

Manizales, Marzo de 2021

Doctora:

SANDRA JAIDIVE FAJARDO ROMERO

Magistrada del Tribunal Superior del Distrito de Manizales

Manizales, Caldas

E. S. D.

PROCESO: VERBAL – RESPONSABILIDAD MEDICA
RADICADO: 17-001-31-03-006-2019-00017-02
DEMANDANTE: **MARIA NANCY ARCILA MOLINA**
NATALIA OROZCO ARCILA,
CAMILO ANDRES CEBALLOS ZAPATA
SIMON CEBALLOS OROZCO,
JULIETA CEBALLOS OROZCO
CELESTE CEBALLOS OROZCO
DEMANDADO: COOMEVA EPS S.A, IPS CLINICA VERSALLES Y OTROS

KARLA JOHANNA GONZALEZ PEREZ, mayor de edad, domiciliada en Manizales Caldas, identificada con la cédula de ciudadanía No. 24.338.535 de Manizales Caldas y portadora de la Tarjeta Profesional No. 169.723 del C. S. de La J., actuando como apoderada judicial de la parte demandante, me permito presentar la sustentación del recurso de apelación interpuesto contra la sentencia proferida el 26 de enero de 2021, por el Juzgado 6 Civil del Circuito de Manizales.

Respetuosamente solicito a la H. Magistrada revocar la sentencia de primera instancia proferida por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Manizales el día 26 de enero de 2021 dentro del proceso de la referencia por las razones que a continuación se exponen.

Al momento de interponerse el recurso esta apoderada indicó: 1) Se encuentra demostrado dentro del proceso que al menor Simon Ceballos Orozco, sí se le debía realizar la punción lumbar en la primera hospitalización (17 de octubre al 7 de nov de 2013), dado que de acuerdo a las notas registradas en la Historia Clinica, sus condiciones hemodinámicas si lo permitían, contrario a lo expuesto por el perito Ricardo Arturo Ramirez, circunstancia que no fue objeto de pronunciamiento por el

Carrera 23 No. 20 – 29 Edificio Caja Agraria – Oficina 607
Manizales Caldas
Cel. 3122883611
E-mail. Karlagonzalezperez28@gmail.com

juez de primera instancia; 2) Existen registros clínicos, que demuestran que en el presente caso, y para la segunda hospitalización (14 de noviembre de 2013) obedeció a una reactivación de la escherichia coli que presentó en la 1 hospitalización y que no fue tratada adecuadamente, esto es con medicamentos y antibióticos idóneos para una meningitis; 3) que en consecuencia están acreditados los presupuestos para declarar la responsabilidad de las entidades, esto es el daño está acreditado, al menor le quedaron unas secuelas permanentes por la lesión neurológica infarto cerebral Isquémico y Hemorrágico, y que dicho daño fue a causa falla en la prestación del servicio médico en salud de las demandadas, en la omisión de realizar a tiempo la punción lumbar para diagnosticar la meningitis que presentaba el menor, situación imputable a las demandas.

Los aspectos anteriormente desarrollados se sustentan así:

Antes de entrar a desarrollar los argumentos concretos de sustentación, es importante poner de presente que el perito, doctor RICARDO ARTURO MARTINEZ, tienen un vínculo contractual de carácter laboral con la EPS COOMEVA entidad demandada, circunstancia que por sí sola no da para la tacha de la contradicción del dictamen, si es deber del Juez analizar su intervención con más cuidado, por poder estar parcializado por una de las partes al momento de rendir su experticia, máxime si se tienen en cuenta que muchas de sus argumentaciones contradicen lo señalado en la Historia Clínica del Menor Simón Ceballos.

Igualmente hay que indicar que no se comparte la manifestación realizada por el a quo quien señaló que el perito Jaime Andrés Gómez Arboleda, tenía dudas sobre la experticia, pues él fue claro al momento en que el despacho le pregunto que si estaba de acuerdo con lo expuesto por el Perito Ricardo Arturo Martinez, quien al respecto señaló que se ratificaba en el Dictamen pericial que había realizado ya que el mismo estaba basado en la Historia Clínica del Menor, y a la luz de las guías del Ministerio de Salud para casos de sepsis neonatal temprana, en el paciente si se debió de realizarla punción lumbar para descartar o diagnosticar la meningitis a tiempo y poder evitar las lamentables consecuencias que dejo en el menor, y en ese sentido se encuentra su dictamen pericial el cual fue aportado con la demanda, reiterando que el perito si se ratifico en el mismo.

Ahora bien, la contradicción del dictamen es para que las partes puedan interrogar al perito al perito para que amplíe o argumente más su peritaje, no es un cara a cara entre peritos, pues tal y como de manera personal y con posterioridad a la audiencia lo indico el medico Jaime Andrés Gómez Arboleda, en el sentido que el expuso sus razones y criterios médicos en que se basó para realizar el dictamen, sin embargo, advirtió que no iba a entrar en discusión sobre lo expuesto por el otro perito, y que tal y como lo señaló en audiencia pública, respeta los argumentos dados, pero no los comparte y ratifica su dictamen.

Adentrándonos al objeto concreto del recurso, la sentencia de primera instancia, el *a quo* realiza una pobre valoración probatoria y solo se basa en la contradicción del dictamen pericial rendido por el doctor RICARDO ARTURO MARTINEZ GARCIA, como sustento para negar las pretensiones de la demanda, sin corroborar las manifestaciones que realizó el mencionado perito con la Historia Clínica del menor Simón Ceballos Orozco, pues en varias de sus respuestas contraria lo consignado por los galenos en la Historia Clínica. Así mismo, restó importancia al dictamen presentado por la parte actora y a lo indicado y recomendado en casos como el sub examine por las Guías y Protocolos del Ministerio de Salud.

En primer lugar, hay que indicar que, dentro del proceso de la referencia se encuentra plenamente establecido que la madre de Simón Ceballos Orozco presentó una complicación en el embarazo, la cual fue ruptura prematura de membranas antes de las 37 semanas, situación que aumenta el riesgo de infecciones tanto para la madre como para el menor, circunstancia que en este caso efectivamente se presentó, pues el menor al momento de nacer es diagnosticado con una **sepsis neonatal temprana por escherichia coli**. Tal y como reiteradamente consta en la historia clínica.

En casos como el que nos ocupa, la Guía de Práctica Clínica Recién Nacido Sepsis Neonatal Temprana, Guía numero 6 pg. 39, año 2013 del Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia, vigente para la época de los hechos, indica, que en recién nacidos con sepsis neonatal temprana, ruptura de membranas y con hemocultivos positivos (tal y como era el caso de simón) se recomienda practicar punción lumbar **para descartar meningitis**. Igualmente indica que, en RN con clínica de sepsis e inestabilidad hemodinámica, se recomienda que la punción

lumbar se difiera hasta que el estado clínico lo permita; sin embargo se debe iniciar tempranamente cubrimiento antibiótico que incluya al sistema nervioso.

