites normales...TAC CRANEO SIMPLE...Fecha: 3 Agosto-92...Fractura lineal, frontal medial derecha adyacente a pared medial de la órbita der....Fractura frontal der - Cambios secundarios a presencia de edema cerebral difuso leve. TAC CRANEO SIMPLE...Fecha: 14 AGOSTO-92. Fractura frontal descrita por lo demás este examen se encuentra dentro de parámetros de normalidad. TAC CRANEO SIMPLE. Fecha: 18 AGOSTO-92. Cambios ex - vacuo (atróficos) leves a moderados generalizados. Fractura frontal paramedial der. (...).”

Luego, con fundamento en la historia clínica, procedieron a absolver el cuestionario, así:

- Estado del paciente y tratamiento al ingreso al centro hospitalario:

*“al momento de ingresar al Hospital, se trata de un paciente en regulares condiciones generales, algido, consciente, **Glasgow 15/15 (lo que indica un buen estado neurológico posterior a un trauma craneoencefálico)**, presentaba al examen físico herida puntiforme de 0.3 cms en región frontal herida en ceja derecha de 2-3 cms lineal, herida puntiforme en dorso de la nariz; edema y equimosis palpebral bilateral; herida lineal en labio superior; fracturas dentales de incisivos y deformidad en miembro superior derecho consejera limitación funcional por dolor, neurológico sin déficit motor ni sensitivo aparente. Sus diagnósticos de ingreso fueron: 1 Politraumatismo 2. **Trauma cráneo encefálico leve**. 3. Fractura de colles (fractura de huesos del antebrazo derecho). 4. Herida en ceja derecha. 5. Fracturas dentales. **El tratamiento requerido para un paciente con estos diagnósticos es la hospitalización, observación de su evolución clínica, PRACTICAR EXÁMENES PARACLÍNICOS DE ACUERDO A LA EVOLUCIÓN, EVALUACIÓN ESPECIALIZADA**, estabilización de la fractura, de antebrazo derecho”.*

- Acto quirúrgico y manejo anestésico:

*“Se trata de un paciente que fue sometido a reducción cerrada (sin cirugía) de la fractura de antebrazo derecho e inmovilización. **El procedimiento anestésico practicado consistió en ‘Bloqueo axilar (anestesia del miembro superior insuficiente, por lo cual se le aplicó anestesia general intravenosa asistida’**. Según la nota operatoria durante el procedimiento no se presentaron complicaciones”.*

- Estado post - operatorio:

“Según datos de la historia clínica en Sala de recuperación (la sala donde se recuperan los pacientes después de salir del

Quirófano). '1 agosto-92 10+40 horas. Anestesiología: Luego de 10 minutos se encuentra en paro cardiorrespiratorio reanimación', es decir en el postoperatorio inmediato presentó un paro cardiorrespiratorio del cual sale con vida debido a las maniobras de reanimación que le practicaron".

Anotaron, finalmente, que la decisión del momento a practicar un procedimiento depende de varios factores, entre ellos, el estado previo del paciente, el tipo de intervención, el riesgo anestésico, etc., pero que igualmente toda fractura requiere de tratamiento inmediato consistente en inmovilización y estabilización, a la mayor brevedad posible, dependiendo de los factores mencionados y, explicó que por procedimiento inminente se entiende "aquellos que no dan espera puesto que si no se realizan en forma inmediata, fallecería el paciente, por ejemplo una herida en el corazón" (fols. 472 a 477 c. 3).

Ese mismo día, el médico radiólogo de la Dirección General de Medicina Legal presentó el informe de lectura de las radiografías tomadas por el Hospital Central de la Policía al paciente Edward Rodríguez, con las siguientes anotaciones:

"CRANEO SIMPLE.(...) Fecha: Julio 31-92 Cráneo simétrico sin calcificaciones patológicas y adecuada visualización de suturas y tablas óseas normales; Base de cráneo y otras estructuras observadas normales. OP: Estudio dentro de límites normales.

TAC CRÁNEO SIMPLE. (...). Fecha: 3 Agosto-92 Fractura lineal, frontal medial derecha adyacente a la pared medial de la órbita der. No hay lesiones focales parenquimatosas ni se observan colecciones intra o extra axiales. El sistema ventricular tiene apariencia laminar moderada y las cisternas de la base y espacio sub aracnoideo en general tienen amplitud disminuida. OP: Fractura frontal der - Cambios secundarios a presencia de edema cerebral difuso leve.

TAC CRANEANO SIMPLE (...) Fecha: 14 AGOSTO-92 Persiste imagen de fractura frontal medial derecha. El sistema ventricular respecto al examen anterior ha adquirido distribución, morfología y capacidad usuales; las cisternas de la base y el espacio sub aracnoideo se definen mejor y con características de normalidad. Parenquima nervioso de apariencia normal incluyendo fosa posterior. OP: Fractura frontal descrita. Por lo demás este examen se encuentra dentro de parámetros de normalidad.

TAC CRÁNEO SIMPLE. (...) Fecha: 18 AGOSTO-92 Imagen de fractura ya descrita sin cambios. El parenquima nervioso especialmente supratentorial demuestra algunos cambios de pérdida difusa de volumen caracterizados por mayor capacidad no hipertensiva del sistema ventricular sub aracnoideo, más visible en los valles Silvianos y

convexidad de los hemisferios donde los surcos son más profundos y las circunvoluciones más amplias. El resto del examen es normal. OP: Cambios ex - vacuo (atrofícos) leves a moderados generalizados. Fractura frontal paramedial der” (fol. 496 c. 3).

El 8 de octubre de 1992, el médico ortopedista Óscar Hediél Saavedra Mogollón declaró ante el Tribunal Superior de Bogotá sobre la atención que recibió el paciente Rodríguez. Afirmó que, como ortopedista, siempre está sujeto a la evolución del estado general del paciente para efecto de practicar cirugías o cualquier otro tipo de procedimientos, con el fin de **no comprometer la vida del paciente**; que en el caso del paciente Rodríguez, lo interrogó el 1º de agosto de 1992 en horas de la mañana y lo encontró en buenas condiciones generales, con fractura del puño que debía tratar y por ello ordenó conducirlo a cirugía para efectuar la reducción cerrada de la fractura, procedimiento en el cual se duerme al paciente por un corto período y, una vez anestesiado, efectuó el tratamiento con asistencia de la médica interna; que cuando finalizó la cirugía y, en vista de que el examen previo no mostró indicios de trauma cráneo encefálico severo, ordenó dar de alta al paciente. Describió el estado general del paciente, así:

*“a pesar de haber transcurrido aproximadamente 10 horas desde el ingreso al hospital se encontraba orientado temporo espacialmente, consciente, y sin signos neurológicos de trauma encefalocraneano importante (...) **tenía algún hematoma supraorbitario** es decir por encima de la ceja no recuerdo cuál, pero no tenía el característico signo de mapache, es decir los ojos morados en todo el rededor, lo cual indica que el paciente tiene un trauma cerebral importante (...) **yo vi todos los exámenes que tenía el paciente, vi radiografías, NO RECUERDO LAS DEL CRÁNEO pero si hubiera visto algo anormal en esas radiografías muy seguramente no hubiera intervenido al paciente ya que MI PROCEDIMIENTO PODRÍA ESPERAR INCLUSO DOS SEMANAS PARA SER REALIZADO, es decir no era inminente**”.*

Señaló además que, **en caso de haber encontrado en la radiografía del cráneo una fractura lineal, frontal media derecha adyacente a la pared medial de la órbita derecha, sí hubiera intervenido al paciente porque “una fractura frontal no es indicativa de mayor compromiso cerebral si no está acompañada de signos clínicos que indiquen trauma cerebral, es decir trastorno de la consciencia, desorientación del paciente en tiempo y espacio, movimientos anormales de las extremidades, Y SI EL PACIENTE HUBIERA TENIDO ALGÚN SIGNO CLÍNICO DE ALARMA, EL MÉDICO DE URGENCIAS LA NOCHE ANTERIOR LO HABRÍA HECHO VALORAR DE MANERA URGENTE POR EL NEUROCIRUJANO, Y ÉL HUBIERE SIDO QUIEN HABRÍA**

O NO AUTORIZADO LA INTERVENCIÓN DEL PACIENTE (...) el niño estaba bien que NO PIDIERON VALORACIÓN DE NEUROCIRUGÍA” (fols. 502 a 505 c. 3).

- El día 9 de octubre de 1992 murió Edward Rodríguez Zambrano por insuficiencia respiratoria (registro civil de defunción aportado en copia auténtica, fol. 2 c. 3).

El día 9 de octubre de 1992, fecha en que murió el menor, la Sala de Familia del Tribunal Superior de Bogotá profirió sentencia por la cual negó las pretensiones relacionadas con el traslado del menor Edward Rodríguez a otro centro hospitalario, tuteló los derechos fundamentales a la vida, a la salud, a la integridad física y a la seguridad social del menor y, en consecuencia, ordenó al Hospital Central de la Policía Nacional atender de forma eficiente al paciente Edward Rodríguez, poner a su disposición en mejor equipo técnico y científico para el tratamiento requerido y para su recuperación, que incluyera asistencia médica y de enfermería, terapia respiratoria y física, asistencia nutricional, entre otras, así como prestar el apoyo sicoterapéutico que requiera la familia del paciente para manejar el trance del menor.

