



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Villavicencio, dieciséis (16) de septiembre de dos mil veintiuno (2021)

REFERENCIA: REPARACIÓN DIRECTA
ACCIONANTE: SANDRA MILENA PANQUEBA BUITRAGO Y OTROS
ACCIONADO: HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.
EXPEDIENTE: 500013333002-2016-00017-00

Procede el Despacho a proferir sentencia en el presente asunto, de conformidad con lo previsto en el artículo 187 de la Ley 1437 de 2011.

I. ANTECEDENTES

1. SÍNTESIS DE LA DEMANDA

1.1. Medio de control

En ejercicio del medio de control de reparación directa consagrado en el artículo 140 de la Ley 1437 de 2011, impetraron demanda SANDRA MILENA PANQUEBA BUITRAGO, actuando en su propio nombre y en representación de su hijo menor JOAN SEBASTIÁN MARÍN PANQUEBA, por otro lado, JAIRO HUMBERTO MARTÍNEZ AGATÓN, JOSÉ ANTONIO MARTÍNEZ CRUZ, MARÍA DEL ROSARIO AGATÓN y MARÍA DEL PILAR PANQUEBA en contra del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E., cuya pretensión es que se declare responsable a esta entidad por los perjuicios de toda índole que les fueron causados como consecuencia de la muerte de la menor MAYRA ALEXANDRA MARTÍNEZ PANQUEBA el día 19 de diciembre de 2013, luego de recibir atención médica por el ente hospitalario; como consecuencia de lo anterior, condenar a la entidad al pago de las sumas de dinero referenciadas en el acápite de pretensiones de la demanda.

1.2. Sustento fáctico

La fijación del litigio fue la establecida en la audiencia inicial celebrada 16 de mayo de 2018, fase procesal que quedó en firme y sobre la cual no hay mérito para declaratoria de nulidad ni sanear situación anormal (fol. 189-192).

En la mencionada audiencia se evacuaron las etapas de saneamiento, excepciones previas, fijación del litigio, posibilidad de conciliación, medidas cautelares y decreto de pruebas, de las cuales hay lugar a resaltar la de fijación del litigio y problema jurídico, donde se señaló lo siguiente:

“4.1. Hechos probados

- *La menor de edad MAYRA ALEXANDRA MARTÍNEZ PANQUEBA, nació el 19 de mayo de 2002 y falleció 19 de diciembre de 2013, según los registros civiles correspondientes vistos a folio 18 y 20.*
- *La niña en mención, se encontraba afiliada a CAPRECOM EPS desde el 1 de abril de 2005. (fol. 17)*
- *Según historia clínica obrante a folios 26-43, 46-116, el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E, atendió varias veces a la menor de edad Mayra Alexandra*



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Martínez Panqueba, dentro de lo más destacado se encuentra el ingreso del 25 de noviembre de 2013, evolución de fiebre alta no cuantificada, refiere cefalea y dolor retroorbitario. Osteomiasias generalizadas, coluria, no sangrado por mucosas. Al igual que el ingreso nuevamente el día 14 de diciembre de 2013 y salida el 19 del mismo mes y año, en la que se consignó no respondía ha llamado de urgencias, proveniente de UCIP, por fiebre y cefalea y asocia vomito incoercible.

4.3. Fijación de las pretensiones según el litigio

Declarar administrativamente responsable a la entidad demandada de los perjuicios morales y daño a la vida de relación sufridos por los demandantes, con ocasión de la muerte de la menor de edad MAYRA ALEXANDRA MARTÍNEZ PANQUEBA, acaecida el 19 de diciembre de 2013 y por las cifras descritas en el libelo.

4.4. Problema Jurídico

Se contrae a determinar si el HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVIENCIO es responsable administrativamente y patrimonialmente por la presunta falla en la prestación del servicio de salud, que conllevó a la muerte de la menor de edad MAYRA ALEXANDRA MARTÍNEZ PANQUEBA, el 19 de diciembre de 2013. Se notifica en estrados. Sin recursos.”

2. ALEGACIONES DE LAS PARTES

2.1. Parte demandante: señaló que la verdad procesal muestra que la muerte de la menor Mayra Alexandra Martínez Panqueba fue producto de un diagnóstico errado de infección en vías urinarias, pues como consta en la historia clínica, desde que consultó a los médicos cefalea y dolor retroorbitario, osteomiasias generalizadas, escalofríos, coluria no sangrado por mucosas, y se le recetó un tratamiento para esta supuesta infección, sin que se le hubiera practica examen de la cabeza, o de los senos paranasales, o de los oídos, a pesar de que el motivo de la consulta lo ameritaba, y esta decisión fue la que llevó a pasar por alto la verdadera enfermedad que padecía la paciente y a disfrazar el cuadro de sinusitis y posterior osteomielitis en los huesos, que limitan los senos paranasales.

Manifestó que la menor no recibió la atención apropiada y oportuna que requería una niña de su edad, pues fue tratada por un médico general, que debió remitirla a un especialista en pediatría o infectología, dadas las múltiples consultas y persistencia de sus síntomas pese al tratamiento que se le había formulado.

Precisó que no debe ser tenido en cuenta el concepto técnico científico de mortalidad que presentó la demandada como prueba a su favor, puesto que el estudio que allí se hace es para una menor lactante, y la niña Mayra Alejandra al momento de su deceso tenía 11 años y 7 meses de edad, aunado que fue realizado por un profesional que tiene vínculo contractual con la entidad demandada, por lo cual dice verdades a medias para hacer ver impecable el procedimiento médico realizado por su empleadora.