Frente a la punción lumbar, tanto el perito Dr. RICARDO MARTINEZ como el dr. FERNANDO ARANGO, sostienen que en el menor no era recomendable hacerla porque estaba hemodinámicamente inestable y con trombocitopenia, y que cuando se estabilizó llevaba 15 días de tratamiento antibiótico por tanto la punción no iba a arrojar ningún resultado., frente a esto textualmente , el doctor Martínez señaló: *“si este paciente si hubieras puesto estable de punto hemodinámico o respiratorio en las primeras 24, 48, 32 horas también hay que hacerla. Pero. Tras 15 días de antibiótico por la inestabilidad respiratoria, hemodinámica y las plaquetas comenzaron a bajar, no hubieran aportado absolutamente nada, por eso aquí aquí doctora toca mirar muy claramente la guía, la guía es clara, la guía dice, se hace cuando las condiciones del paciente mejore, pero el especialista tratante establece si en ese tiempo le va a servir una punción lumbar. Si estoy en el primer, segundo, tercer día, la hago porque me va a aportar algo, pero el día 14 día 15, no me va a aportar absolutamente nada, sobre todo si los pacientes clínicamente están mejor y que tiene un cubrimiento antibiótico adecuado.”*

Sin embargo y contrario a lo señalado por los médicos, en la historia clínica del día 19 de octubre de 2013, esto es al segundo día de vida de Simón existen varias notas del doctor Jorge Iván Hoyos, en las que se consigna que el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, y para ese día el menor no presentaba trombocitopenia, veamos:

Fecha: 19/10/2013
Historia: 438749861
ARCILA
Edad: 2 Dias
Ocupacion: NO APLICA
Convenio: NEONATOS

Hora: 08:19
Nombre: HIJO DE NATALIA OROZCO
Sexo: Masculino
E.A.P.B.: COOMEVA E.P.S

DATOS DE LA CONSULTA.

HORA DE ATENCION.

Hora en Formato Militar:

Hora:: 08:19

DIAGNOSTICOS CLINICOS.

Diagnositcos Clínicos: 1- PRETERMINO DE 33 SEMANAS Y PESO ADECUADO2- SEPSIS NEONATAL TEMPRANA 3- NEUMONIA CONGENITA4- HIPERTENSION PULMONAR PERSISTENTE NEONATAL5- HIPERGLICEMIA NEONATAL (CORREGIDA)

SUBJETIVO.

Describir Subjetivo: RN PRTERMINO DE 2 DIAS VIDA, MUY CRITICO, BAJO VENTILACION MECANICA ALTA FRECUENCIA, SIN VIA ORAL. GANO.160 G..

*Carrera 23 No. 20 – 29 Edificio Caja Agraria – Oficina 607
Manizales Caldas
Cel. 3122883611*

E-mail. Karlagonzalezperez28@gmail.com

DIURESIS 1.1 CCKGH LIQ. ADM. 254.6 CC DIA (99 CCKG DIA, GASEES CON HIPOXEMIA Y ACIDOSIS METABOLICA.NO NUEVAS CONVULSIONES

SIGNOS VITALES .

Tension Arterial.: 66/35

Frecuencia Cardíaca.: 160

Frecuencia Respiratoria: 0

Temperatura.: 37.2

SatO2: 90

Otros Signos.: TAM 45, GLUCOM 136

EXAMEN FISICO.

Describir Examen Físico.: RN EN MALAS CONDICIONES GENRALES. SEDADO, EN VENTILACION DE ALTA FRECUENCIA OSCILATORIA. FONTANELA ANTERIOR NORMOTENSA. MASCARA EQUIMOTICA. VIBRACION A NIVEL DE PARED TORACICA Y

ABDOMINAL. LLENADO CAPILAR EN 2 SEGUNDOS. PULSOS FEMORALES DEBILES. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS. PERISTALTISMO NORMAL. **HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.**, ICTERICIA LEVE

ANALISIS.

Describir Analisis.: **MUY CRITICO PERO ESTABLE**, CON AACIDOSIS METABOLICA, CORRIGIENDO HIPONATREMIA, DESDE AYER CON VANCO +CEFIME. CO SOPORTE INOTROICO. IGUALES PARAMETROS VENTILACION DE ALTA FRECUENCIA

PLAN DE MANEJO

Describir Plan de Manejo: IGUAL MANEJO.. PTRE REPORTE DE LAB. ELECTRO. F. RENAL Y BILIRRUBINAS

DIAGNOSTICOS CIE-10

Dx. Principal: P239-NEUMONIA CONGENITA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO

Dx. Relacionado 1: P369-SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA

Dx. Relacionado 2: P293-PERSISTENCIA DE LA CIRCULACION FETAL

Dx. Relacionado 3: P073-OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO

Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO **Finalidad de la Consulta:** NO APLICA

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

I.M.C

Peso(Klg): 2.56 **Talla(mts):** 47.00

I.M.C: 0.00

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Fecha: 19/10/2013

Hora: 17:13

Historia: 438749861

Nombre: HIJO DE NATALIA OROZCO ARCILA

Edad: 2 Dias

Sexo: Masculino

Ocupacion: NO APLICA **E.A.P.B.:** COOMEVA E.P.S

Convenio: NEONATOS

DATOS DE LA CONSULTA.

DESCRIPCION

Describir Analisis.: CONTINUA MUY CRITICO BAJO VENTILACION DE ALTA FRECUENCIA, **HEMODINAMICA/ ESTABLE.**, EXAMEN FISICO SIN CAMBIOS, REPORTE LAB. NA 122 BAJO , EN ASCENS LENTO. K, CA, MG NORMALES, BILIRRUBINA 9.68, BI 8.2 NO AMERITAFOTOTERAPIA, CREATININA NORMAL, PERO BUN ALTO 33.1,

HORA DE ATENCION.

Carrera 23 No. 20 – 29 Edificio Caja Agraria – Oficina 607

Manizales Caldas

Cel. 3122883611

E-mail. Karlagonzalezperez28@gmail.com

Hora en Formato Militar: Hora:: 17:30

PLAN DE MANEJO

Describir Plan de Manejo: POR ACIDOCIS METABOLICA Y BUN ALTO QUE SUGIERE DESHIDARATCION ORDENO BOLO DE 10 CCKG SOLUCINON SALINA IGUAL/ EN LA TPN QUE VAN A INICIAR SUBI NATROL 4 MEQKGDIA, . SS GASES ARTERIALES 20 HORAS RESTO IGUA. MANEJO.

Fecha: 19/10/2013

Hora: 23:23

Historia: 438749861

Nombre: HIJO DE NATALIA OROZCO

ARCILA

Edad: 2 Dias

Sexo: Masculino

Ocupacion: NO APLICA

E.A.P.B.: COOMEVA E.P.S

Convenio: NEONATOS

DATOS DE LA CONSULTA.

DESCRIPCION

Describir Analisis.: **EVOLUCIONA BIEN A PESAR DE SU ESTADO CRITICO.** SE HA LOGRADO BAJAR PARAMETROS DE VENTILACION MECANICA DEALTA FRECUENCIA, MEJORO EL INDICE OXIGENACIION , CON HIPEROXEMIA 122.7, PERO PERSISTE HC03 BAJO. EL NA SERICO SIGUE RECUIPERANDOSE 132 , (PREVIO 122) . **HEMODIAMICAMENTE ESTABLE,** TAM 66 (85/58), AUMENTO DELA DIURESIS EN LA TARDE 6.6 CC KG H, GLUCO NORMAL 126., F02 > 90 %, NO HA VUELTO A CONVULSIONAR,

HORA DE ATENCION.

Hora en Formato Militar:

Hora:: 23:25

PLAN DE MANEJO

Describir Plan de Manejo: SE DISMINUE A LA MITAD GOTEIO DE S. SALINA AL 3%, IGUAL SOPORTE INOTROPICO CON DOPA Y DOBUTAM,, VANCO + CEFEPIME, DESTETE VENTILADOR. Y SS MAÑANA GASES Y SODIO SERICO.

