

**TRIBUNAL SUPERIOR
DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ
SALA QUINTA DE DECISIÓN CIVIL**

Magistrada Ponente
NUBIA ESPERANZA SABOGAL VARÓN

Bogotá D.C., seis (6) de julio de dos mil veinte (2020).

Discutido en sesiones de 28 de mayo y 25 de junio de 2020, siendo aprobado en la última.

Ref.: Exp.No.11001 31 042 2014 00466 03

Decídese la apelación interpuesta por la demandante frente al fallo proferido el 5 de septiembre de 2019, por el Juzgado 42 Civil del Circuito de Bogotá, dentro del juicio declarativo (responsabilidad médica) promovido por Dora Pinilla Torres contra el Hospital Universitario San Ignacio “HUSI”, trámite en el cual fue vinculada como llamada en garantía Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.

ANTECEDENTES

1. La pretensión y los hechos.-

La convocante pidió declarar que el HUSI y EPS Sura Centro Empresarial Bogotá, son responsables contractualmente por los perjuicios derivados de la prestación del servicio de salud en forma “negligente, insegura, imprudente, incompleta, inoportuna, discontinua,

descoordinada y/o demorada”; consecuentemente, solicitó condenarlas a resarcir el lucro cesante (\$88'137.206), los perjuicios morales (100 SMLMV), los daños a la salud y a la vida de relación (50 SMLMV por cada uno de esos rubros).

Sustentó tales súplicas, así:

Para la época de los hechos, tenía 47 años de edad, estaba afiliada a la EPS Sura, laboraba como secretaria en el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y su salario mensual era de \$1'579.181.

El 3 de diciembre de 2010, acudió por consulta externa a la IPS Sura Chapinero, por haber presentado durante dos semanas “dolor lumbar”, “marcha inestable” y “parestesias” -sensación de hormigueo o adormecimiento- en el abdomen y las extremidades inferiores. El Dr. Javier Alonso Galvis Chacón, médico internista, le diagnosticó una “dorsolumbalgia de características mecánicas”, que solamente requería seguimiento por medicina general al no cursar con citopenia (recuento de glóbulos sanguíneos más bajo de lo normal).

Como no hubo mejoría y aumentó la intensidad del dolor, ingresó por urgencias al HUSI el 9 de diciembre siguiente, y en el examen físico de rigor, el galeno Carlos Felipe Hurtado Arias advirtió la presencia de un dolor “tipo punzada” en la región lumbar bilateral, que inicia en posición sentada, “no se irradia” a otras partes del cuerpo y “se exagera con los movimientos de flexión, extensión y rotación”, considerando que se trataba de una “lumbalgia de origen muscular”, manejable con analgésicos (paracetamol o acetaminofén y tramadol) y antiinflamatorios (naproxeno). El médico también le ordenó radiografías de columna lumbar y una terapia física integral.

Una semana después (17 de diciembre de 2010), asistió a la IPS Sura Chapinero para revisión de las imágenes radiológicas; la

doctora Marcela Garzón Espitia mantuvo la orden de terapia física debido a los signos de “marcha tambaleante” y “dolor persistente”. Más tarde ese día, arribó a la unidad de urgencias del HUSI, pero allí no la atendieron ni clasificaron la gravedad de su estado de salud (*triage*), sino simplemente le dijeron que “no se trataba de una urgencia vital”.

Sus dificultades para caminar y el denso tráfico capitalino, le impidieron llegar a tiempo a la terapia física programada para el 20 de diciembre a las 2:00 p.m.; ante tal situación, fue a consulta particular con el neurólogo Luis Francisco Barón Cuervo, quien evidenció un “cuadro multifocal con signos neurológicos de alteraciones a nivel encéfalo y medulo-dorsal, que hace sospechar una enfermedad desmielinizante con antecedentes hematológicos importantes”.

El mismo día acudió al servicio de urgencias del HUSI, donde fue auscultada previa mediación de la Secretaría Distrital de Salud; ante la persistencia del dolor lumbar y la aparición de “parestias en miembros inferiores” y “disminución de la fuerza con imposibilidad de la marcha”, fue remitida al neurólogo de turno, quien detectó un tumor (meningioma) en la columna vertebral y ordenó su resección quirúrgica.

A las 12:50 p.m. del 22 de diciembre de 2010, fue sometida a los procedimientos de “exploración y descompresión de canal raquídeo y raíces espinales por laminectomía”, y “escisión de tumor en columna vertebral vía posterior o postero-lateral”, a cargo de los neurocirujanos Roberto Carlos Díaz Orduz y Rafael Uribe Cárdenas. En el resumen de atención se consignó un cuadro clínico de “paraparesia progresiva”, es decir, disminución de la fuerza muscular y limitación del rango de movimiento voluntario de las extremidades inferiores, con pérdida de sensibilidad a partir de la sexta vértebra torácica (T6).

Las secuelas de la resección del “meningioma torácico” generaron la desvinculación de su cargo, la pérdida de capacidad laboral

de 62,90% por dolencia de origen común (acorde al dictamen N° 5671 de 17 de agosto de 2011, del Instituto de Seguros Sociales), el deterioro de su función motriz y un “daño neurológico permanente” que la obligó a utilizar silla de ruedas por un tiempo y bastón de por vida, privándola de actividades cotidianas -caminar, trotar, bailar, nadar, montar en bicicleta- y generando en ella profundos sentimientos de dolor, impotencia, inseguridad, miedo, angustia y desesperación.

En su sentir, el personal de las entidades convocadas incurrió en negligencia médica por: (i) someterla a riesgos injustificados en las consultas de 3 y 9 de diciembre de 2010, por no haber realizado los exámenes diagnósticos que permitían identificar la causa del dolor lumbar, ni ordenado la valoración por neurología, pese a tener “toda la tecnología disponible” en tales fechas; (ii) dejar de tomar medidas para evitar el deterioro de su salud (abandono institucional); (iii) retardar injustificadamente la práctica de los procedimientos enfocados a conjurar el daño -pruebas diagnósticas, valoración por especialista, intervención quirúrgica-, y (iv) ignorar las manifestaciones de urgencia expresadas desde la primera consulta, es decir, los signos distintivos de la afectación neurológica: marcha inestable, parestesias y pérdida de fuerza en las extremidades inferiores.

Las enjuiciadas pasaron por alto la semiología propia de la enfermedad al insistir que el dolor lumbar era de origen mecánico o muscular, exponiéndola a los riesgos inherentes a la compresión de la médula espinal y la eventual metástasis del tumor. A su modo de ver, habría podido recuperarse totalmente con un diagnóstico temprano y un procedimiento oportuno -pérdida de oportunidad-.

LA RÉPLICA

1. El Hospital Universitario San Ignacio excepcionó “inexistencia de los elementos constitutivos de la responsabilidad civil”,

“apreciación del acto médico y naturaleza de las obligaciones médico-asistenciales”, “cumplimiento de los estándares del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud” e “inexistencia de nexo causal - causa extraña - consentimiento informado”.

Apuntaló esas defensas en que la atención dispensada a la activante fue oportuna, continua y acorde a la *lex artis ad hoc*, pues en el primer examen físico efectuado en el HUSI -9 de diciembre de 2010-, no se evidenciaron afecciones neurológicas asociadas al dolor lumbar y, por el contrario, varios signos apuntaban a un origen muscular (aumento del tono muscular en la zona afectada, columna alineada, marcha normal, dolor no irradiado y falta de irritación meníngea). De ahí que la diagnosis inicial y el tratamiento dispensado hayan sido acordes a la sintomatología identificada en aquella oportunidad.

También alegó que los días 17 y 20 de diciembre siguientes, la paciente requirió medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias (*triage* III), pero se ausentó sin avisar ni aguardar el servicio en la primera de esas fechas, mientras en la segunda, el médico de turno constató la aparición de señales de alerta -parestesias y pérdida de fuerza en los miembros inferiores-, que motivaron la interconsulta con la especialidad de neurología.

La evolución del cuadro clínico inicial justificó la práctica de exámenes adicionales (resonancias magnéticas simples y contrastadas de cerebro, columna cervical y torácica), el 21 de diciembre de 2010, cuando se comprobó la presencia de un tumor en la columna vertebral, generador de compresión en la médula espinal.

