

EDICTO No. 001

La Secretaría del Tribunal Administrativo de Bolívar, conforme a lo consagrado en el artículo 323 del Código de Procedimiento Civil, notifica la sentencia proferida el treinta y uno (31) de agosto de dos mil veintidós (2022), dentro del proceso:

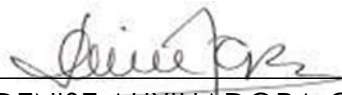
Medio de control	REPARACIÓN DIRECTA
Radicado	13001-23-31-000-2010-00328-00
Demandante	FERNANDO MEDINA PINEDO
Demandado	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES – FUNDACIÓN CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS – DR. GUSTAVO MATSON CARBALLO
Magistrado Ponente	MOISÉS RODRÍGUEZ PÉREZ

Este edicto electrónico se fija por el término de TRES (03) días HÁBILES, en el sitio web de la Rama Judicial del Tribunal Administrativo de Bolívar, <https://www.ramajudicial.gov.co/web/secretaria-tribunaladministrativo-de-bolivar/261>; desde el día **13 de enero de 2023 a las 8:00 a.m., hasta el día 17 de enero de 2023 a las 5:00 p.m.**

CONSTANCIA: Asimismo se procedió a enviar la providencia a los correos electrónicos que se encontraban registrados. La providencia notificada puede ser consultada en la página web de la Corporación o en la de la Rama Judicial a través del módulo de Consulta de Procesos.

Canales de comunicación: desta06bol@notificacionesrj.gov.co

LA SECRETARIA GENERAL



DENISE AUXILIADORA CAMPO PÉREZ
LA SECRETARIA GENERAL

Cartagena de Indias D.T y C., treinta y uno (31) de agosto de dos mil veintidós (2022)

I.- IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO, RADICACIÓN Y PARTES INTERVINIENTES

Medio de control	REPARACIÓN DIRECTA
Radicado	13-001-23-31-000-2010-00328-00
Demandante	FERNANDO MEDINA PINEDO
Demandado	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES - FUNDACIÓN CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS – DR. GUSTAVO MATSON CARBALLO
Tema	<i>Falla en la prestación del servicio médico por cirugía de trasplante de cadera derecha que presuntamente afectó el nervio ciático del paciente – no se demuestra la imputación del daño.</i>
Magistrado Ponente	MOISÉS RODRÍGUEZ PÉREZ

II.- PRONUNCIAMIENTO

La Sala Fija de Decisión No. 004 del Tribunal Administrativo de Bolívar procede a resolver en primera instancia la demanda presentada por el señor Fernando Medina Pinedo, contra el Instituto de Seguros Sociales, la Fundación Clínica San Juan de Dios y el Dr. Gustavo Matson Carballo.

III.- ANTECEDENTES

3.1. La demanda¹

3.1.1 Pretensiones²

PRIMERO: Se declare que los accionados son administrativamente responsables, a título de falla del servicio, por las lesiones provocadas al señor Fernando Medina Pinedo, en la cirugía practicada el día 11 de febrero de 2008, que dejó como consecuencia una neuropatía de ciático mayor derecho tipo axonotmesis con afectación del 90% peroneo y 70% tibial.

SEGUNDA: Que, como consecuencia, se condene a la parte demandada a pagar todos y cada uno de los perjuicios materiales e inmateriales así:

- Daño emergente: \$25.200.000
- Daño moral: 500 smlmv

¹ Folio 1-10 cdno 1 (fl. 1-10)

² Folio 3-5 cdno 1 (fl. 3-5)

- Perjuicio fisiológico: 1000 smlmv
- Daño a la vida en relación: 500 smlmv

3.1.2 Hechos³

En la demanda se indica que el señor FERNANDO MEDINA PINEDO era afiliado del ISS, entidad en la cual fue atendido en múltiples oportunidades por sus antecedentes en anemia de células falciformes, la cual es una enfermedad en la que los glóbulos rojos que el cuerpo produce, tienen forma de "C" y van acompañados de múltiples síntomas dolorosos. Adicional a lo anterior, el demandante venía padeciendo de dolores en las caderas, debido a la enfermedad de Perthes (en realidad llamada Legg-Calvé-Ferthes), que es una enfermedad generada en la cadera del niño, por causa de una debilidad progresiva de la cabeza del fémur y que puede provocar una deformidad permanente de la misma.

Mediante consulta de especialista de ortopedia, fue posible advertir que el actor tenía marcados cambios degenerativos artrósicos en ambas caderas. Analizado los diferentes exámenes adelantados al paciente, el Dr. Gustavo Matson Carballo, solicitó cirugía de remplazo total de cadera derecha, la cual fue programada para el día 13 de febrero de 2008 con hospitalización y anestesia regional.

Durante la cirugía se le realizó el trasplante al señor Fernando Medina Pinedo, de forma aparentemente exitosa, y se le dio de alta el día 15 de febrero de 2008, prescribiéndosele 30 días de incapacidad.

Posteriormente, transcurrido el tiempo, el señor Medina Pinedo comenzó a sentir malestares tales como adormecimiento en su pierna derecha, hormigueo y ausencia de respuesta en su pie derecho a los estímulos. Con esta sintomatología, el demandante solicitó cita especializada con médico fisiatra, quien determinó una neuropatía de ciático mayor derecho tipo axonotmesis con afectación del 90% peroneo y 70% tibial, comentando bajísimo voltaje con pobre respuesta al estímulo eléctrico de las latencias motoras de tibial y peroneo derechos, en cuanto a las ondas positivas resultó patrón nulo en tibial anterior disminuido en gemelo.

Alega que el médico tratante, Dr. Gustavo Matson Carballo, lesionó el nervio ciático del actor, trayendo como consecuencia la pérdida de la sensibilidad en su pierna derecha de la rodilla hacia abajo y hasta la fecha sufre de incapacidad.

³ Folio 1-3 cdno 1 (fl. 1-3)

13-001-23-31-000-2010-00328-00

Afirma que, el servicio prestado por el Instituto de Seguros Sociales funcionó irregularmente porque no se prestó dentro de las mejores condiciones que permitía la organización misma del servicio (su infraestructura) en razón de las dolencias tratadas y en cuanto a personal médico especializado; la atención brindada por el galeno Dr. Gustavo Matson Carballo, cumplida de forma irregular, causó un daño al demandante y comprometió la responsabilidad del ente estatal y de la clínica a cuyo cargo estaba el servicio.

3.2 TRÁMITE DE PRIMERA INSTANCIA

La demanda fue presentada el 3 de junio de 2010 (fl. 10), siendo admitida el 28 de junio de 2011 (fl. 63-65); las diligencias de notificación se surtieron entre el 4 y el 9 de agosto de 2011 (fl. 66-68) y el proceso se fijó en lista del 15 al 28 de septiembre de 2011 (fl. 65 rev). El 28 de septiembre de 2011 dieron contestación a la demanda el Instituto de Seguro Social dio respuesta (fl. 72-73), la Fundación Universitaria San Juan de Dios (fl. 77-85) y el Dr. Gustavo Matson Carballo (fl. 190-202).

Ahora bien, con auto del 31 de julio de 2015 se declaró la nulidad de todo lo actuado a partir del 7 de septiembre de 2011, lo cual afectó el proceso desde la fijación en lista (fl. 385-383).

Por lo anterior, la demanda debió ser fijada en lista nuevamente del 2 al 16 de diciembre de 2015 (fl. 388 rev); siendo contestada la misma así: el Dr. Gustavo Matson Carballo lo realizó el 26 de octubre de 2015 (fl. 390-399 cdno 2) y la Clínica Universitaria San Juan de Dios el 15 de diciembre de 2015 (fl. 504-512 cdno 3); entidad esta que, a su vez, realizó el llamamiento en garantía de su aseguradora, La Previsora S.A., (fl. 514).

El 11 de febrero de 2016 se admitió el llamamiento en garantía y La Previsora S.A, contestó el 18 de abril de 2016 (fl. 644-648 cdno 4). El 14 de agosto de 2017 se abrió a pruebas el proceso (fl. 655-658 cdno 5) y el 18 de febrero de 2021 se corrió traslado para alegar de conclusión (fl. 803). El 19 de marzo de 2021 ingresó el proceso para sentencia.

3.3 CONTESTACIÓN

3.3.1 Instituto de Seguro Social

No contestó la demanda.

3.3.2 Dr. Gustavo Matson Carballo⁴

Presentó escrito de defensa, manifestando que el señor Fernando Medina Pinedo padece, desde su nacimiento, de la enfermedad denominada anemia de células falciformes, la cual es genética y se adquiere por la herencia de los dos genes mutantes de la hemoglobina, uno de cada progenitor, lo cual produce un trastorno de la hemoglobina (hemoglobinopatía).

Explicó que, entre las características clínicas de dicha enfermedad, se encuentra que, quienes la padecen, pueden sufrir crisis dolorosas graves, recurrentes e impredecibles, así como «síndrome torácico agudo» (neumonía o infarto pulmonar), necrosis ósea o articular, priapismo o insuficiencia renal.

Respecto a la atención médica, indicó que el paciente había sido previamente valorado por el especialista en ortopedia y traumatología Dr. Sergio Hoyos Colombo quien inicialmente hizo el diagnóstico consistente en artrosis de ambas caderas secundario a necrosis avascular de las cabezas femorales secundario a anemia de células falciformes, indicándole la necesidad de tratamiento quirúrgico ante la no respuesta del tratamiento médico-no quirúrgico. Posteriormente, en el segundo semestre del año 2007, el Dr. Matson Carballo asumió la atención del señor Medina Pinedo, concluyéndose el mismo diagnóstico que el paciente traía previamente.

Destaca, que el Dr. Gustavo Matson Carballo es especialista en ortopedia y traumatología desde hace 16 años, que realiza entre 8 y 10 cirugías de reemplazo de caderas semanalmente en la Clínica Universitaria San Juan De Dios, es el coordinador del servicio de ortopedia y traumatología desde diciembre de 2007 de la citada clínica, además desde hace tres años maneja el programa de reemplazo articular de la misma institución de salud.

Sostuvo que, en la valoración realizada por el Dr. Matson al señor Medina Pinedo, este encuentra que es un paciente con limitación para la marcha y para sentarse por presentar una limitación severa para mover las articulaciones de ambas caderas, quien no podía separar las piernas de lo pegada y fusionada que estaban sus caderas, lo que incluso le dificultaba su aseo personal. Dada la avanzada lesión el especialista le informó al paciente que la conducta adecuada de manejo para su padecimiento era el procedimiento quirúrgico denominado artroplastia total de cadera o remplazo total de cadera derecha con explicación del procedimiento, sus riesgos y beneficios; asimismo se le dijo que, por su corta edad y sobrevida de la prótesis por su patología de base, era recomendable esperar más tiempo,

⁴ Folio 390-399 cdno 2 (fl. 204-217)

13-001-23-31-000-2010-00328-00

a lo que el demandante respondió aceptando la recomendación médica [tratamiento analgésico].

Posteriormente en consulta externa realizada en enero de 2008, el paciente hoy demandante refiere no soportar el dolor y la limitación, por lo que desea operarse asumiendo todos los riesgos anotados en consulta médica de finales de 2007.

Por lo indicado el paciente es valorado el 15 de enero de 2008 donde se realizan exámenes y resultados traídos por este, se ordenan nuevas valoraciones de hematología y consulta preanestésica y se acuerda la fecha de cirugía. Recibe nuevamente la información sobre el procedimiento, sus riesgos y beneficios, se le resuelven inquietudes y se diligencia el consentimiento informado tal como consta en la historia clínica del paciente el cual es firmado por el paciente, familiar acompañante y médico tratante.