Así las cosas, no es cierto que el paciente durante los 3 primeros días de vida haya estado hemodinamicamente inestable, pues tal y como consta en la Historia Clínica, la cual tienen pleno valor probatorio dentro del proceso, ya que, no se tachó de falsa o fue objeto de reparo por alguna de las partes, durante todo el día del 19 de octubre de 2013 estuvo hemodinamicamente estable y a la fecha no presentaba trombocitopenia, razón por la cual no existe justificación alguna para no haberle realizado el examen de punción lumbar y así descartar o confirmar la meningitis, y evitar las lamentables complicaciones y secuelas que dejó en Simón.

En este punto, llama la atención de esta apodera el hecho que en la historia clínica de la primera hospitalización, esto es desde el 17 de octubre de 2013, fecha de su nacimiento hasta el 7 de noviembre de 2013, **nunca se anotó, se ordenó o se dejó constancia que la punción lumbar se difería hasta que el menor estuviera en mejores condiciones para realizar dicho examen**, circunstancia

*Carrera 23 No. 20 – 29 Edificio Caja Agraria – Oficina 607
Manizales Caldas
Cel. 3122883611*

E-mail. Karlagonzalezperez28@gmail.com

ésta que daría fuerza a las manifestaciones hechas por el médico Fernando Arango y el Perito Ricardo Arturo Martínez, sin embargo ante esta ausencia es evidente que los galenos nunca pensaron en realizarle este examen al menor que tal y como lo indican las guías y protocolos médicos, es necesaria hacerla en pacientes como Simón Ceballos Orozco.

En ese sentido, frente a lo expresado por el Juez de Primera instancia sobre la no obligatoriedad de la aplicación de las Guías y Protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y que por lo tanto en el caso sub examine no era obligación de la clínica realizar dicho examen y/o procedimiento, hay que indicar que si bien no son fórmulas matemáticas, lo cierto es que si es deber de las IPS acatarlas e implementarlas, pues las mismas se expiden basadas en miles de casos e investigaciones científicas y las recomendaciones que hacen no son al azar o por capricho, pues son basadas en evidencias médicas y concretas (*así se expone en el Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia, en instituciones prestadoras de Salud en Colombia año 2013 del ministerio de Salud, la cual se puede consultar en la página del Ministerio de Salud.*), siendo las guías y protocolos del Ministerio de Salud las bases de la mayoría de los fallos de responsabilidad médica tanto en la jurisdicción ordinaria como en administrativa, resultando sorprendente y contradictorio que para este caso no se tengan en cuenta pese a estar establecido y plenamente demostrado que el menor en sus primeros días estuvo hemodinámicamente estable.

Adicionalmente en varias preguntas que esta apoderada les hizo a los galenos que rindieron testimonio en el proceso, éstos argumentaron sus respuestas basados en guías y protocolos del Ministerio de Salud, lo que lleva a concluir que tanto médicos como IPS, si se basan en estas guías para diagnosticar o tratar los cuadros clínicos que presentan los pacientes; es así como al preguntar esta apoderada al Doctor Fernando Arango *“Usted en el momento de dar de alta el 7 de noviembre el menor Simón, teniendo en cuenta que usted me acaba de decir que podía tener una disminución transitoria en su sistema inmunológico, ustedes se percataron de que efectivamente el menor estuviera bien y no tuviera como esa disminución transitoria que acaba de manifestar.*

RTA/: *No hace parte de ninguna guía clínica de manejo que a todos los bebés que tiene una sepsis temprana que sean prematuros, les tenemos que estudiar su sistema inmunológico, es solamente cuando un niño presenta infecciones a repetición que clínicamente es eso, pero no hace parte del manejo, en ninguna parte del mundo de un episodio de sepsis temprana de tener que estudiar la*

inmunidad del niño, o sea, es más la respuesta clínica que el niño mejora, que los cultivos ya son negativos, que mejoran los parámetros del examen de sangre, que ya se normalizo la proteína c reactiva, ya el cuadro hemático esta normal, que es lo que le dice a uno que el niño ya está tratado, entonces no hay que hacerle a todos los niños un estudio de su inmunidad.

Es decir, para aplicar la guía en las recomendaciones basadas en miles de casos no es obligatorio y ponen de excusa el cuadro clínico del menor, pero si acuden a las guías para sustentar la falta de ordenes en tratamientos o diagnósticos, con lo cual se contradicen.

En el presente caso, es claro que SIMON CEBALLOS OROZCO cumplía con las condiciones clínicas para que le fuera realizada la punción lumbar tal y como se recomienda en la Guia De Práctica Clínica - Recién Nacido Sepsis Neonatal Temprana, Guía Numero 6 pg 39 año 2013, máxime si se tienen en cuenta que en la segunda hospitalización 14 de noviembre de 2013, cuando el niño vuelve y consulta, **1)** inmediatamente le ordenan la punción lumbar y dejan nota que se difiere hasta que el estado del menor lo permita y **2)** Realizan la punción lumbar el día 16 de noviembre del mismo año, pese a que el menor se encuentra hemodinamicamente inestable, con una trombocitopenia severa pues solo tenía 6.000 de plaquetas mientras que en la primera hospitalización estaba hemodinamicamente estable y con una trombocitopenia de 46.000 es decir estaba en mejores condiciones en sus 3 primeros días de vida, época para la cual la punción lumbar hubiera podido advertir a los médicos sobre la meningitis y poder tratarla adecuadamente desde el inicio, y no hacerla después cuando ya había ocasionado un daño neurológico irreversible en el menor.

El anterior argumento cuenta con fundamento en las siguientes notas dela historia Clinica:

Fecha: 14/11/2013

Hora: 18:58

Historia: 1054882162

Nombre: SIMON CEBALLOS

OROZCO

Edad: 28 Dias

Sexo: Masculino

Ocupacion: NO APLICA

E.A.P.B.: COOMEVA E.P.S

Convenio: NEONATOS

DATOS DE LA CONSULTA.

DESCRIPCION

Describir Analisis.: PACIENTE QUE PRESENTA SUBITO CUADRO DE DESCOMPENSACION, ENTRA EN APNEA, CON BRADICARDIA HASTA 90 POR MINUTO, CIANOSIS GENERALIZADA, QUE SE RECUPERA CON VENTILACION

Carrera 23 No. 20 – 29 Edificio Caja Agraria – Oficina 607

Manizales Caldas

Cel. 3122883611

E-mail. Karlagonzalezperez28@gmail.com

CON PRESION POSITIVA. SE NOTA MUY PALIDO. LA GLUCOMETRIA ALTA EN 250 MG DL. SOSPECHAMOS CUADRO ANEMICO DESCOMPENSADO CON O SIN SEPSIS. SUSPENDO VIA ENTERAL E INDICO LIQUIDOS ENDOVENOSOS. SE HEMOCULTIVA MAS ANTIBIOGRAMA. **SEGUN REPORTES SE DEFINIRIA PUNCION LUMBAR Y SUPRAPUBICA,** E INICIO DE ANTIBIOTICOS

HORA DE ATENCION.

Hora en Formato Militar:

Hora:: 19:00

PLAN DE MANEJO

Describir Plan de Manejo: LO DESCRITO. SE PASA A CRITERIO UCI POR FENOMENO QUE AMENAZA LA VIDA. SE VIGILARA ESTRECHAMENTE

Fecha: 14/11/2013

Hora: 20:04

Historia: 1054882162

Nombre: SIMON CEBALLOS OROZCO

Edad: 28 Dias

Sexo: Masculino

Ocupacion: NO APLICA **E.A.P.B.:** COOMEVA E.P.S

Convenio: NEONATOS

DATOS DE LA CONSULTA.