Añadió además, que no es cierta la afirmación hecha por el galeno en su informe técnico, respecto de las siembras hematológicas que en su concepto causaron el absceso cerebral, pues de la tomografía axial computada de cráneo simple de la menor, se desprende que el compromiso de la tabla interna del hueso frontal y empiema extendido



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

frontoparientotemporal surgieron por un proceso que tardó varios días y que fue enmascarado por el diagnóstico y posterior tratamiento inadecuado de una infección urinaria que jamás existió, y que encubrió la osteomielitis secundaria a la sinusitis que verdaderamente presentaba la menor, y que motivó en varias ocasiones la aparición del cuadro infeccioso. (Fl. 218 a 223)

2.2. El Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.: Indicó que se encuentra debidamente acreditado en el proceso que no hubo falla médica alguna en la atención recibida por Mayra Alejandra, para lo cual realizó un breve recuento de las atenciones y la evolución clínica de la paciente, enfatizando en que durante los 15 días que incluyeron 9 días de la no asistencia al Hospital y su recuperación durante ese tiempo, enmascararon la situación de la menor, con presencia de síntomas inespecíficos de fiebre, cefalea, compromiso del estado general, lo cual se presenta en los niños con cualquier tipo de evento infeccioso de origen bacteriano o viral.

Conforme a lo anterior, adujo que la sospecha inicial de síndrome meníngeo no es frecuente en casos como el que nos ocupa, y así quedó documentado por el Doctor Guillermo Villamil Iregui en la audiencia de pruebas, permitiéndose transcribir un fragmento de su concepto. (Fl. 224-225)

2.3. Ministerio Público: No emitió concepto.

II. CONSIDERACIONES

1. Problema jurídico

Como se estableció en la etapa de fijación del litigio de la audiencia inicial, se contrae a determinar si el HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVIENCIO es responsable administrativamente y patrimonialmente por la presunta falla en la prestación del servicio de salud, que conllevó a la muerte de la menor de edad MAYRA ALEXANDRA MARTÍNEZ PANQUEBA, el 19 de diciembre de 2013.

2. PRESUPUESTOS DEL PRESENTE MEDIO DE CONTROL

2.1. Competencia

Este Despacho Judicial es competente para conocer del presente asunto, en virtud del numeral 6° del artículo 155 de la Ley 1437 de 2011, pues la pretensión mayor no excede los 500 salarios mínimos legales mensuales vigentes, y asimismo, los hechos que generan la solicitud de reparación ocurrieron en jurisdicción de este distrito judicial administrativo, lo cual se aviene a lo previsto en el artículo 156 numeral 6° ibídem.

2.2. Ejercicio oportuno del medio de control



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Como se indicó antes, en el asunto, se pretende el resarcimiento de los perjuicios causados a los demandantes, como consecuencia de la muerte de la menor Mayra Alexandra Martínez Panqueba, acaecida el día 19 de diciembre de 2013, siendo el plazo máximo para radicar la demanda el 19 de diciembre de 2015, por lo que no operó la caducidad, dado que la solicitud de conciliación prejudicial – que suspende el término – fue radicada el 23 de octubre de 2015 (fl. 15), y el acta de agotamiento de dicho trámite fue expedida el 19 de enero de 2016 (fl.16), siendo radicada la demanda el mismo día (fl.118).

2.3. Legitimación en la causa.

Se encuentra acreditada la legitimación para demandar por parte de los demandantes, en virtud del vínculo consanguíneo que los une con la víctima directa, lo cual se desprende de los registros civiles de nacimiento que obran a folios 18 y 21 a 25.

De igual forma, por la parte pasiva se acredita la legitimación formal en la causa, de acuerdo con los hechos y pretensiones de la demanda, que endilgan al Hospital Departamental de Villavicencio ESE responsabilidad por los perjuicios causados a los demandantes, como consecuencia de la muerte de la menor Mayra Alexandra Martínez Panqueba, quien recibió atención médica en dicha entidad, tal como se desprende de su historia clínica (fl. 26-116).

3. Análisis del caso.

3.1. Régimen de responsabilidad aplicable.

Si bien desde providencia de unificación del 19 de abril de 2012, el Consejo de Estado indicó que en el marco de la Constitución Política de 1991 no se privilegiaba un título de imputación en especial, pues en aplicación del principio *iura novit curia* corresponde al fallador entrar a verificar el régimen aplicable dependiendo de la situación fáctica y las pruebas arrojadas, también lo es, que ha sido pacífica su postura en el sentido de indicar que en los casos de falla en la prestación del servicio médico, el título de imputación por excelencia es el subjetivo, es decir, la falla probada del servicio, lo que se traduce en el deber de quien acude ante el juez para obtener resarcimiento, no solo de probar el daño irrogado, sino la falla en la prestación del servicio por parte de la entidad pública, y el nexo causal entre esta y aquel.

Así lo indicó, por ejemplo, en pronunciamiento de fecha 12 de agosto de 2019, en el que precisó:

“La Sala Plena de la Sección Tercera, en sentencia de 19 de abril 2012, unificó su posición en el sentido de indicar que, en lo que se refiere al derecho de daños, el modelo de responsabilidad estatal que adoptó la Constitución de 1991 no privilegió ningún régimen en particular, sino que dejó en manos del juez definir, frente a cada caso concreto, la construcción de una motivación que consulte las razones, tanto fácticas como jurídicas, que den sustento a la decisión que habrá de adoptar.”



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

*Por ello, la jurisdicción de lo contencioso administrativo ha dado cabida a la utilización de diversos títulos de imputación para la solución de los casos sometidos a su consideración, sin que esa circunstancia pueda entenderse como la existencia de un mandato que imponga la obligación al juez de utilizar, frente a determinadas situaciones fácticas, un específico título de imputación. En este sentido, en aplicación del principio iura novit curia, la Sala puede analizar el caso bajo la óptica del régimen de responsabilidad patrimonial del Estado aplicable, de cara a los hechos probados dentro del proceso (...) **No obstante que el modelo de responsabilidad extracontractual del Estado colombiano no privilegió un título de imputación, la posición de la Corporación en esta época se orienta en el sentido de que la responsabilidad médica, en casos como el presente, debe analizarse bajo el tamiz del régimen de la falla probada, lo que impone no sólo la obligación de probar el daño del demandante, sino, adicional e inexcusablemente, la falla por el acto médico y el nexo causal entre esta y el daño**, sin perjuicio de que en los casos concretos el juez pueda, de acuerdo con las circunstancias, optar por un régimen de responsabilidad objetiva.”¹ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