El demandante fue intervenido quirúrgicamente por el Dr. Gustavo Matson Carballo el día 13 de febrero de 2008 de acuerdo a lo proyectado. De conformidad con la historia clínica se hicieron listas de chequeo prequirúrgico, se le hizo profilaxis antibiótica, su proceso de asepsia antisepsia, llevándose a cabo procedimiento quirúrgico de reemplazo total de cadera derecha en dos horas aproximadamente de acto quirúrgico sin complicaciones, colocándosele prótesis marca EXATECHS suministrada por la empresa DISORTO con todos sus controles de calidad certificados por el INVIMA tal como reposa en la historia clínica del demandante.

Luego de realizada la intervención quirúrgica, pasó a sala de recuperación en donde fue recibido sin ningún tipo de complicación. Estuvo hospitalizado tres [3] días luego de cirugía, siendo este un tiempo prudencial para evitar infecciones intrahospitalarias y su evolución se dio sin presentar o manifestar ningún tipo de alteración. Fue valorado el 14 de febrero de 2008 por el Dr. José Fernando Lobo quien de conformidad con la historia clínica consignó buena evolución sin ningún tipo de complicación.

El día 15 de febrero de 2008 según epicrisis, el paciente tuvo una evolución favorable con tolerancia a la sedestación, es decir, que se sentó bien sin ningún tipo de problema, y se decide alta con recomendaciones y manejo ambulatorio y cita control para seguimiento a los 10 días. Prueba de la adecuada intervención quirúrgica realizada al demandante fue el reporte hecho por el Dr. Luis R. Tabeada de la radiografía de pelvis o articulación coxo-femoral que evidenció imagenológicamente la buena colocación de la prótesis sin daño alguno, tal como consta en la historia clínica del paciente.

13-001-23-31-000-2010-00328-00

Expone que, en la demanda se pretende atribuirle a la realización de la cirugía el padecimiento que sufre el accionante en la actualidad, sin embargo, se pierde de vista que la sintomatología del paciente se presentó a los 3 meses y 17 días después de la intervención quirúrgica, tal como se puede constatar con la historia clínica. En ese orden de ideas, debe tenerse en cuenta que esta circunstancia podría derivarse a partir de la enfermedad de base del actor, por el déficit de riego sanguíneo [isquemia] producto de su anemia de células falciforme, pues la característica de dicha enfermedad es el estado de isquemia [disminución del riesgo sanguíneo] a las estructuras orgánicas con la consiguiente producción de dolor crónico.

Agregó que, considerar que el padecimiento del actor es producto de un daño (lesión de nervio periférico) ocasionado en el acto quirúrgico realizado el 13-02-2008, resulta de poca probabilidad, toda vez que la molestia se presentó varios meses después de la cirugía (más de 3 meses), y, en efecto, por ser los nervios un tejido que no se regenera, si el ciático se hubiera afectado en la cirugía, la sintomatología se hubiera presentado de inmediato en el post operatorio; y no fue así.

Como excepciones propuso la de inexistencia de dolo o culpa; inexistencia de nexo causal, riesgo inherente a reemplazo total de caderas; tasación de perjuicios excesiva.

3.3.3 Clínica Universitaria San Juan de Dios⁵

Manifestó que los hechos son parcialmente ciertos, en cuanto a la realización de la cirugía de reemplazo de cadera; pero, negó que el resultado lesivo para los intereses del actor haya sido consecuencia de dicha intervención. Aduanalmente, realizó un recuento de los sucesos que rodearon la atención del paciente.

En cuanto a su defensa, el centro médico expuso que la atención brindada al paciente fue la correcta, puesto que se cumplieron con los protocolos y la cirugía fue exitosa. Adicionalmente, sostuvo que las dolencias que refiere el actor en su demanda, no derivan de fallas en la atención sino de condiciones propias del paciente.

Como excepción, presentó la falta de jurisdicción con fundamento en el pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia que indica que, en caso de discrepancias entre las EPS y sus afiliados la competencia para conocer del asunto es de los Jueces Laborales.

⁵ Folio 504-512 cdno 3 (fl. 93-102)

3.3.4 Fiduprevisora (llamada en garantía)

No contestó la demanda

3.4 ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

3.4.1 Demandante⁶: Presentó alegatos solicitando se acceda a las pretensiones de la demanda.

3.4.2 Demandado ISS – Patrimonio Autónomo de Remanentes⁷: Presentó alegatos solicitando que se nieguen las pretensiones de la demanda.

3.4.3 Demandado Gustavo Matson Carballo⁸: Presentó alegatos solicitando que se nieguen las pretensiones de la demanda.

3.4.4 Fiduprevisora (llamada en garantía): No presentó alegatos.

3.4.5 Ministerio Público: no presentó concepto.

IV.- CONTROL DE LEGALIDAD

Tramitada la primera instancia y dado que, no se observa causal de nulidad, impedimento o irregularidad que pueda invalidar lo actuado, se procede a decidir la controversia suscitada entre las partes, previas las siguientes,

V.- CONSIDERACIONES

5.1. Competencia.

Es competente esta Corporación para conocer el presente proceso en primera instancia, por disposición del numeral 6 del artículo 132 del CPACA.

5.2 Problema jurídico

De acuerdo con los argumentos expuestos en el recurso de apelación, el problema jurídico se planteará, así:

¿Debe declararse la responsabilidad del Estado por la falla en el servicio médico derivada de la atención recibida por el señor Fernando Medina Pinedo, a quien se le practicó una cirugía de reemplazo total de cadera

⁶ Folio 821-822 cdno 5 (fl. 266-269)

⁷ Folio 817-819 cdno 5 (fl. 260-264)

⁸ Folio 825-827 cdno 5 (fl. 273-277)

13-001-23-31-000-2010-00328-00

derecha y que, con posterioridad, terminó padeciendo de una lesión en el nervio ciático derecho que le limitó su movilidad?

5.3 Tesis de la Sala

La Sala considera que no hay lugar a declarar la responsabilidad del Estado derivada de la atención recibida por el señor Fernando Medina Pinedo, como quiera que la parte actora no demostró la existencia de una falla en la prestación del servicio médico.

En ese sentido, se tiene que, la parte actora suscribió un consentimiento informado en el cual se le advertía de los riesgos que la cirugía del reemplazo total de cadera implicaba para la salud del paciente, entre ellos la muerte y el daño neurológico. Adicionalmente, de las pruebas obrantes en el proceso se evidencia que el señor Medina Pineda padecía una enfermedad de base – anemia de células falciformes – que a la vez también es causante de lesiones a nivel de los nervios, y no demostró que la lesión que originó este proceso no fuera producto de la enfermedad de base que padecía, sino que su origen hubiese sido la cirugía de reemplazo de cadera.

5.5 MARCO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL

El medio de control de reparación directa, tiene como fuente constitucional el artículo 90 superior, desarrollado legalmente por la Ley 1437 de 2011, el cual tiene por finalidad, la declaratoria de responsabilidad extracontractual del Estado, con motivo de la causación de un daño antijurídico.

En efecto, los estatutos citados disponen:

“ARTICULO 90. El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas [...]

ARTÍCULO 140. REPARACIÓN DIRECTA. *En los términos del artículo 90 de la Constitución Política, la persona interesada podrá demandar directamente la reparación del daño antijurídico producido por la acción u omisión de los agentes del Estado.*

De conformidad con el inciso anterior, el Estado responderá, entre otras, cuando la causa del daño sea un hecho, una omisión, una operación administrativa o la ocupación temporal o permanente de inmueble por causa de trabajos públicos o por cualquiera otra causa imputable a una entidad pública o a un particular que haya obrado siguiendo una expresa instrucción de la misma”.

El artículo 90 constitucional, establece una cláusula general de responsabilidad del Estado cuando determina que éste responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. En ese marco, tanto la jurisprudencia como la doctrina nacional e internacional, coinciden en

señalar que para que opere la responsabilidad extracontractual del Estado, es imperativo que confluyan los siguientes elementos⁹:

1. El **Daño**, que se traduce en la afectación del patrimonio material o inmaterial de la víctima, quien no está obligada a soportar esa carga. Sin daño, no existe responsabilidad, de ahí que sea el primer elemento que debe analizarse.
2. El **Hecho Dañino**, que es el mecanismo, suceso o conducta que desata el daño, el cual puede concretarse en una acción u omisión; este se atribuye para efectos de declarar la responsabilidad y
3. El **Nexo Causal**, que se constituye en la relación causa efecto que debe existir entre el hecho dañino y el daño

5.5.1 Falla médica

En ese orden de ideas, una vez confluyan los elementos antes mencionados puede imputársele responsabilidad a la administración, con fundamento en cualquiera de los títulos de atribución de responsabilidad, ya sea la falla en el servicio, en cualquiera de sus modalidades: probada y presunta; el riesgo excepcional y el daño especial; títulos que permiten ubicar al Juzgador en un escenario acorde con cada situación fáctica que se demande.

La Sala Plena de la Sección Tercera del Consejo de Estado, en sentencia de fecha 19 de abril 2012¹⁰ unificó su posición en el sentido de indicar que, en lo que se refiere al derecho de daños, el modelo de responsabilidad estatal que adoptó la Constitución de 1991 no privilegió ningún régimen en particular, sino que dejó en manos del juez definir, frente a cada caso concreto, la construcción de una motivación que consulte las razones, tanto fácticas como jurídicas, que den sustento a la decisión que habrá de adoptar.

Por lo tanto, en aplicación del principio iura novit curia, el juez está facultado para analizar el caso bajo la óptica del régimen de responsabilidad patrimonial del Estado que corresponda a los hechos probados en el proceso, sin que esto implique una suerte de modificación o alteración de la causa petendi, ni que responda a la formulación de una hipótesis que se aleje de la realidad material del caso, o que se establezca un curso causal hipotético de manera arbitraria¹¹.

Ahora bien, pese a que el modelo de responsabilidad extracontractual del Estado Colombiano no privilegió un título de imputación en especial, en jurisprudencia reiterada del Consejo de Estado se ha indicado que, en casos de supuestos en los cuales se discute la declaratoria de responsabilidad

⁹ Modernamente conocidos como daño antijurídico e imputación.

¹⁰ Consejo de Estado, Sala Plena de la Sección Tercera, sentencia de 19 de abril de 2012, expediente 21.515.

¹¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, sentencia de 13 de mayo de 2015, expediente 17.037.

13-001-23-31-000-2010-00328-00

estatal con ocasión de actividades médico – asistenciales, la responsabilidad patrimonial del Estado debe ser analizada bajo el régimen de la falla probada, a lo cual se suma que, en consideración al carácter técnico de la actividad médica y a la dificultad probatoria que ello implica, el nexo de causalidad puede acreditarse por diversas vías, incluida la indiciaria.

El título de imputación de falla del servicio probada opera no sólo respecto de los daños indemnizables originados como consecuencia de la muerte o de las lesiones corporales, sino también, como lo ha dicho la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado, de los que:

“... se constituyen por la vulneración del derecho a ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y, como en este caso, por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz”¹².

Reiteradamente ha señalado la Sala que la responsabilidad patrimonial por la falla médica involucra tanto el acto médico propiamente dicho, que se refiere a la intervención del profesional médica en sus distintos momentos y comprende particularmente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas, así como a todas aquellas actuaciones previas, concomitantes y posteriores a la intervención del profesional, que operan desde el momento en que la persona asiste o es llevada a un centro médico estatal, actividades que están a cargo del personal paramédico o administrativo. La responsabilidad patrimonial por la falla del servicio médico puede derivarse no solo de las prácticas negligentes, descuidadas, o ajenas a la *lex artis*, en el momento del diagnóstico, tratamiento o intervención quirúrgica, sino también, justamente, de la ausencia de la prestación del servicio o del hecho de que el mismo se preste tardíamente.