En todo caso, la respectiva intervención quirúrgica tuvo lugar dentro de las 24 horas siguientes al hallazgo del meningioma, cuya ubicación específica, por sí sola, tornaba riesgosa la realización del procedimiento y podía acarrear complicaciones de salud en la paciente,

como en efecto sucedió. Además, ese riesgo inherente no habría disminuido ni desaparecido con un diagnóstico más temprano.

2. El HUSI llamó en garantía a Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A., entidad que contestó la demanda proponiendo las excepciones de “ausencia de culpa y, por consiguiente, imposibilidad de imputación de responsabilidad”, “la obligación médica es de medio y no de resultado”, “ausencia de los elementos para configurar la responsabilidad civil médica” e “indebida, desproporcionada e ilegal tasación o cálculo de los perjuicios”.

Frente al llamamiento en garantía alegó: “inexistencia de los presupuestos materiales para que la compañía aseguradora sea obligada a indemnizar”, “prescripción de la acción derivada del contrato de seguros”, “límite de indemnización” (\$3.000'000.000 por evento o vigencia, 50% de esa cifra respecto a los daños extrapatrimoniales), y “obligación de la llamante para asumir la primera parte del daño o deducible” (12% de todo reclamo, con un mínimo de \$100'000.000).

A su juicio, el lapso bienal de prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro de responsabilidad civil profesional de instituciones médicas N° 2201213001223 -ajustado bajo la modalidad de cobertura *claims made*-, despuntó con la conciliación extrajudicial (10 de marzo de 2014), y expiró el 10 de marzo de 2016, cuando aún no había sido notificado el auto admisorio de la demanda al HUSI (14 de diciembre de 2016), ni a Mapfre (19 de septiembre de 2017). De ahí que la reclamación presentada por la llamante el 23 de agosto de 2016, no podía interrumpir el evocado término prescriptivo, ya fenecido en esta última calenda.

3. EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A., formuló excepciones perentorias y previas. En las últimas alegó la “inexistencia del demandado” e “incapacidad del demandado para ser parte en el

proceso”, cimentadas en que EPS Sura Centro Empresarial Bogotá tan solo es una sucursal o un establecimiento mercantil de su propiedad, carente de personería jurídica propia.

El juez acogió esa defensa y, por consiguiente, inadmitió el escrito introductor para que fuera dirigido contra la sociedad principal, por los actos de su sucursal (auto de 7 de febrero de 2018); empero, la subsanación fue extemporánea y, por contera, rechazada la precitada demanda enfilada contra la EPS, continuando el litigio únicamente frente al HUSI y su llamada en garantía (proveído de 23 de febrero de 2018, ratificado en sede de alzada por esta Corporación el 25 de junio siguiente).

LA SENTENCIA RECURRIDA

Tuvo por demostrado el vínculo contractual entre la gestora y el HUSI, interpretando que la acción indemnizatoria se cimentó en la negligencia de la prenombrada institución, por tardanza en la atención médica dispensada -exámenes diagnósticos, determinación de la causa del dolor lumbar e intervención quirúrgica-, la cual, a juicio de la gestora, debió concretarse en la fecha del primer ingreso por urgencias (9 de diciembre de 2010), y no dos semanas después (entre el 20 y el 22 de diciembre de la misma anualidad). Para tal efecto, aplicó al caso el régimen general de las obligaciones de medio, que en línea de principio cobija a los profesionales de la salud.

Con apoyo en la historia clínica; los testimonios de quienes atendieron a la paciente durante su estancia en el HUSI (Carlos Felipe Hurtado Arias, Roberto Carlos Díaz Orduz, Miguel Enrique Berbeo Calderón y Luis Alfonso Zarco Montero), y la experticia rendida por el neurocirujano Juan Fernando Ramón Cuéllar, dedujo que los exámenes y procedimientos realizados a la convocante, amén de ser oportunos, “estuvieron acordes a los protocolos” o reglas técnicas pertinentes.

De esas probanzas coligió que el cuadro clínico evidenciado en la primera consulta imponía “considerar que la dorsolumbalgia en estudio era de tipo mecánico”, pero no permitía “determinar que en el momento [la paciente] tenía un daño neurológico, pues no presentaba adormecimiento ni otros dolores distintos al de espalda, motivo por el cual no era necesaria la resonancia magnética”. Además, los signos de alarma enunciados en la demanda sólo fueron constatados el 20 de diciembre de 2010, y ante tal situación, el neurólogo ordenó la resonancia que permitió advertir la presencia del meningioma, el cual “no es de fácil detección” porque “puede crecer a lo largo de muchos años y de forma lenta”.

Adujo, también que no podía garantizarse una curación total de la paciente porque existía una alta posibilidad de reaparición de la masa tumoral -recidiva o recurrencia- y los síntomas correspondientes, precisando que la concreción de esa contingencia o riesgo inherente desencadenó el deterioro de la salud de la señora Pinilla Torres, motivando otras internaciones clínicas e intervenciones quirúrgicas (en el Instituto Roosevelt y en la Fundación Santa Fe).

Concluyó, entonces, que no era factible atribuir al HUSI culpa en la asistencia médica dispensada a la convocante, amén que el personal médico de esa institución demostró haber actuado con diligencia, cuidado y plena observancia de la *lex artis*.

LA APELACIÓN

La demandante, en los reparos y su sustentación, acusó el fallo de valorar indebidamente la prueba recaudada, pues, a su modo de ver, la historia clínica muestra que ella arribó a la IPS Sura Chapinero el 3 de diciembre de 2010, acusando dos signos de alarma de dolor lumbar (marcha inestable y parestesias en el tronco y las extremidades inferiores), que tornaban imperiosa la valoración por neurología desde

ese momento. De hecho, los testigos Luis Fernando y Luz Adriana Amórtegui Pinilla -hijos suyos, quienes la acompañaron a sus consultas médicas- y Luis Fernando Barón Cuervo -neurólogo particular-, dieron cuenta de las dificultades motrices que padeció antes de la intervención quirúrgica en el HUSI.

Insistió, en la consulta del 9 de diciembre de 2010, los médicos ignoraron las prenotadas señales de alerta, dejaron de prescribir los exámenes diagnósticos que permitían ratificar o desvirtuar la presencia del tumor, y asumieron que el dolor lumbar era de índole muscular, incurriendo así en un error de diagnóstico inicial que le provocó sufrimiento y daños irreparables en su cuerpo.

Alegó que, acorde con la declaración de Barón Cuervo, un diagnóstico acertado en aquella calenda (9 de diciembre de 2010), habría evitado la aparición de los síntomas verificados en la consulta particular del día 20 de ese mes y año, disminuyendo la gravedad de las secuelas y los riesgos propios de la intervención quirúrgica.

CONSIDERACIONES

1. Están presentes los presupuestos procesales, y no se advierte vicio capaz de invalidar la actuación, por lo que procede dirimir el mérito de la controversia, precisándose que los reparos del apelante delimitan la competencia de esta instancia, lo que deja al margen del escrutinio cualquier cuestión que no hubiere suscitado reproche, ni esté íntimamente ligada con las eventuales modificaciones frente a lo resuelto en primera instancia (artículo 328 del C.G.P.). Por esa razón sólo se abordará el estudio de los aspectos combatidos por el apelante.

2. En la prestación de servicios médicos, el galeno *“asume el compromiso principal de buscar la preservación o la recuperación del estado de salud del paciente, mediante el desarrollo de las diversas conductas que*

conforman el llamado acto médico (auscultación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, entre otros)”¹, actividad que le puede generar obligaciones de contenido resarcitorio cuando incurre en fallas ostensibles en la prestación de servicios de esa índole, por acción u omisión, ya sean producto de un equivocado diagnóstico, tratamiento, procedimiento, control y, en general, de cualquier otro error en esa ejecución profesional².

Ello explica el criterio jurisprudencial según el cual, cuando se irroga un daño en alguna(s) de las fases de la actividad médica (prevención, pronóstico, diagnóstico, intervención, tratamiento, seguimiento y control), y una vez *“demostrados los restantes elementos de la responsabilidad civil, hay lugar a su reparación a cargo del autor o, in solidum, si fueren varios los autores, pues el acto médico puede generar para el profesional que lo ejercita obligaciones de carácter indemnizatorio por perjuicios causados al paciente, como resultado de incurrir en yerros de diagnóstico y de tratamiento, ya porque actúe con negligencia o impericia en el establecimiento de las causas de la enfermedad o en la naturaleza misma de ésta, ora porque a consecuencia de aquello ordene medicamentos o procedimientos de diversa índole inadecuados que agravan su estado de enfermedad, o bien porque ese estado de agravación simplemente se presenta por exponer al paciente a un riesgo injustificado o que no corresponda a sus condiciones clínico-patológicas”*³.