3.2. Hechos probados.

El 25 de noviembre de 2013, la menor Mayra Alexandra Martínez Panqueba – de 11 años de edad – fue llevada al área de urgencias del Hospital Departamental de Villavicencio por presentar dolor de cabeza y fiebre, siendo atendida por la Doctora Sandra Milena Ascanio Quintero (fl.26-30), quien reportó *“paciente con clínica de 5 días de evolución consistente en fiebre alta no cuantificada. Refiere cefalea y dolor retroorbitario, osteromialgias generalizadas, escalofríos, colura, no sangrado por mucosas”*, en el examen físico reportó *“Estado general: alerta, febril hidratada; piel y mucosa: mucosa oral humeda orofaringe eritematosa; abdomen: blando no doloroso no megalias; genitourinario: normal”*; en cuanto al análisis, concluyó: *“paciente con clínica de fiebre sin foco aparente”*, por lo cual formuló diclofenaco 75 mg/3ml amp. Y ordenó exámenes de hemograma IV, hemoglobina, hematocrito recuento de eritrocitos, proteína C reactiva, cuantitativo de alta precisión, uro análisis con sedimento y densidad urinaria. Luego del tratamiento por urgencias, en la interpretación de paraclínicos se encontró: *“hemograma normal, PCR: 108, P.O: Turbio leucos 500 sedimentos leucos: 10-15/C. Bact: 2+”*, y se le dio salida con cefalexina 500 mg cada 8 horas por 10 días, ácido ascórbico, acetaminofén, control por consulta externa con uroanálisis, urocultivo en 13 días, se dieron recomendaciones y signos de alarma.

El 27 de noviembre de 2013, la menor volvió a ingresar al Hospital en compañía de su madre, siendo atendida nuevamente por la Doctora Ascanio Quintero, quien al diligenciar la historia clínica anotó: *“paciente con clínica de 8 días de evolución consistente en fiebre alta cuantificada de 38.4 ° C. Refiere además cefalea y dolor pélvico. Fue valorada hace 2 días en donde se DX IVU (diagnosticó infección de vías urinarias). Se da tratamiento con cefalexina. Se revisan laboratorios tomados hemograma normal.”*; en el examen físico por sistemas se encontró: *“Estado general: alerta, afebril; piel y mucosa: mucosa oral humeda conjuntivas normocrómicas; abdomen: depresible, dolor a la palpación profunda en región pélvica, no presenta signos de irritación peritoneal”*; estableciendo como diagnóstico *“infección de vías urinarias, sitio no especificado”* (fl.34-36). Ordenó repetir los exámenes practicados en la consulta anterior, más ultrasonografía de vías

¹ Sección Tercera – Subsección A, sentencia del 12 de agosto de 2019, radicado 68001-23-31-000-1999-00048-01(49316), Consejera Ponente Marta Nubia Velásquez Rico.



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

urinarias (riñones, vejiga y próstata trans abdominal), y recetó nuevamente diclofenaco 75 mg/3 ml en ampolleta, y se le dio salida.

El 29 de noviembre la menor Mayra Alexandra ingresó nuevamente al Hospital, y en esa ocasión se dejó constancia en la historia clínica: *“Motivo de la consulta: fiebre, cefalea emesis; Enfermedad Actual – paciente con clínica, de cefalea emesis y fiebre no cuantificada por lo cual consulta; Revisión por Sistemas: Xantorrea; Análisis: paciente con clínica de fiebre y emesis, alta sospecha de infección en vías urinarias, se ordena laboratorios para descartar foco infeccioso. Plan de manejo: Cuadro hemático, parcial de orina urocultivo, diclofenaco 75 mg IM ahora, revalorar con reportes. Diagnóstico: N390 – Infección de vías urinarias en sitio no especificado. Plan de manejo: Diclofenaco 75 mg/3ml Amp.”* (fl.40-41).

Se indica en el hecho SÉPTIMO de la demanda, que la menor Mayra Alexandra presentó una leve mejoría, pero el 14 de diciembre de 2013 debió ser ingresada nuevamente al Hospital Departamental de Villavicencio a las 11:46 pm, por presentar fiebre muy alta y dolor de cabeza, ocasión esta, en la que fue hospitalizada.

El día 15 de diciembre de 2013, la menor fue atendida por el Médico General y/o familiar Gilberto de Jesús Arias Cruz, que dejó consignado en la historia clínica (fl. 100-102): *“Enfermedad actual: paciente con cuadro de 2 días y desde hace unas horas presenta aumento de la temperatura, emesis en 4 ocasiones, desorientación, mareo, inapetencia a la vía oral, refiere la madre que está diciendo incoherencias. Examen físico por sistemas: estado general – anormal, febril deshidratada, asténica, adinámica; piel y mucosas – anormal, mucosa oral seca; abdomen – aumento de los ruidos intestinales; neurológico y mental – anormal – desorientación, no focalización, disartria, por lo demás al encontró normal de cráneo facial, cuello y columna, cardiopulmonar y tórax; genitourinario y extremidades. Análisis: paciente deshidratada, febril sin antecedentes de importancia, sin focalización neurológica, pero presenta disartria y habla incoherencias. Plan de manejo: observación; NVO; SSN 0.9 bolo de 500 cc; lactato de ringer 100 cc hora, diclofenaco 50 mg im ahora; dipirona 1 gr IV cada 8 horas; ceftriaxona 1 gr IV cada 12 horas, hemograma; PCR, curva térmica; valoración pediatría. DIAGNÓSTICO: fiebre no especificada.”*

El mismo día 15 de diciembre de 2013 a las 12:33 pm, obra la valoración por el médico especialista en Pediatría, Doctor Juan Fernando Torres Novoa (fl.103-104), quien dejó las siguientes anotaciones:

*“DX: S Febril. Cefalea persistente + emesis. Neuroinfección?
Cuadro de fiebre asociada cefalea, vómito y cambios de conducta. Persiste dolor de cabeza, vómito y fiebre. No focalizaciones neurológicas. Colaboradora. Cuadro clínico que requiere descartar neuroinfección.
SS/TAC cerebral y según resultado se hará punción lumbar.
(...)
Exámenes: Tomografía Axial Computada de Craneo Simple. Tiempo de protrombina PT. Tiempo de tromboplastina parcial PTT. Nitrógeno ureico BUN. Creatinina en suero orina y otros. Ionograma (cloro, potasio y bicarbonato o calcio).”*



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Luego de la práctica de los exámenes ordenados, el mismo día a las a las 5:52 pm, el diagnóstico y plan de manejo del Pediatra Torres Novoa (fl.105-106), fue el siguiente:

“DX: S Febril. Cefalea. Emesis. Neuroinfección. Empiema frontal anterior derecho, persiste cefalea fuerte a pesar de analgésicos.