5.4 CASO CONCRETO

5.4.1 Hechos relevantes probados:

De acuerdo con el recurso, las pruebas relevantes para decidir la segunda instancia son las siguientes:

- Electromiografía realizada por el Dr. Jorge Salcedo Olivares¹³, médico Fisiatra en la que se concluye lo siguiente:

“COMENTARIO: BAJÍSIMO VOLTAJE CON POBRE RESPUESTA AL ESTIMULO ELÉCTRICO DE LAS LATENCIAS MOTORAS DE TIBIAL Y PERONEO DERECHOS. ONDAS POSITIVAS PATRÓN NULO EN TIBIAL ANT. DISMINUIDO EN GEMELO.

¹² Sentencia del 7 de octubre de 2009, expediente 35.656.

¹³ Folio 28-33 cdno 1 (fl. 31-36)

13-001-23-31-000-2010-00328-00

CONCLUSIÓN NEUROPATÍA DE CIÁTICO MAYOR DERECHO TIPO AXONOTMESIS. AFECTACIÓN DE 90%. PERONEO Y 70 % TIBIAL".

- Historia clínica del señor Fernando Rafael Medina Pinedo en la que se consigna la atención recibida por este desde el 7 de diciembre de 2007 hasta el 27 de junio de 2011 en la Clínica Universitaria San Juan de Dios¹⁴.
- Hoja de vida del Dr. Gustavo Matson Carballo¹⁵.
- Conceptos y estudios de doctrina médica:
 - Informe de la Organización Mundial de la Salud sobre "Anemia Falciforme" (59ª Asamblea Mundial de la Salud del 24 de abril de 2006 A59/9)¹⁶.
 - Estudio sobre "Artrosis" Guías Clínicas 2005¹⁷
 - Estudio sobre "Artroplastia de cadera" Servicio de Rehabilitación. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona¹⁸.
 - Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia versión impresa ISSN 0864-0289¹⁹.
 - ESTUDIO DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO EN PACIENTES CON ANEMIA DREPANOCÍTICA. Instituto de Hematología e Inmunología²⁰
 - CONCEPTOS ACTUALES EN LA CIRUGÍA DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS PARTE IH: ¿CUANDO SE DEBE OPERAR UN NERVIPO LESIONADO? Servicio de Neurocirugía, Instituto de Neurociencias, Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires, Argentina.²¹
- Testimonio de dos hermanos del accionante: GINA PAOLA MEDINA²², EDUARDO MEDINA PINEDO²³.
- Interrogatorio realizado al Dr. GUSTAVO MATSON CARBALLO²⁴.
- Testimonio de los médicos que intervinieron en la atención del accionante: DR. EDGARDO RIVERA MARTÍNEZ²⁵; DR. SERGIO HOYOS COLOMBO²⁶; JUAN LUIS CONRADO RODELO²⁷ RAÚL ARIZA MOLINA²⁸ y JOSÉ FERNANDO LOB O²⁹

5.5.2 Del análisis de las pruebas frente al marco normativo y jurisprudencial

Analizados los hechos relevantes que resultaron probados de cara al marco jurídico que fue expuesto, la Sala entra a dar respuesta al problema jurídico planteado.

¹⁴ Folio 14- 27; 87-189 cdno 1 y CD folio 761-762 cdno 1 y 5 (fl. 14-30; 95-187 y carpeta digital)

¹⁵ Folio 404-460 cdno 2-3 (fl. 219-227 y 1-49)

¹⁶ Folio 461-465 cdno 3 (fl. 50-54)

¹⁷ Folio 466-470 cdno 3 (fl. 55-59)

¹⁸ Folio 471-480 cdno 3 (fl. 60-73)

¹⁹ Folio 481-484 cdno 3 (fl. 70-73)

²⁰ Folio 485-492 cdno 3 (fl. 74-81)

²¹ Folio 493-503 cdno 3 (fl. 82-92)

²² CD folio 783 cdno 5

²³ CD folio 783 cdno 5

²⁴ CD folio 793 cdno 5

²⁵ CD folio 793 cdno 5

²⁶ CD folio 797 cdno 5

²⁷ CD folio 797 cdno 5

²⁸ CD folio 797 cdno 5

²⁹ CD folio 802 cdno 5 video 3

5.5.2.1 El daño

En el caso objeto de estudio, está acreditado que el daño cuya indemnización pretende la parte demandante consiste en la afectación física generada en el miembro inferior derecho del señor Fernando Medina Pinedo, consistente en neuropatía de ciático mayor derecho tipo axonotmesis, descrita en el estudio realizado en por el galeno Jorge Salcedo Olivares³⁰, médico Fisiatra, en la que se concluye lo siguiente:

“COMENTARIO: BAJÍSIMO VOLTAJE CON POBRE RESPUESTA AL ESTIMULO ELÉCTRICO DE LAS LATENCIAS MOTORAS DE TIBIAL Y PERONEO DERECHOS. ONDAS POSITIVAS PATRÓN NULO EN TIBIAL ANT. DISMINUIDO EN GEMELO.

CONCLUSIÓN NEUROPATÍA DE CIÁTICO MAYOR DERECHO TIPO AXONOTMESIS. AFECTACIÓN DE 90%. PERONEO Y 70 %. TIBIAL”.

De igual forma, se advierte en la historia clínica el siguiente diagnóstico:

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES QUIEN FUE INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE PARA REEMPLAZO DE CADERA DERECHA CON REEMPLAZO DE CABEZA FEMORAL POR NECROSIS AVASCULAR POR PATOLOGÍA HEMATOLÓGICA DE BASE, QUEDANDO CON LIMITACIÓN FUNCIONAL IMPORTANTE QUE NO HA MEJORADO A PESAR DE TERAPIA DE REHABILITACIÓN POR FISIATRÍA Y FISIOTERAPIA, (...).

Conforme con lo anterior, se tiene por demostrada la afectación a la salud sufrida por el demandante, en su pierna derecha, la cual padece una limitación funcional.

5.5.2.2 Imputación de responsabilidad – Responsabilidad patrimonial del Estado por falla en la prestación del servicio médico asistencial

Una vez verificada la existencia del daño, le corresponde a la Sala proceder a determinar si el mismo le es atribuible al actuar de la administración.

En ese orden de ideas, se tiene que, de acuerdo con la historia clínica obrante en el proceso³¹, el señor Fernando Medina fue atendido por el Seguro Social, a través de la Clínica Universitaria San Juan de Dios entre los años 2007-2011, para el tratamiento de sus padecimientos de salud.

En dicha institución se le practicó un examen radiológico de caderas el 5 de julio de 2007, en el cual se advirtió la existencia de *“marcados cambios degenerativos artrosicos en ambas caderas, con alteraciones de la densidad subcondral y signos de osteopenia difusa”*³².

³⁰ Folio 28-33 cdno 1 (fl. 31-36)

³¹ Folio 14- 27; 87-189 cdno 1 y CD folio 761-762 cdno 1 y 5 (fl. 14-30; 95-187 y carpeta digital)

³² Folio 14 cdno 1 (fl. 14)

13-001-23-31-000-2010-00328-00

De igual forma, en consulta externa adelantada con el Dr. Reynaldo Aguirre Morales, este consignó en la historia clínica del paciente, que el mismo refería dolor en las caderas que no mejoraba, se indica el resultado del examen ya mencionado “*marcados cambios degenerativos artrosicos en ambas caderas (...)*” y antecedentes familiares de por parte de la madre con anemia de células falciformes³³.

Conforme con las **notas de enfermería**, se tiene que, el señor Fernando Medina fue ingresado por consulta externa el día 11 de febrero de 2008, siendo hospitalizado ese mismo día³⁴. El 12 de febrero recibió transfusión de sangre y fue valorado por el Dr., Sergio Hoyos Colombo³⁵. El 13 de febrero fue ingresado el paciente a cirugía, iniciando el acto quirúrgico a las 9:05 y terminando a las 11:05 am³⁶ a cargo del Dr. Gustavo Matson Carballo; a las 2 pm fue ingresado a piso para recuperación, se le notó tranquilo³⁷. En las notas del día 14 y 15 de febrero se refiere que el paciente se siente mejor y es dado de alta por el medio tratante³⁸.

En cuanto a las **notas de evolución realizadas por los médicos** que evaluaron la condición el señor Fernando Medina se tiene lo siguiente:

El 12 de febrero de 2008, se registra ingreso de paciente por consulta externa para realización de cirugía programada de reemplazo total de cadera derecha, sin déficit neurológico³⁹; la cirugía se desarrolla el 13 de febrero entre las 9:15 y las 11:15 de la mañana, y la misma estuvo a cargo del Dr. Gustavo Matson Carballo⁴⁰. El 13 de febrero de 2008, el Dr., Sergio Hoyos Colombo indicó en la historia clínica que el paciente no tenía complicaciones por la cirugía⁴¹; y el 14 de febrero del mismo año el actor fue valorado por el Dr. José Fernando Lobo, quien deja registrado que el paciente padece anemia de células falciformes, y que le manifestó sentirse mejor y sentir dolor en el miembro inferior derecho; indica que no se evidencian infecciones, ni compromiso neurológico y que el paciente evoluciona favorablemente el POP⁴².

El 15 de febrero de 2008 el paciente es valorado por el Dr. Gustavo Matson Carballo, quien refiere poco dolor en miembro inferior, parestesias positivas en

³³ Folio 15 cdno 1 (fl. 15)

³⁴ Folio 182 cdno 1 (fl. 182)

³⁵ Folio 183 cdno 1 (fl. 197)

³⁶ Folio 185 cdno 1 (fl. 201)

³⁷ Folio 186 cdno 1 (fl. 203)

³⁸ Folio 187-188 cdno 1 (fl. 202-207)

³⁹ Folio 170 cdno 1 (fl. 178)

⁴⁰ Folio 181 y rev cdno 1 (fl. 192 y 193)

⁴¹ Folio 170 cdno 1 (fl. 178)

⁴² Folio 171 cdno 1 (fl. 179)

13-001-23-31-000-2010-00328-00

el pie derecho, evolución favorable en el POP; se dan recomendaciones para manejo en casa y se da de alta⁴³.

Posteriormente, en la evolución médica del 27 de mayo de 2008, se indica que el paciente con post- operatorio de reemplazo total de cadera derecha refiere presentar pérdida de sensibilidad en el pie derecho acompañado de pérdida de fuerza muscular; presenta pie con disminución del tono muscular⁴⁴.

De acuerdo con el examen realizado por el Dr. Jorge Salcedo Olivares⁴⁵, médico Fisiatra, el 3 de junio de 2008, el señor Medina Pinedo se encontró con el siguiente diagnóstico:

“COMENTARIO: BAJÍSIMO VOLTAJE CON POBRE RESPUESTA AL ESTIMULO ELÉCTRICO DE LAS LATENCIAS MOTORAS DE TIBIAL Y PERONEO DERECHOS. ONDAS POSITIVAS PATRÓN NULO EN TIBIAL ANT. DISMINUIDO EN GEMELO.

CONCLUSIÓN NEUROPATÍA DE CIÁTICO MAYOR DERECHO TIPO AXONOTMESIS. AFECTACIÓN DE 90%. PERONEO Y 70 %. TIBIAL”.

Se advierte en la historia clínica de fecha 18 de noviembre de 2008 el siguiente diagnóstico⁴⁶:

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES QUIEN FUE INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE PARA REEMPLAZO DE CADERA DERECHA CON REEMPLAZO DE CABEZA FEMORAL POR NECROSIS AVASCULAR POR PATOLOGÍA HEMATOLÓGICA DE BASE, QUEDANDO CON LIMITACIÓN FUNCIONAL IMPORTANTE QUE NO HA MEJORADO A PESAR DE TERAPIA DE REHABILITACIÓN POR FISIATRÍA Y FISIOTERAPIA, Y ADEMÁS CON ANGUSTIA Y DEPRESIÓN EN EL PACIENTE YA QUE AMERITA CIRUGÍA EN LA PIERNA IZQUIERDA. EN ESTOS MOMENTOS SE ENCUENTRA MUY ANGUSTIADO Y POR HEMATOLOGÍA SE SOLICITAN LABORATORIOS DE HEMOGRAMA ACTUALIZADO. CONTINUAMOS TTO DE BASE SIN CAMBIOS. CITA CONTROL CON RESULTADOS DE LABORATORIO. MANEJO CONJUNTO CON ORTOPEDIA Y FISIATRÍA. DEBE EVALUARSE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO A REALIZAR EN PIERNA IZQUIERDA

En la historia clínica visible a folios 87-165 del cdno 1⁴⁷ se advierten numerosos ingresos del paciente a urgencias entre los años 2008-2011, por experimentar fuertes dolores de cabeza, dolor en la rodilla derecha, dolor lumbar agudo⁴⁸, ocasionados por crisis de anemia falciforme; registra ingresos por dolores abdominales.