Además, las instituciones prestadoras de servicios de salud tienen el deber legal de garantizar la calidad y eficiencia de los mismos, de modo que si dicha prestación resulta *“deficiente, irregular, inoportuna, lesiva de la calidad exigible y de la lex artis”*, tanto ellas como los profesionales a su servicio serán *“solidariamente responsables por los daños causados, especialmente, en caso de muerte o lesiones a la salud de las personas”*⁴.

¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia de 5 de noviembre de 2013, exp. 2005-00025-01.

² El acto médico consiste en “la actividad desplegada en orden a obtener el alivio o la curación del enfermo mediante la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de su enfermedad y, de ser el caso la cirugía que se recomiende”. CSJ, Cas. Civ., sentencia de 22 de julio de 2010, reiterada en fallo de 26 de noviembre de 2010, exp. 1999-08667-01.

³ CSJ, Cas. Civ., sentencia de 13 de septiembre de 2002, exp. 6199, reiterada en sentencia de 5 de noviembre de 2013, exp. 2005-00025-01.

⁴ CSJ, Cas. Civ., sentencia de 17 de noviembre de 2011, exp. 1999-00533-01.

También se ha dicho que el diagnóstico comporta “una tarea compleja, en la que el médico debe afrontar distintas dificultades, como las derivadas de la diversidad o similitud de síntomas y patologías, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios, sin olvidar las políticas de gasto adoptadas por los órganos administradores del servicio”, y para dilucidar si el médico obró con culpa o no, ha de analizarse en cada caso “si aquel agotó los procedimientos que la *lex artis ad hoc* recomienda para acertar en él”. Consecuentemente, “sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con una equivocada diagnosis ocasionen (...)”⁵.

3. El ejercicio de la medicina, ciencia dinámica y en constante progreso, le impone al galeno, desde que presta el juramento hipocrático, actuar con la diligencia debida para contribuir al bienestar de su paciente -principio de beneficencia o benevolencia-, absteniéndose de irrogarle daño, dolor o sufrimiento -principio de no maleficencia-. Claro, la práctica de esa noble profesión comporta la existencia de riesgos inherentes a la planeación y ejecución de ciertos procedimientos, “los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa”⁶.

La Corte Suprema de Justicia definió tales riesgos como “las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con éste, sea por causa de las condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, las técnicas o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la *lex artis*”⁷.

⁵ CSJ, Cas. Civ., sentencia de 26 de noviembre de 2010, exp. 1999-08667-01, reiterada en fallo de la misma Corporación de 8 de agosto de 2011, exp. 00778.

⁶ CSJ, Cas. Civ., sentencia SC7110-2017 de 24 de mayo de 2017, exp. 2006-00234-01.

⁷ *Ibidem*.

En ese orden de ideas, el médico solamente está llamado a reparar integralmente los perjuicios derivados de errores inexcusables, es decir, *“los groseros, los culposos, los faltos de diligencia y cuidado, y por tanto injustificados”, propósito para el cual “se exige por parte del demandante o del paciente afectado que demuestre en definitiva, tanto la lesión, como la imprudencia del facultativo en la pericia, en tanto constituye infracción de la idoneidad ordinaria o del criterio de la normalidad previsto en la Lex Artis, las pautas de la ciencia, de la ley o del reglamento médico”*⁸.

Así las cosas, al galeno no podrán imputársele *“aquellos daños que sean materialización de los riesgos normales o permitidos en la vida en sociedad”, ni “los que ocurren a pesar de la idoneidad y de la experiencia médica”,* máxime teniendo en cuenta que sus obligaciones, por regla general, son de medio (artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, hoy día modificado por el canon 104 de la Ley 1438 de 2011), y la falibilidad innata a su condición humana deja latente la probabilidad de que el paciente resulte lesionado, *“muy a pesar suyo y del cuidado”*⁹ y diligencia desplegados durante su atención.

Recuérdese, cuando el compromiso del profesional de la salud consiste en *“entregar su sapiencia profesional y científica, dirigida a curar o a aminorar las dolencias del paciente”,* le basta probar debida diligencia y cuidado para quedar eximido de responsabilidad (artículo 1604 inciso tercero del Código Civil), *“pues al fin de cuentas, el resultado se encuentra supeditado a factores externos que, como tales, escapan a su dominio, verbi gratia, la etiología y gravedad de la enfermedad, la evolución de la misma o las condiciones propias del afectado, entre otros”*¹⁰.

4. Dora Pinilla Torres le imputó responsabilidad al personal médico del Hospital Universitario San Ignacio, porque cuando ingresó a su unidad de urgencias (9 de diciembre de 2010), no realizó los exámenes que habrían permitido identificar la causa del dolor lumbar

⁸ CSJ, Cas. Civ., sentencia SC7110-2017, ya citada.

⁹ *Ibidem.*

¹⁰ *Ibidem.*

-el tumor ubicado entre la quinta y sexta vértebras torácicas-, ni ordenó la valoración por neurología; pospuso dos semanas la atención médica especializada y la consecuente intervención quirúrgica -del 20 al 22 de diciembre del mismo año-, sin justificación alguna; y desatendió las manifestaciones sobre los signos de alarma propios del dolor lumbar provocado por tumores espinales o vertebrales (marcha inestable, parestesias y pérdida de fuerza en las extremidades inferiores), desconociendo esa puntual sintomatología.

Resulta útil, entonces, reseñar la evolución del estado de salud de la gestora para la época de ocurrencia de los hechos (acorde a la historia clínica, las notas de referencia y contra-referencia y los demás documentos de atención médica obrantes en el plenario), abordando seguidamente lo alusivo al dolor lumbar, las señales indicativas de la aparición de tumores como su origen o causa, y el enfoque de tratamiento de los mismos, claro está, tomando en cuenta su naturaleza y características.

Como es bien sabido, la historia clínica *“tiene un significado probatorio en las causas judiciales, habida cuenta que, dadas las obligaciones que el ordenamiento impone respecto de su diligenciamiento, ella debe contener una descripción detallada de antecedentes personales y familiares del paciente, síntomas referidos por éste, resultados del examen físico, impresión diagnóstica, las derivaciones, análisis, estudios, etc. requeridos para determinar el diagnóstico definitivo, el tratamiento brindado, el seguimiento de la dolencia - progresos, retrocesos, etc.-, las intervenciones quirúrgicas, secuelas y los demás aspectos específicos para el caso”*¹¹.

4.1 La salud de la paciente y su ciclo evolutivo

a) En la mañana del 3 de diciembre de 2010, Dora Pinilla Torres acudió por consulta externa a IPS Sura Chapinero, para “control por anemia y valoración por poliartralgias”.

¹¹ CSJ, Cas. Civ., sentencia de 28 de junio de 2011, exp. 1998-00869.

Concretamente, acusaba dolor lumbar predominantemente en el costado derecho, “parestesias continuas en abdomen y muslos, con sensación de marcha inestable”, durante un lapso de 2 semanas. El médico internista Javier Alonso Galvis Chacón registró los respectivos antecedentes clínicos, así: anemia microcítica hipocrómica con leucopenia leve¹², gastritis crónica, histerectomía abdominal total por miomatosis uterina¹³, herniorrafia umbilical¹⁴, apendicectomía, dolencias en la región cervical y dolor articular en los hombros, codos, muñecas, rodillas y tobillos de 4 años de evolución, con rigidez matinal que dura unos pocos segundos; trastorno de ansiedad y depresión en tratamiento, y síndrome de intestino irritable en manejo con dieta.

El internista llevó a cabo la exploración de rigor a través del examen físico osteoarticular, sin detectar puntos dolorosos, deformidades, sinovitis, acumulación de líquido en las articulaciones, ni “limitación en arcos de movimiento de columna cervical, dorsal ni lumbar”. Después de esa evaluación, tan solo halló un ganglión o quiste sinovial en el dorso de la mano derecha.