DESCRIPCION

Describir Analisis.: APNEA PROLONGADA CON DESATURACION HASTA 40% , ES EL TERCER EPISODIO EN 30 MINUTOS. DECIDO INTUBACION OROTRAQUEAL, NOTA DE PROCEDIMIENTO: PREVIA SEDACION CON MIDAZOLAM SE REALIZA INTUBACION OROTRAQUEAL CON TOT 3.5 CM FIJO EN 9 CM, SIN COMPLICACIONES, QUEDA SATURANDO 96%.

HORA DE ATENCION.

Hora en Formato Militar: **Hora::** 20:05

PLAN DE MANEJO

Describir Plan de Manejo: SE CONECTA A VENTILACION MECANICA DINAMICA. DX.SEPSIS , SINDROME ANEMICO, DUCTUS HTP. SE REALIZA CTC DE AGUA DESTILADA ESTERIL COMO SOLVENTE PARA VENTILACION MECANICA DINAMICA. HACE BRADICARDIA POR LO QUE INICIO DOBUTAMINA A 7.5 MCG KG MINUTO. PACIENTE COMENTADO CON INFECTOLOGIA PEDIATRICA, DRA NATALIA GONZALES. CONSIDERA QUE LA EVOLUCION ES TORPIDA, RECOMIENDA CUBRIMIENTO DE AMPLIO ESPECTRO CON MEROPENEM , AMIKACINA. TOMAR OTRO HEMOCULTIVO. AHORA HA HECHO BRADICARDIA, LO VEO MUY INESTABLE PARA PUNCIONES LUMBAR Y SUPRAPUBICA. ADEMAS SE RECOMIENDA DESCARTAR POR SU TORPIDA EVOLUCION UNA INMUNODEFICIENCIA. SE RECOMIENDA HACER INMUNOGLOBULINAS Y SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS T. INDAGAR VIH MATERNO

Fecha: 16/11/2013

Hora: 15:35

Historia: 1054882162

Nombre: SIMON CEBALLOS OROZCO

Edad: 30 Dias

Sexo: Masculino

Ocupacion: NO APLICA

E.A.P.B.: COOMEVA E.P.S

Convenio: NEONATOS

DATOS DE LA CONSULTA.

HORA DE ATENCION.

Hora en Formato Militar:

Hora:: 15:35

DIAGNOSTICOS CLINICOS.

*Carrera 23 No. 20 – 29 Edificio Caja Agraria – Oficina 607
Manizales Caldas
Cel. 3122883611*

E-mail. Karlagonzalezperez28@gmail.com

Diagnositcos Clínicos: 1. RECIEN NACIDO PRETERMINO DE 29 DIAS2. SEPSIS NEONATAL TARDIA3. NEUMONIA?4. ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE?5. SINDROME CONVULSIVO6. MENINGITIS AGUDA7. FALLA ORGANICA MULTIPLE: CARDIACA, RESPIRATORIA, GASTROINTESTINAL, HEMATOLOGICA

SUBJETIVO.

Describir Subjetivo: PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN MUY GRAVES CONDICIONES GENERALES. ESTA MAÑANA VARIOS EPISODIOS CONVULSIVOS QUE REQUIRIERON MANEJO CON FENOBARBITAL Y FENITOINA. ADEMÁS UNAS PLAQUETAS QUE EN 24 HORAS BAJARON DE 151000 A 6000, CON UN HEMOCULTIVO POSITIVO DONDE VAN CRECIENDO BACILOS GRAM NEGATIVOS PENDIENTE IDENTIFICAR. NO HAY DUDAS SOBRE SU PROCESO SEPTICO SEVERO, CON COMPROMISO DEL SNC, LO CUAL APUNTARIA A UNA MENINGITIS AGUDA. HA ESTADO TAN INESTABLE QUE NO SE HA REALIZADO LA PUNCION LUMBAR , PERO EN VISTA DE LA IMPORTANCIA DEL DX, DECIDO REALIZARLA. ES PREOCUPANTE QUE SALIO DE UN CUADRO SEPTICO MULTIRRESISTENTE Y AHORA ENTRA EN OTRO. POR ESO SE SOSPECHA UNA INMUNODEFICIENCIA EN EL NEONATO. ADEMÁS LA GANANCIA DE PESO ES MINIMA DESDE SU NACIMIENTO. NOTA DE PROCEDIMIENTO: PUNCION LUMBAR: PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON CLORHEXIDRINA, SE REALIZA PUNCION LUMBAR ENTRE L4 Y L5 OBTENIENDO 2 CC DE LCR AMARILLO Y TURBIO . SE ENVIA A CITOQUIMICO Y CULTIVO, SE TOMA GLUCOMETRIA CONCOMITANTE

SIGNOS VITALES .

Tension Arterial.: 80/43 **Frecuencia Cardíaca.:** 145

Frecuencia Respiratoria: 600 **Temperatura.:** 37

SatO2: 92

Otros Signos.: DIURESIS: 3.6 CC KG HORA, GLUCOMETRIA 126 MG DL.

EXAMEN FISICO.

Describir Examen Físico.: PACIENTE EN CONDICION CRITICA, UN POCO MENOS PALIDO, CON INTUBACION OROTRAQUEAL, CONECTADO A VENTILACION DE ALTA FRECUENCIA, VIBRACION HASTA MITAD SUPERIOR DE ABDOMEN. PULSOS CENTRALES AMPLIOS, LLENADO CAPILAR 2 SEG., EXTREMIDADES TIBIAS, T: 36,5 GRADOS, FONTANELA ANTERIOR NORMOTENSA, HIPOACTIVO, ABDOMEN GLOBULOSO, NO DISTENDIDO, HIGADO PALPABLE A 4 CM DEBAJO DEL REBORDE COSTAL DERECHO. EXTREMIDADES CON EDEMA LEVE, CON MOVIMIENTO AL ESTIMULO TACTIL. BALANCE DE LIQUIDOS DE 24 HORAS:ADMINISTRADOS: 170 CC KG DIA

ANALISIS.

Describir Analisis.: CONSIDERO REALIZAR LA PUNCION LUMBAR , YA TIENE UNA ECO ABDOMINAL PREVIA QUE NO MOSTRO ANOMALIA RENAL. PENDIENTES LOS REPORTES DE INMUNOGLOBULINAS Y LA TOMA DE LAS SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS T. A DESCARTAR HIDROCEFALIA.

PLAN DE MANEJO

Describir Plan de Manejo: PACIENTE QUE SE ENCUENTRA CRITICO. EL ANALISIS DESCRITO. PRONOSTICO RESERVADO POR RIESGO DE MUERTE Y ESTADO NEUROLOGICO. TIENE SEVERA TROMBOCITOPENIA LO QUE CONTRAINDICA EL PASO DE LIPIDOS EN NPT. SUSPENDO ESTA Y DEJO LEV CON TIG DE 4 MG KG MINUTO RESTRINJO LIQUIDOS PARA QUE TODOS SUS GOTEOS DEN 120 CC KG DIA. MUY GRAVE

DIAGNOSTICOS CIE-10

Carrera 23 No. 20 – 29 Edificio Caja Agraria – Oficina 607

Manizales Caldas

Cel. 3122883611

E-mail. Karlagonzalezperez28@gmail.com

Dx. Principal: P369-SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA

Dx. Relacionado 1: P369-D696-TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA

Dx. Relacionado 2: P369-Q250-CONDUCTO ARTERIOSO PERMEABLE

Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO **Finalidad de la Consulta:** NO APLICA

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

I.M.C

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto no cabe duda que al paciente si se le podía realizar la punción lumbar en sus primeros días de nacido, y que las manifestaciones hechas por los médicos para no realizarla en la primera hospitalización pierden credibilidad, con los hechos consignados en la historia clínica, esto es, que en sus primeros días si estuvo hemodinamicamente estable y con trombocitopenia en mejores condiciones que en su segunda hospitalización.