El 1 de mayo de 2011, el paciente realiza consulta por lo siguiente⁴⁹:

⁴³ Folio 171 rev. cdno 1 (fl. 180)

⁴⁴ Folio 167 cdno 1 (fl. 175)

⁴⁵ Folio 28-33 cdno 1 (fl. 31-36)

⁴⁶ Folio 89- y 90 cdno 1 (fl. 97-98)

⁴⁷ Fl. 95-187 pdf

⁴⁸ Folio 96 y 102 cdno 1 (fl. 104 y 110)

⁴⁹ Folio 141-143 cdno 1 (FL. 150-152)



13-001-23-31-000-2010-00328-00

REFIERE DOLOR EN CADERA IZQUIERDA DE INTENSIDAD MODERADA A SEVERA. ANTECEDENTES NECROSIS AVASCULAR BILATERAL CIRUGÍA DE REPLAZO DE CADERA DERECHA HACE 2 AÑOS Y PENDIENTE LADO DERECHO. LIMITACIÓN FUNCIONAL CADERA DERECHA.

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES Y NECROSIS AVASCULAR DE CADERA DERECHA, REEMPLAZADA QUIRÚRGICAMENTE, REFIERE CUADRO DE 10 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR EN CADERA IZQUIERDA, QUE NO MEJORA CON OPIOIDES IV, NI ANALGÉSICOS ORALES, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA.

PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR INTENSO EN CADERA IZQUIERDA, EN EL CONTEXTO DE ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES, TENIENDO EN CUENTA EL ANTECEDENTE DE NECROSIS AVASCULAR EN CADERA DERECHA, SE CONSIDERA QUE PUEDE ESTAR CURSANDO CON CRISIS FALCIFORME PROBABLE NECROSIS AVASCULAR DE CADERA IZQUIERDA, POR LO QUE SE SOLICITA PARACLÍNICOS PARA DESCARTAR ESTA.

(...)

ORDENES DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS

RADIOGRAFÍA DE PELVIS CADERA COMPARATIVA AL VALOR DE LA REGIÓN AGREGAR IZQUIERDA PRÓTESIS DE CADERA DERECHA EN BUENA POSICIÓN FRACTURA ANTIGUA YA CONSOLIDADA DEL CUELLO FEMORAL IZQUIERDO SE OBSERVA UN PATRÓN ÓSEO DE TIPO PERMEATIVO QUE COMPROMETE AMBOS ALERONES ILIACOS Y LA CABEZA FEMORAL IZQUIERDA DISMINUCIÓN DE ESPACIO COXO-FEMORAL IZQUIERDO. TEJIDOS BLANDOS SIN ALTERACIONES.

El 3 de mayo fue valorado por el DR. Juan Conrado Rodelo, quien consignó el siguiente diagnóstico: "NECROSIS AVASCULAR DE CADERA IZQUIERDA. ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES ARTROSIS IZQUIERDA"⁵⁰

Frente a estos hechos, declararon en el proceso los señores Gina Paola⁵¹ y Eduardo Medina Pinedo⁵² (hermanos del accionante), quienes manifestaron lo siguiente:

GINA PAOLA MEDINA: (hermana del demandante) **PREGUNTADO:** *Expresé todo lo que sepa y le conste sobre los hechos de la demanda* **CONTESTÓ:** *Fernando Medina, mi hermano, a eso del año 2008 fue operado por el Dr. Matson, pues él había tenido un accidente y debido a eso presentó algunas molestias y se determinó que había que operarlo. El Dr manifestó que por su anemia había que ponerle una sangre, pero no se manifestó nada de lo que hoy se está demandando, es decir, en ningún momento se habló de que eso podía ser una complicación de que podría quedar así. Luego de haberse operado, en la clínica a él lo levantaron y él tuvo una molestia muy grande en la pierna como si le hubiera dado una picazón o algo así, una electricidad en la pierna cuando él la colocó en el suelo. Él nos manifestaba a todos de que sentía rara la pierna, la sentía con mucha pesadez, mi mamá que era la que lo acompañaba siempre a las citas, pues en ese momento estaba viva, y el doctor siempre le decía que eso se recuperaba con el tiempo y que le mandaría unas terapias. Luego a él lo enviaron con otro médico, que es fisiatra apellido Salcedo, quien le dijo que había perdido un porcentaje de su sensibilidad entre la tibia y el peroné, le habían cortado el nervio ciático. Cuando llega él de la clínica con mi mamá él llega llorando y de ahí comenzaron todos los problemas con Fernando. Fernando luego de eso, él estudiaba conmigo, yo iba más adelantada, pero él no quiso continuar con sus estudios a partir de esa situación. Quiero hablar un poco de la situación de él, como familia él es un niño que ha quedado amargado, él piensa que todos los ven como el cojo, porque él ha quedado con una pierna coja, y ahora luego de esta operación le ha causado un desgaste aún más porque la cojera le está dañando la operación que le hicieron y le está afectando aún más. (...)*. **Interroga el despacho:** (...) **PREGUNTADO:** *usted sabe cuál fue la razón de la operación que le practicó el Dr Matson Carballo a su hermano* **CONTESTÓ:** *bueno, él había tenido un accidente y había tenido unas molestias a raíz de eso,*

⁵⁰ Folio 156 (fl. 164)

⁵¹ CD folio 783 cdno 5

⁵² CD folio 783 cdno 5



13-001-23-31-000-2010-00328-00

él había tenido un golpe con una moto **PREGUNTADO:** qué pasó **CONTESTÓ:** él iba conduciendo la moto y se cayó, él solo. **PREGUNTADO:** cuanto tiempo después, aproximadamente su hermano acude a donde el Dr Gustavo Matson y porqué acude donde él para que sea diagnosticado y posteriormente se realice la operación **CONTESTÓ:** yo no lo sé, porque mi mamá era quien lo acompañaba a las citas (...). **Interroga el Procurador PREGUNTADO:** la testigo manifestó que su hermano tuvo un accidente en motocicleta le pregunto si tuvo algún tipo de lesiones **CONTESTÓ:** él tuvo molestias en la cadera.

EDUARDO MEDINA PINEDO: (hermano del demandante) El Despacho inició el interrogatorio **PREGUNTADO:** Qué ocasionó la lesión que su hermano sufre en los miembros inferiores **CONTESTÓ:** Mi hermano estaba normal, y tuvo un pequeño accidente en una moto, y luego se fue a hacer unos exámenes para ver que le pasaba en la pierna y le dijeron que presentaba un pequeño desgaste, a raíz del accidente estuvo en la clínica por eso, pero caminaba normal, después le hicieron la operación en la clínica del seguro social y después de eso quedó con problema, dolores en la pierna, nunca más pudo afirmar el pie, hormigueo, sensaciones rara, a raíz de eso cada vez se le va deteriorando más la pierna, la tiene curva toda doblada, no ha caminado más. (...) **PREGUNTADO:** sírvase decir el declarante donde fue el accidente en moto que tuvo su hermano Fernando y que motivó la cirugía que motiva este proceso **CONTESTÓ:** eso fue en Cartagena **PREGUNTADO:** en qué miembro inferior fue la lesión de su hermano Fernando medina **CONTESTÓ:** eso fue en la cadera del lado derecho. **PREGUNTADO:** antes de la operación que le realizó el Dr Gustavo Matson a su hermano Fernando medina, como era su caminar o era normal **CONTESTÓ:** caminaba normal, ahí fue que se dieron cuenta que tenía un pequeño desgaste, pero él andaba normal después de la operación fue que quedó con el pequeño problema y con sensaciones y dolores (...) **PREGUNTADO:** el desgaste de la cadera fue con ocasión sufrido en la moto o con ocasión de la operación practicada por el Dr Gustavo Matson **CONTESTÓ:** bueno, él presentaba un pequeño desgaste y después que lo operaron fue que quedó con el problema, después pasaba él en la clínica haciéndose exámenes y fue cuando le dijeron que a raíz de la operación esa se le había dañado el 90% del peroné y la tibia, en un examen pro escrito que le entregaron a él, que se le dañaron los nervios y por eso nunca iba a quedar caminando igual, porque él comandaba normal antes. (...)

En el proceso, también se escuchó el interrogatorio del señor Dr. Gustavo Matson Carballo⁵³, quien manifestó tener una amplia experiencia en el área en la que se desempeña, pues indicó que se graduó en el año 1996 y completa 25 años de ejercicio profesional; y que, una de las cosas que más ha ejercido en el campo profesional es el reemplazo de cadera y de rodilla, tanto así que en el año 2006-2007 fungía como coordinador del servicio de ortopedia en la Clínica Enrique de la Vega y continuó siéndolo en la clínica de los Seguros Sociales y era el encargado del programa de reemplazos articulares de los cuales se hacían 300 reemplazos por años. Esta información también puede ser constatada en su hoja de vida anexa al proceso⁵⁴.

Adicionalmente explicó lo siguiente:

PREGUNTADO: diga a la Sala si conoce las causas de una axonotmesis y si las conoce cuales son **CONTESTÓ:** es una de los 3 tipos de lesión que se pueden presentar en los nervios periféricos. Es una lesión que se da muchas veces por tracción del tejido nervioso sin que se produzca una discontinuidad en sus fibras. **PREGUNTADO:** diga a la Sala si la anemia de células falciformes puede ocasionar una axonotmesis **CONTESTÓ:** sí, claro que sí. Esta descrito en la literatura médica que la anemia drepanocítica es frecuente la polineuropatías y que esta tiene algunas características como ser de tipo mixtas (...) **PREGUNTADO:** como logra usted explicar el resultado de fisioterapia practicado al señor Fernando Medina en el que dio como resultado la axonotmesis **CONTESTÓ:** como respondí anteriormente en la pregunta que mi hiciste las lesiones de los nervios periféricos se puede presentar en pacientes que tiene anemia drepanocítica

⁵³ CD folio 793 cdno 5

⁵⁴ Folio 404-460 cdno 2-3 (fl. 219-227 y 1-49)



13-001-23-31-000-2010-00328-00

porque la anemia falciforme produce micro- trombosis en la pequeña circulación, produciendo isquemia en cualquier tejido, y en este caso los nervios periféricos no están exentos de esto. Por lo general cuando una axonotmesis se produce, los cambios generalmente son inmediatos, si se producen en una forma aguda, es llamativo que este paciente nunca manifestó en el inmediato tener una lesión neurológica, sino que se comienza a desarrollar en unos 3 meses posteriores al acto quirúrgico (...)