TAC cerebral reporta neuroinfección con empiema frontal anterior derecho, compromiso de L TYABLA interna del hueso frontal y empiema extendido frontoparietotemporal izq. (sinusitis) que probablemente condiciona la neuroinfección. (...) se comenta con Dra. Dora Lilia Baquero, recomienda iniciar TTO (tratamiento) triconjugado vancomicina metronidazol, ceftriazona. Solicitar TAC contrastado no realizar PL

Plan de Manejo: Ceftriazona 2 gramos IV C/12H. Metronidazol 400 mg IV C/8H. Vancomicina 550 mg IV C/6H. CSV. SS/TAC cerebral contrastado.

(...)

Exámenes. Tomografía Axial Computada de Cráneo Simple – TAC cerebral contrastado. DX Neuroinfección. Empiema Frontal”

Posteriormente, a las 6:12 pm, la especialista en Neurocirugía Dora Lilia Baquero Maldonado diagnosticó *“absceso extradural y subdural, no especificado”*, y ordenó una resonancia nuclear magnética de cerebro (fl.107); a las 8:54 pm se ratificó el diagnóstico de neuroinfección *empiema extendido frontoparietotemporal*, además de sinusitis y cefalea secundaria; como plan de manejo se dispuso: *“1. Hospitalizar en pediatría; 2. Nada via oral; 3. lactato de ringer pasa a 100 cc hora; 4. Dexametasona 15 mg IV cada 12 horas 15 minutos antes de la ceftriaxona; 5. Ceftriaxona 2 gramos IV cada 12 horas; 6. Vancomicina 550 mg IV cada 6 horas; 7. Metronidazol 400 mg IV cada 8 horas; 8. Pendiente toma de resonancia nuclear magnética de cerebro; 9. CSV-AC”* (fl.108). El 16 de diciembre se continuó con este manejo (fl.110).

El 17 de diciembre de 2013, la menor fue ingresada a la Unidad Pediátrica de Cuidados Intensivos por no presentar mejora, sin embargo, allí continuó empeorando su estado de salud, al punto de que sufrió un ataque cardiaco el día 18 de diciembre de 2013, cuando fue pasada a camilla para traslado a tomografía de cráneo control, por lo que se le realizaron maniobras de reanimación, recobrando el ritmo después de dos minutos de masaje cardiaco; para ese momento el diagnóstico era *absceso cerebral feomicótico y paro cardiaco con resucitación exitosa*; y para el 19 de diciembre de 2013 a las 10:08 am presentó *secuelas neurológicas irreversibles por infarto séptico de cerebral media* (muerte cerebral), y a la 1:50 pm presentó nuevamente paro cardiaco, sin que se le practicaran maniobras de reanimación, debido al diagnóstico previo de muerte cerebral (62-72).

La menor Mayra Alexandra Martínez Panqueba falleció el día 19 de diciembre de 2013 a las 1:45 pm, conforme al Registro Civil de Defunción N° 06919463 (fl.20).

Con la contestación de la demanda fue allegado un Concepto Técnico Científico emitido por el Doctor Guillermo Villamil Iregui, especialista en Medicina Clínica, emitido respecto del caso de la menor Mayra Alexandra Martínez Panqueba (fl. 173-180), en el que indico:

Aunque se consideraría la posibilidad de corresponder a un único cuadro febril, es posible que la remisión probable de los síntomas durante quince días, nos haga pensar en un cuadro clínico diferente, con remisión de los síntomas por tratamiento durante 9 días del cuadro inicial



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

con Cefalosporinas de primera generación. Es probable tener en cuenta los síntomas inespecíficos de fiebre, cefalea, compromiso del estado general, que se presentan en los niños con cualquier tipo de evento infeccioso ya sea de origen bacteriano o viral.

Es importante tener en cuenta el tiempo promedio de formación de un absceso cerebral de acuerdo a lo descrito en la literatura médica, datos que se transcriben a continuación junto a referencias bibliográficas.

Estudios experimentales sostiene que el absceso se forma en áreas de cerebro dañadas por efecto de hipoxia, hemorragia, infarto, necrosis o trauma directo, posteriormente se instala una cerebritis séptica con respuesta inflamatoria difusa en la que participan leucocitos polimorfonucleares. Días o semanas después existe necrosis y licuefacción en el centro de la lesión, a tiempo que se va configurando la cápsula (perilesional) compuesta por fibroblastos, macrófagos y astroglia; ésta puede ser de algunos milímetros o alcanzar varios centímetros, especialmente en los abscesos crónicos y en todos los casos siempre se encuentra edema circundante². En términos generales se acepta que el tiempo que media en constituirse la cápsula es de 10 a 13 días.

La sospecha inicial de un proceso Meníngeo, no es frecuente en un caso similar, teniendo en cuenta los factores de riesgo y puesta de entrada para las meningitis, de acuerdo a la literatura médica consultada y de la que se anexan apartes con su respectiva bibliografía, ya que en esta paciente no se encontraban alteraciones sistémicas dentro de sus antecedentes, así como no se describen intervenciones neuroquirúrgicas o presencia de compromiso ótico en las valoraciones iniciales del cuadro febril. Por otra parte las siembras hematológicas son menos frecuentes, pero no se descarta la posibilidad, teniendo en cuenta la infección urinaria, diagnosticada y tratada inicialmente con seguimiento frecuente por persistencia de síntomas.