El Tribunal Superior de Bogotá comparó la historia clínica del paciente con la evaluación realizada por los médicos legistas y concluyó que **es imposible determinar en qué momento el menor sufrió la lesión craneal, la hora en que se aplicó la anestesia ni las causas que provocaron el paro cardio respiratorio**, motivo por el cual, al no contar con elementos de juicio suficientes, no podía condenarse al Hospital o a los médicos. No obstante lo anterior, y ante la carencia de un plan de recuperación, ordenó la protección de los derechos fundamentales del menor para que se le prestara la debida atención médica a él y a su familia para procurar su pronta recuperación (fols. 130 a 134 vto. c. 3).

- **La Oficina de Investigaciones Especiales de la Procuraduría General de la Nación investigó el tratamiento médico** que se le brindó al paciente Edward Rodríguez Zambrano, a petición del señor Segundo Chepe Rodríguez, dentro del cual se acreditaron los hechos que se relacionan a continuación, a través de pruebas debidamente trasladadas:

El 9 de octubre de 1992 - fecha en que murió el menor -, los Jefes del Departamento Quirúrgico y del Servicio de Anestesia del Hospital Central de la

Policía, presentaron informe de la auditoría efectuada en ese centro hospitalario a solicitud de la Subdirección Científica de la Procuraduría General de la Nación, de la cual concluyeron lo siguiente:

*“1.- Se trata de un paciente que sufre traumatismo al caer de un tercer piso, presentando fractura del radio derecho y **trauma leve craneano**.*

2.- Se mantiene en observación por un período de 10 horas con una evolución satisfactoria, por lo cual se practica reducción cerrada de la fractura, bajo anestesia general.

3.- En el post - operatorio inmediato en Sala de recuperación presenta paro cardio -respiratorio del cual es reanimado, pero como secuelas se establece daño cerebral severo.

4.- Evoluciona sin ninguna mejoría tanto en la Unidad de Cuidado Intensivo como en el piso.

*5.- El análisis de la Historia nos muestra que **el manejo del paciente fue adecuado, tanto en la valoración del servicio de urgencias, en el tiempo de observación indicado, en el manejo anestésico, que presenta como complicación para cardiorrespiratorio cuya causa no es posible establecer, y como secuelas un daño cerebral severo.***

RECOMENDACIONES: 1.- Mantener un sistema de monitoreo permanente en todos los pacientes en recuperación que permite un mejor control de éstos” (fols. 279 a 280 c. 3).

El 10 de enero de 1993, el auxiliar de enfermería del Hospital Central de la Policía, José Alirio García Hernández, quien atendió al menor Rodríguez, rindió declaración ante la Subdirección Administrativa del Hospital Central de la Policía Nacional. Expresó que el paciente ingresó al centro hospitalario por un politraumatismo e ingresó a cirugía para la reducción del miembro superior; que al terminar el procedimiento quirúrgico, **el paciente ingresó a la sala de recuperación donde él lo atendió en todo momento, le puso oxígeno y el paciente estaba estable, con signos vitales bajos pero dentro de los límites normales**; que procedió a efectuar las notas de enfermería y continuó vigilándolo, *“se le terminaron los líquidos y se los cambié en ese momento estaba conectado al monitor de presión arterial y pulso; **volví y le tomé tensión arterial y entonces hizo alarma por cuanto no marcó presión de inmediato miré si estaba ventilando el paciente y noté que no tenía movimientos respiratorios y de inmediato llamé a la Doctora y ella vino de inmediato (...)**”*

Dijo que la vigilancia de los pacientes en post anestesia general, consiste en constatar su ventilación, observar los movimientos torácicos y abdominales, brindarle oxígeno y si no tiene tubo endotraqueal se le pone una máscara de oxígeno, vigilar los signos vitales como respiración, pulso y presión arterial, revisar si hay sangrado por las heridas quirúrgicas, constatar que el paciente esté dentro de la camilla y que no se vaya a caer, suministrar calmantes ante el dolor, etc. Agregó finalmente, en el caso concreto, que si **“un paciente que se cayó de un piso y lo pasaron a cirugía, creo que de todas formas tiene un golpe en la cabeza; digo que en un caso de estos se le debería dar más tiempo para poderlo llevar a cirugía”** (fols. 168 a 169 vto. c. 3).

El 27 de enero de 1993, la médica neuróloga del Hospital Central de la Policía, Myriam Saavedra Estupiñán, declaró ante la Oficina de Investigaciones Especiales de la Procuraduría General de la Nación quien, luego de revisar la historia clínica del menor Edward Rodríguez Zambrano señaló:

*“Yo contesté una interconsulta que pasaron a neurología el 1 de agosto de 1992, era un paciente de 16 años con una fractura reducida del miembro superior derecho y quien según los datos de la historia clínica había sufrido un paro cardiorrespiratorio, se encontraba sin respuestas espontáneas, con edema y equimosis palpebrales, con pupilas de 3 milímetros, con respuesta lenta a la luz, tenía una oftalmoplegia total y respuesta carnal presente, retiraba los miembros inferiores y superiores al dolor, se corrige superior izquierdo, le aplicaron una ampolla de medilazonal de manera que **era imposible saber qué parte se debía al efecto de la droga y qué secuelas del paro cardiorrespiratorio y además era importante descartar una lesión intracerebral bilateral como hematoma o edema cerebral difuso** en ese momento él estaba solo estaba (sic) con sus médicos.(...) Leyendo los documentos que me ponen de presente, la historia clínica el paciente **pudo tener un edema cerebral difuso postanoxia que lo hubiera dejado en un estado vegetativo otra posibilidad sería una embolia grasa pero eso no es probable** porque tendría que haberla hecho en el acto operatorio, porque él entró consciente y salió inconsciente de cirugía, otra posibilidad es que hubiera hecho un hematoma epidural o subdural de lento crecimiento a partir del trauma pero **los estudios de escanografía apoyan la primera posibilidad que es edema cerebral difuso postanoxia situación que ocurre cuando una depresión aguda de la suplencia de oxígeno cerebral de cualquier causa. (...) ignoro la causa del paro cardiorrespiratorio el único factor de riesgo que él tenía en ese momento para hacer el paro cardiorrespiratorio era las drogas utilizadas en la anestesia, o QUE HUBIERA HABIDO UNA LESIÓN NEUROLÓGICA EN CURSO QUE NO SE HUBIERA DETECTADO CLÍNICAMENTE”***

Resaltado por fuera del texto original (fols. 172 a 172 vto. c. 3).

El 9 de febrero de 1993, el médico perito encargado por la Oficina de Investigaciones Especiales de la Procuraduría General de la Nación para rendir informe sobre el procedimiento médico del paciente Edward Rodríguez Zambrano, presentó escrito mediante el cual consideró que no existe mérito para abrir investigación formal contra los médicos que estuvieron a cargo de prestar el servicio médico.

Explicó que el menor Rodríguez ingresó al centro hospitalario por trauma facial, fractura cerrada en el antebrazo derecho, quien al día siguiente ingresó a la sala de cirugía, donde se le aplicó la anestesia general, previa valoración preanestésica en la que se concluyó que el aspecto neurológico era normal. Luego de la cirugía, el paciente presentó paro cardiorrespiratorio y, luego de la reanimación, fue trasladado a la UCI en donde manejaron el daño cerebral.

Concluyó que el suministro de medicamentos y líquidos desde que ingresó el paciente hasta su deceso fue el adecuado y que nunca existió daño neurológico como consecuencia del trauma que sufrió el menor el 31 de julio de 1992, sino que se presentó una depresión hemodinámica y respiratoria severa y aguda cuando estaba en la sala de recuperación, que fue detectada y manejada inmediatamente por los médicos y auxiliares de enfermería a cargo del paciente. Agregó:

*“Por supuesto que la eficacia de tales medidas va proporcional a la rapidez con que se instalen, a lo eficiente del procedimiento a la sensibilidad o disposición del cuerpo a reanimarse. A pesar de haberse dado la respuesta positiva a las medidas instauradas, el tiempo de duración del citado paro, dio como resultado **lesión cerebral global severa, por la falta de oxígeno y perfusión encefálica que originó el paro, conocido como encefalopatía anóxica posparo** con las graves manifestaciones y secuelas en él presentadas.*

(...) Sí llama la atención, es la POCA ATENCIÓN O DILIGENCIA EN LA PRÁCTICA DE LA VALORACIÓN NEUROQUIRÚRGICA SOLICITADA CON CARÁCTER DE URGENCIA, ASÍ COMO LA TOMA DE UN ESTUDIO RADIOLÓGICO, COMO ES LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE CRÁNEO, en el que también ‘hubo mora en el cumplimiento de la citada orden. Por cuanto, ERAN MANDATARIAS COMO LO CONSIDERARON QUIENES ASÍ LO DISPUSIERON TANTO PARA DEFINIR EL DIAGNÓSTICO, COMO PARA ADOPTAR LA CONDUCTA ACORDE. (...) La urgencia médica y quirúrgica, suficientemente definida desde el punto de vista asistencial y administrativo se

debe atender como tal, a fin de evitar mayor morbilidad y/o mortalidad” (fols. 177 a 181 c. 3).