Y es que nos e logro aclarar ¿por qué si en la primera hospitalización indican que no se podía realizar al menor la punción por la trombocitopenia, como es posible que en la segunda hospitalización si se la hayan realizado con una trombocitopenia en peores condiciones y con un estado más crítico que el inicial?; tampoco está claro, ¿Por qué si la punción en bebes prematuros con ruptura de membranas está indicado que se debe realizar la punción lumbar, la misma nunca fue ordenada en la primera hospitalización?. Lo correcto hubiese sido que por lo menos estuviera ordenada, con las anotaciones que sostiene los médicos Martínez y Arango, para que sus afirmaciones tomaran credibilidad, sin embargo se reitera que esta falta de orden solo lleva a concluir que obviaron este procedimiento y dadas las condiciones en que regresó el menor, y a fin de ocultar la falla exponen argumentos tan excepcionales y poco probables como los manifestados.

Ahora bien, otro punto en discusión fue que para la segunda hospitalización no se trataba de la misma bacteria y que la meningitis obedeció a una translocación, pues así lo afirma el Perito Martínez, para sustentar esta afirmación, el perito indica que de haber sido la misma *ESCHERICHIA COLI*, en la primera hospitalización hubiera sido multiresistente a antibióticos normales y que en la primera hospitalización respondió adecuadamente a los antibióticos ordenados Y QUE POR TANTO NO SE TRATA DE LA MISMA.

*Carrera 23 No. 20 – 29 Edificio Caja Agraria – Oficina 607
Manizales Caldas
Cel. 3122883611*

E-mail. Karlagonzalezperez28@gmail.com

Al ponerle de presente al perito que en la historia clínica si se advertía que la escherichia coli era multiresistente en la primera hospitalización, y que requirió en varias oportunidades cambio de antibióticos, y que el doctor Fernando Arango así lo había ratificado en su testimonio, este respondió:

“Cuando yo respondo un peritaje, señora abogada con base a la evidencia científica y la literatura disponible, por tal motivo en forma independiente. A que el médico tratante hubiera colocado un germen resistente, yo no puedo ratificar algo que no es completamente cierto. Cuando uno habla de bacterias resistentes como la escherichia coli, uno habla de multiresistencia, usualmente resistente a los antibióticos convencionales como meropenem y cefepime y por tal motivo ese paciente de una resistencia a otros antibióticos no usados para bacteria, ni para meningitis por tal motivo, el concepto de resistencia antibiótica, en ese paciente no es acorde con la realidad actual de lo que presentó por tal motivo, mi aspecto pericial. Cuando revisé la historia clínica con base a la ética de responder con bases y criterios. y no responder falencias académicas de notas inadecuadamente realizadas, lo digo con todo respeto, pero en la historia no se registró una resistencia”

Seguidamente indicó que tampoco se podía tratar de la misma escherichia coli porque en la segunda hospitalización no tuvo compromiso respiratorio, al indicarle esta apoderada al perito que el menor en la segunda hospitalización si tuvo un compromiso respiratorio severo al punto de realizar intubación el perito indico:

*“Perfecto señora abogada, el paciente tenía una condición clínica crítica por la meningitis, **pero no estaba inestable desde el punto de vista respiratorio**. Voy a colocar un ejemplo puntual cuando un paciente tiene una infección del sistema nervioso central, al paciente se le da soporte con ventilación mecánica para proteger la vía aérea. Cuando el paciente responde al modo ventilatorio que el paciente recibió, no se puede establecer como tal inestabilidad respiratoria que es inestabilidad respiratoria, señora abogada, **inestabilidad respiratoria es cuando el paciente requiere parámetros. Respiratorios y ventilatorios, cada vez mayores y elevados, eso tiene estabilidad respiratoria.** ¿Por qué paramos? Voy a colocar un ejemplo puntual cuando un paciente lo operan del apéndice y le hacen apendicectomía, lo tienen que llevar al soporte de ventilación mecánica y eso no quiere decir que esté con inestabilidad respiratoria, simplemente requiere un ventilador que respira por él, pero ya el paciente requiere un ventilador a una dosis mucho más elevada, el paciente entra en inestabilidad respiratoria, este*

paciente tenía un soporte ventilatorio, no avanzado inestabilidad como en la primera hospitalización, en segundo lugar, el paciente estaba en condición clínica crítica, pero por la meningitis yo hablo de inestabilidad hemodinámica hemodinámicas cuando el paciente tiene caída abrupta de presión arterial y requerimiento de droga. Alta para subir la presión arterial, cosas que no eran pacientes, entonces el paciente estaba en condición clínica crítica por la meningitis, pero no estaba inestable desde el punto de vista respiratorio ni estaba inestable desde el punto de vista hemodinámico me hago entender un paciente tiene ventilación mecánica después de que opera. Eso no quiere decir que estén estables del punto de vista respiratorio. Necesita respirador para darle oxígeno, mientras que solucionen las cosas y eso hace que el paciente pueda manipular más fácilmente y se puede voltear sin riesgo a que se colapse hemodinámicamente, señora abogada.”

Estos argumentos dados por el perito para establecer que no se trataba de la misma escherichia coli, difieren bastante con el cuadro clínico presentado por el menor en la segunda hospitalización

Fecha: 15/11/2013

Hora: 19:46

Historia: 1054882162

Nombre: SIMON CEBALLOS OROZCO

Edad: 29 Dias

Sexo: Masculino

Ocupacion: NO APLICA

E.A.P.B.: COOMEVA E.P.S

Convenio: NEONATOS

DATOS DE LA CONSULTA.

HORA DE ATENCION.

Hora en Formato Militar:

Hora:: 19:46

DIAGNOSTICOS CLINICOS.

Diagnositcos Clínicos: 1. RECIEN NACIDO PRETERMINO DE 29 DIAS2. SEPSIS NEONATAL TARDIA3. NEUMONIA?4. ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE?

SUBJETIVO.

Describir Subjetivo: ENCUETRO PACIENTE EN CONDICION CRITICA. SE OBSERVA CRISIS TONICA GENERALIZADA, **CON CAIDA EN LA SATURACION Y BRADICARDIA.** RECIBIO DOSIS DE FNB A LAS 14H. TIENE PENDIENTE TRANSFUSION DE GLOBULOS ROJOS.

SIGNOS VITALES .

Tension Arterial.: 65/29 **Frecuencia Cardíaca.:** 42

Frecuencia Respiratoria: 45 **Temperatura.:** 36.4

SatO2: 98

Otros Signos.: EN VENTILACION CONVENCIONAL CON PIP 18, PEEP 5, FV 45X', FIO2 90%. DIURESIS TARDE: 3.7 CC/K/HORA

EXAMEN FISICO.