Factores de riesgo y puerta de entrada. Los factores de riesgo identificados demostraron un amplio abanico de condiciones, con el predominio de intervenciones neuro-quirúrgicas, de otitis media crónica y de condiciones mórbidas sistémicas tales como diabetes mellitus, inmunosupresión, enfermedad de depósito y leucemia. Estos factores participan facilitando una infección por inoculación directa, por contigüidad o diseminación hematógena. Las cardiopatías congénitas que habitualmente participan en abscesos cerebrales, corresponden a defectos de pared con diseminaciones hematógenas paradójicas con cortocircuito de derecha a izquierda. Uno de los casos observados en esta serie mantenía un defecto activo y otro había sido reparado varios años antes.

La puerta de entrada predominante fue por contigüidad, especialmente ligada a un proceso ótico **o sinusal**. El absceso cerebral otogénico se presenta en niños o pacientes jóvenes, portadores de otitis media crónica y característicamente se ubica en el lóbulo temporal o en el cerebelo. La frecuencia de abscesos otogénicos tiende a disminuir en las series más recientes y ha sido explicado por un mejor control sobre la otitis media crónica. El absceso cerebral es una complicación infecciosa intracraneal **infrecuente** en pacientes con sinusitis bacteriana y cuando ello ocurre se asocia característicamente a pansinusitis.

La segunda fuente más importante de abscesos cerebrales estuvo ligada a procedimientos neuro-quirúrgicos o post-traumáticos. A pesar de que se ha señalado un incremento de los abscesos ligados a procedimientos neuro-quirúrgicos en los últimos años, este perfil no fue observado en nuestros pacientes. De acuerdo a datos nacionales, **el absceso cerebral es una rara complicación infecciosa post-quirúrgica, que no supera un caso por cada 1.000 pacientes operados.**

La diseminación hematógena desde diferentes focos ocupó una fracción importante de casos en esta serie. Las limitaciones a la penetración de microorganismos que impone la barrera hemato-encefálica, explica el bajo porcentaje observado de abscesos cerebrales en pacientes con endocarditis infecciosa, fenómeno que no supera el 1 a 4%. Las complicaciones neurológicas, vasculares o infecciosas son frecuentes en pacientes con malformaciones arteriovenosas pulmonares, tal como fue observado en un caso con esta condición en nuestra serie.

El tratamiento instaurado ante la sospecha del cuadro neurológico presentado en el ingreso del 14 de diciembre fue oportuno y pertinente, de acuerdo a la literatura médica consultada, la cual se respalda con la bibliografía correspondiente.

Las cefalosporinas de tercera generación **y el metronidazol** poseen un espectro antimicrobiano y una penetración al SNC adecuados, útil para la mayor parte de los microorganismos asociados

² Goodkin HP, Pomeroy SL. Parameningeal Infections. In: Feigin RD, Cherry JD, Demmler GJ, Kaplan S, eds. Textbook of Pediatric Infectious Diseases. 5th ed, Philadelphia: Saunders 2004.p.475-83.



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

a esta patología. Este esquema es muy utilizado en forma empírica debido a la naturaleza polimicrobiana de las infecciones asociadas.

El compromiso neurológico así como el estado general sistémico del paciente no indica el procedimiento quirúrgico, máxime ante la presencia clínica de signos de compromiso de talla y muerte encefálica, situaciones irreversibles ante la severidad del cuadro.

Ante la revisión de los datos descritos en la Historia Clínica y al ser cotejados con lo descrito en la Literatura Médica, podríamos establecer que la paciente presentó un cuadro de infección urinaria el cual fue tratado de manera pertinente y oportuna, pero que se desarrolló probablemente una siempre hematógena la cual progresó en un tiempo relacionado de acuerdo a la literatura médica adjunta y que con la presencia de aplicación de algunos medicamentos que se indicaron para el control de la sintomatología, se enmascaró inicialmente el cuadro neurológico, siendo la aparición del cuadro meníngeo de una manera dramática que no pudo ser controlado a pesar del tratamiento instaurado y soporte en UCIP.

(...)

CONCEPTO

(...) La severidad del cuadro presentado quince días posteriores a la terminación del tratamiento para el cuadro inicial, hizo que la intervención hospitalaria de las especialidades de Pediatría y Neurocirugía con soporte de UCIP y realización de Neuroimágenes, no permitiera la respuesta al manejo antibiótico instaurado de manera oportuna y pertinente con cefalosporinas de tercera generación.

No se consideran presuntas responsabilidades profesionales o institucionales en el manejo de la paciente con diagnósticos y tratamientos oportunos y pertinentes, de acuerdo a lo descrito en el análisis de la información y los soportes bibliográficos consultados.”

Este dictamen fue sustentado en la audiencia de pruebas culminada el 12 de septiembre de 2018, y en esta ocasión el galeno realizó un recuento de las atenciones prestadas a la paciente, y absolvió las inquietudes planteadas tanto por el Despacho como por los apoderados, en los siguientes términos:

*«Este fue un caso especialmente difícil en el análisis, dada la trayectoria de la enfermedad y la relación existente entre unas infecciones previas que presentó la menor con un cuadro febril que hizo sospechar inicialmente un proceso urinario y un proceso posteriormente del sistema respiratoria superior. Fue muy importante para poder llegar a la conclusión del análisis de la historia hacer alguna revisión del proceso académico cuya bibliografía se anexó al concepto, porque **es muy raro que una persona que tenga una infección ubicada en sitios diferentes al tracto respiratoria superior, haga una siembra meníngea o una neuroinfección, que es el diagnóstico final de la niña.** Se requiere un proceso de bacteremia, la bacteremia es una situación donde las bacterias de cualquier parte del cuerpo ingresan al torrente sanguíneo y cuando se hacen cultivos de la sangre se evidencia la presencia de esas bacterias en la sangre, entonces eso se llama una bacteremia. Cuando uno tiene una bacteremia **puede haber siembra de las sepas a diferentes partes**, al parecer la niña tuvo inicialmente un proceso infeccioso que fue tratado ambulatoriamente y posteriormente hizo una pansinusitis, la pansinusitis, el prefijo “pan” es todo y sinusitis es una inflamación infecciosa de los senos paranasales, los senos paranasales se encuentran ubicados en la región frontal, en la región maxilar, y al interior de la cabeza en la región esfenoidal y en la región etmoidal, son cuatro pares de senos, **ya en ese momento la siembra por extensión al sistema nervioso central es muy sencilla, no tiene que atravesar unas estructuras mayores sino que está ubicada al interior ya del cráneo.** De acuerdo a los exámenes que le hicieron al final, ella tenía un empiema, que eso quiere decir que hay una acumulación de pus, el pus uno lo relaciona generalmente con presencia de muchas bacterias, pero realmente eso es el resultado de la destrucción celular que produce el proceso inflamatorio, y entonces ahí hay células muertas de leucocitos que se han comido las bacterias tratando de defender el área, **pero cuando ese pus se encuentra en una cavidad se denomina empiema, y ella tenía un empiema en la región fronto-parietal.***