Al no constatar ningún signo anómalo en la columna vertebral de la paciente, distinto al dolor lumbar, Galvis Chacón diagnosticó una “dorsolumbalgia de características mecánicas”, para seguimiento y estudio por medicina general, ordenando la toma de radiografías de columna dorsolumbar y lumbosacra (fl. 100 y 101, cdno. 1).

b) A las 7:08 p.m. del 9 de diciembre de 2010, la gestora asistió a consulta de urgencia en el HUSI, “con cuadro clínico de 8 días de evolución, consistente en dolor en región lumbar bilateral, que inicia

¹² Producción de glóbulos rojos más pequeños y pálidos de lo normal, aunada a una leve disminución de glóbulos blancos en la sangre.

¹³ Extirpación total del útero por un mioma o tumor benigno en esa parte del cuerpo.

¹⁴ Reparación quirúrgica de una hernia umbilical.

cuando estaba sentada (...) de tipo punzada, se exagera con los movimientos de flexión, extensión y rotación, no se irradia”.

En esa oportunidad, la señora Pinilla Torres fue atendida por el médico Carlos Felipe Hurtado Arias, quien agregó un antecedente clínico quirúrgico de *“resección de lipoma en miembro superior”* y luego inspeccionó las distintas zonas anatómicas, así como el sistema neurológico, la columna vertebral y las extremidades, con los siguientes resultados: *“extremidades con trefismo normal, arcos de movimientos completos”, “fuerza muscular simétrica, sensibilidad conservada, reflejos osteotendinosos normales, sin signos de liberación cortical ni de irritación meníngea”*.

La exploración física evidenció *“marcha normal”*, así como *“columna vertebral normal, alineada, con aumento del tono muscular en la región lumbar bilateral, con dolor a la palpación de esta misma zona, no hay signos de radiculopatía¹⁵ ni de sacroileitis¹⁶, signos de Patrick y Lasegue negativos¹⁷, pulsos inguinales normales, sin adenopatías, pulsos periféricos distales en miembros inferiores, tibiales posteriores y pedios normales en ambos miembros inferiores”*.

Ante tal situación, el galeno determinó que la convocante padecía una *“lumbalgia de origen muscular”* que cursaba sin signos de alarma o *“banderas rojas”*, por lo que ordenó manejo con analgésicos, antiinflamatorios y terapia física”, y la toma de radiografías dorsolumbar y lumbosacra (fls. 95, 426 y 427).

c) Una semana después, el 17 de diciembre de 2010 a las 12:22 p.m., regresó por consulta externa a la IPS Sura Chapinero, con la radiografía dorsolumbar, síntomas de *“dorsalgia persistente”* y *“parestesias”*. La médico general Denise Marcela Garzón Espitia auscultó a la paciente, confirmando que no presentaba espasmos en la columna vertebral, signo de Lasegue ni parestesias; además, mantuvo el

¹⁵ Pruebas físicas utilizadas para el diagnóstico de hernias discales, irritación de las raíces nerviosas, patologías de la cadera y de las articulaciones sacroiliacas. La afección patológica queda confirmada con un resultado positivo, y descartada en caso negativo.

¹⁶ Enfermedad de las raíces nerviosas.

¹⁷ Inflamación de una o ambas articulaciones sacroiliacas.

diagnóstico primigenio porque la radiografía y el examen neurológico resultaron normales, y solamente encontró dificultad en la marcha en puntas de pies (fl. 94).

Y en horas de la noche (9:06 p.m.), volvió a consulta por urgencias en el HUSI, pues durante 8 días acusó sensaciones de “adormecimiento en las piernas, dolor de espalda y dificultad para caminar, se va de lado, mareo”. Si bien la urgencia de la atención en salud fue calificada con *triage* III, el examen médico de rigor no pudo llevarse a cabo porque ya había abandonado el hospital (fl. 432).

d) Al cabo de tres días (20 de diciembre de 2010), consultó al neurólogo Luis Francisco Barón Cuervo, quien en el examen médico de la paciente, evidenció *“un cuadro multifocal con signos neurológicos de alteraciones a nivel de encéfalo y médula dorsal, que hacen sospechar la posibilidad de una enfermedad desmielinizante¹⁸, con antecedentes hematológicos importantes”*, motivo por el cual sugirió a los médicos que venían tratando a la activante, hospitalizarla *“para agilizar estudios de RM¹⁹ de cerebro, con contraste y/o RM de columna dorsal, así como exámenes complementarios ordenados por neurología, de LCR²⁰, cuadro hemático con VSG²¹, estudios de ácido fólico, etc.”* (fl. 93).

Esa noche, fue hospitalizada por urgencias en el HUSI, acusando dolor lumbar durante 2 semanas, y la aparición de “parestesias en miembros inferiores y disminución de la fuerza, con imposibilidad para la marcha” durante “los últimos días”. En la exploración física pertinente, la Dra. Andrea Estrada Guerrero detectó “dolor a la palpación de músculos paravertebrales en región lumbar”, “fuerza 4/5 en miembros inferiores de forma bilateral” y “Lasegue

¹⁸ Proceso patológico alusivo al daño de la capa de mielina que recubre los axones y fibras nerviosas, el cual incide en el funcionamiento de los órganos y músculos del cuerpo.

¹⁹ Resonancia magnética.

²⁰ Líquido cefalorraquídeo.

²¹ Velocidad de sedimentación globular, examen de sangre utilizado para detectar inflamación o infección en el organismo.

negativo bilateral”. Ante la constatación de “pérdida de fuerza en miembros inferiores” e “hiperreflexia patelar y aquiliana²²”, ordenó interconsulta por neurología (fls. 89, 444 y 445, 465 y 466 y 514).

e) Entre la medianoche y la mañana del 21 de diciembre de 2010, la gestora fue atendida por la neuróloga Sonia Patricia Millán Pérez, quien para determinar el origen del “síndrome medular completo”, ordenó la práctica de un hemograma y resonancias magnéticas -simples y contrastadas- de cerebro y columna vertebral, en sus regiones cervical y torácica (fls. 491 a 495).

Pese a que el hemograma y sus distintos componentes (tiempos de coagulación, glicemia, VSG y PCR²³) arrojaron resultados normales, la exploración física motora evidenció “espasticidad²⁴ en miembros inferiores y en miembro superior derecho, paraparesia²⁵ de 3/5 en miembro inferior izquierdo y 4/5 en el derecho. Reflejos: 2/4 pectorales, 3/4 en tricipital y bicipital bilateral, 4/4 rotulianos y aquilianos. Marcha espástica con ataxia sensitiva²⁶” (fls. 472 a 475).

Así pues, la Dra. Millán Pérez diagnosticó “*cuadro progresivo de alteración motora, sensitiva en las 4 extremidades y alteración de esfínteres, en el momento con sospecha de mielopatía transversa*”.

Dos horas después (9:43 a.m.), esos hallazgos fueron ratificados por el neurólogo Luis Alfonso Zarco Montero, quien también dio cuenta del deterioro en la fuerza de los extensores de los dedos (4/5), y los reflejos en los miembros superiores (3/4).

²² Reacción exagerada al estímulo en la región patelar -rótula- y el tendón de Aquiles.

²³ Proteína C reactiva, cuya producción aumenta en respuesta a la inflamación corporal.

²⁴ Estado de tensión, rigidez o contracción muscular.

²⁵ Disminución de la fuerza muscular de ambos miembros inferiores, con limitación del rango de movimiento voluntario de los mismos.

²⁶ Desplazamiento rígido con arrastre de pies o “marcha en tijera”, acompañado de pérdida de coordinación muscular.

Y en las horas de la tarde, el Dr. Diego Miguel Rivera Marino identificó en la resonancia magnética de columna torácica, contrastada con gadolinio, una “masa extradural en el aspecto derecho del canal espinal, en los niveles T5 y T6, generando compresión sobre el saco dural y discreta mielopatía compresiva”, con una “dimensión longitudinal aproximada de 30 mm”. A la luz de esa evidencia, coligió que la “primera posibilidad diagnóstica” corresponde a “un tumor de la vaina nerviosa” (fls. 85, 86 y 469 a 471).

f) El manejo quirúrgico fue autorizado el mismo día por los neurocirujanos Rafael Uribe Cárdenas, Miguel Enrique Berbeo Calderón y William Ricardo Vargas Escamilla, así como por EPS Sura; los resultados de los exámenes paraclínicos previos estuvieron “dentro de límites normales” (fls. 476 y 477) y, por ende, Dora Pinilla Torres suscribió el consentimiento informado para el procedimiento anestésico, así como el permiso para las intervenciones de “exploración y descompresión de canal raquídeo” y “escisión de tumor en columna vertebral vía posterior” (fls. 518 y 519).