PREGUNTADO: puede explicarnos que es una anemia de células falciformes **CONTESTÓ:** es una alteración de tipo genético, hereditario, autosómico, que es transmitida por los padres a los hijos, cuando es transmitido de papa y mama, hace una manifestación del 100% de la anemia, si es uno de los padres que le transmite un gen, es de 50% y el paciente puede tener el rasgo, por lo que el paciente no padece tal cruelmente la enfermedad. En que consiste, existe una anomalía en la forma del eritrocito que es el glóbulo rojo que circula por los vasos sanguíneos, en vez de ser redondo, es elíptico, eso hace que cuando el eritrocito corre por el torrente circulatorio produzcan obstrucciones y generalmente lo hacen en los vasos pequeños, no en las arterias grandes como la aorta, sino el generalmente son los vasos de diámetros más pequeños (..) esos vasos nutren estructuras más pequeñas del organismo como son las estructuras abdominales, los intestinos, las arterias retinaculares que son las que le llevan circulación a la cabeza del fémur, las arterias cerebrales y las arterias de los nervios periféricos. Es por eso que estos pacientes presentan la sintomatología relacionada con estos órganos, es por eso que al producirse la obstrucción del vaso sanguíneo deja de irrigarse la zona esa y se produce la isquemia inicialmente, y esa isquemia puede llevar a la necrosis. La isquemia es la disminución del flujo sanguíneo que lleva el oxígeno al tejido, si esa isquemia es constante y persistente se muere el tejido y se produce la necrosis. En el caso del paciente era lo que él tenía en la cabeza del fémur, se le produjo una necrosis, consecuencia de eso se va destruyendo la cabeza del femoral y se genera una artrosis, que fue lo que motivó que al paciente se le generara un reemplazo de cadera, para poder solucionarle sus limitaciones y los dolores que lo limitaban. Es de aclarar que ese paciente no solamente tiene la alteración en la cadera derecha, sino que también la tiene en la cadera izquierda, e igualmente, esas alteraciones en la microcirculación, produce que se generan alteraciones en la microcirculación de los nervios periféricos. **PREGUNTADO:** eso significa que cuando se realiza la intervención de reemplazo de cadera en virtud de la artrosis en el miembro inferior derecho, es porque ya el venía con una lesión anterior, producto de la anemia falciforme, la pregunta es, eso puede ser agravado por un golpe fuerte como la caída de una moto o algo similar **CONTESTÓ:** si, naturalmente, al producirse una fractura se genera una alteración en los ejes que deben recibir la articulación, que es una estructura mecánica también, y dependiendo si tiene sus ejes adecuados no se va a producir un desgaste irregular; si los ejes se alteran se va a acrecentar más el deterioro de la cadera **PREGUNTADO:** la anemia falciforme puede llevar como consecuencia la no movilización adecuada de una persona específicamente en el caso del señor Fernando Medina que fue reemplazado de cadera por el golpe y por la enfermedad anterior **CONTESTÓ:** sí señor, eso lo que va produciendo, al producirse la muerte del tejido óseo de la cabeza del femoral, el cartílago se daña y se produce el desgaste de la cadera, por lo que el paciente va perdiendo progresivamente rangos de movimiento, y la cadera o la articulación que se afecta que en este caso es preponderante es la cadera, se pega la cadera, va perdiendo movimiento y se produce una rigidez que limita al paciente para sentarse, para caminar, para moverse, en todo tipo de actividades. Incluso la cadera se puede anquilosar que significa que la cadera se fusiona y se pegó la cadera. **PREGUNTADO:** en el caso del señor Fernando Medina, era posible que, posterior al trasplante de cadera que usted le practicó, con terapias pudiera recuperarse de las limitaciones físicas que padecía como consecuencia de la anemia y de la intervención suya o no **CONTESTÓ:** hay dos componentes en el paciente en particular, una es su anemia de células falciformes que es una patología de tipo genético que lo va a acompañar toda su vida, y esas molestias nunca van a desaparecer; en cuanto al reemplazo de cadera, lo que va a buscar es mejorar su calidad de vida permitiéndole que él se pueda sentar y desplazarse sin mayor problema, la rehabilitación indudablemente va a ayudar a su problema de rehabilitación pero está mediado por su problema de base que es la anemia de células falciformes. **PREGUNTADO:** en la demanda se relata que el demandante padecía también legg calve perthes relacionada con una debilidad producida en la cabeza del fémur **CONTESTÓ:** bueno, en medicina existen algo que se llama impresiones clínicas y diagnósticos definitivos, él cuando ingresa tenía una entre las impresiones clínicas que hubiera padecida de la enfermedad legg calve perthes, y anemia de células falciformes. La legg calve perthes casualmente produce el mismo proceso de necrosis de la cabeza del fémur, pero esta es una enfermedad que no se conoce exactamente qué lo produce, y generalmente no se da en adultos, sino en adolescentes, es una enfermedad auto-limitada, o sea, el paciente cuando la padece, tiene su cuadro de isquemia, pero el mismo tejido hace que revascularice; diferente a este caso que el paciente

13-001-23-31-000-2010-00328-00

en el que es evidente que desde su nacimiento tiene anemia falciforme y este padecimiento es lo que conlleva a toda las alteraciones de sus caderas.

A su turno, se trajeron al proceso también los testimonios de otros médicos que participaron en la atención del señor Fernando Medina, entre los años 2007 a 2011, quienes corroboraron que el actor padecía de anemia de células falciforme la cual le ocasionaba la necrosis avascular de cadera (ambas caderas) y generaba la artrosis que le producía dolor y limitación en su movilidad, generándose con ello una mala calidad de vida. Asimismo, afirmaron que la anemia de células falciformes es una de las causas de la afectación de los nervios periféricos, entre los que se destaca el nervio ciático.

En ese sentido, los galenos entrevistados expusieron lo siguiente:

DR. SERGIO HOYOS COLOMBO⁵⁵: (médico ortopedista que valoró inicialmente al demandante por el dolor en la cadera derecha y en el post quirúrgico) yo lo atendí a él en la consulta externa, y en el post operatoria todos los ortopedistas hacemos rondas y revisamos a los pacientes en piso; ese día (13/02/2008) yo lo vi en el post quirúrgico y estaba evolucionando perfectamente. (...) **PREGUNTADO:** usted solo le tocó revisarlo en ese momento o también en otro momento del post operatorio **CONTESTÓ** yo lo que tengo claro es que yo lo diagnosticué y motivé la cirugía, no la motive, yo le dije que esa cirugía es una de las posibles ayudas para el tratamiento, lo demás eran puras ayudas de paliativos para el dolor. Por lo que vi, él soportó un poco más puesto que el Dr Matson también lo motivo por la cirugía, pero él optó por el tratamiento sintomático, hasta que volvió, porque ya realmente no aguantaba el dolor, que es lo que generalmente sucede en estos casos. **PREGUNTADO:** que le encontró usted al paciente cuando lo diagnostica y qué le contó él del porqué fue a la consulta externa **CONTESTÓ.** La consulta fue por dolor, porque realmente ellos no saben por qué se está ocasionando el dolor, sabiendo él que tiene una patología de base, que es la anemia falciforme, él no sabe las complicaciones de esa patología, él consultó fue por el dolor. En la atención inicial por consulta externa se solicitan rayos X donde se evidencia la artrosis que presentaba y como los antecedentes por la edad no dejan ver otra cosa, se deduce que es una complicación por necrosis avascular de la cabeza femoral secundaria a la anemia de células falciforme. En la falciformía los glóbulos rojos son anormales y no circulan bien por el torrente sanguíneo, entonces en la micro-circulación producen taponamiento y hacen que no se irrigue la zona distal de ciertos órganos y la complicación es la muerte del hueso. La artrosis avascular es eso, que el hueso está muerto por falta de irrigación, porque no le llega sangre. El tratamiento definitivo es el reemplazo articular. (...) **PREGUNTADO:** que incidencias pudo tener un accidente de moto en un paciente como Fernando Medina y de acuerdo a lo que él presentaba **CONTESTÓ** bueno los accidentes en moto pueden producir a largo plazo una necrosis de la cabeza del fémur también, por ruptura de la circulación por trauma, pero normalmente, el que sufre este tipo de traumatismos no puede caminar, entonces la complicación inmediata es que no puede caminar. La complicación tardía es la necrosis de la cabeza, tenía que haber pasado por una incapacidad funcional del miembro que evidenciara una fractura previa y que esa fractura llevara a la necrosis de la cabeza, no puede pasarse por alto el espacio de la alteración funcional, nadie con una fractura de cadera puede caminar. **Interroga el apoderado del Dr Matson - PREGUNTADO:** fue pertinente que le Dr. Matson Carballo practicara la cirugía de reemplazo de cadera dada la condición del paciente **CONTESTÓ** claro, esa era la conducta, **PREGUNTADO:** Dr Hoyos, dado que usted es médico especialista en el arte de la ortopedia, y ahorita que inició su intervención señaló que con esa patología de anemia falciforme habían problemas de circulación que producían en este caso la muerte de la cabeza del fémur, la anemia de células falciformes puede generar lesiones en el nervio ciático **CONTESTÓ** la anemia de células falciformes puede producir un montón de cosas, porque el problema es circulatorio, y el organismo vive de sangre. Digamos que todo nuestro organismo está irrigado por sangre, y lo que no está irrigado por sangre se necrosa y se muere. Hasta los mismos nervios están nutridos de micro-circulación, por lo que si no le llega sangre también se muere. **PREGUNTADO:** Esa lesión del nervio que se puede producir por la anemia de células falciformes puede ser del tipo axonotmesis **CONTESTÓ:** si, axonotmesis sí, (...) **PREGUNTADO:** pone

⁵⁵ CD folio 797 cdno 5

13-001-23-31-000-2010-00328-00

de presente documento en pdf en el que se encuentra la anotación de la evolución medica del 13 de febrero de 2008, en la que se consigna paciente con procedimiento de reemplazo de cadera, sin complicaciones. Explíquenos esa nota, porque señala sin complicaciones **CONTESTÓ:** los ortopedistas de diferentes escuelas tenemos formas diferentes de evaluar al paciente post quirúrgico, yo nada más miro 3 cosas nada más, (i) irrigación, (ii) movilidad y (iii) sensibilidad distal del miembro. Todo miembro operado tiene esas tres características, mueve los dedos, siente que lo toco y tiene sensibilidad. Si yo le puse sin complicaciones es porque yo le evalué esos tres parámetros. Es la única manera de poner sin complicaciones. **PREGUNTADO:** de acuerdo a su respuesta, de haberse presentado en el paciente una lesión nerviosa, al hacerle esa evaluación quirúrgica en el post operatorio inmediato, qué manifestaciones hubiera presentado **CONTESTÓ** insensibilidad y falta de movimiento inmediato, para explicarlo en palabras más mundanas, eso es como cuando se corta un cable de luz, si cortan un cable de luz, no hay luz en la casa, es lo mismo; si se corta un nervio no hay ni movilidad ni sensibilidad, irrigación si hay porque la dan las venas.(...) **El Despacho pregunta PREGUNTADO:** Dr. Cuando usted evaluó al paciente en el post operatorio, le manifestó molestias **CONTESTÓ** no, no le encontré, estuviera consignado en la historia clínica. **PREGUNTADO:** si eso se hubiese presentado, se hubiera manifestado en el paciente el dolor y las demás manifestaciones de forma inmediata o era posible de que posterior, continuara esta circunstancia **CONTESTÓ** después de que pasa el periodo de anestesia que precisamente lo que bloquea es sensibilidad y movilidad en algunos casos, inmediatamente se pasa la anestesia, más o menos a las 3 o 4 horas debería presentar la patología, ósea, debiera tener la imposibilidad de movilidad y de sensibilidad; inmediatamente. **PREGUNTADO:** teniendo en cuenta que usted evaluó al paciente y diagnosticó la patología y recomendó el mismo tratamiento quirúrgico que en ultimas realizó el Dr Matson, teniendo en cuenta la patología que usted diagnostica, (...) esta patología tiene la capacidad de producir isquemia **CONTESTÓ** sí. **Interroga el apoderado de la Fiduprevisora: PREGUNTADO:** (...) de acuerdo con la patología que usted diagnosticó y señaló, esa patología podía producir en el paciente, transcurrido un tiempo los malestares de los que él se queja en su demanda **CONTESTÓ** sí, de hecho, si me permiten ampliar, la mayoría de los pacientes que llevan mucho tiempo con esta enfermedad terminan amputados, porque se daña toda la irrigación del miembro distal, todo donde las venas se van volviendo más pequeñas, eso lo va taponando; ello causa mucho dolor y necrosis, tal como necrosa la cabeza del miembro femoral, necrosa los miembros inferiores y cuando necrosa abajo necrosa todo, es una patología muy agresiva y de muy mal pronóstico en el tiempo. **Interroga el apoderado del parte demandante PREGUNTADO:** dígame sí o no usted atendió al paciente Fernando Medina por su problema de cadera **CONTESTÓ** sí. Eso fue hace muchos años **PREGUNTADO:** recuerda cual fue la cadera que presentó el problema **CONTESTÓ** no me acuerdo, pero han podido ser las dos. (...)