Describir Examen Físico.: PACIENTE EN CONDICION CRITICA, CON CATETER EPICUTANEO EN MSD FUNCIONANDO. PALIDO, VIA AEREA PERMEABLE, ESFUERZO RESPIRATORIO ADECUADO FR 27X'. BUENA EXPANSION TORACICA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SOPLOS SISTOLODIASTOLICO

Carrera 23 No. 20 – 29 Edificio Caja Agraria – Oficina 607

Manizales Caldas

Cel. 3122883611

E-mail. Karlagonzalezperez28@gmail.com

G. 2, PULSOS CENTRALES AMPLIOS, LLENADO CAPILAR 3 SEG., EXTREMIDADES TIBIAS, T: 36.4 GRADOS, ,FONTANELA ANTERIOR NORMOTENSA, HIPOACTIVO, SE APRECIAN MOVIMIENTOS TONICOS GENERALIZADOS ABDOMEN DE ASPECTO NORMAL, HIGADO PALPABLE A 2CM BRCD. NO LESIONES DE PIEL. RESTO DEL EXAMEN FISICO NORMAL. BALANCE DE LA TARDELA 120.7 (203.2 CCKGD). LE 22 (1,5 CCKGH)BALANCE +98

ANALISIS.

Describir Analisis.: CONDICION RESPIRATORIA: DE ACUERDO A EVOLUCION GASIMETRICA ME LLAMA LA ATENCION EL INCREMENTO DEL IO DESDE 4.. HASTA 12.2 LO QUE SUGIERE UN EMPEORAMIENTO GRAVE A PESAR DE LOS AJUSTES AL MANEJO VENTILATORIO. DECIDO CAMBIAR MODALIDAD VENTILATORIA A OSCILADOR DE ALTA FRENCIA. EL ESTADO HEMODINAMICO PARECE MEJOR CON RESPECTO A LA TARDE. SE DEJA IGUAL MANEJO. TIENE CONVULSIONES A PESAR DE HABER SIDO IMPREGNADO CON FNB. MENINGITIS ?. DECIDO REFORZAR MANEJO ANTICONVULSIVANTE. POR SU MAL ESTADO NO CONSIDERO VIABLE PUNCION LUMBAR POR EL MOMENTO

PLAN DE MANEJO

Describir Plan de Manejo: DOSIS DE REFUERZO DE FENOBARBITAL + FENITOINA.

DIAGNOSTICOS CIE-10

Dx. Principal: P369-SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA

Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO **Finalidad de la Consulta:** NO APLICA

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

I.M.C

Peso(Klg): 2.40 **Talla(mts):** 46.00

I.M.C: 0.00

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Diligenciar Formato:: RC-004-V2 15-01-2009:

SI SE PRESENTO EVENTO ADVERSO:

La anterior nota es una de muchas en igual sentido que se registran en la historia clínica, esto es que el menor en su segunda hospitalización si tenía un compromiso respiratorio severo y una inestabilidad respiratoria pese a estar en alta frecuencia, y no como lo quiere hacer ver el perito que le pusieron la ventilación mecánica solo para proteger la vía aérea.

Tampoco es cierto que la bacteria no fuera multiresistente y que con los antibióticos normales tuvo mejoría, como lo aseguro el perito.

Al momento de dar de alta al paciente el medico Fernando Arango consignó:

DESDE SU INGRESO COMENZO A PRESENTAR DIFICULTAD RESPIRATORIA PROGRESIVA Y EPISODIOS DE APNEA* QUE REQUIRIERON CPAP NASAL. NO

*Carrera 23 No. 20 – 29 Edificio Caja Agraria – Oficina 607
Manizales Caldas
Cel. 3122883611*

E-mail. Karlagonzalezperez28@gmail.com

MEJORO* POR LO QUE REQUIRIO INTUBACION OROTRAQUEAL E INICIO DE VENTILACION MECANICA CONVENCIONAL. TAMPOCO SE COMPENSO Y REQUIRIO VENTILACION MECANICA DE ALTA FRECUENCIA. EL HEMOGRAMA REPORTO LEUCOPENIA Y AUMENTO DE FORMAS INMADURAS. PCR ELEVADA (1.7). SE SOSPECHO HIPERTENSION PULMONAR Y SE INICIO SOPORTE INOTROPICO CON DOPAMINA + DOBUTAMINA.

SE COLOCO UNA DOSIS UNICA DE SURFACTANTE EXOGENO. SE INICIO PROSTAGLANDINA E. AL DIA SIGUIENTE CONTINUABA EN CONDICIONES EXTREMADAMENTE CRITICAS. LOS LEUCOCITOS DISMINUYERON A 2680 Y LA PCR SE ELEVO A 6.5. **SE CAMBIO ANTIBIOTICOS POR VANCOMICINA + CEFEPIME. INICIALMENTE PRESENTO HIPONATREMIA (119)* LA CUAL SE CORRIGIO. SE REPORTO HEMOCULTIVO: ESCHERICHIA COLI RESISTENTE A AMPICILINA Y GENTAMICINA* SENSIBLE A CEFEPIME. SE SUSPENDIO LA VANCOMICINA Y SE DEJO EL CEFEPIME.** EL

ECOCARDIOGRAMA CONFIRMO LA HIPERTENSION PULMONAR SEVERA. LA PCR DISMINUYO PROGRESIVAMENTE A 3.5* 3.2* 1.07* 0.9 Y 0.42 (A LOS 18 DIAS DE VIDA). EN TOTAL REQUIRIO VENTILACION MECANICA DURANTE 13 DIAS. SE EXTUBO EN FORMA ELECTIVA A CPAP NASAL Y LUEGO A OXIGENO POR CANULA NASAL. **TAMBIEN SE CULTIVO ESCHERICHIA COLI EN SECRECION TRAQUEAL* CON IGUAL PATRON DE RESISTENCIA.**

REQUIRIO UNA TRANSFUSION DE CONCENTRADO GLOBULAR Y OTRA DE PLAQUETAS (36.000/MM3). DURANTE SU EVOLUCION PRESENTO PICO FEBRIL. SE AGREGO FLUCONAZOL DEBIDO A LA TROMBOCITOPENIA* EL CUAL SE ADMINISTRO DURANTE 7 DIAS. LOS HEMOCULTIVOS NO CONFIRMARON INFECCION POR HONGOS. LAS PLAQUETAS MEJORARON PROGRESIVAMENTE. **NUNCA SE PUDO SUSPENDER EL OXIGENO SUPLEMENTARIO.** SE DA SALIDA CON FORMULA DE PALIVIZUMAB Y OXIGENO DOMICILIARIO. CONTROLES POR CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA

- COOMEVA.

DIAGNOSTICOS FINALES:

1. RECIEN NACIDO PRETERMINO DE 33 SEMANAS Y PESO ADECUADO (P073)
2. NEUMONIA CONGENITA POR ESCHERICHIA COLI (P234)
3. **SEPSIS NEONATAL TEMPRANA POR ESCHERICHIA COLI** (P364)
4. HIPERTENSION PULMONAR PERSISTENTE NEONATAL (P293)

PLAN:

1. CONTROLES POR CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA COOMEVA
2. FORMULA DE PALIVIZUMAB
3. OXIGENO DOMICILIARIO

Y en la segunda hospitalización al día siguiente de reingresar, es decir al 15 de noviembre de 2013 se encuentra la siguiente nota clínica

Fecha: 16/11/2013

Hora: 21:58

Historia: 1054882162

Nombre: SIMON CEBALLOS OROZCO

Edad: 30 Dias

Sexo: Masculino

Ocupacion: NO APLICA

E.A.P.B.: COOMEVA E.P.S

Convenio: NEONATOS

*Carrera 23 No. 20 – 29 Edificio Caja Agraria – Oficina 607
Manizales Caldas
Cel. 3122883611*

E-mail. Karlagonzalezperez28@gmail.com

DATOS DE LA CONSULTA.**HORA DE ATENCION.**

Hora en Formato Militar: Hora:: 21:59

DIAGNOSTICOS CLINICOS.