Entre las 12:50 y las 3:00 p.m. del 22 de diciembre de 2010, la cirugía fue practicada “sin complicaciones” por los neurocirujanos Roberto Carlos Díaz Orduz y Rafael Uribe Cárdenas, quienes resecaron una “lesión cauchosa que desplaza el saco dural hacia posterior y lateral izquierdo con infiltración de la duramadre”, amén de identificar los bordes del tumor y enviar las muestras para el respectivo análisis patológico (fls. 440, 478 y 479).

g) Dicho análisis fue emitido el 5 de enero de 2011 por la Dra. Mercedes Olaya Contreras, quien describió que los “fragmentos irregulares de tejido blanquecino friable congestivo” extraídos como muestra, corresponden a un “meningioma transicional”, cuyas células arrojaron resultado negativo en el anticuerpo de estrógenos, y positivo en el análisis con tres proteínas de contraste (vimentina, S100 y KI 67),

precisando frente a esta última, que el índice positivo abarcó “menos del 3% de la población tumoral” (fls. 78 y 529).

4.1.1 Como las imputaciones de responsabilidad solamente versan sobre hechos ocurridos en diciembre de 2010 y, en consecuencia, no conciernen a la fase posoperatoria, la Sala compendiará el estado de la *lex artis* médica vigente para esa época, en lo atinente al dolor lumbar y sus posibles causas -en especial, la tumoral-, enfoque diagnóstico, signos de alarma y, por supuesto, la naturaleza y rasgos principales de los meningiomas.

Es del caso recordar que si bien en litigios de este linaje rige el principio de libertad probatoria (art. 165 C.G.P.), *“cuando de asuntos técnicos se trata, no es el sentido común o las reglas de la vida los criterios que exclusivamente deben orientar la labor de búsqueda de la causa jurídica adecuada, dado que no proporcionan elementos de juicio en vista del conocimiento especial que se necesita, por lo que a no dudarlo cobra especial importancia la dilucidación técnica que brinde al proceso esos elementos propios de la ciencia (...). En otras palabras, un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar al juez sobre las reglas técnicas que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga”*.²⁷

De igual modo, se debe memorar el carácter hermenéutico de la literatura médica y de los conceptos de los expertos, los cuales forman parte de las reglas de la sana crítica y sirven al juez como criterios para interpretar el significado de los medios de prueba y asignarles el valor material que merecen en su singularidad y en conjunto. Es decir, que sirven para contextualizar la situación y saber si la información contenida en los medios de conocimiento se ajusta o no a la realidad, o si se encuentra conforme al estado de la ciencia y la técnica existentes al momento de realización de las conductas a las que se les atribuye el error sanitario.

²⁷ CSJ, Cas. Civ., sent. de septiembre 26 de 2002, exp. 6878.

Sobre el tema, la jurisprudencia de la Corte Suprema asentó recientemente asentó:

“... la literatura médica admitida por la comunidad de expertos no es ni puede ser un remplazo de los medios de prueba, pues ni se produce, ni se aporta, ni se controvierte como se hace con las pruebas judiciales. Mucho menos podría decirse que cumple la función propia de los medios de prueba.

(...) «el conocimiento científico afianzado, como parte de las reglas de la sana crítica, tiene la misma implicación que consultar una enciclopedia, un libro de texto especializado, o un diccionario con el fin de desentrañar el significado de los conceptos generales que permiten comprender y valorar la información suministrada por los medios de prueba. De hecho, si la técnica probatoria permite y exige valorar las pruebas de acuerdo con las máximas de la experiencia común, con mucha más razón es posible analizar las probanzas según los dictados del conocimiento científico afianzado, sin el cual muchas veces no será posible saber si el órgano de prueba brinda o no una información que corresponde a la realidad». (CSJ. SC9193-2017. Rad. 11001-31-03-039-2011-00108-01)

La literatura científica, entonces, no es un sucedáneo de los medios de prueba, por lo que un proceso judicial no puede resolverse sólo con su citación, pues ello violaría el principio de necesidad de la prueba, la carga de la prueba y el derecho a la prueba y la defensa de las partes.

El conocimiento científico admitido por la comunidad de expertos (afianzado) cumple la función de contextualizar la información suministrada por los medios de prueba y permite valorar la veracidad o falsedad del contenido material de los órganos de prueba; pero jamás podría ser considerado como una suplantación de las pruebas.

Tampoco es admisible afirmar que los criterios científicos forman parte del “conocimiento privado del juez”, pues es bien sabido que en materia probatoria al funcionario judicial le está prohibido fundamentar sus decisiones a partir del conocimiento que haya tenido sobre las circunstancias particulares de tiempo, modo y lugar en que sucedieron los hechos que son materia de la controversia jurídica.

Los criterios científicos no forman parte del conocimiento privado del juez, por dos razones principales: i) porque no se trata de un saber subjetivo o intuitivo originado en las experiencias particulares del juez, sino del conocimiento producido, verificado y compartido por una comunidad de expertos y comprensible por cualquier persona de mediano entendimiento y formación, es decir intersubjetivamente elaborado y objetivamente verificado, lo que le resta cualquier carácter “particular”, subjetivo, oculto o misterioso; y ii) porque no trata sobre las circunstancias específicas de tiempo, modo y lugar en que ocurrieron los hechos que originaron la controversia jurídica, sino que versa sobre cuestiones generales, impersonales y abstractas

respecto de lo que normalmente ocurre en un universo de circunstancias que comparten ciertas características comunes.

Una vez admitida la validez formal de las pruebas que obran en el proceso, el funcionario judicial debe entrar a valorarlas en su materialidad, singularmente y en conjunto de acuerdo con las reglas de la sana crítica, de la cual forman parte los criterios elaborados por la comunidad de expertos. Sin tales criterios, le quedará muy difícil al juez –si no imposible– saber si la información suministrada por los órganos de la prueba se ajusta o no a la verdad o a la realidad. Sin el contexto de significado que aportan los criterios de los expertos, el contenido del medio de prueba sería incontrastable».²⁸

Las anteriores explicaciones marcan la pauta para entrar a valorar los medios de conocimiento que obran en el proceso, con el fin de establecer si asiste o no razón a la parte apelante.

4.2 Noción y etiología del dolor lumbar²⁹

La columna vertebral, espina dorsal o raquis, es el eje óseo del cuerpo humano, va desde la base del cráneo hasta la pelvis y consta de cuatro regiones: cervical (7 vértebras), dorsal o torácica (12 vértebras), lumbar (5 vértebras) y sacro-coccígea (2 huesos, el sacro y el coxis o cóccix, conformados por 5 y 4 vértebras, respectivamente, separadas en la niñez y que se fusionan en la edad adulta).

El dolor de espalda, importante problema de salud que en el mundo contemporáneo aqueja sobre todo a la población laboralmente activa, recae en la parte posterior del tronco, es decir, alguna de las tres

²⁸ C.S.J. SC562-2020 del 27 de febrero de 2020. Ref.: 73001-31-03-004-2012-00279-01.

²⁹ Bibliografía consultada: SÁNCHEZ BURSON, Juan Miguel. Cervicalgia y dorsalgia. SALVATIERRA OSSORIO, Juan. Lumbalgia. En: AA.VV. Manual SER de las enfermedades reumáticas. Madrid: Médica Panamericana - Sociedad Española de Reumatología, 5ª edición, 2008, pág. 87-93 y 93-99. / GONZÁLES MORENO, Ángel. Semiología de la columna vertebral y pelvis. En: AA.VV. Cirugía II. Cirugía ortopédica y traumatología. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2000. / JIMÉNEZ-PEÑA MELLADO, Dolores; RUIZ DEL PINO, Joaquina; HAZAÑAS RUIZ, Silvia; CONDE MELGAR, Melchor y ENRÍQUEZ ÁLVAREZ, Elena. Traumatología del raquis: Cervicalgias y lumbalgias. Málaga, 2005. / RULL BARTOMEU, María y otros. Dolor de espalda. Diagnóstico. Enfoque general del tratamiento. En: TORRES, Luis Miguel. Medicina del Dolor. Barcelona: Masson, 1997. / GINER RUIZ, Vicente, ESTEVE I VINÉS, Joaquín y CHICO ASENSI, Juan Pedro. Dolor de espalda. En: AA.VV. Guías de actuación clínica. Tomo I. Valencia: Generalitat Valenciana - Consellería de Sanitat, 2002. / SEGUÍ DÍAZ, Mateu y GÉRVAS CAMACHO, Juan. El dolor lumbar. En: Revista Especializada de Medicina de Familia, vol. 28, N° 1. Madrid, 2002.

primeras regiones -entre el occipucio y el sacro-. Entonces, dependiendo de la zona dolorida, se denominará cervicalgia, dorsalgia o lumbalgia, y si afecta regiones contiguas, podrá calificarse como cervicodorsalgia o dorsolumbalgia, según el caso.