DR. EDGARDO RIVERA MARTÍNEZ⁵⁶: (médico Ortopedista que valoró al demandante en la Clínica San Juan de Dios en el año 2011) **PREGUNTADO:** Usted hará un relato del estado de salud del señor Fernando Medina **CONTESTÓ:** se trata de un paciente con una patología de base que es la anemia de celular falciformes que desarrolló unas secuelas de la patología de base, que fue una artrosis de cadera, motivo por el cual fue programado para la realización de un reemplazo de cadera para control de dolor y mejorar su calidad de vida. Yo al paciente, cuando laboraba en la San Juan de Dios, lo revisé en el año 2011, 3 años después de su procedimiento, con un dolor en la cadera contra lateral, es decir la cadera contraria a la que le fue operada; donde acudía en condiciones similares, me imagino yo, a las que presentó en la cadera que le fue operada por lo que se le realizó el procedimiento. En ese momento la queja única del paciente, era dolor de cadera, limitación funcional y le fue manejada con analgésicos, él no hizo ninguna referencia, ni yo deje ninguna anotación en referencia a la cadera tratada con reemplazo. Ese fue el contacto que tuve con el paciente. **Interroga el apoderado del Dr. Matson PREGUNTADO:** Frente al cuadro clínico y patológico de una artrosis degenerativa, secundaria a una necrosis avascular de las caderas, secundaria a anemia de células falciformes, fue pertinente el procedimiento quirúrgico realizado por el Dr. Matson consistente en reemplazo total de cadera derecha **CONTESTÓ:** Efectivamente ese es el tratamiento ante el dolor severo y la limitación funcional de un individuo, la restitución de una articulación que es pertinente y está bien indicada como tratamiento de lesión. **PREGUNTADO:** (se lee el fl 181 del expediente – historia clínica – pag. 255 pdf cdno 1) y se le pregunta si la actuación del médico Gustavo Matson estuvo adecuada a la lex artis **CONTESTÓ:** sí, se hizo de manera adecuada, siguiendo el protocolo de reemplazo articular, haciendo los estándares de reparación del canal y componente acetabular que corresponde a la pelvis (...) en ese orden el

⁵⁶ CD folio 793 cdno 5

13-001-23-31-000-2010-00328-00

procedimiento es sin complicaciones realizado de forma adecuada. **PREGUNTADO:** en la demanda el paciente dice que en la cirugía se presentó una lesión del nervio ciático, sin embargo, la consulta en la cual se manifestó o evidenció la lesión del nervio ciático fue 3 meses después del procedimiento quirúrgico. Yo quisiera saber si la lesión del nervio ciático, que se manifestó 3 meses después, puede ser atribuida al procedimiento quirúrgico **CONTESTÓ:** En términos generales no, porque las lesiones neurológicas que son de tipo mecánico o traumáticas, la manifestación es inmediata, porque usualmente que se presentan porque son inherentes al procedimiento, la probabilidad es entre el 2 y 4% de que se presente una lesión neurológica asociada a un reemplazo articular, lo cual nosotros tratamos de informarlo, no sé si en este caso se hizo, creo que sí, tratamos de consignarlo en el expediente con un consentimiento informado, indicándole al paciente que ese riesgo se corre durante el procedimiento, porque son situaciones que desafortunadamente están en el ejercicio médico, pero para concretar, no es posible, porque las lesiones son mecánicas y en la evaluación del día siguiente del paciente, incluso a veces cuando uno ha manipulado mucho o algo, espera que el paciente se le pase la anestesia, para ir a evaluar el sistema nervioso y determinar si ha habido o no una lesión neurológica como secuela al procedimiento. En conclusión, para mí es casi imposible que haya sucedido una lesión neurológica que se haya evidenciado solo 3 meses, después del procedimiento. **PREGUNTADO:** en la página 242 del cuaderno 1 pdf, contiene la evolución del día siguiente del procedimiento quirúrgico, y en esta evolución el Dr. José Fernando Lugo anota "sin compromiso neurológico" esta anotación que el paciente no tenía lesión nerviosa en el post operatorio luego de la cirugía realizada por el DR. Matson **CONTESTÓ:** (el Dr. Leyó el documento, pero no emitió apreciación) **PREGUNTADO:** dada su experiencia y especialidad, es posible o esta descrito en la ciencia médica que pacientes con anemia de células falciforme puedan desarrollar lesiones de los nervios periféricos dentro de los cuales se encuentra el nervio ciático **CONTESTÓ:** efectivamente sí, desafortunadamente son patologías o manifestaciones inherentes a la enfermedad, haciendo en parangón, lo mismo pasa con el diabético, que comienza a hacer neuropatías periféricas distales, pero a diferencia de la diabetes que es una manifestación más crónica y más lenta, el paciente con anemia falciforme en una crisis aguda puede presentar manifestaciones neurológicas porque ellos tienen problemas en la microcirculación, y ellos tienen a hacer poli-neuropatías distales, ellas son encaminadas a micro-infartos, puesto que el nervio tiene su propia circulación se llama vaso-ahervorum, el cual puede sufrir obstrucciones y las sustancias nerviosas se necrosa y se daña, entonces se pueden presentar y se altera la superficie y comienza a sufrir una desmielinización, qué es la mielina, haga de cuenta que tenemos un cable de electricidad, el caucho que lo envuelve equivale a la mielina, si eso se daña el nervio queda haciendo alteraciones y genera el problema de la condición nerviosa, y por ende el musculo al que va a enervar pierde su acción, pues el nervio es el motor y el musculo no tiene el nervio que lo controle. En síntesis, tengo una polineuropatía producida por la enfermedad que produce una desmielinización y que produce una alteración del nervio) **PREGUNTADO:** no obstante, lo ya manifestado, podría considerarse que la lesión del nervio periférico como el nervio ciático también puede ser un riesgo inherente al procedimiento de reemplazo de cadera **CONTESTÓ:** claro, eso fue lo que le hice la manifestación, la lesión del nervio ciático está como diría uno, es el innombrable, el ciático es nuestro enemigo oculto, incluso en el 2 y 4% de los reemplazos articulares puede ser lesionado, nosotros lo hacemos implícito en nuestro consentimiento informado, le decimos al paciente puedes presentar una alteración, incluso hay otros nervios diferentes al ciático, dependiendo del abordaje que hagamos en la cadera, se encuentra el nervio femoral profundo, entonces el paciente hace una lesión del cuádriceps y también presenta alteración en la marcha, esas lesiones desafortunadamente están como un riesgo que cada día nos preparamos más y deseamos más no volver (ilegible), pero en la vía del abordaje ellos están en el medio, a veces el nervio puede ser traccionado con un separador metálico que utilizamos para hacer la exposición de la articulación, y usualmente afortunadamente esas son lesiones parciales que el nervio se va recuperando; es más, lo usual es que hubiese habido una lesión en el acto operatorio que el paciente hubiera ido recuperando en 8 o 20 semanas, porque muchas veces el paciente presenta lo que conocemos como una neuropraxia, lo que llamamos la mano del borracho, el borracho que duerme en posición incómoda y el brazo se le duerme y al poco tiempo va mejorando, mejorando y después despierta; obviamente, esa ha sido una compresión parcial o temporal; bueno, acá en el reemplazo de cadera también se dan esas compresiones, de tiempos parciales y van recuperando; no por el contrario, se presenta eso de que se vaya presentando tardíamente. Las lesiones neurológicas son de manifestaciones inmediatas, por decirlo así; las manifestaciones tardías van ligadas a otros componentes de enfermedades concomitantes que se pueden presentar) **PREGUNTADO:** quiera ello decir que dentro de una adecuada práctica de reemplazo total de cadera, **CONTESTÓ:** como usted lo mencionó, usted utilizó una palabra muy adecuada que usamos nosotros los médicos que es la lex artis, en el estado del

13-001-23-31-000-2010-00328-00

arte es quien asume eso, es lo que yo le digo a un paciente, a veces usted puede hacer un reemplazo de cadera y queda bueno, y en otros casos de pronto queda una discrepancia de longitud, pero es que la ciencia médica, a pesar de que cada día nos preparamos más, no es una ciencia exacta, entonces siempre hemos dicho, en medicina 2+2 no son 4; pero está implícito y de hecho existen tasas a nivel mundial del 2 al 4% de existencia de posibilidad de la lesión del nervio en el estado del arte, entonces ese riesgo es factible. **PREGUNTADO:** le pongo en conocimiento la página 252 que contiene el consentimiento informado, le pido que lea el documento y nos indique si allí se consignó dentro de los riesgos la lesión nerviosa **CONTESTÓ:** claro que sí, aquí veo una palabrita que uno siempre le explica al paciente, esta infección, aflojamiento, lesión neuro-vascular y muerte, porque ese es un peligro también en cualquier procedimiento, así que ahí está consignado en tercer orden la lesión neuro-vascular. **Interroga la parte demandante PREGUNTADO:** usted que parte tuvo en el procedimiento o tratamiento del señor Fernando Medina **CONTESTÓ:** no yo no tuve parte en el procedimiento, yo lo manifesté al inicio, la única vez que tuve contacto con él fue en el 2011, porque lo leí en el expediente médico, tuve una atención del paciente en urgencias, por un dolor en la cadera contralateral, no hago manifestaciones de la cadera contraria, y lo que también revisé es que la Dra Micaela Arrieta hace una manifestación de que también presenta una artrosis severa de esa cadera que se le evaluó, porque se le pidieron unos exámenes y hace una manifestación de que la cadera que se había reemplazado, si mal no estoy en el 2008, presentaba un estado de fijación y una orientación adecuada; o sea, sin alteraciones de evolución en el tiempo de la cadera operada. De lo que recuerdo en estos momentos, este paciente había tenido varias consultas por manifestaciones de dolor en la cadera contralateral y recuerdo que lo retuve en urgencias porque estos pacientes hacen lo que se denomina un infarto óseo, que es lo que le produce el dolor tan severo, porque el glóbulo rojo se traba en su recorrido y produce obstrucciones vasculares que producen esas crisis de dolor **PREGUNTADO POR EL DESPACHO:** para aclarar, cuando usted dice que lo atendió por la cadera contralateral se refiere a la cadera izquierda que no había sido intervenida **CONTESTÓ:** sí señor, por la que no había sido intervenida que era la que venía aquejando dolor y presentaba la artrosis **PREGUNTADO:** sírvase poner en conocimiento de la sala si usted encontrándose en una situación similar separa el nervio ciático con un hohmann para poder hacer el trasplante total de cadera **CONTESTÓ** las vías de abordaje de trasplante de cadera son varias, la usada en este caso es la vía postero-lateral, donde están los rotadores externos, a través de ellos hace su curso el nervio ciático, él sale de la escotadura ciática en la pelvis, pasa por detrás de los rotadores externos, nosotros los identificamos por medio de un estudio anatómico y separamos y ponemos protección sobre él con unas compresas que son unas gasas grandes que protege, un separador sobre ella. Nosotros lo identificamos, por decirlo de alguna manera, nosotros sabemos dónde está el enemigo, pero no lo vemos, sabemos que está a nuestra derecha pero no vamos ni a disecarlo ni a pelarlo porque si yo me meto con el nervio le altero su circulación, entonces yo no lo toco, no lo veo, yo pudiese irlo a buscar en caso de alguna patología, pero el nervio no lo todo, lo identifiqué, y lo separo. **PREGUNTADO:** usted conoce las causas de una axonotmesis y cuáles son **CONTESTÓ:** las lesiones de nervio van dependiendo de su estado, son axonotmesis, neurotmesis y sección completa. La axonotmesis es una lesión del brazo a través del cual el nervio hace su conexión central periférica, es decir a través de ellos se hace la conexión central, por decirlo de esa manera, son filamentos internos del nervio. Se causan por lesión traumática, una lesión por onda expansiva, por una bala, puede ser una tracción, o puede ser sección o una patología que altere la bioquímica del nervio; el nervio es un componente bioquímico. **PREGUNTADO:** podría decirnos si la axonotmesis se puede producir por una elongación o aplastamiento del nervio **CONTESTÓ** no es la única causa, la axonotmesis puede ser causada por muchas otras causas. (...) **PREGUNTADO:** que significa la conclusión a la que llegó el médico fisiatra en el examen que se ve a folio 57 pdf **CONTESTÓ:** que hay una lesión axonal del nervio, lo que no puedo es decir cuál es el motivo de esa lesión. **PREGUNTADO:** que significa neuropatía neuronal del nervio **CONTESTÓ** es una enfermedad del nervio a nivel axonal, el peroné es el que le da la inervación a los músculos del externo anterior – a nivel de tobillo externo - y el de tibia es el que da inervación hacia la parte posterior interna. **PREGUNTADO:** cómo es posible que se presente una axonotmesis tiempo después de una cirugía **CONTESTÓ:** en este caso pongo de manifiesto ante las autoridades, por el conocimiento que tengo del paciente, que el paciente tiene una patología de base que puede desencadenar estas manifestaciones tardías, son mucho más certeras que de que la manifestación sea por una alteración de la enfermedad de base, anemia falciforme, que por una lesión traumática, las lesiones traumáticas del nervio hacen unas manifestaciones inmediatas, las manifestaciones clínicas tardías de aparición espontáneas, es una manifestación por alteración metabólica o circulatoria, cualquiera de estas órdenes puede desencadenar manifestación tardía. En mi entender las manifestaciones que presentara el paciente serían unas manifestaciones tempranas por el procedimiento, las manifestaciones