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Cuando losempiemas son encapsulados, o se encuentran de una manera muy profunda es muy difícil que los antibióticos actúen directamente sobre ellos, máxime en la cabeza porque hay unos antibióticos que son específicos que tienen que atravesar una cosa que se llama la barrera hematoencefálica que es una cobertura de sangre y líquido encefaloraquídeo que tiene el cerebro para defenderse, pero que en el caso de los antibióticos, en cambio de defenderla lo que hacen es que la perjudican porque no permiten la entrada de los antibióticos, entonces eso hace que el tratamiento sea muy difícil. Una de las manifestaciones de la neuroinfección fue la presencia de adormecimiento y posteriormente en la presencia de una convulsión en el momento que le estaban haciendo un examen, que finalmente el examen fue que le determinó la ubicación exacta de la neuroinfección; el proceso de relación – tratamiento con respuesta al tratamiento no fue el esperado y eso fue lo que generó el deceso de la menor. En las situaciones de fracaso terapéutico, pues generalmente es muy difícil establecer la relación causa – efecto porque el desarrollo de la actividad médica está enmarcada en el proceso de vehículo y no de resultado, es un medio para mejorar las condiciones de salud, pero no garantiza en ningún momento que la realización de los procedimientos adecuados y los tratamientos que corresponden a la patología diagnóstica sean los que generen el resultado, y por eso en los fracasos terapéuticos siempre suceden esas situaciones. Realmente ese es un recuento sucinto desde las infecciones iniciales hasta el momento en que ya se ubicó la neuroinfección y ya su resultado. **PREGUNTADO:** De acuerdo con la historia clínica, ¿esas infecciones previas iniciaron por esa infección de vías urinarias, esa fue de pronto la que conllevó a todo ese proceso infeccioso? **CONTESTADO:** En general la relación causa efecto es muy difícil en este caso basándonos en el inicio de la infección de la vía urinaria, por eso tuve que recurrir a la literatura en búsqueda de algún caso similar que estableciera eso, porque inicialmente el proceso de atención estuvo basado en las infecciones urinarias, dadas por un cuadro febril con sintomatología de la vía urinaria que fue interpretado a través del servicio de urgencias y le generaron el tratamiento para la infección urinaria, por eso es que yo me atrevo a sospechar que el proceso fue una bacteremia, la bacteremia, ya lo dijimos, se presenta en los pacientes que tienen sepsis multirresistentes que quiere decir que ya han sido toreados con otros antibióticos y que tienen resistencia en nuestro medio es muy frecuente que las personas sean formuladas en las farmacias inclusive las personas que son formuladas por médicos no se toman el tratamiento completo al segundo ya se sienten bien, les formulan siete días y solo se toman los dos primeros días, ese contacto inmunológico que tiene la bacteria con el antibiótico hace que ella la relacione como conocida y forma una resistencia a esos antibióticos, en el historial médico de los pacientes generalmente no se tienen en cuenta, cuando uno hace los antecedentes, contactos con antibióticos, generalmente uno pregunta que si ha estado en contacto con antibióticos y lo que le dicen es que algunas veces cuando tenía fiebre le daban un “matrimonio” en la farmacia, y cosas así, esos “matrimonios” deberían estar penalizados, están prohibidos pero no están penalizados, se supone que las farmacias solo deben despachar antibióticos con fórmula médica, pero yo he hecho la prueba personalmente y eso no es real, entonces eso hace que las bacterias se vuelvan resistentes, y con los antibióticos que se le dan de primera elección, que no son obviamente los más poderosos porque se supone que en un niño el contacto no debe ser mayor y las sepsis no deben ser tan resistentes, entonces si ya es conocido, las bacterias se multiplican, y esas bacterias cuando se multiplican llegan a la sangre y hacen lo que yo les digo, la bacteremia, y esa bacteremia puede iniciar sepsis en cualquier parte del organismo, hay personas que hacen una sepsis pulmonar por una bacteria conocida de la comunidad y después hacen sepsis con bacteremia y terminan con siembras en los músculos, en el abdomen, en el sistema nervioso, entonces el paso previo a la difusión debe ser una bacteremia a través de la sangre para llegue a sitios distantes, entonces lo que sí diagnosticaron inicialmente fue una infección urinaria a través de urgencias y le dieron un antibiótico que es una cefalosporina de primera generación, que se llama “cefalexina”, se usa de manera ambulatoria en ese tipo de enfermedades, **estuvo indicado adecuadamente**. **PREGUNTADO:** ¿Cuál es el tiempo que dura un tratamiento indicado para la infección de vías urinarias? ¿Si de pronto no responde el paciente durante ese tiempo, qué se procede a hacer, qué exámenes, cuál sería el paso siguiente? **CONTESTADO:** Para determinar que el antibiótico no está actuando adecuadamente, los antibióticos para las infecciones urinarias se ordenan cuando son leves de acuerdo a lo que se encuentra en los parciales de orina o urocultivos se usan de siete días más o menos, ese es el tiempo promedio, una persona adulta, que tiene vida sexual activa que puede tener otras vías de contagio se debe usar de 10 a 14 días, y cuando el paciente persiste con la sintomatología después del tercer o cuarto día, se evidencia que hay que hacer un escalonamiento antibiótico, pasar de ese de primera generación a uno más severo por decirlo de alguna manera, **y ese escalonamiento no se debe hacer antes del tercer o cuarto día**