Aquí, como viene de verse, la activante padeció molestias en la región lumbar -donde ocurre más del 70% de los dolores de espalda-y fue sometida a cirugía de extracción de un tumor situado en la región dorsal o torácica; ello explica que la denominación médica previa a la cirugía variara entre “dorsolumbalgia” y “lumbalgia”, debiéndose precisar que el enfoque de tratamiento del dolor es común a esas dos zonas de la columna vertebral.

En un gran porcentaje de casos (superior al 90%), el dolor lumbar es de tipo mecánico y, por lo tanto, su intensidad varía en función de la actividad física, porque empeora con el movimiento, cede con el reposo y no despierta al paciente cuando está dormido. Su acaecimiento denota un origen óseo, muscular o mixto, generalmente por mala postura, cansancio, sobreesfuerzo y exceso de peso.

De manera excepcional, puede provenir de una afección de las raíces nerviosas (dolor radicular), irradiarse a la cabeza y las extremidades -principalmente las inferiores-, o tener ritmo inflamatorio, cuya dinámica es inversa a la del dolor mecánico: falta de relación con el movimiento y aumento de intensidad con el reposo, a tal punto que despierta al paciente e impide conciliar el sueño. Este tipo de dolor lumbar sugiere tres posibles orígenes: el netamente inflamatorio (como la sinovitis), el infeccioso y el neoplásico o tumoral, que corresponde al caso en estudio.

El dolor lumbar de origen tumoral es infrecuente (0,7% a 1% del total de casos), pero tiene signos característicos: no muy intenso,

constante, progresivo, difícil de describir y localizar -en el argot de la medicina, sordo e insidioso-, y sin mejoría con el reposo.

Independientemente de su tipología, el dolor lumbar dura entre 2 y 4 semanas, de modo que entre el inicio y la recuperación normalmente transcurre un lapso máximo de 6 semanas. De suerte, pues, que será agudo cuando no supere dicho plazo; subagudo si persiste de 6 a 12 semanas, y crónico cuando permanece más de 12 semanas, o sucede 3 o más veces distintas en un solo año.

Acto seguido, se abordarán los elementos que permiten determinar las causas del dolor lumbar, para llevar a cabo un adecuado tratamiento del mismo.

4.2 Enfoque diagnóstico del dolor lumbar³⁰

En principio, el correcto diligenciamiento de la historia clínica o anamnesis, y una exhaustiva exploración física, bastan para determinar la causa de esa clase de dolencias. Excepcionalmente será necesario practicar pruebas diagnósticas complementarias: exámenes de laboratorio, radiología simple, tomografía computarizada, resonancia magnética, densitometría y gammagrafía ósea, dentro de las cuales el test de referencia (*gold standard*) para despejar la sospecha de origen neurológico y tumoral, es la resonancia magnética.

Por supuesto, la historia clínica ha de incluir información detallada sobre las enfermedades principales que aquejan al paciente, sus antecedentes personales -hábitos, adicciones, alergias-, sociales, laborales, familiares, patológicos y quirúrgicos, y un escrutinio en torno al

³⁰ Bibliografía: CORREDOR, Raúl Gustavo. Dolor en neurología. Capítulo 4. Guía de la Asociación Colombiana de Neurología. Bogotá, 2003. / UMAÑA GIRALDO, Héctor Fabio, HENAO ZULUAGA, Carlos Daniel y CASTILLO BERRÍO, Carolina. Semiología del dolor lumbar. Revista Médica de Risaralda, vol. 16, N° 2, noviembre de 2010. / PORTA-ETTESAM, Jesús y MOLINA DÍAZ, Rafael. Semiología y exploración neurológica. Documento de consenso SEMERGEN-SEN de atención conjunta al paciente neurológico. Madrid, 2008.

dolor, su aparición, localización, duración, evolución, frecuencia y características que permitan clasificarlo.

La exploración física encaminada a confirmar o desvirtuar patologías neurológicas, tales como los tumores del sistema nervioso (cerebro y médula espinal), comprende, en primer lugar, una revisión del estado general del paciente y de sus funciones corticales, es decir, nivel de consciencia (escala de Glasgow), atención, comportamiento, memoria, lenguaje, habla, movimientos aprendidos -praxias-, cualidades aprendidas -gnosias- y funciones del lóbulo frontal, tales como iniciación, control y cambio de actividades, praxias y emociones, capacidad ejecutiva, entre otras).

También abarca la evaluación de pares o nervios craneales, pero la fase imprescindible de toda exploración neurológica es el examen motor elemental, con énfasis osteomuscular, que mide la paresia o reducción de la fuerza y del rango de movimiento voluntario de los músculos del cuerpo, en una escala de 0 (carencia de movimiento) a 5 (fuerza normal); reflejos osteotendinosos, en una gradación de 0 (ausentes) a 4 (claramente aumentados); coordinación motriz y sensibilidad, a través de la palpación y la valoración del arco articular, mediante ejercicios de flexión, extensión, rotación y lateralización, como los de Patrick y Lasegue, entre otros.

Dicho examen resulta trascendente, en la medida que el dolor en los movimientos, la limitación del arco articular, la resistencia muscular y los reflejos exagerados (hiperreflexia), tornan fundada la sospecha neurológica y, específicamente, la aparición de un tumor en el sistema nervioso central, hipótesis que también podría presentarse en concurrencia con alguno de los denominados signos de alarma del dolor lumbar. Precisamente esa será la temática a abordar en las siguientes líneas.

4.3 Signos de alarma del dolor lumbar ³¹

A la par con el dolor de espalda, pueden presentarse -tanto de inicio como progresivamente-, señales de alerta o “banderas rojas” (*red flags*) que exigen atención médica inmediata, práctica de exámenes diagnósticos complementarios y, en algunos casos, hasta una cirugía de urgencia.

Esos signos son los siguientes: edad superior a 50 años, antecedentes de neoplasia maligna, síndrome tóxico o constitucional (es decir, debilidad o astenia, anorexia y pérdida involuntaria de peso), dolor en estado de reposo, fiebre, inmunodepresión, traumatismo previo significativo, retención aguda de orina, osteoporosis, ingesta de corticoides, movilidad muy disminuida, pérdida progresiva de fuerza (por paresia o parestesias), pérdida de control de esfínteres, rigidez matutina y dolor de más de un mes de evolución.

En ese orden de ideas, cuando el dolor lumbar va aunado a la presentación de uno o varios de estos signos, y el examen motor inherente a la atención médica reporta paresia y anomalías en los reflejos o la sensibilidad, probablemente la causa de ese padecimiento será neurológica y, más específicamente, tumoral.

El sistema nervioso central (cerebro y médula espinal) está protegido por unas membranas denominadas meninges, ubicadas bajo el recubrimiento óseo -duramadre, aracnoides y piamadre-. En la más externa de ellas, la duramadre, o en sus alrededores, pueden surgir masas tumorales denominadas meningiomas.