13-001-23-31-000-2010-00328-00

presentadas están en el orden de ideas de la posibilidad de que se manifiesten por la anemia de células falciformes por la enfermedad de base del paciente que desafortunadamente no queremos, pero son inherentes a una enfermedad que tenía. (...) **PREGUNTADO:** es posible que la discapacidad del señor Fernando Medina se deba a la artrosis de cadera izquierda, más que a la cirugía **CONTESTÓ:** efectivamente sí es posible, es desencadenante del dolor y de la limitación funcional, las alteraciones vasculares de las caderas producen dolor porque aumentan la presión dentro de la articulación (...) y genera un dolor insoportable. (...)

JUAN LUIS CONRADO RODELO⁵⁷ (médico ortopedista que atendió al actor por necrosis avascular de cadera izquierda - año 2011) **PREGUNTADO** que recuerda usted de este paciente (Fernando Medina) **CONTESTÓ** una anemia de células falciformes con una necrosis vascular y una artrosis severa consecuencia de dicha enfermedad. Es un paciente relativamente joven. **PREGUNTADO:** él se presentó por problemas en la cadera izquierda, manifestó en ese momento padecimientos por la cadera derecha **CONTESTÓ** yo soy muy minucioso analizando al paciente, la historia clínica, ante todo, y si no está descrito allí es porque no lo detecté en el examen. **PREGUNTADO:** (...) quiero que usted nos haga el favor de describirnos que es una necrosis avascular de cadera izquierda **CONTESTÓ** es una patología en la cadera que se presenta secundaria a anemia de células falciformes porque la sangre, el oxígeno de la sangre es deficiente por el tipo de eritrocitos que tiene, entonces eso afecta toda clase de estructuras óseas, en este caso la cadera, no le llega cantidad de sangre suficiente y el hueso se va muriendo por sectores, entonces eso es una necrosis avascular; eso es progresivo y llega un momento en el que el paciente presenta tanto dolor por la necrosis y una artrosis secundaria que se degenera el cartílago articular y al final de ese proceso es un reemplazo total, como lo ha requerido el paciente, tanto el derecho como el izquierdo, porque es una enfermedad progresiva. La anemia de células falciformes es una enfermedad que no afecta solo los huesos, puede afectar otras estructuras del organismo humano, puede producir accidentes cerebro vasculares, crisis de dolor articulares, puede estar el paciente propenso al sangrado, puede tener complicaciones neurológicas. No es solamente los huesos, puede afectar otros tejidos, por ejemplo, renal, hígado. Es una enfermedad que tiene una evolución compleja, depende de cada organismo, en este caso al paciente le marcó a nivel de ortopedia haciendo la necrosis en ambas caderas. **PREGUNTADO:** que es una artrosis de cadera **CONTESTÓ** la artrosis quiere decir que el cartílago articular, es decir, la parte que recubre la cabeza del fémur y la parte del cotilo donde se inserta la cabeza del fémur sufren una degeneración secundaria al mismo proceso de la necrosis, y lleva a que se desgaste el cartílago que produce una cadera dolorosa, eso es progresivo y si el dolor no mejora con tratamiento médico, debe acudir a la cirugía. No es lo mismo llevar a cirugía a un paciente con otra patología que, a un paciente con células falciformes, porque hay que tener una serie de cuidados y manejos en coordinación con hematología y anestesiólogo, son pacientes de cierto riesgo. **PREGUNTADO:** que es una crisis falciforme **CONTESTÓ** es la crisis que experimenta el paciente por la falta de oxígeno en la sangre el paciente comienza a experimentar dolor, el transporte del oxígeno es deficiente (...) por eso hacen esas crisis de dolor **PREGUNTADO:** cuando usted analizó al paciente, este manifestó algún dolor en la cadera derecha **CONTESTÓ** en la evolución que veo ahí (la historia clínica que se le pone de presente) me llama la atención que no hay consignado nada frente a dolor en la cadera derecha, si de pronto él me hubiera manifestado eso, yo lo habría consignado en la historia. **PREGUNTADO:** es posible que una defectuosa reemplazo de cadera pueda llevar a una necrosis avascular del otro lado de la cadera **CONTESTÓ** no, no es posible, lo correcto de acuerdo de acuerdo con el diagnóstico del paciente es que primero hizo una necrosis en la cadera derecha y luego en la cadera izquierda, esa es la evolución normal, inclusive puede producir necrosis en otros huesos también, en la rodilla, la cabeza del humero, es que es por la cantidad de oxígeno que llega a los huesos es deficiente y llega un momento en el que se degenera el cartílago y cuando el dolor no cede con nada hay que pensar en un reemplazo. **PREGUNTADO:** las anemias de células falciformes pueden causar lesiones en el nervio ciático **CONTESTÓ** está descrito neuropatías o accidentes cerebro vasculares, dentro de las manifestaciones que pueden presentarse, habría que analizar el caso particular y el tipo de neuropatía que presenta y correlacionarla con la patología. Pero si están descritos accidentes cerebro-vasculares. Ahora, podría ser otro nervio, el peroné, no en todo paciente se presenta de la misma forma (...) presenta **PREGUNTADO:** cuál ha sido su experiencia en pacientes jóvenes como el caso del demandante, cuando presentan anemia falciforme, su degeneración muscular y de los huesos, es lenta o muy rápida de acuerdo a la edad y en términos generales **CONTESTÓ** no tanto de la edad, depende de la severidad del cuadro clínico del paciente, hay pacientes en los que la enfermedad es mucho más

⁵⁷ CD folio 797 cdno 5

13-001-23-31-000-2010-00328-00

agresiva que en otros, independientemente de la edad, cada organismo reacciona de una manera diferente, de pronto hay unos pacientes que presentan cuadros menos agresivos y de pronto duran años más años en hacer una necrosis avascular y en una artrosis de las articulaciones, así como hay otros que la hacen más temprano. **PREGUNTADO:** Dr. Conrado, si eventualmente se hubiese afectado, en el remplazo de cadera derecha, el nervio ciático, dentro de la cirugía, tres años después (ilegible) puede reflejar dolor a nivel de la cadera derecha **CONTESTÓ** no solo en la cadera, sino en el miembro y la debilidad. Es que unas lesiones de nervios en el acto operatorio aparecen los síntomas en las 24 horas, uno se da cuenta al día siguiente. Yo tuve un caso, me acuerdo, dos casos en mi vida en los que he ido a tribunal y uno de esos casos fue de un paciente con un reemplazo de cadera con una patología no de una necrosis avascular sino que al paciente se le luxó la prótesis a los 5 años, bañándose se resbaló en el baño; y ese paciente no redujo la luxación, tuve que abrirlo y hubo una neuropaxia, se le produjo una axonotmesis, afortunadamente el paciente se corrigió, bueno, con una cirugía para pie caído y todo lo demás, sin embargo el paciente demandó, pero se demostró en el tribunal que esa es una complicación, la lesión neurológica en el medio de un acto operatorio, está descrito entre el 3 y 4% de complicaciones dentro del mismo proceso; entonces habría que ver en este caso cuanto tiempo apareció, porque si apareció tardíamente, porque si fuera inmediatamente uno a las 24 horas puede darse cuenta de los síntomas neurológicos del paciente, pero si es tardía hay que pensar en otras complicaciones secundarias a la misma enfermedad e incluso intermedia; hay pacientes que son más propensos al sangrado y pueden hacer un hematoma, y cuando el hematoma se encapsula puede hacer una compresión del nervio y aparecer secundariamente; ahora la clave, la electro(... ilegible) se hace a los 20 días, no se a cuánto tiempo se lo hicieron a este paciente, (...) a veces el profesional se va por el resultado del examen paraclínico y no lo correlaciona con los hallazgos clínicos y con eso hay que ser muy minucioso y correlacionar los dos por el bien del paciente y que se cure el paciente en su dolor. Por ejemplo, una prótesis es una medida de salvamento, se hace cuando ya no hay más alternativas que hacer, porque la prótesis nunca reemplaza al hueso y tiene sus complicaciones a mediano o largo plazo, pero uno tiene que advertirle al paciente que, si se llegan a presentar estas complicaciones a mediano o largo plazo, hay que resolverlo, antes que todo es la comunicación con el paciente y explicarle todas las complicaciones en caso de un reemplazo de cadera, y ante todo está la parte neurológica que puede sufrir afectaciones puede ser temprana o puede ser tardía e inclusive puede ser inherente a la misma enfermedad (...) **interroga el apoderado del parte accionante** **PREGUNTADO:** Puede por favor decirle a la Sala cuales son las causas de una axonotmesis **CONTESTÓ:** esta descrito en las lesiones traumáticas, las luxaciones de la cadera, una trombosis venosa, en caso de enfermedades puede ser una necrosis avascular, un hematoma (...), en fin, hay varios tipos de causas para provocar una axonotmesis que es una lesión parcial de la conducción del nervio, a diferencia de la axonotmesis que es cuando hay una interrupción total de la conexión nerviosa, la otra puede ser parcial y regenerativa. **PREGUNTADO:** teniendo en cuenta esto que usted acaba de decir, se puede presentar también por una presión o elongación del nervio **CONTESTÓ** la elongación puede ser traumática o en un acto operatorio, pero lo importante es ver la clínica, ver si los síntomas (...) como el caso que me tocó a mí, un paciente que se había luxado y yo detecté al día siguiente la lesión neurológica, pero puede no siempre ser así, puede que la lesión sea por otra causa y no se detecte inmediatamente (...)