Diagnositcos Clinicos: 1. RECIEN NACIDO PRETERMINO DE 29 DIAS2. SEPSIS NEONATAL TARDIA3. NEUMONIA?4.

ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE?5. SINDROME CONVULSIVO6. MENINGITIS AGUDA7. **FALLA ORGANICA MULTIPLE:**

CARDIACA, RESPIRATORIA, GASTROINTESTINAL, HEMATOLOGICA

SUBJETIVO.

Describir Subjetivo: REPORTE DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO: LIGERAMENTE TURBIO, AMARILLO, PH 7 D 1000 LEUCOS DE 272, ERITROS 0, GLUCOSA 2.1 (LA GLUCOMETRIA DE 175 MG DL), PROTEINAS DE 7.19. PATOLOGICO COMPATIBLE CON MENINGITIS AGUDA POR E COLI. HAY PLEOCITOSIS, PROTEINORRAQUIA ELEVADA E HIPOGLUCORRAQUIA. ESTO EXPLICA LAS CONVULSIONES Y TAMBIEN EL COMPROMISO SEVERO. HAY QUE DESCARTAR UNA HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR Y EN 48 HORAS HACER PUNCION LUMBAR DE CONTROL PARA VERIFICAR ESTERILIZACION DEL LCR

SIGNOS VITALES .

Tension Arterial.: 78/37 **Frecuencia Cardíaca.:** 134

Frecuencia Respiratoria: 67 **Temperatura.:** 37

SatO2: 98 **Otros Signos.:** DIURESIS: 7 CC KG HORA.

EXAMEN FISICO.

Describir Examen Físico.: CONTINUA MUY CRITICO, CON APARENTE ESTABILIDAD HEMODINAMICA, RESPIRATORIA, NO HA TENIDO MAS EPISODIOS CONVULSIVOS. LA FONTANELA NO ES TENSA. NO FIEBRE. EN PRONO SE PUDO BAJAR LA FIO2. HA TENIDO BUENA DIURESIS. EL SODIO BAJO SUGIERE SOBRECARGA DE VOLUMEN , NO HAY CLINICA DE SIHA.

ANALISIS.

Describir Analisis.: **MENINGITIS POR E COLI MULTISENSIBLE. SE TRATA DE UNA REINFECCION?. SE ESPERAN ESTUDIOS DE INMUNIDAD.** POR AHORA ES SENSIBLE A LO PROPUESTO, EN 48 HORAS CONTROL DE LCR. SI NO SE ESTERILIZA RAPIDO, ABS INTRATECALES.

De acuerdo a la historia clínica es claro que el menor si presento desde el inicio una eschericha coli multiresiste y el cuadro clínico presentado en la primera hospitalización es casi idéntico al de la segunda hospitalización, pues son los mismos síntomas de la primera hospitalización, por lo que pensar que era una escherichia coli diferentes carece de fundamento, según los argumentos dados por el perito, los cuales son contrarios a lo establecido en la historia clínica

Aunado a lo anterior las guías y protocolos del Ministerio De Salud ya referenciados indican que en bebes con ruptura de membranas pueden desarrollar meningitis, y que la misma se debe descartar, Simón efectivamente presentó una meningitis tal

Carrera 23 No. 20 – 29 Edificio Caja Agraria – Oficina 607

Manizales Caldas

Cel. 3122883611

E-mail. Karlagonzalezperez28@gmail.com

y como se evidencia en los múltiples casos analizados para elaborar la guía de sepsis neonatal temprana del año 2013 y la cual recomienda efectuar punción lumbar para iniciar tratamiento rápido y adecuado de la meningitis, con lo cual no cabe dudas que presentó todo lo que ya estaba previsto en la guía, sin embargo se insiste en que la meningitis de Simón no fue como lo dice la evidencia científica e investigativa, sino que justamente en el obedeció a otro factor como una translocación de la bacteria, que por cierto no pasa de ser una simple conjetura de la parte demandada para evadir la responsabilidad que tienen en las secuelas y discapacidades de Simón. Ya que sus argumentos se desvirtúan con lo indicado en la historia clínica.

En la primera hospitalización de acuerdo a los hemocultivos se evidencio una escheriachiacoli la cual fue multiresistente a antibióticos normales, igual que en la segunda hospitalización, sin embargo y pese a todas las reincidencias y coincidencia clínicas, insisten en que es una translocación, situación que es muy poco probable en el presente caso tal y como lo indico el medico Jaime Andres Gomez Arboleda, en la contradicción del dictamen.

Aunado a todo lo anterior y como si fuera poco no es cierto que el menor estuviera en perfectas condiciones al momento de dársele de alta en esa primera hospitalización, como para indicar que no se trataba de la misma escherichia coli, pues al menor tal y como se pone de presente en el dictamen presentado por la parte actora, el 7 de noviembre de 2013 al menor no se le había resuelto su cuadro respiratorio, pues continuaba con compromiso respiratorio (nunca se le pudo quitar eloxígeno) y su peso seguía en descenso tal y como se evidencia en la nota clínica que más adelante se transcribe, no obstante a ello, le dan de alta al menor e insisten que se encontraba apto para salir, y 7 días después reingresa con idénticos síntomas y se indica como ya se refirió en nota anterior que llama la atención que no ha subido de peso, es decir les llama la atención en la segunda hospitalización la complicación con la que le dieron de alta, situación que no es lógica ni lograron aclarar los médicos llamados a rendir testimonio por la parte demandada Clinica Versailles.

Fecha: 06/11/2013
Historia: 438749861
Edad: 20 Dias

Hora: 08:16
Nombre: HIJO DE NATALIA OROZCO ARCILA
Sexo: Masculino

*Carrera 23 No. 20 – 29 Edificio Caja Agraria – Oficina 607
Manizales Caldas
Cel. 3122883611*

E-mail. Karlagonzalezperez28@gmail.com

Ocupacion: NO APLICA **E.A.P.B.:** COOMEVA E.P.S

Convenio: NEONATOS

DATOS DE LA CONSULTA.

HORA DE ATENCION.

Hora en Formato Militar: **Hora::** 08:16

DIAGNOSTICOS CLINICOS.

Diagnositcos Clinicos: 1- PRETERMINO DE 33 SEMANAS Y PESO ADECUADO (35 SEMANAS CORREGIDAS)2- **SEPSIS NEONATAL TEMPRANA POR E. COLI** 3- NEUMONIA CONGENITA POR E. COLI4- HIPERTENSION PULMONAR PERSISTENTE NEONATAL5- HIPERGLICEMIA NEONATAL (CORREGIDA)6- ENFISEMA INTERSTICIAL

SUBJETIVO.

Describir Subjetivo: TOLERO EL CAMBIO DE ADMINISTRACION DE LA ALIMENTACION ENTERAL EN INFUSION DURANTE UNA HORA A GAVAJE. SE HA LOGRADO DISMINUIR EL OXIGENO SUPLEMENTARIO POR CANULA NASAL HASTA 0.1 L/MIN. LOS EDEMAS CASI QUE HAN DESAPARECIDO. **LA CURVA DE PESO VA EN DESCENSO** (2415 G).