4.4 Los meningiomas: naturaleza y características ³²

³¹ Bibliografía: AA.VV. Guía de práctica clínica sobre lumbalgia. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza – Comunidad Autónoma del País Vasco, 2007. / VALLE CALVÉS, Mireia y OLIVÉ MARQUÉS, Alejandro. Signos de alarma de la lumbalgia. En: Seminarios de la Fundación Española de Reumatología, vol. 11, N° 1, 2010. / AA.VV. Guía de práctica clínica para la lumbalgia inespecífica. Versión española de la guía de práctica clínica del programa europeo COSTB13. Fundación Kovacs, 2005. / SEGUÍ DÍAZ, M. et al. El dolor lumbar, *ob. cit.* / GINER RUIZ, V. et al. Dolor de espalda, *ob. cit.*

El meningioma es una afección neoplásica o tumoral usualmente benigna (se maligniza apenas en el 10% de los casos), y de crecimiento lento, en tanto suele producir síntomas de 1 a 2 años después de su aparición, la cual ocurre en la médula espinal en un bajo porcentaje (de 7% a 12% del total).

El meningioma es uno de los tumores más frecuentes de la médula espinal (25%-45%) que genera compresión en ella; su localización principal es la región dorsal o torácica (60%-80%), y afecta a quienes tienen entre 40 y 70 años, sobre todo a las mujeres: la proporción es de 3 a 1 respecto a los hombres de ese rango de edad.

Acorde con su ubicación, es catalogable en cuatro categorías principales: intradural, cuando esté dentro del saco dural del cual forma parte la duramadre (85% a 90%); extradural, si es externo a esa estructura, pero está adherido a ella; intrarraquídeo o intramedular, cuando emerge en la médula espinal -recubierta por las meninges y por el saco dural-, y extramedular o extrarraquídeo, si está situado por fuera de la médula.

Según su histología, la Organización Mundial de la Salud clasifica los meningiomas en tres grados (I, II y III), distinguibles por su actividad mitótica o tasa de proliferación celular: benignos -bien diferenciados-, atípicos y malignos, anaplásicos o desdiferenciados.

Como ya se advirtió, la mayoría de los meningiomas son

³² GELABERT GONZÁLEZ, Miguel, GARCÍA ALLUT, Alfredo y MARTÍNEZ RUMBO, Ramón. Meningiomas espinales. En: Neurocirugía, vol. 17, N° 2. Madrid: Sociedad Española de Neurocirugía, 2006. / ALPÍZAR AGUIRRE, Armando, CHÁVEZ MIGUEL, Carmelo y otros. Tumores intradurales extramedulares primarios tratados en el Instituto Nacional de Rehabilitación. En: Cirugía y Cirujanos, vol. 77, núm. 2. México, 2009. / ESCALONA-ZAPATA, Julio. Tumores del sistema nervioso central. Madrid: Editorial Complutense, 1996. / SETZER, Matthias, VATTER, Hartmut, MARQUARDT, Gerhard, SEIFERT, Volker y VRIONIS, Frank. Management of spinal meningiomas: Surgical results and a review of the literature. En: Neurosurgery Focus, vol. 23, 2007. / HERNÁNDEZ, Alipio, CÉSPEDES, Ghislaine, LARA, Carmen y GONZÁLEZ, Jesús. Meningiomas. Hallazgos clínicos y morfológicos en una casuística de 24 años. En: Gaceta Médica de Caracas, vol. 116, N° 2, junio de 2008.

benignos y, por ende, de primer grado, pero la diversidad de patrones morfológicos o conformaciones celulares, permite clasificarlos, a su vez, en distintos grupos, siendo los de presentación más usual el meningotelial, el fibroso, el transicional o mixto (que presenta rasgos de las dos primeras clases), el psammomatoso y el microquístico.

La sintomatología es variable y depende del grado o tasa de crecimiento, la proximidad a la médula espinal o las raíces nerviosas, y la extensión de la compresión de la médula espinal. Comúnmente consiste en déficit sensorial, marcha inestable, pérdida de coordinación muscular -ataxia- y debilidad muscular -paresia y parestesias-, dolor lumbar predominantemente nocturno (que en casos graves se irradia a las extremidades) y disfunción en el control de esfínteres.

El método de estudio diagnóstico estándar que permite detectar los meningiomas espinales y, en general, cualquier tumor de la columna vertebral, es la resonancia magnética. El paso a seguir es el procedimiento quirúrgico encaminado a la descompresión de la médula espinal y la resección total de la masa (la cual resulta viable entre el 82% y el 99% de los casos), en aras de evitar secuelas neurológicas permanentes.

El grado de recurrencia o recidiva de los meningiomas varía de acuerdo a su grado (0 a 15% en el I; 50% en el II y 100% en el III), y la recuperación del paciente es satisfactoria en un 85% a 95% de los casos, incluso cuando ha tenido una afección motora importante previa a la cirugía, pero su éxito dependerá de un adecuado programa de rehabilitación; de lo contrario, el meningioma podrá reaparecer o progresar, incrementándose el riesgo -normalmente bajo, 5% a 15%- de deterioro neurológico.

Habitualmente se utilizan proteínas y sueros como marcadores de contraste para confirmar o desvirtuar la existencia de meningiomas

(resultado positivo o negativo, respectivamente), como la vimentina y el S100; otros, como el KI-67, permiten detectar la tasa de crecimiento y proliferación de las células tumorales, que está directamente relacionada con el grado histológico (I, II o III), y será alta en caso de superar el 20%.

5. El escrutinio de la historia clínica cuya indebida valoración alegó la censura, a la luz de los lineamientos recién esbozados -insístase, extractados de la literatura médica vigente para la época de los hechos-, imponen concluir que los reparos esgrimidos frente al fallo de primera instancia no tienen visos de prosperidad, por las razones que pasan a explicarse:

5.1 Los galenos que atendieron a la demandante en las consultas externas realizadas en la IPS Sura Chapinero los días 3 y 17 de diciembre de 2010 (Javier Alonso Galvis Chacón y Denise Marcela Garzón Espitia), y el médico que la asistió en la unidad de urgencias del HUSI el día 9 del mismo mes y año (Carlos Felipe Hurtado Arias), no omitieron realizar las pruebas diagnósticas exigidas por la *lex artis* en un episodio de dolor lumbar.

Al contrario, todos ellos incluyeron en la historia clínica de la paciente datos precisos y suficientes en torno a sus antecedentes y al dolor que acusaba. Y con miras a confirmar o desvirtuar la existencia de las sensaciones de “marcha inestable” y “parestesias” que ella exteriorizó como motivo de consulta, llevaron a cabo una exploración de su estado general y de su función motora, haciendo hincapié en el sistema osteomuscular.

En efecto:

El 3 de diciembre, el Dr. Galvis Chacón no detectó puntos dolorosos, deformidades, sinovitis, acumulación de líquido en las

articulaciones, y tampoco halló **“limitación en arcos de movimiento de columna cervical, dorsal ni lumbar”**. Tal información permite inferir que llevó a cabo maniobras de palpación y ejercicios de flexión, extensión, rotación y lateralización, tendientes a medir la fuerza, los reflejos, la sensibilidad y el rango de movilidad muscular, hallando únicamente un ganglión en el dorso de la mano derecha.

Seis días después, el Dr. Hurtado Arias practicó otro examen motor a la convocante, concluyendo que ella tenía sus **“extremidades con trofismo normal, arcos de movimientos completos”** y, además, **“fuerza muscular simétrica, sensibilidad conservada, reflejos osteotendinosos normales, sin signos de liberación cortical ni de irritación meníngea”**.

De hecho, tal examen fue más exhaustivo que el anterior, pues en la historia clínica consta que Dora Pinilla Torres presentó en esa oportunidad **“marcha normal”**, como también, **“columna vertebral normal, alineada, con aumento del tono muscular en la región lumbar bilateral, con dolor a la palpación de esta misma zona, no hay signos de radiculopatía ni de sacroileitis, signos de Patrick y Lasegue negativos, pulsos inguinales normales, sin adenopatías, pulsos periféricos distales en miembros inferiores, tibiales posteriores y pedios normales en ambos miembros inferiores”**.

Y al cabo de una semana, la Dra. Garzón Espitia ratificó que la gestora **no presentaba signo de Lasegue ni parestesias y solamente presentaba dificultad en la marcha en puntas de pies** (Subrayas y negrillas ajenas al texto original).

Entonces, contrario a lo sugerido por la inconforme, ninguna de las exploraciones surtidas con anterioridad a la valoración particular del Dr. Luis Francisco Barón Cuervo, evidenció la aparición de algún signo inequívoco de alarma del dolor lumbar, o de un síntoma de

presentación de los meningiomas, como lo son la “marcha inestable” y las “parestesias” por ella invocadas.