- **El Tribunal de Ética Médica de Bogotá, también investigó las actuaciones de los médicos que trataron al menor**, procedimiento del que se destacan los siguientes hechos, pues la prueba fue trasladada en los términos establecidos en la ley:

El 13 de junio de 1995, el médico Guillermo Alfonso Rivera Romero declaró ante el Tribunal de Ética Médica de Bogotá, sobre la atención médica que prestó al paciente Edward Rodríguez. Afirmó que a la fecha de los hechos se desempeñaba como médico de urgencias a cargo de recibir los pacientes en el Hospital Central de la Policía y que atendió al menor Rodríguez únicamente a su llegada al centro hospitalario, dejando las siguientes anotaciones en la historia clínica:

*“Sí, efectivamente es una nota de ingreso a urgencias con mi puño y letra y refrendada con mi firma y sello. Dice: ‘...Historia clínica No. 19076283 del hospital de la policía, edad 16 años que ingresa el 31 de julio de 1992 por: Motivo de consulta politraumatismo por caída de altura. **Sufrió caída de un tercer piso cayendo a piso ensemantado**, no perdió el conocimiento **presenta contusiones en región frontal con parpebral izquierda** y laceraciones en puente nasal. Contusión en miembro superior derecho con deformidad por fractura en tercio inferior del antebrazo. Contusiones en miembros inferiores, aparentemente sin lesión ósea...el contacto mío con los pacientes se limitaba a el reconocimiento en el servicio de urgencias ...”* (fol. 137 c. 3).

El 12 de julio de 1995, el médico intensivista del Hospital Central de la Policía, declaró ante el Tribunal de Ética Médica de Bogotá que el 1º de agosto de 1992 ingresó al paciente Edward Rodríguez, quien había presentado paro cardíaco en la sala de recuperación, luego de una cirugía y que, desde que recibió al paciente, el tratamiento que se le prestó consistió en conectarlo al ventilador, *“se inicia dopamina, sedación, se solicita TAC cerebral, y valoración a neurología”* (fol. 142 c. 3).

El 20 de septiembre de 1995, el Tribunal de Ética Médica de Bogotá presentó el informe de las conclusiones dentro del caso del paciente Edward Rodríguez, en que se consideró que los médicos tratantes no infringieron las normas de ética médica (fols. 144 a 146 c. 3).

El 27 de septiembre de 1995, el Tribunal de Ética Médica de Bogotá decidió de fondo la queja instaurada por los demandantes contra los médicos que atendieron al menor Rodríguez Zambrano, acogiendo por unanimidad el informe de conclusiones y, consecuentemente, declarando que no existe mérito para formular cargos contra los profesionales de la salud (fols. 147 a 150 c. 3).

3. Análisis de la Sala

3.1. El Daño

La parte demandante solicitó declarar la responsabilidad patrimonial del Estado y la consecuencial indemnización por (i) la lesión en el cráneo que sufrió el menor Edward Rodríguez Zambrano el 1º de agosto de 1992, dentro del centro hospitalario y (ii) la posterior muerte del paciente el 9 de octubre siguiente en el Hospital Central de la Policía Nacional, por insuficiencia respiratoria.

La Sala encuentra claramente demostrado uno de los daños invocados por la parte actora, consistente en la muerte del menor Rodríguez el 9 de octubre de 1992, en el Hospital Central de la Policía Nacional, por insuficiencia respiratoria (registro civil de defunción, fol. 2 c. 3).

En cuanto a la lesión en el cráneo que alegan los demandantes que sufrió el paciente el 1º de agosto de 1992 en la Sala de Cirugía, afirmación que sustentan en la comparación de la radiografía que tomaron el día de ingreso del paciente al Hospital - 31 de julio de 1992 - y la realizada el 1º de agosto siguiente, luego de que saliera de la cirugía, según las cuales, la primera no mostró fractura de cráneo mientras que, la segunda, sí la evidenció, la Sala no lo advierte probado.

En efecto, se encuentra que el menor Edward Rodríguez Zambrano sufrió una lesión en la cabeza y en la muñeca cuando **cayó del tercer piso de su casa**, como se corrobora con las anotaciones efectuadas por los médicos de urgencias del Hospital Central de la Policía Nacional que lo atendieron el 31 de julio de 1992. De éstas, se advierte que ese día se ordenó una valoración por neurocirugía - que no se realizó -, que se le practicó una radiografía del cráneo, el examen de Glasgow y, con fundamento en los resultados de esas pruebas, se emitió la impresión diagnóstica, así:

- Politraumatismo

- **Trauma craneoencefálico leve**
- Fractura de colles derecha
- Herida lineal supreaciliar derecha
- Fractura dental de 21-22-23 (historia clínica, fols. 27 y 50 c. 3).

Como se observa de las anotaciones efectuadas en la historia clínica, el paciente Rodríguez Zambrano sí ingresó al centro hospitalario con una lesión craneoencefálica, hecho probado que desvirtúa las afirmaciones de la parte demandante según las cuales, el menor sufrió la lesión dentro del Hospital Central de la Policía Nacional.

Cabe resaltar que el motivo por el cual el menor Rodríguez acudió al Hospital fue precisamente la caída que sufrió desde un **tercer piso**, hecho que permite inferir que sufrió una lesión craneoencefálica e inclusive una fractura, como en realidad sucedió.

Los estudios médicos² efectuados en pacientes que sufren trauma craneoencefálico leve, definen esa lesión como la pérdida momentánea de la conciencia, una prolongada amnesia postraumática, la pérdida postraumática transitoria de una función neurológica sin lesión estructural, o una lesión traumática focal, caracterizada por extravasación sanguínea en múltiples vasos, de la cual se pueden derivar hemorragias pequeñas o microscópicas, que no resulten visibles en la radiografía.

Para determinar el grado del trauma craneoencefálico, se utiliza la escala de coma de Glasgow, según la cual, se considera severo aquel que arroja menos de 9 puntos; moderado de 9 a 12 y leve de 13, 14 o 15 puntos.

Los estudios científicos también muestran que en los casos de trauma craneoencefálico leve, en pacientes en los que no se realiza una tomografía computada o TAC de cráneo, presentan posteriormente una hemorragia intracraneal, fractura y, en algunos casos, requirieron de cirugía para la evacuación de hematomas. Los anteriores datos, condujeron a los médicos científicos a concluir que es posible que el riesgo de una lesión que requiera tratamiento quirúrgico

² Estudio realizado por los médicos neurólogos Dr. J. Sales Llopis y Dr. C. Botella Asunción en el Servicio de Neurocirugía del Hospital General Universitario de Alicante, publicado en la Página web de estudios de neurocirugía "Craniotop – Protecting the brain" consultada el 31 de julio de 2008, consultada a las 5:45 pm. <http://www.neurocirugia.com/diagnostico/tce/tceleve.html>.

pueda pasar desapercibida y que, en todo caso, como la hemorragia intracraneal no aparece en la radiografía simple de cráneo, ésta no puede ser descartada.

Con fundamento en los análisis elaborados sobre el tema y en la valoración del material probatorio, se infiere que el menor Rodríguez sufrió una fractura en el cráneo por la caída que sufrió del **tercer piso** de su casa, que no se vio reflejada en la radiografía que le tomaron el día de su ingreso y que se advirtió días después, cuando finalmente le practicaron el TAC cerebral.

No es dable afirmar que el menor Rodríguez sufrió dicha fractura por una caída que padeció durante la cirugía que le fue practicada el 1º de agosto de 1992 en el Hospital Nacional de la Policía, toda vez que, además de ser evidente que luego de sufrir una caída del **tercer piso**, era previsible que padeciera una fractura, el material probatorio muestra que el paciente estuvo bajo la constante vigilancia del personal médico y de enfermería.

En efecto, al finalizar el procedimiento quirúrgico, el paciente ingresó a la sala de recuperación donde el auxiliar de enfermería lo atendió, le puso oxígeno, realizó las notas de enfermería y continuó vigilándolo hasta que le tomó la tensión arterial sin que marcara presión inmediata y, al advertir que el paciente ventiló y no presentaba movimientos respiratorios, llamó a la anesthesióloga. El procedimiento descrito es el indicado para la vigilancia de pacientes que están en post operatorio, y que consiste en verificar la ventilación, observar los movimientos torácicos y abdominales, constatar que reciba oxígeno y, en caso contrario, suministrárselo a través de una máscara de oxígeno, vigilar los signos vitales como respiración, asegurarse de que el paciente esté dentro de la camilla y que no se vaya a caer, suministrar calmantes ante el dolor, etc. (fols. 168 a 169 vto. c. 3).

3.2. Imputación

Según los demandantes, la muerte del menor se debió a la falla médica del Hospital Central de la Policía Nacional, consistente en que no se realizó la valoración neurológica ni se practicó el examen de TAC cerebral, ordenados desde el ingreso del paciente al Hospital, sino que todos los esfuerzos médicos se enfocaron en la lesión de la mano, ignorando que el paciente cayó de un tercer piso.