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

porque el uso escalonado de antibióticos de manera indiscriminada no favorece el tratamiento, sino que al contrario lo que hace es generar la resistencia de la que hablábamos, se esperan los tres o cuatro días iniciales y posteriormente se debe cambiar el antibiótico escalonándolo, máxime si tengo yo un urocultivo; los parciales de orina muestran la presencia de células inflamatorias, aumento de los glóbulos blancos en la orina y la presencia de bacterias, entonces se sospecha una infección urinaria por la presencia d ese contenido, inclusive en algunos pacientes puede presentarse hematuria que es la salida microscópica de sangre en la orina. Independientemente si el paciente continúa haciendo fiebre, puede hacerse un urocultivo, el urocultivo lo que establece es una serie de siembras en los medios de cultivo y se le colocan unos disquitos que se denominan el antibiograma, y esos disquitos de acuerdo a lo que deja de crecer alrededor del disco determina la sensibilidad de la bacteria a ese antibiótico, y entonces se puede escalar a partir del resultado del urocultivo a un antibiótico específico al que esa bacteria es sensible, esa es la forma.

PREGUNTADO: ¿Si el paciente de pronto no fue juicios en tomarse su tratamiento y vuelve al servicio médico, se sigue con ese tratamiento inicial, o ya hay como cierta resistencia y se procede a ese escalonamiento del que habla usted? **CONTESTADO:** Ese es un proceso de la verdad y la mentira, uno de los principios que debe tener el profesional de salud en la consulta es la buena fe, y entonces uno le cree a las personas, saliéndome de este contexto le voy a poner un ejemplo: yo manejé una IPS de pacientes crónicos y entonces los pacientes decían que se tomaban los antihipertensivos, y uno hacía el examen y el paciente seguía con la tensión alta, y entonces les escalonaba el tratamiento de un antihipertensivo le pasaba a un anti-hipertensivo con diurético, otro antihipertensivo que actuara a nivel del riñón, etc, tenía dos formas de evidenciar que era mentira lo que le decían a uno los pacientes, pero realmente era de manera retrospectiva a la consulta, cerca al sitio donde hacíamos la consulta había una panadería que vendía todo tipo de bizcochos, empanadas de sal y cosas así, y a los pacientes que le decían a uno que hacían la dieta, y que no comían cosas con sal, allá en esa panadería uno los veía dándole a la empanada y fuera de eso con el salero y más grave era que al final de la vida del paciente, los hijos traían los bultos de medicamentos que habían recibido los pacientes, los médicos habían creído que los pacientes se los tomaban pero realmente ellos no los tomaron sino que los fueron almacenando, eso pasa en diferentes niveles. Esta cefalexina por ejemplo es un antibiótico de difícil suministro porque se usa cuatro veces al día, cada seis horas, entonces se necesita que los papás sean absolutamente disciplinados para que, 24 horas partidas en cuatro, se levante en la madrugada a darle el antibiótico y toda esa cosa, entonces es muy probable que le hayan dado el antibiótico pero de forma no completa, es una forma de decirlo de otra manera, y adicionalmente hay personas que entienden mal las prescripciones y entonces no se los toman como está indicado sino como lo interpretan, por decir algo, hay personas que uno les dice que tiene que usar el antibiótico cada seis horas, y lo usan a las seis de la mañana y a las seis de la tarde, porque es su interpretación, o si le dices que tiene que estar tomándolo mañana, tarde, noche y madrugada, y acercan las dos dosis de la mañana y las dos dosis del fin del día y dejan las 12 horas de la noche sin cubrir, pero esas son elucubraciones que estamos haciendo, pues que pueden corresponder o no al caso. **PREGUNTADO:** De acuerdo a la explicación que usted ha dado podría señalarle a esta audiencia si en los momentos específicos en los que la paciente menor de edad ingresó al hospital, que fueron en total cuatro, la primera que comenzó la infección de vías urinarias, si cada uno de esos eventos, de acuerdo a su criterio, conocimiento y experiencia, el tratamiento fue el adecuado en cada uno de esos episodios.

CONTESTADO: Yo lo que encontré es que la menor persistía con fiebre durante los diferentes ingresos le continuaban el mismo tratamiento que había iniciado pero le hacían medios físicos y le generaban tratamiento antipirético para controlar la temperatura; en la última oportunidad ya fue cuando presentó una sintomatología más florida, que ya no se dejó así sino que se hospitalizó y se le empezaron a hacer estudios adicionales; por la misma razón que hemos expuesto hoy no se debe estar cambiando el tratamiento, lo que no es retrotraible de ese día es cuál fue el análisis no escrito que hizo el médico para continuar con el tratamiento, lo que está registrado es que consideró que la sintomatología correspondía a una persistencia del cuadro, inicial y que se daban recomendaciones bajar la temperatura con medios físicos y antipiréticos, y continuar el tratamiento antibiótico. **PREGUNTADO:** ¿Durante esos primeros episodios de ingreso, las tres primeras ocasiones que comenzaron un 20 de noviembre, regresó a tratamiento ambulatorio en casa, tres, cuatro días, existía al menos la sospecha de que se pudiese estar en presencia de un proceso neuroinfeccioso por parte de la menor? **CONTESTADO:** **En ninguno de los hallazgos descritos en la historia se establece que hubieran acciones como somnolencia, pérdida de la conciencia, sino lo que se describe es persistencia de la sintomatología inicial, ya al final si en el cuarto episodio sí tenía sintomatología diferente según lo que registra la historia clínica.** **PREGUNTADO:** ¿Se