Fecha: **07/11/2013**

Hora: 07:51

Historia: 438749861

Nombre: HIJO DE NATALIA OROZCO

ARCILA

Edad: 21 Dias

Sexo: Masculino

Ocupacion: NO APLICA

E.A.P.B.: COOMEVA E.P.S

Convenio: NEONATOS

DATOS DE LA CONSULTA.

HORA DE ATENCION.

Hora en Formato Militar:

Hora:: 07:51

DIAGNOSTICOS CLINICOS.

Diagnositcos Clinicos: 1- PRETERMINO DE 33 SEMANAS Y PESO ADECUADO (36 SEMANAS CORREGIDAS)2- SEPSIS NEONATAL TEMPRANA POR E. COLI 3- NEUMONIA CONGENITA POR E. COLI4- HIPERTENSION PULMONAR PERSISTENTE NEONATAL5- HIPERGLICEMIA NEONATAL (CORREGIDA)6- ENFISEMA INTERSTICIAL

SUBJETIVO.

Describir Subjetivo: SIGUE EVOLUCIONANDO MUY BIEN, CON MEJORIA DE LA SUCCION Y DESAPARICION DE LOS EDEMAS. AUN REQUIERE OXIGENO SUPLEMENTARIO (POR CANULA NASAL A 0.1 L/MIN). **LA CURVA DE PESO ESTA EN DESCENSO**

SIGNOS VITALES .

Tension Arterial.: 78/43 **Frecuencia Cardíaca.:** 136

Frecuencia Respiratoria: 58 **Temperatura.:** 36.5

SatO2: 92 **Otros Signos.:** TAM: 55 MMHG

EXAMEN FISICO.

Describir Examen Físico.: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ACTIVO, FONTANELA ANTERIOR NORMOTENSA. NO SE OBSERVAN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. PULMONES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS AGREGADOS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, CON SOPLO SISTOLICO GRADO I/IV EN MESOCARDIO, IRRADIADO A LOS OTROS FOCOS. LLENADO CAPILAR EN 2 SEGUNDOS. PULSOS FEMORALES NORMALES. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS. PERISTALTISMO NORMAL. RESTO DEL EXAMEN FISICO SIN ALTERACIONES. TA: 78/43 (55 MMHG), FC: 137/MIN, FR: 58, TEMP: 36.5 C, SpO2: 92% (OXIGENO POR CANULA NASAL A 0.1 L/MIN)DIURESIS: 3.8
CC/KG/HORAPESO: 2365 G (DISMINUYO 50 G)

Carrera 23 No. 20 – 29 Edificio Caja Agraria – Oficina 607

Manizales Caldas

Cel. 3122883611

E-mail. Karlagonzalezperez28@gmail.com

ANALISIS.**Describir Analisis.: EVOLUCIONA MUY BIEN.****PLAN DE MANEJO****Describir Plan de Manejo: SE TRASLADA A CUIDADO BASICO. SE DARA SALIDA CUANDO LES ENTREGUEN LOS INSUMOS DEL OXIGENO DOMICILIARIO.**

Es decir, al menor le dan de alta con una curva de peso en descenso, aun con oxigeno, solo hasta ese 7 de noviembre de 2013 sale de cuidados intermedios donde estuvo desde que nació y lo pasan a cuidados básicos, es decir ni siquiera lo dejan en observación en cuidados básicos 1 día para tomar muestras y ratificar que su sepsis neonatal se encontraba erradicada y así y todo insisten es que no se trato de una reactivación de la bacteria por que según ellos el menor estaba muy bien, y para la punción lumbar los antibióticos camuflaban la meningitis entonces era innecesario hacerla, pero apenas sale del hospital ya los antibióticos no hacen efectos y ahí si en menos de 2 días debía reaccionar el cuerpo pese a los antibióticos de amplio espectro colocados y con formula de pulvizumar.

Por último, es importante aclarar que en la segunda hospitalización existe notas que apunta a una posible reactivación del germen inicial o a un compromiso en su sistema inmunológico, situación última que fue descarta de acuerdo a los resultados del 3 de abril de 2014, en la que se consigna que los leucocitos son normales para la edad, circunstancia esta que ratifica que en Simón lo que ocurrió fue una reactivación de la escherichia coli que en su primera hospitalización se dio y no se trató como meningitis

En conclusión de acuerdo a todas las notas clínicas y contradicciones evidenciadas, es claro que en el presente caso sí existió una falla en la prestación del servicio médico al menor Simón Ceballos imputable a las entidades demandadas, al no practicar el examen de punción lumbar, con el cual se hubiera descartado o confirmado la meningitis y se le hubiera podido prestar el tratamiento adecuado y evitar las complicaciones neurológicas que el menor presentó, esto en atención que en la primera hospitalización se indica que no existe compromiso neurológico en el menor.

Igualmente, está acreditado el daño moral, pues el hecho que no se consulte a un psicólogo no quiere decir que ver a su hijo, hermano y nieto postrado en una cama, sin poder realizar ninguna actividad por sus propios medios, ni caminar, ni jugar, ni

comes, ni controlar esfínteres, no cause un dolor y una afectación moral, además este daño se acreditó a través de la prueba testimonial que no fue tachada de falsa.

De otra parte solicita esta apoderada que se revisen las costas y agencias en derecho impuestas en el presente asunto y se baje la tasación de la misma, si bien estas son facultativas del juez, lo cierto es que son excesivas teniendo en cuenta que la actividad procesal desplegada por las partes, y que no se encuentran acreditados gastos procesales, adicionalmente las condiciones económicas de la parte demandante se ven reducidas drásticamente por no poder laborar los dos padres pues mientras el Papá de Simón se desempeñaba como jugador de Futbol, la madre tenía que estar al cuidado de simón ya que él no se vale por sí mismo, y a terceros les da miedo cuidarlo ya que no entinen la causa del llanto, y son bebes que no pueden masticar y son propensos ahogarse tal y como lo indicó la señora Natalia Orozco madre del menos Simón en su declaración ante el juzgado

Si bien el señor Camilo Ceballos Jugó en equipo profesional de futbol lo cierto es que no tuvo un reconocimiento grande en algún equipo como para que fuera el que más ganará, y contrario a lo que el común de las personas cree que un jugador de futbol ganan millonadas, pues sus últimos años jugo en equipos como real Cartagena, Bogotá Futbol Club donde sus ingresos no alcanzaban a superar los 4 millones mensuales, y como es sabido, pacientes como Simón requieren de una inversión económica mayor de por vida, como gastos para transporte por consultas constantes con especialistas,

Por lo anterior, respetuosamente solicito a la H. Magistrada que revoque la sentencia de primera instancia y en su lugar acceda a las pretensiones de la demanda, en atención a que en el presente caso si se logró acreditar la falla en la prestación del servicio médico en salud, y el daño ocasionado con esta, el cual es responsabilidad de las entidades demandadas.

Del Señor Juez,


KARLA JOHANNA GONZALEZ PEREZ
C.C 24.338.535 de Manizales
T.P 169.723 del C. S. de la J.

*Carrera 23 No. 20 – 29 Edificio Caja Agraria – Oficina 607
Manizales Caldas
Cel. 3122883611
E-mail. Karlagonzalezperez28@gmail.com*