Los apelantes alegaron que los médicos que trataron inicialmente al menor omitieron ordenar y practicar el examen del TAC cerebral, prueba médica que consideraron necesaria si se tiene en cuenta que el paciente cayó de un tercer piso y la radiografía de la cabeza arrojó como resultado un trauma craneoencefálico leve. Resaltaron que el examen nunca se practicó por cuanto la máquina estaba dañada.

Cuestionaron además el hecho de que, a pesar de los antecedentes de la consulta, ningún neurólogo o neurocirujano valoró al paciente, cuando la orden se impartió como lo revela la historia clínica³.

Revisado el material probatorio, se advierte que el 31 de julio de 1992, fecha en que ingresó el menor al Hospital, se anotó en la historia clínica la orden de efectuar una hoja neurológica cada hora y una valoración por neurocirugía. Se demostró además que la misma solo se efectuó el 1º de agosto de 1992, luego de que el paciente salió de la cirugía practicada ese día para la reducción de colles, cuando ya había sufrido el paro cardio respiratorio (fols. 26 y 50 c. 3).

El TAC, que se ordenó el 1º de agosto de 1992, solamente se efectuó tardíamente el 3 de agosto de ese mismo año, en consideración a que el equipo de escanografía (TAC) estaba dañado (certificación del Jefe de Servicio de Imagenología del Hospital Central de la Policía Nacional, fol. 26; historia clínica fols. 83 y 170 c. 3).

De acuerdo con el material probatorio, antes de determinar el procedimiento quirúrgico para reducción de colles al que fue sometido el paciente el 1º de agosto de 1992, debían analizarse varios factores, como el estado previo del paciente, el tipo de intervención y el riesgo anestésico, tal como lo consideraron los médicos peritos en el informe presentado el 5 de octubre de 1992, siendo un procedimiento inminente aquél que no da espera, cuando hay compromiso de la vida del paciente (fols. 472 a 477 c. 3).

En el caso del menor Rodríguez, quien decidió sobre la pertinencia y oportunidad de la intervención quirúrgica fue el ortopedista adscrito al Hospital Nacional de la Policía -coadyuvado por la anestesióloga- quien afirmó, como sustento de esa decisión, que previamente interrogó al paciente y lo encontró en buenas

³ Quedó demostrado que el menor Rodríguez sufrió un trauma craneoencefálico leve; que el día en que ingresó al centro hospitalario se ordenó la valoración por neurocirugía y que ésta nunca se efectuó (fols. 26, 27 y 50 c. 3).

condiciones; que el menor no presentó signos neurológicos de trauma craneoencefálico importante pues, a pesar de que tenía un hematoma supraorbitario, no presentaba el signo de mapache indicativo de un trauma craneoencefálico importante; que revisó todos los exámenes practicados al paciente - no recuerda las del cráneo - pero, aún así, afirmó que de haber advertido algo anormal en las radiografías no habría intervenido quirúrgicamente al paciente, toda vez que el procedimiento ortopédico que finalmente realizó, no era prioritario ni inminente, y podía esperar dos semanas por lo menos. Afirmó además que, si hubiera advertido la fractura del cráneo, igualmente habría procedido a practicar la cirugía, dado que **“una fractura frontal no es indicativa de mayor compromiso cerebral si no está acompañada de signos clínicos que indiquen trauma cerebral, es decir trastorno de la consciencia, desorientación del paciente en tiempo y espacio, movimientos anormales de las extremidades, y si el paciente hubiera tenido algún signo clínico de alarma, el médico de urgencias la noche anterior lo habría hecho valorar de manera urgente por el neurocirujano, y él hubiere sido quien habría o no autorizado la intervención del paciente (...) el niño estaba bien que no pidieron valoración de neurocirugía”** (fols. 502 a 505 c. 3).

Nótese como el ortopedista que **decidió** realizar la intervención quirúrgica en ese momento, consideró en forma errada que, como al paciente no se le ordenó una valoración por parte de un neurocirujano, seguramente fue porque el médico de turno que lo atendió a su ingreso no estimó que el menor sufriese un trauma cerebral, cuando de la historia clínica se advierte claramente que el médico general que atendió al menor Rodríguez a su ingreso, ante el trauma craneoencefálico leve que sufrió, ordenó la valoración, también la realización de una hoja neurológica cada hora, y además que las mismas no se cumplieron.

La anterior conducta evidencia las siguientes fallas: (i) una decisión apresurada de intervención quirúrgica y (ii) la realización de la misma sin verificar previamente las condiciones reales del menor, como son el hecho de que sufrió una caída de **un tercer piso**, que presentaba **trauma craneoencefálico** (hasta ese momento considerado leve) y que no se había practicado la **valoración por neurocirugía** para descartar hemorragias o fracturas.

Las anteriores fallas fueron determinantes del daño si se tiene en cuenta lo expuesto por la neuróloga del Hospital Central de la Policía que valoró al paciente

el 1º de agosto de 1992 y que, luego de revisar la historia clínica del menor, afirmó que una de las posibles causas del paro cardiorrespiratorio que sufrió el paciente pudo ser una lesión intracerebral bilateral, como hematoma o edema cerebral⁴ difuso; concepto que sustenta en los resultados de la escanografía⁵ que le fue practicada al menor. Destacó que los únicos factores de riesgo que tenía el paciente para entrar en paro cardiorrespiratorio, eran las drogas utilizadas en la anestesia, **“o que hubiera habido una lesión neurológica en curso que no se hubiera detectado clínicamente”** (fols. 172 a 172 vto. c. 3).

Por su parte, el médico perito encargado de rendir dictamen por parte de la Oficina de Investigaciones Especiales de la Procuraduría General de la Nación, llamó la atención sobre la falta de diligencia del Hospital en relación con la valoración neuroquirúrgica solicitada con carácter de urgencia, así como la omisión en la toma de un estudio radiológico como lo es la tomografía computarizada de cráneo, procedimientos necesarios para definir el diagnóstico y adoptar el tratamiento requerido (fols. 177 a 181 c. 3).

Del contenido del material probatorio la Sala encuentra acreditada la falla del servicio, consistente en exponer apresuradamente a un paciente de 16 años que cayó de un **tercer piso**, a un procedimiento quirúrgico no prioritario, 11 horas después de su ingreso, sin tener en cuenta que el paciente presentaba trauma craneoencefálico leve, contusión⁶ en la región frontal con excoriación y hematoma, edema y equimosis. Sorprende a la Sala que un paciente con las características anotadas, previo a decidir sobre la cirugía, no hubiera sido valorado por neurocirugía - cuando había sido ordenado - y no se le hubiera tomado un TAC, con el fin de descartar los riesgos y las complicaciones, así como una hemorragia o edema en el cerebro, toda vez que el trauma craneoencefálico es una de las causas del paro cardiorrespiratorio.

⁴ El edema cerebral es un proceso osmótico mediante el cual las neuronas cerebrales aumentan su tamaño debido a un aumento anormal del volumen de plasma intracraneal, pudiendo llegar a la lisis celular. Las principales causas son la hiponatremia, isquemia, accidentes vasculares cerebrales y traumatismos craneoencefálicos (en este caso se produce una rotura de los vasos sanguíneos, lo que provoca una hemorragia cerebral, aumentando el cuerpo celular de las neuronas mediante ósmosis). http://es.wikipedia.org/wiki/Edema_cerebral. Consultada el 31 de julio de 2008 a las 5:34 pm.

⁵ Se recuerda que este examen se practicó tardíamente, esto es, el día 3 de agosto de 1992, cuando el paciente ya se encontraba en estado de coma (fol. 86 vto. c. 3).

⁶ Contusión: lesión traumática focal, caracterizada por extravasación sanguínea (macro o microscópica) en múltiples vasos. Estudio realizado por los médicos neurólogos Dr. J. Sales Llopis y Dr. C. Botella Asunción en el Servicio de Neurocirugía del Hospital General Universitario de Alicante, publicado en la Página web de estudios de neurocirugía “Craniotop – Protecting the brain” <http://www.neurocirugia.com/diagnostico/tce/tceleve.html>.

En efecto, revisados los estudios clínicos⁷ elaborados sobre el trauma craneoencefálico leve, se observa que se trata de una lesión que produce hemorragias que no son visibles a las radiografías y que, de acuerdo con un estudio médico publicado en 1986, de 611 pacientes que presentaron trauma craneoencefálico leve, con Glasgow de 13 o más puntos, sin que se les practicara un TAC, el 18% requirió un procedimiento neuroquirúrgico para extracción de un hematoma intracraneal. La investigación médica destacó además un estudio publicado en el año 2000, en el cual durante 12 meses se evaluó a todos los niños de 15 años que llegaron al hospital de Los Ángeles, U. S. A., con trauma craneoencefálico leve, con Glasgow mayor de 13 puntos, a quienes se les realizó un TAC de cráneo a su ingreso, con los siguientes resultados: el 27,4% tuvieron TAC anormal; el 19,1% presentaron hemorragia intracraneal; el 18,5% sufrió fracturas y, el 3,2% requirió de cirugía para la evacuación de hematomas. Con fundamento en los estudios científicos, el análisis médico neuroquirúrgico citado consideró que en los casos de trauma craneoencefálico es necesario seguir el protocolo establecido, que inicia con la clasificación del trauma que sufre el paciente en leve (Glasgow 13 a 15 puntos) y, una vez determinado dicho grado, se subdividen en 3 grupos (0, 1 y 2), siendo los del grupo cero (0) aquellos que no presentan lesiones clínicamente significativas en el TAC cerebral, pero que, dentro de ese grupo, existe la posibilidad de que un porcentaje reducido presente lesiones cerebrales clínicamente relevantes que puedan requerir intervención quirúrgica, a pesar de que no hayan sufrido pérdida de conciencia ni alteraciones neurológicas detectables.