JOSÉ FERNANDO LOBO⁵⁸ (médico ortopeda que atendió al paciente en el post operatorio) **PREGUNTADO:** Se le pone de presente el folio 242 del expediente pdf cdno 1, referente a lo que consignó el testigo en la hoja de evolución el 14 de febrero de 2008 **CONTESTÓ:** esta es una evolución de un paciente que fue operado el día anterior, y los datos consignados allí dan cuenta de que este es un paciente que tiene una artrosis de cadera, que tiene una anemia de células falciformes que está en su primer día post quirúrgico de su cirugía de reemplazo de cadera, en esta descripción se indica que el paciente está hemodinámicamente estable, tiene dolor causado por el reemplazo articular, y dice además que la herida está cubierta con apósito, tiene poco sangrado, tiene un hemovac que es un dispositivo que se utiliza para que no se acumule la sangre dentro de la herida y además, no tiene déficit neurológico; ello quiere decir, que el paciente al examen físico realizado al día siguiente de la cirugía no presenta signos ni síntomas que sugieran que el paciente tenga una lesión de por ejemplo el nervio ciático, que es el tema del que estamos hablando. Normalmente, cuando uno opera, ¿Por qué se hace? Porque hay algunas complicaciones que uno puede tener en el post quirúrgico al día siguiente, y uno siempre está muy pendiente de eso, por ejemplo, si el paciente sangra mucho, tiene la presión muy baja,

⁵⁸ CD folio 802 cdno 5 video 3



13-001-23-31-000-2010-00328-00

eso se anota y se está muy pendiente de eso; y, son cirugías que pueden tener una lesión neurológica, por eso siempre, después de una cirugía de estas somos muy acuciosos de anotar este tipo de cosas, como por ejemplo que el paciente no tenga lesiones neurológicas. Eso se busca revisando al paciente, el paciente que tiene lesiones neurológicas como por ejemplo la lesión del nervio ciático, inmediatamente después de la cirugía son pacientes que sienten adormecimiento de la pierna, pérdida de la fuerza, incapacidad para caminar y para mover el pie. Ahí en la historia clínica consigné que el paciente no tenía ningún déficit neurológico al día siguiente de la cirugía. **PREGUNTADO:** cómo determina usted o qué procedimiento o qué examen o qué tipo de evaluación permite determinar que un paciente a cargo suyo sufre complicaciones neurológicas **CONTESTÓ** hay que dejarlo muy claro, los pacientes que se someten a un reemplazo total de cadera tiene dentro de sus riesgos inherentes de su procedimiento, una lesión al nervio ciático, puede ocurrir, está descrito en la literatura alrededor del 1 o 2% de los pacientes que uno opera pueden desarrollar una lesión de nervio ciático. Entonces, como es una lesión que puede ocurrir, así como ocurre el sangrado, así como ocurren las infecciones, son situaciones en las que uno está muy pendiente en el post- quirúrgico. Entonces, los pacientes que tiene lesiones neurológicas como en este caso el nervio ciático, inmediatamente ocurre la lesión, se presentan los síntomas. No pasa que a un paciente yo le haga una lesión y que dentro de 1 mes o 20 días me vaya a decir que es que ahora es que está sintiendo los síntomas de la lesión. Entonces, en el examen físico, específicamente, si el paciente no tiene pérdida de la fuerza, además él es capaz de subir y bajar el pie y la sensibilidad de la pierna se mantienen conservados es decir que el paciente siente, es decir no siente adormecimiento, hormigueo, corrientosos en la pierna. Cuando un el paciente después de una cirugía de una prótesis o una cirugía cualquiera a uno se le ocurre una lesión del nervio ciático, el paciente inmediatamente refiere estos síntomas: anestesia o hiespostesia, quiere decir que no siente el pie o la pierna a pesar de la rodilla hacia abajo; no tiene fuerza, no es capaz de subir y levantar el pie; no es capaz de caminar apoyando el pie, no siente la pierna o puede sentir cosas diferentes como hormigueo, corrientosos, como si lo puyaran por todo el pie. Entonces, uno hace una cosa que se llama búsqueda activa de esos padecimientos. Todos los pacientes que nosotros operamos de prótesis de cadera le revisamos sangrado, que no esté luxada la prótesis, que el paciente no tenga un déficit neurológico. En este caso esas son las razones (...) de lo que puedo revisar de la historia clínica quedó consignado que le paciente cuando yo lo revise no tenía signos ni síntomas de lesiones neurológicas, entonces desde ese punto de vista el paciente no presentaba la lesión; si llegase a presentar, posteriormente, a los 2 meses, 3 meses, los síntomas que sugieran una lesión del nervio ciático no son producidas en el momento de la cirugía porque se presentan inmediatamente después de la cirugía. **PREGUNTADO:** es posible que la anestesia que se usa en la cirugía minimice o esconda esos síntomas de una lesión neurológica, mientras ella no pase sus efectos **CONTESTÓ** los efectos de la anestesia que se le dan a los pacientes se hacen para un determinado tiempo, y eso lo calcula el anestesiólogo en el momento en el que vamos a operar al paciente, casi siempre él nos pregunta cuánto tiempo nos vamos a demorar, muchas veces ya están establecidos, cuando es una prótesis de origen primario (que es cuando es primera vez que se va a poner una prótesis) se puede demos uno 2-3 horas, si es una revisión son 6 horas; el anestesiólogo nos pregunta cuánto tiempo se va a demorar, dependiendo de esa respuesta el anestesiólogo hace un cálculo de cuánto tiempo le va a poner de medicamento para que dure durante la cirugía el paciente no sienta. (...) Nunca, jamás en la vida va a pasar que un anestésico va a mantener a un paciente dormido la pierna 24 horas para que al día siguiente él no sienta los síntomas de la pierna. Por lo general un anestésico dura 4 horas, 5 horas. El despertar de la pierna es progresivo, y el paciente comienza a sentir dolor; cuando al día siguiente el paciente siente dolor ese es el indicador de que ningún anestésico está haciendo efecto en su canal medular que sea capaz de enmascarar el cuadro. (...)

De acuerdo con lo anterior, advierte este Tribunal que en el proceso quedó ampliamente demostrado que el señor Fernando Medina Pinedo padece de anemia de células falciformes, enfermedad de tipo congénito que produce fuertes dolores en el cuerpo debido a la falta de irrigación sanguínea; estos padecimientos son reconocidos por los médicos como estado de crisis de anemia falciforme.

Asimismo, se observa que, de acuerdo con la severidad de la enfermedad en cada caso, esta puede generar complicaciones secundarias como la necrosis

13-001-23-31-000-2010-00328-00

avascular de cadera, situación generada por la isquemia producida por el taponamiento en la circulación que llega hasta dichas estructuras, lo que, según el dicho de los galenos aquí declarantes, genera la muerte de los huesos, el daño de los cartílagos y la artrosis de cadera; por lo que, en los casos en los que no se obtiene mejoría con tratamiento sintomático, se motiva la cirugía de reemplazo de la articulación.

De igual forma, se evidenció que esta complicación fue sufrida por el actor en su cadera derecha, por lo que se le realizó una cirugía de reemplado de cadera derecha en el mes de febrero de 2008; sin embargo, en el año 2011 debió ser hospitalizado en varias oportunidades por dolor en su cadera izquierda generada por necrosis avascular de cadera izquierda⁵⁹.

A su vez, no puede perderse de vista, que los especialistas que participaron en este proceso, fueron unísonos en manifestar que la anemia de células falciforme es capaz de provocar daños a nivel neurológico, como es la lesión de los nervios periféricos como el ciático, debido también a la falta de irrigación sanguínea a dicho tejido, produciéndose axonotmesis que es una disrupción en el nervio (enfermedad actual de actor por la que demanda); que, lo que no puede provocar la anemia es la neurotmesis, pues esta patología implica el corte o sección del nervio.

También indicaron los médicos que, en este caso es poco probable que la axonotmesis se haya causado en la intervención quirúrgica, puesto que, si bien es uno de los riesgos de la cirugía, lo cierto es que los síntomas de la enfermedad se manifestaron 3 meses después de la operación, lo cual es más consecuente con el hecho de que haya sido la anemia del actor la que lo haya provocado, pues, de haber sido provocada por la intervención quirúrgica la sintomatología se habría presentado desde el día siguiente de la operación.

En ese sentido, este Tribunal encuentra que, si bien es cierto que los hermanos del demandante afirman que desde el mismo día de la cirugía este refirió sentir dolor y corrientes en la pierna, lo cierto es que de ello no hay constancia en la historia clínica del paciente.

De otro lado, no puede desconocerse que el señor Fernando Medina Pinedo consintió en la realización de la cirugía de reemplazo total de cadera derecha, aun teniendo en cuenta que en esta podían producirse daños neurológicos; pues así se advierte del consentimiento informado visible a folio 179 del expediente⁶⁰.

⁵⁹ Folio 156 (fl. 164)

⁶⁰ Folio 189 pdf 1

Así las cosas, de conformidad con las pruebas que se acaba de reseñar, considera la Sala que no se encuentra probado en el expediente la falla del servicio que se atribuye a los demandados, por haber intervenido quirúrgicamente al señor Medina Pineda. En ese sentido, considera la Sala que las pruebas que obran en el expediente no permiten imputar el daño que padece el demandante al ISS, a la Clínica Universitaria San Juan de Dios ni al Dr. Matson Carballo, dado que no se probó que la atención que allí se le brindó fuera negligente o controvirtiera la *lex artis*.

Es de resaltar, que no obran en el expediente pruebas ni siquiera conceptos especializados que confirmen la afirmación de la parte demandante, en cuanto a que su caso no debió manejarse como lo hizo el galeno encartado. En consecuencia, la afirmación de que fue dicho especialista quien le cortó el nervio ciático al actor, no pasa de ser una mera especulación de la parte demandante sin soporte probatorio alguno.

Conforme a las pruebas que se acaba de reseñar, concluye la Sala que no se probó la falla del servicio imputada a la entidad demandada, pues lo que demuestra la historia clínica, los testimonios de los ortopedistas citados al proceso, es que la intervención que se le practicó al señor Fernando Medina Pinedo en la Clínica Universitaria San Juan de Dios era necesaria para mejorar la calidad de vida del paciente; y que, aun cuando el resultado final no fuera el esperado, no puede perderse de vista que la actividad médica es de medios y no de resultados; además, el señor Medina sufre de otras patologías de base que agravan y complican su situación, por lo que no puede concluir que el estado que padece éste en la actualidad sea causado por la cirugía, pues los dolores, la deformidad en sus extremidades inferiores y la alteración en su movilidad que manifiestan sus hermanos, también se dan a raíz de la anemia de células falciformes que el accionante padece.

En consecuencia, se denegarán las súplicas de la demanda.

5.4 De la condena en costas.

No hay lugar a imponer condena en costas en esta instancia, de acuerdo con los parámetros señalados por el art. 171 del C.C.A., con las modificaciones que le fueron introducidas por el art. 55 de la Ley 446 de 1998.

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Administrativo de Bolívar, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

VI.- FALLA:

PRIMERO: NEGAR las pretensiones de la demanda.

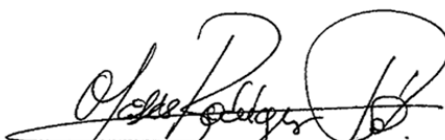
SEGUNDO: NO CONDENAR en costas procesales en primera instancia, según lo dispuesto en esta providencia.

TERCERO: Si esta providencia no fuere apelada, una vez en firme, **ARCHÍVESE** el expediente previas las anotaciones de ley en los sistemas de radicación.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Constancia: El proyecto de esta providencia fue estudiado y aprobado en sala No. 026 de la fecha.

LOS MAGISTRADOS


MOISÉS RODRÍGUEZ PÉREZ


EDGAR ALEXI VASQUEZ CONTRERAS


JEAN PAUL VÁSQUEZ GÓMEZ