Tal cosa no sucedió: la sospecha de origen neurológico -tumor del sistema nervioso central- está asociada a la aparición de un dolor lumbar de ritmo inflamatorio, el cual, itérese, no tiene relación alguna con el movimiento e, incluso, sube de intensidad con el reposo y altera el sueño. Como el quebranto padecido por la demandante entre el 3 y el 17 de diciembre de 2010 **aumentaba con el movimiento**, y esa característica es inherente al **dolor de tipo mecánico**, los tres médicos coincidieron en ese diagnóstico inicial, precisando que su causa era muscular.

5.2 La práctica de exámenes complementarios como la resonancia magnética -repítase, prueba estándar idónea para despejar la sospecha de afectación neurológica y, particularmente, de tumores del sistema nervioso central-, únicamente está recomendada en caso de que se presenten uno o varios signos de alarma del dolor lumbar, o síntomas de la manifestación tumoral (meningioma). Así lo asentó tanto la doctrina médica vigente para la época de los hechos, ampliamente referenciada con anterioridad, como el perito Juan Fernando Ramón Cuéllar, médico cirujano y especialista en neurocirugía, en el dictamen visible de folios 1001 a 1004.

De acuerdo con el acervo demostrativo (en especial, la historia clínica y la experticia en comentario), la paciente sólo exteriorizó varias de esas señales el día 20 de diciembre de 2010, cuando fue auscultada tanto por el médico particular Luis Francisco Barón Cuervo, como por los profesionales del HUSI Andrea Estrada Guerrero y Sonia Patricia Millán Pérez.

En la historia clínica consta que la Dra. Estrada Guerrero, médico general, constató **pérdida de fuerza en ambos miembros**

inferiores (4/5) e **“hiperreflexia”** en la rótula y el tendón de Aquiles. A su turno, la neuróloga Millán Pérez evidenció en el examen motor: contracción de los miembros inferiores y el miembro superior derecho (espasticidad); **disminución de fuerza en los miembros inferiores (3/5 izquierdo y 4/5 derecho)**; **reflejos claramente aumentados (3/4 en tricipital y bicipital bilateral, 4/4 rotulianos y aquilianos)**; **pérdida de coordinación muscular y marcha inestable o “espástica”**, diagnosticando un “cuadro progresivo de alteración motora, sensitiva en las 4 extremidades y **alteración de esfínteres”**.

Además, en esa calenda (20 de diciembre de 2010), concurrió otro signo de alarma: **dolor durante más de un mes**, pues en la consulta del 3 de diciembre anterior, ella afirmó haber padecido por 2 semanas el dolor, con sensaciones de “marcha inestable” y “parestias”-desvirtuadas en los exámenes motores realizados por los Dres. Galvis Chacón y Hurtado Arias, los días 3 y 9 de diciembre-.

Siendo ello así, caen al vacío las imputaciones consistentes en el “error de diagnóstico inicial”; el desconocimiento de los signos de alarma y la sintomatología característica del dolor lumbar y de los meningiomas espinales; la falta de realización de exámenes diagnósticos durante las primeras consultas a las cuales acudió la paciente, y el retraso injustificado en la práctica de dichos exámenes y en la intervención quirúrgica.

La prueba acopiada no evidencia un error inexcusable del personal médico del HUSI en el abordaje del dolor lumbar padecido por la señora Pinilla Torres, ni una infracción del “criterio de la normalidad” estatuido por la *lex artis*, ni una omisión en la práctica de las ayudas diagnósticas recomendadas para detectar la causa del cuadro sintomático; por contera, ninguna tardanza hubo en el diagnóstico de la patología padecida por la convocante.

Además, el recuento de la atención dispensada a la paciente en el HUSI entre el 9 y el 22 de diciembre de 2010, emerge que los profesionales vinculados a esa entidad acataron lo dispuesto en los artículos 10 y 15 de la Ley 23 de 1981, a cuyo tenor, “el médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente”, claro está, sin exponer “a su paciente a riesgos injustificados”.

5.3 Finalmente, la activante alegó, con apoyo en la declaración del médico particular que la atendió el 20 de diciembre de 2010 (Dr. Barón Cuervo), que podría haber recuperado su salud con un diagnóstico pronto -valoración por neurología y resonancia magnética- y una rápida intervención quirúrgica (el 9 de diciembre de 2010), evitando de esa manera la aparición de síntomas y reduciendo la gravedad de los riesgos y secuelas inherentes a la cirugía.

Tales aseveraciones no encuentran ningún apoyo en la historia clínica, ni en lo expuesto por la literatura galénica, pues el meningioma extirpado, al ser benigno y de primer grado, se hallaba en un estadio inicial, de baja proliferación celular y escasa agresividad. Ello es lo que emerge del análisis patológico y la medición con la proteína KI-67: **“positivo en menos del 3% de la población tumoral”**.

Además, entre los riesgos informados a la paciente y asumidos por ella al otorgar el consentimiento escrito, están los de **“deterioro neurológico transitorio o permanente”**, **“reintervención”** y **“dolor postoperatorio”** (fl. 518), los cuales se materializaron, según emerge de las consultas, exámenes y hospitalizaciones llevados a cabo en el HUSI los días 31 de enero, 14 de febrero; 5, 9 a 11 y 25 de abril, 9 de mayo, 10 y 11 de julio de 2011 (fls. 538, 539, 545, 558, 559, 572, 575, 578, 593, 596, 601, 603, 610 y 623), y posteriormente, con otros profesionales de la salud, tales como la Clínica Palermo, los doctores

Miguel Ángel Zorro Chacón, Luis Francisco Barón Cuervo y Pedro José Penagos González (fls. 104 a 171).

Si se tiene en cuenta que un año y medio después de los hechos materia del litigio, es decir, el 13 de julio de 2012, la paciente acusó dolor en la región dorsal irradiado a la pierna derecha, sugestivo de **“sacroileitis bilateral”** y **“dolor por desbalance de columna por déficit secuelar”** (fl. 624), es factible que su deterioro neurológico obedezca a un evento acaecido en la etapa posoperatoria, muy a pesar del bajo índice de ocurrencia de ese riesgo (5% a 15%).

6. Ninguno de los medios de prueba cuya indebida valoración pregonó la apelante -quien, dicho sea de paso, no formuló ningún reproche frente al dictamen acopiado en este juicio-, reporta una conducta en las etapas de evaluación y diagnóstico que, a simple vista, pueda catalogarse como contraria a los estándares aplicables a la precisa condición en que se hallaba la señora Pinilla Torres.

Tampoco está demostrado que el proceder de los galenos del HUSI que asistieron a la demandante, hubiese incrementado de manera determinante el riesgo de deterioro neurológico, y mucho menos, que la alegada falta de diligencia y cuidado en la materialización de las conductas que antecedieron a la intervención quirúrgica efectuada el 22 de diciembre de 2010, hubiera generado los perjuicios exorados. En ese orden de ideas, las aspiraciones indemnizatorias no podían prosperar.

Y es que, por regla general, a la parte actora le corresponde acreditar los elementos estructurales para que surja la obligación de indemnizar, es decir, demostrar en juicio la presencia de un daño, un hecho lesivo y la relación de causalidad entre éstos, pues así lo dispone la legislación procesal al señalar que “incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen” (artículo 167 del C.G.P.).

7. Ante el fracaso de los reparos izados al fallo opugnado, éste será ratificado, por los motivos antes esbozados, con la condigna condena en costas a la recurrente (art. 365 *ibídem*).

DECISIÓN

Por lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, Sala de Decisión Civil, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley

RESUELVE

Primero.- CONFIRMAR la sentencia de 5 de septiembre de 2019, emitida por el Juzgado 42 Civil del Circuito de Bogotá, en el proceso ordinario promovido por Dora Pinilla Torres contra el Hospital Universitario San Ignacio.

Segundo.- Costas de esta instancia a cargo de la parte demandante. Líquidense de conformidad con el artículo 366 del C.G.P., incluyendo como agencias en derecho la suma de \$3'000.000.00, monto fijado por la Magistrada Ponente.


Tercero.- En su oportunidad, devolver el expediente al despacho judicial de origen.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



NUBIA ESPERANZA SABOGAL VARÓN

Magistrada



CLARA INÉS MARQUEZ BULLA
Magistrada



ADRIANA SAAVEDRA LOZADA
Magistrada