El estudio médico advierte que, cualquiera que sea la clasificación y el procedimiento a seguir, la hemorragia intracraneal no aparece en la radiografía simple de cráneo y, por lo tanto, no puede ser descartada. Estos pacientes deben permanecer en observación durante mínimo 6 horas y en valoración neuroradiológica; para constatar hemorragias, debe practicarse un TAC y, si los resultados muestran lesión intracraneal deben ser remitidos a neurocirugía; en caso contrario, puede darse de alta hospitalaria al paciente.

Con fundamento en las pruebas obrantes en el proceso, es dable concluir que antes de realizar el procedimiento quirúrgico, los médicos debieron practicar el

⁷ Estudio elaborado por los Drs. J. Sales Llopis y Dr.C. Botella Asunción. Servicio de Neurocirugía del Hospital General Universitario de Alicante. Puede consultarse en la página web de neurocirugía, <http://www.neurocirugia.com/diagnostico/tce/tceleve.html>, consultada el 31 de julio de 2008, consultada a las 5:45 pm

TAC cerebral al menor Rodríguez, con el fin de descartar una hemorragia intracraneal y una fractura de cráneo, que finalmente fue confirmada, cuando ya era demasiado tarde.

Consultados varios estudios médicos⁸, existe certeza sobre las causas que pueden provocar un paro cardiorrespiratorio, consistente en la interrupción repentina y simultánea de la respiración y el funcionamiento del corazón, y que son, entre otras, el traumatismo craneoencefálico y hemorragias severas.

Lo anterior, conduce a la Sala a concluir que la decisión apresurada de exponer al menor a una cirugía menor, sin que previamente se le hubiera realizado la valoración neuroquirúrgica y la práctica del TAC cerebral, fue la causa adecuada del daño que padeció el menor Rodríguez.

A pesar de que la relación de causalidad en materia médica es compleja en consideración a los asuntos científicos y técnicos que rodean el asunto, así como la carencia de medios probatorios **directos**, la Sala encuentra acreditado el nexo de causalidad en este caso con fundamento en que existen indicios que brindan un grado suficiente de certeza, sobre la falla médica que produjo el daño.

En efecto, la exposición del paciente a una cirugía que no comprometía su vida y que podía esperar, y la aplicación de anestesia sin una previa y completa evaluación de su estado neurológico, causaron un daño previsible y evitable, toda vez que fue dicho procedimiento el desencadenante de la lesión que lo condujo a la muerte.

Cabe agregar que no se surtió el trámite del consentimiento informado cuando se decidió intervenir quirúrgicamente al menor Rodríguez de forma apresurada. El único documento que obra dentro del expediente es la autorización de servicios suscrita por el padre del menor, en relación con todos los servicios médicos, de laboratorio y quirúrgicos que pudieran requerirse, así:

“AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS.

1º Obedecerá los reglamentos de la Clínica en lo que concierne a disciplina, atención médica, servicios de laboratorio, farmacéutico, etc.

⁸http://www.wikilearning.com/monografia/paro_cardiaco_respiratorio_y_reanimacion_cardio_pulmonar-reanimacion_cardio_pulmonar/10654-8;
<http://www.ambitoweb.com/servicios/salud/manual4.asp>
http://www.saludencolombia.com/pages/primeros_auxilios/primeros_auxilios-04.html
http://docencianacional.tripod.com/primeros_auxilios/cap4.htm

2º Se someterá a los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos o no quirúrgicos, incluyendo las operaciones rutilantes que sean ordenadas por los médicos responsables del caso” (fol. 56 c. 3).

Para la Sala, el anterior documento no contiene una autorización debidamente informada de los padres del paciente, pues no se les advierte sobre las particularidades del procedimiento quirúrgico, los riesgos del mismo, ni las posibles secuelas que podrían sobrevenir, máxime cuando se trataba de una cirugía que podía esperar.⁹

Sobre la obligatoriedad de informar de manera oportuna y diligente al paciente, la Sala¹⁰ ha explicado que solamente se exceptúa al médico de dicho deber en los casos de urgencia o emergencia, especialmente cuando el paciente está inconsciente o en peligro de muerte. Por lo tanto, por regla general, los médicos están obligados a obtener la autorización para toda terapia, excepto cuando las particularidades del caso lo impliquen y, en esos eventos, deben probar la necesidad de esa omisión, cosa que no sucedió en este caso.

En este caso, la cirugía para tratar la fractura de la mano no era inminente y por tanto, habría podido aplazarse.

En consideración a todo lo anterior, la Sala revocará la sentencia apelada y declarará la responsabilidad patrimonial de la Nación, Ministerio de Defensa, Policía Nacional - Hospital Central de la Policía Nacional, al encontrarse estructurados los elementos que la configuran contenidos en el artículo 90 de la Constitución Política.

4. Los perjuicios

Los demandantes solicitaron el equivalente en pesos a 2.000 gramos de oro para los padres y abuela del menor, y 1.000 gramos de oro para cada uno de sus tres hermanos, en razón a la angustia padecida por (i) el estado de coma vegetativo y (ii) posterior muerte del menor Edward Rodríguez Zambrano, debido a la falla del servicio médico quirúrgico en que incurrió la parte accionada (fols. 4 y 5 c.p.).

Está claramente probado que Edward Rodríguez Zambrano nació el 9 de

⁹ Sobre el tema puede consultarse la sentencia T – 477 de 1995 proferida por la Corte Constitucional.

¹⁰ Sentencia del 3 de mayo de 2007. Exp: 16.098. Actor: Emilse Josefina Salom Herrera. Consejero Ponente: Dr. Enrique Gil Botero

diciembre de 1975 y murió a los 16 años de edad; que era hijo de Segundo Chepe Rodríguez Mendivelso y de María Nohema Zambrano López; que sus hermanos eran Henry Mario Rodríguez Zambrano, Laura Rocío Rodríguez Zambrano y Olga Lucía Rodríguez Rincón.

También se demostró que el joven Rodríguez vivía con sus padres, hermanos y “abuela”, y que tenía muy buenas relaciones con todos; que estaba dedicado a sus estudios de bachillerato en el Colegio Nuestra Señora de Fátima en donde cursaba undécimo grado y que era una persona estudiosa, sin vicios, deportista y apegada a su familia (Certificación de la rectora del colegio Nuestra Señora de Fátima, fol. 431 c. 3 y declaraciones, fols. 12 a 15, 16 a 18, 19 y 20 a 21 c. 3).

Está igualmente acreditado que sus padres, hermanos y “abuela” quedaron traumatizados por su muerte y que una de sus hermanas, Rocío, dejó la universidad como consecuencia de la tristeza que experimentó; que se trataba de una familia muy unida, que se deprimió mucho por la muerte de su pariente; que no comían de la angustia y que lloraban todas las noches (testimonios, fols. 12 a 15, 16 a 18, 19 y 20 a 21 c. 3).

Lo anterior permite inferir que los padres y hermanos del joven Rodríguez padecieron perjuicios morales por el estado de coma y posterior muerte de su familiar, no sólo porque quedó probado plenamente el parentesco de consaguinidad sino además porque vecinos y amigos de su domicilio, fueron contestes en afirmar que el estado vegetativo en que quedó el menor y su posterior muerte, les produjo gran tristeza y congoja.

Por tanto, la Sala habrá de reconocer los topes máximos acogidos por la jurisprudencia para los parientes cercanos en casos de muerte, en consideración a que, como se ha expuesto en reiteradas providencias, el deceso de un ser querido produce un sufrimiento muy intenso. También se accederá a la indemnización por este tipo de perjuicio, por el estado de coma en que quedó el joven.

Procede igualmente señalar que habrá de reconocerse como damnificada a la señora María Tirsa Mendivelso Valcarcel, respecto de quien se invocó la condición de abuela del joven Rodríguez, porque si bien no se probó este parentesco mediante la aportación del correspondiente registro o certificado, las referidas declaraciones de vecinos y amigos la señalan claramente como una persona que vivía con la familia Rodríguez, que sufrió inmensamente por la muerte del joven

(fols. 1, 4, 5, 6, 7, 12 a 15, 16 a 18, 19 y 20 a 21 c. 3).

Para establecer el valor de la indemnización a reconocer a título de perjuicios morales, la Sala tendrá en cuenta los criterios establecidos en la sentencia de 6 de septiembre de 2001, expedientes Nos. 13.232 y 15.646, en la cual fijó un máximo de cien salarios mínimos legales mensuales.

La Sala encuentra perfectamente identificado el perjuicio moral reclamado por el estado vegetativo en que quedó el menor por dos meses. En efecto, se logró acreditar que los familiares del menor Rodríguez padecieron durante dos meses angustia, tristeza y congoja al ver a su ser querido en estado de coma, ignorando su verdadero estado y con la incertidumbre de su pronta recuperación.

Ese sufrimiento constituye un perjuicio independiente y cuantificable, pues no es lo mismo tener a un ser querido vivo y consiente internado en un hospital, frente a quien se tiene la certeza de su supervivencia a pesar de las consecuencias, que encontrarse en la situación de los demandantes, respecto de quienes es dable afirmar que enfrentaron una mayor angustia y tristeza al no conocer durante dos meses la suerte de su familiar, no poder hablarle ni expresarle sus sentimientos debido a su estado, ni conocer si podría sobrevivir.

Tampoco es equiparable dicha situación respecto de los familiares que pierden a su ser querido instantáneamente, quienes no se ven obligados a soportar la agonía de una persona inconsciente y sin probabilidades de mejoría.

Por consiguiente, la Sala reconocerá a los demandantes, por concepto de los perjuicios morales sufridos con ocasión del estado vegetativo en que quedó el menor Rodríguez, los siguientes rubros: Para cada uno de los padres 60 smmlv y, a favor de los hermanos y la señora Tirsá Mendivelso, 30 smmlv para cada uno de ellos.

Se encuentra igualmente acreditado que los demandantes experimentaron tristeza, congoja y angustia con ocasión de la muerte del menor Rodríguez; se advierte que vivieron tal experiencia en una dimensión diferente a la de otras personas, en consideración a que tenían la esperanza y la ilusión de que su familiar en algún momento despertara y mejorara. Al no ser así, al momento de la muerte de su ser querido, quedaron agotadas todas sus expectativas y esfuerzos,

quedando sumidos en un estado de depresión que debe ser reparado.

Se reconocerá por tanto a favor de los padres el equivalente en pesos a 100 smmlv para cada uno y, a favor de los hermanos y de la señora María Tirsa Mendivelso Valcarcel, 50 salarios mínimos legales mensuales para cada uno, en consideración a que este es el valor que jurisprudencialmente se ha fijado para compensar el dolor de estos y a que esta suma no es incongruente con el tope fijado en la demanda.

Con fundamento en todo lo anterior la Sala revocará la sentencia apelada para declarar la responsabilidad patrimonial de la Nación y la consecuente condena a la reparación de los perjuicios morales causados.

5. Imputaciones contra la Anestesióloga

Aunque la señora Florencia Lasso Cardozo también fue demandada en su condición de médica anestesióloga, la Sala considera conveniente hacer algunas precisiones respecto de la posibilidad de demandar la responsabilidad del Estado y la responsabilidad personal de los agentes a través de los cuales actuó, tal como se explicó, entre otras, en providencia del 5 de diciembre de 2007¹¹.

La postura tradicional de la doctrina y la jurisprudencia nacional ha sido la de considerar que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 90 de la actual Constitución Política, la responsabilidad del Estado es anónima, institucional y directa frente a los sujetos administrados, de manera tal que no se concibe procedente adelantar una acción de reparación directa contra el agente estatal o contra este y el Estado.

Se ha considerado demás que la responsabilidad personal del agente lo es para con el Estado, de conformidad con lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 90 de la Constitución de 1991, siempre que se demuestre que su conducta dolosa o gravemente culposa determinó la responsabilidad del Estado frente al particular.

Con fundamento en estas consideraciones se llegó a plantear la inconstitucionalidad sobreviviente del artículo 78 del C. C. A., según el cual “Los

¹¹ Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia del 5 de diciembre de 2007. Exp: 15.128. Consejero Ponente: Dr. Ramiro Saavedra Becerra.

perjudicados podrán demandar, ante la jurisdicción en lo contencioso administrativo según las reglas generales, a la entidad, al funcionario o a ambos.”

Sin embargo, la Corte Constitucional lo declaró exequible en sentencia C-430 del 12 de abril de 2000, de cuyo texto se destaca lo siguiente:

“3.5. Según el inciso segundo del art. 90 de la Constitución, sólo en el evento de que el Estado sea condenado a la reparación patrimonial del daño antijurídico, que haya sido determinado por la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, puede aquél repetir lo pagado contra éste. Ello significa, en consecuencia, que los perjudicados no pueden reclamar directamente del funcionario la indemnización por el daño. Con ello se garantiza, de un lado, la reparación al perjudicado, porque queda debidamente asegurada con el respaldo patrimonial del Estado, y, de otro, se consigue que pueda establecerse dentro del proceso el dolo o la culpa grave del funcionario en los hechos dañosos, para efectos de la acción de repetición. (Subrayas no son del texto).

En aplicación de lo expuesto por la Corte Constitucional, la Sala Plena de esta Corporación, mediante providencia del 30 de marzo de 2004, explicó que *“el artículo 90 de la Constitución no solamente no derogó el principio de la responsabilidad personal de los funcionarios públicos, ni el derecho de las víctimas a demandarlos individualmente, según el artículo 78 del CCA,¹² ni el derecho del Estado a repetir contra los funcionarios incursos en culpa grave o dolo, sino que extendió éste último a todos sus ‘agentes’, es decir, a quienquiera que actúe por cuenta suya y haya causado el daño con su culpa grave o dolo.”*

Dicho fallo confirmó en lo fundamental la decisión de primera instancia por medio de la cual se declaró la responsabilidad conexa de una entidad pública y del médico tratante, por los perjuicios derivados de la muerte de una paciente, a cuyo efecto se condenó a la entidad por la totalidad de la suma determinada para reparar los perjuicios morales y se dispuso que ésta debía repetir contra el médico.

Consideró la Corporación, en la aludida providencia, que *“siempre que el Estado, directamente o por medio de sus agentes cause a alguien un daño antijurídico, esto es, un daño que no se tenga el deber de soportar, surge el derecho de la víctima a ser indemnizada”*; se afirmó también que: *“el doctor Rodríguez Rodríguez actuó como agente de CAPREQUINDÍO para la prestación del servicio médico-asistencial a su empleada Beatriz Elena Naranjo Tejada. Luego, si llegare*

¹² El artículo 78 del CCA. fue declarado exequible por la Corte Constitucional en sentencia C-430 de 2000.

a determinarse que por culpa suya ocasionó un daño, su conducta comprometería la responsabilidad del ente estatal por cuya cuenta estaba actuando. Por otra parte si, de la valoración de la conducta del médico en calidad de agente estatal llegare a concluirse que incurrió en culpa grave o dolo, habría lugar a reconocer a la entidad respectiva el derecho a repetir en su contra, según lo dispuesto en el artículo 90, inciso segundo, de la Constitución Política. Síguese de lo expuesto que la conducta del médico, como agente estatal, compromete la responsabilidad del Estado frente a las víctimas; y cuando ha sido dolosa o gravemente culposa, el Estado tiene derecho a repetir 'por lo que correspondiere' a su autor (art. 78 CCA)”

Se advierte así que en el fallo aludido, la Sala Plena de la Corporación, en últimas, encontró procedente demandar a la entidad pública y al agente, en el entendido de que la responsabilidad de éste último sólo se predica frente al Estado y no frente al particular que se alega damnificado.

La Sala al respecto precisa, que los referidos artículos 77¹³ y 78 del C. C. A. deben interpretarse con sometimiento a lo dispuesto en el artículo 90 de la Constitución Política, en consideración a que desarrollan el principio de economía procesal, porque consagran la posibilidad de demandar la responsabilidad patrimonial del Estado por los daños causados a un particular y la de obtener, en el mismo proceso, un juicio sobre la responsabilidad personal del agente para con el Estado, en el evento de que éste último sea condenado.¹⁴

Para que proceda la primera declaración, deben probarse los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial del Estado de que trata el artículo 90 de la Constitución y para que proceda la segunda, debe probarse que el daño que el Estado causó al particular fue determinado por la conducta gravemente culposa o dolosa de su agente.

Es esta la consideración que se desprende de la interpretación del citado artículo 78 del C.C.A., en el entendido de que la Constitución le impone al Estado la obligación de responder frente al demandante, sin perjuicio de que pueda repetir

¹³ Art. 77 CCA: “Sin perjuicio de la responsabilidad que corresponda a la nación y a las entidades territoriales o descentralizadas, o a las privadas que cumplan funciones administrativas, los funcionarios serán responsables de los daños que causen por culpa grave o dolo en el ejercicio de sus funciones.”

¹⁴ Si bien puede resultar extraño que sea la parte actora la que demande al agente para que responda ante el Estado, cuando lo tradicional es que sea éste el que llame en garantía a su agente o ejercite la correspondiente acción de repetición, lo cierto es que los aludidos artículos consagraron esa posibilidad, la cual resulta concordante con las acciones públicas de que son titulares los sujetos administrados para lograr la protección de uno de los derechos colectivos, cuales es el patrimonio del Estado.

contra su agente: “...Si prospera la demanda contra la entidad o contra ambos y se considera que el funcionario debe responder, en todo o en parte, la sentencia dispondrá que satisfaga los perjuicios la entidad. En este caso la entidad repetirá contra el funcionario por lo que le correspondiere.”

Es de anotar, por otra parte, que en el examen de constitucionalidad del artículo 78 del C.C.A. que la Corte Constitucional realizó¹⁵, se analizaron únicamente las hipótesis en que se demanda exclusivamente al Estado, o conjuntamente a éste y al funcionario, pero no el evento que surge cuando se demanda solamente al funcionario, supuesto que fue simplemente ignorado por la Corte, por lo que su exequibilidad se mantuvo sin estudio alguno.

Con fundamento en todo lo anterior la Sala considera que el análisis de la actuación personal de la médica anesthesióloga Florencia Lasso, procede respecto de la responsabilidad que le asista para con el Estado, de conformidad con lo dispuesto en el inciso 2º del artículo 90 de la Constitución Política. Por lo tanto, el juicio tiene por objeto recuperar lo que habría de pagar este último al demandante, en cumplimiento de la condena impuesta, toda vez que siempre es el Estado el que debe indemnizar plenamente los perjuicios que motivan la acción de reparación directa.

La Sala entrará a estudiar las conductas imputadas a la anesthesióloga, con el fin de determinar si su conducta fue dolosa o gravemente culposa.

5.1. Valoración neurológica inadecuada

Los demandantes alegaron que la anesthesióloga efectuó la valoración neurológica sobre el paciente sin estar calificada para ello.

Los hechos probados indican que efectivamente, antes de la cirugía de reducción de colles efectuada el 1º de agosto de 1992, la médica anesthesióloga realizó una valoración preanestésica mediante la cual indagó sobre los aspectos neurológicos del menor y **concluyó que se encontraba en buen estado.**

En la historia clínica se anotó que la anesthesióloga encontró al paciente consciente, orientado y con adecuada respuesta motora y, con fundamento en el interrogatorio

¹⁵ Corte Constitucional. Abril 12 de 2000 (C-430) Exp. D-2585, M.P. Antonio Barrera Carbonell.

que le formuló al menor antes de la cirugía y que éste absolvió con claridad, concluyó que su estado neurológico era adecuado, máxime cuando la radiografía de cráneo no evidenciaba la presencia de fractura, y por ello **consideró que era apto para aplicarle anestesia con el fin de iniciar el procedimiento quirúrgico.**

Los médicos peritos señalaron que, para decidir sobre un procedimiento quirúrgico, es necesario evaluar diversos factores como el estado previo del paciente, el tipo de intervención y el riesgo anestésico (fols. 472 a 477 c. 3); que **la valoración preanestésica condujo a concluir que el aspecto neurológico del paciente era normal, pero que, aún así, “llama la atención, es la poca atención o diligencia en la práctica de la valoración neuroquirúrgica solicitada con carácter de urgencia, así como la toma de un estudio radiológico, como es la tomografía computarizada de cráneo, en el que también ‘hubo mora en el cumplimiento de la citada orden. Por cuanto, eran mandatarias como lo consideraron quienes así lo dispusieron tanto para definir el diagnóstico, como para adoptar la conducta acorde”.** (fols. 177 a 181 c. 3).

Se observa además que la médica neuróloga del Hospital de la Policía Nacional consideró que una de las causas que provocó el paro cardiorrespiratorio, corroborada por el estudio de escanografía que apoya ese diagnóstico, fue la existencia de una lesión neurológica en curso no detectada, como puede ser la presencia de un edema cerebral (fols. 172 a 172 vto. c. 3).

En relación con el procedimiento preanestésico, los estudios médicos¹⁶ señalan que los médicos anestesiólogos deben seguir unas pautas que les permitirán adoptar una decisión que no comprometa la vida del paciente:

- Priorizar decisiones: *“Una lesión asociada no diagnosticada puede suponer una mayor amenaza para la vida del paciente que el objetivo primario de la intervención quirúrgica”*
- Examinar al paciente en forma sistémica y completa: Deben evitar que la lesión más visibles distraiga la atención de aquellas que son más importantes desde el punto de vista funcional o de riesgo, siendo prioritario atender las que implican mayor repercusión funcional y postergando las que aparentemente son más

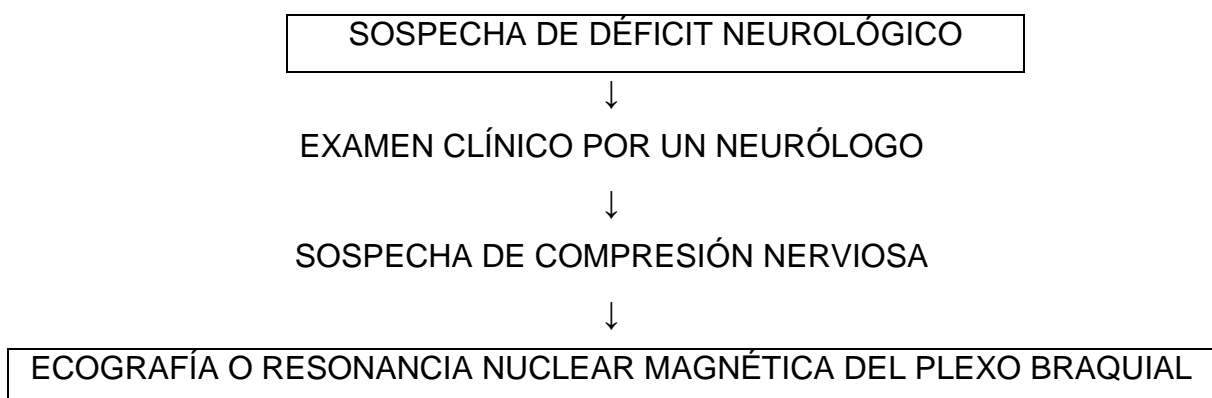
¹⁶Manejo anestésico del paciente adulto Politraumatizado:
http://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/1123/c.pdf;
<http://www.update-software.com/abstractsES/AB003842-ES.htm>

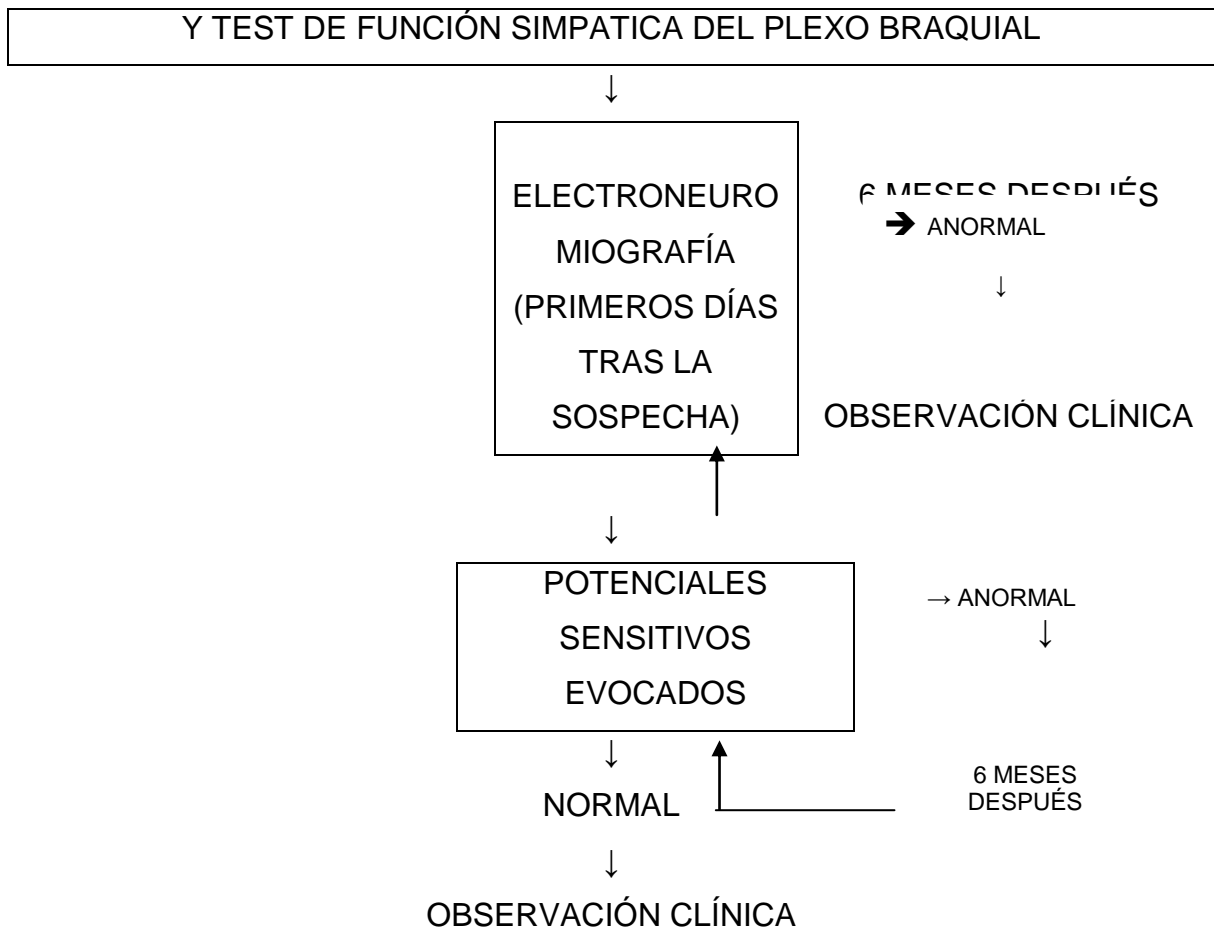
“espectaculares” pero que no inciden sobre la vida del paciente.

- Investigar atentamente los antecedentes clínicos del paciente: Esta labor implica no presumir que el paciente carece de toda patología asociada previa que pueda ocultar su verdadero estado general.
- Tener preparado el equipo de anestesia
- Estudiar el estado de conciencia del paciente: Consiste en efectuar el Glasgow, procedimiento simple y confiable para evaluar la condición del paciente.
- Buscar los signos periféricos de la lesión del sistema nervioso central: Cuando existe un trauma craneoencefálico, se recomienda mantener la presión arterial del paciente en 90 mmHg.
- Manejar correctamente el estado clínico del politraumatizado: Al adoptar una decisión, deben valorarse la gravedad el trastorno funcional primario que afecta al paciente y, por ello, debe darse prioridad a la lesión que implique riesgo de muerte o daño funcional.

El estudio médico concluye, además, que **la falta de evidencia médica por la ausencia de elementos científicos como pueden ser los resultados de exámenes “NO DEBEN utilizarse como justificativo para limitar o para ponderar la utilización de un procedimiento particular”.**

Finalmente, dicho estudio muestra el procedimiento que debe seguir el anestesiólogo que pretende utilizar un bloqueo nervioso periférico en un paciente frente a quien se sospecha una lesión neurológica, que se sintetiza en el cuadro que se relaciona a continuación:





La Sala no cuestiona el procedimiento anestésico, sino la decisión de intervenir quirúrgicamente al menor, realizando una evaluación neurológica que estaba a cargo del médico neurocirujano tal como se había ordenado desde el ingreso del paciente al Hospital, máxime cuando las condiciones particulares del caso lo ameritaba, en consideración a que, se reitera, el menor de 16 años cayó de un **tercer piso al cemento**, y era esperable que al presentar lesiones únicamente en la mano y en la cabeza, toda la fuerza de su cuerpo hubiera caído sobre esas partes.

Llama la atención la falta de iniciativa tanto de la anesthesióloga como del médico ortopedista, para hacer cumplir la orden de valoración neuroquirúrgica y para ordenar la práctica de un TAC cerebral antes de la intervención quirúrgica, con el fin de descartar las lesiones que finalmente presentó el menor, como consecuencia de la caída que sufrió. Cobra relevancia la calidad de la demandada y del ortopedista, quienes pudieron aplazar la cirugía para efectuar la evaluación neuroquirúrgica. No obstante lo anterior, como únicamente se demandó a la Nación y a la médica anesthesióloga, solamente se revisa la conducta de ésta última, sin perjuicio de las acciones que pueda ejercitar la entidad pública demandada en relación con el ortopedista.

El material probatorio muestra que la médica anesthesióloga examinó el estado neurológico del paciente cuando tal función estaba a cargo de otro profesional especializado de la medicina como era el neurocirujano, quien era la persona apta para considerar el estado neurológico del paciente y descartar todas las posibles lesiones del menor, así como para decidir si debía ser sometido a una cirugía a pocas horas de la lesión, sin que al mismo le hubieran practicado los exámenes que, en las circunstancias especiales del paciente - se cayó de un tercer piso y sus lesiones se concentraron en su mano y su cabeza -, eran esperables antes de cualquier intervención quirúrgica, como era la toma de un TAC cerebral.

La médica anesthesióloga se atribuyó la función de valorar el estado neurológico del paciente, sin consultar su diagnóstico y tener en cuenta que en la historia clínica existía una orden de valoración neuroquirúrgica; tampoco previó la toma de exámenes que sustentaran su diagnóstico, como finalmente fue que el menor de 16 años se encontraba en perfecto estado neurológico, conducta imprudente y descuidada que configura en este caso la culpa grave.

Cabe resaltar lo expuesto por el médico ortopedista en su declaración, según la cual, **“SI EL PACIENTE HUBIERA TENIDO ALGÚN SIGNO CLÍNICO DE ALARMA, EL MÉDICO DE URGENCIAS LA NOCHE ANTERIOR LO HABRÍA HECHO VALORAR DE MANERA URGENTE POR EL NEUROCIRUJANO, Y ÉL HUBIERE SIDO QUIEN HABRÍA O NO AUTORIZADO LA INTERVENCIÓN DEL PACIENTE (...) el niño estaba bien que NO PIDIERON VALORACIÓN DE NEUROCIRUGÍA”** (fols. 502 a 505 c. 3).

Del anterior testimonio se advierte claramente que la opinión del neurocirujano era vital para determinar el procedimiento quirúrgico del paciente; en caso de que la orden impartida por el médico de urgencias que recibió al paciente a su ingreso se hubiera cumplido, seguramente no habría sido intervenido y el diagnóstico se hubiera concentrado exclusivamente en el daño neurológico que presentó el menor.

Concluye entonces la Sala que la conducta de la señora Florencia Lasso es gravemente culposa al no obrar *“con aquel cuidado que aún las personas negligentes o de poca prudencia suelen emplear en sus negocios propios”*, porque

no previó los efectos nocivos de su actuación, habiendo podido hacerlo, y porque su calidad de médica anesthesiologa hace que sus omisiones y errores se consideren graves, en los terminos de los articulos 6 y 121 de la C. P., toda vez que permite deducir que cuenta con un alto nivel profesional, gran experiencia en el manejo de pacientes, poder decisorio frente a sus procedimientos y, por ende, en el manejo de las normas que regulan los protocolos medicos.

Con fundamento en todo lo anterior, la Sala considera configurada la responsabilidad personal de la médica anesthesiologa Florencia Lasso en los terminos del articulo 90 de la Constitución Política de 1991, que determina su obligacion de indemnizar los perjuicios causados al Estado, con el pago de la condena que le fue impuesta.

Con fundamento en todo lo anterior, la Sala revocará la sentencia apelada y, en su lugar, declarará la responsabilidad patrimonial del Estado y ordenará a la médica anesthesiologa a restituir el 45% de la condena impuesta.

5.2. Sobredosis durante el procedimiento de la anestesia e inadecuada e inoportuna reanimación luego del paro cardiorespiratorio

Los actores afirmaron que la sobredosis de anestesia provocó un aumento de la tension arterial e intracerebral y el edema cerebral, que finalmente causó el paro cardiorrespiratorio; que la anesthesiologa efectuó la valoración neurológica sin estar calificada para ello y que, al momento del paro cardiorrespiratorio, el paciente no fue reanimado oportuna y adecuadamente.

La Sala encuentra suficientemente acreditado que la reanimación del paciente y el procedimiento efectuado al momento de aplicar la anestesia, a pesar de configurar un riesgo de paro cardiorrespiratorio, no fue la causa adecuada del daño que sufrió el paciente, pues está probado que su causa consistió en la exposición del menor a una cirugía que no era inminente, sin efectuar previamente la valoración neuroquirúrgica ordenada desde el ingreso del paciente ni realizar el TAC cerebral.

6. Costas

En atención a que, para el momento en que se dicta este fallo, el articulo 55 de la

Ley 446 de 1998 señala que sólo hay lugar a la imposición de costas cuando alguna de las partes haya actuado temerariamente y, como en este caso ninguna de ellas actuó de esa forma, no hay lugar a su imposición, por lo que se revocará lo decidido al respecto por el A Quo.

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

FALLA

PRIMERO: REVÓCASE la sentencia proferida por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca - Sección Tercera del 2 de julio de 1998.

SEGUNDO: DECLÁRASE patrimonialmente responsable al Hospital Central de la Policía Nacional por la muerte del joven menor Edward Rodríguez Zambrano.

TERCERO: Como consecuencia de la anterior declaración, **CONDÉNASE** al Hospital Central de la Policía Nacional a pagar los perjuicios morales solicitados, en los valores que se indican a continuación:

Para Segundo Chepe Rodríguez Mendivelso y María Nohema Zambrano López, la suma de dinero equivalente, en pesos a 160 salarios mínimos legales mensuales para cada uno.

A Tirsa Meldivelso de Rodríguez, Olga Lucía Rodríguez Rincón, Laura Rocío y Henry Mario Rodríguez Zambrano el equivalente en pesos a 80 salarios mínimos legales mensuales para cada uno.

CUARTO: NIÉGANSE las demás pretensiones de la demanda.

QUINTO: CONDÉNASE a la señora Florencia Lasso a pagar al Hospital Central de la Policía Nacional, en los términos del artículo 335 del C. P. C., el cuarenta y cinco por ciento (45%) de la suma a la que resultó condenada.

SEXTO: Para el cumplimiento de esta sentencia, **EXPÍDANSE** copias con destino a las partes, con las precisiones del artículo 115 del Código de Procedimiento Civil

y con observancia de lo preceptuado en el artículo 37 del Decreto 359 de 22 de febrero de 1995. Las copias destinadas a la parte actora serán entregadas al apoderado judicial que ha venido actuando.

SÉPTIMO: CÚMPLASE lo dispuesto en los artículos 176 y 177 del C.C.A.

OCTAVO: Sin condena en costas.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE, CÚMPLASE Y DEVUÉLVASE.

RUTH STELLA CORREA PALACIO

MAURICIO FAJARDO GÓMEZ

ENRIQUE GIL BOTERO

RAMIRO SAAVEDRA BECERRA