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

podría señalar, o usted nos podría precisar que de haber presentado otra sintomatología inevitablemente el diagnóstico hubiese llevado inmediatamente a que la niña hubiese quedado hospitalizada en ese momento? **CONTESTADO:** El incremento del compromiso sistémico obliga a la hospitalización; el niño que es los dos opuestos: o muy pasivo diferente a su estado natural, o muy irritable diferente a su estado natural, lo hace sospechar a uno que tiene un proceso infeccioso severo, máxime, pensar en una neuroinfección; el niño que es llorón permanentemente, que grita, que se agarra de la mamá, que actúa de manera diferente a su situación normal, lo hace pensar a uno en una neuroinfección, eso le enseñan a uno los profes de pediatría, chino que llora más de lo mandado párele bolas, porque no es normal que cambie su conducta, puede hacer fiebre, no recibir de comer, por ejemplo es una cosa que es frecuente en cualquier infección, pero ya la irritabilidad y eso no, y realmente en la última hospitalización es cuando hacen referencia a que la paciente estaba muy somnolienta y que estaba ahí como sin ganas de moverse. **PREGUNTADO:** ¿Y ya en el último episodio cuando la menor tenía la “bactoremia”, el tratamiento que se le dio en el hospital en ese último episodio en su concepto fue el adecuado? **CONTESTADO:** Si, usaron un antibiótico que es de una agresividad especial que es la vancomicina que es un derivado de última generación de la penicilina, y la seftriaxona que se supone que esa rompe la barrera hematoencefálica para llegar a los centros nerviosos infectados, entonces utilizaron antibióticos para la neuroinfección. **PREGUNTADO:** Doctor, háganos un favor y nos explica a qué se debe que en el principio del análisis de la información usted habla de un paciente lactante, visto a página 173. **CONTESTADO:** Yo después de que ya había escrito, cuando ya había mandado el concepto me di cuenta que era un error porque la interpretación no era de un menor sino de un niño ya escolarizado. **PREGUNTADO:** Doctor, háganos un favor y nos informa si dado el cuadro febril que presentaba la paciente, ella fue remitida en algún momento al especialista infectólogo. **CONTESTADO:** En el proceso de atención yo no vi registro en infectología, pero sí vi de neurología y de pediatría especializada en UCI. **PREGUNTADO:** En las primeras visitas o salidas al médico de la menor, por urgencias, siempre con el mismo problema de fiebre alta y cefalea, dígame al Despacho por qué motivo sería que no la hospitalizaron. **CONTESTÓ:** Realmente los pacientes hospitalizados deben tener unas condiciones que el médico denomina tóxicas o sépticas, entonces cuando las condiciones del menor están enmarcadas dentro de eso inclusive se describe “piel ceniza” y uno pues no entiende originalmente qué es piel ceniza, y es como un oscurecimiento de la piel que la hace ver como más enferma, entonces **los signos clínicos de toxicidad o sepsis son grandes y esos son los que enmarcan la necesidad de hospitalizar un paciente, los pacientes que permaneces activos que reciben la vía oral, pueden continuar su tratamiento ambulatorio**, máxime que los niños tienen unos cambios cuando los antibióticos funcionan, que son notorios, y cuando no funcionan, también son notorios porque se deprimen casi que de manera inmediata; una persona menor de edad que continúa con la actividad normal no generaría una necesidad de hospitalización. **PREGUNTADO:** Siempre se trató a la paciente como una enfermedad de infección urinaria, ¿usted evidenció qué exámenes de laboratorio específicos para determinar eso se le hicieron a la menor? **CONTESTADO:** Si, en la primera hospitalización le hicieron un parcial de orina que indicó la presencia de una bacteruria y por eso es que toma la decisión el médico de iniciarle el tratamiento antibiótico. **PREGUNTADO:** Posteriormente, si la niña sigue con los mismos síntomas, ¿no cree usted que lo correcto era hacerle el cultivo que usted mismo mencionó acá? **CONTESTADO:** Si, eso es una decisión netamente de la definición del médico pero existen algunas situaciones importantes: la primera, yo expliqué hace un rato que si persistía la fiebre entonces era necesario desarrollar las actividades pertinentes, **y para hacer el urocultivo es en presencia de fiebre porque como está recibiendo un antibiótico el examen se enmascara, entonces no crece así haya presencia, por eso hay que tomar el examen en bacteremia y ya hacer más es un cultivo sanguíneo que de la misma orina, la definición de hemocultivos ambulatorios no se toma frecuentemente**. **PREGUNTADO:** Teniendo en cuenta la edad de la paciente, la sintomatología que siempre presentaba en las consultas, ¿por qué motivo no se le hacen unos exámenes de tomografía o resonancia magnética para establecer la cefalea, siempre el mismo dolor, la misma fiebre? **CONTESTADO:** Los diagnósticos tienen unos índices epidemiológicos entonces no a toda cefalea se le hacen exámenes de neurodiagnóstico, debe estar relacionado con un proceso adicional para establecer el diagnóstico diferencial, sea el resultado del examen; el signo en el momento final fue la presencia de cambios en el comportamiento inclusive en irritación neurológica, que fue cuando se tomó la definición de hacer la resonancia y durante la toma de la misma se hizo un proceso convulsivo. **PREGUNTADO:** Debido a la evolución de la sintomatología que usted menciona, no fue posible la intervención quirúrgica de la menor en su oportunidad para drenar el absceso que menciona, ¿a qué se debió que no se le practicara esa cirugía, según su estudio?



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

CONTESTADO: *En el proceso quirúrgico existe un riesgo adicional de diseminación cuando las cosas se encuentran encapsuladas, y hay que establecer unas condiciones previas del paciente para poder llevarlo al procedimiento quirúrgico; ningún paciente febril aceptan anestesia por seguridad del paciente, por eso se trata de “enfriar” decimos los médicos, que el proceso febril se calme y que no tenga una sintomatología asociada que corra el riesgo de que en el momento del procedimiento quirúrgico haya una diseminación más que un control del proceso, y no sé si aquí en Villavicencio se desarrolle esa tecnología, pero el tratamiento a veces para eso es entrar al absceso a través de un orificio muy pequeño sin necesidad de hacer aperturas grandes, para disminuir el riesgo de diseminación, pues esa es una tecnología de mayor complejidad; tenemos una limitante, realmente no es técnica sino es administrativa, y es que generalmente la red de servicios de las entidades aseguradoras demoran los procesos de remisión en algunas oportunidades, es más los que hemos analizado la responsabilidad final no ha sido de los clínicos sino del proceso administrativo, este no es el caso pero puede ser una de las circunstancias para no desarrollar de manera urgente proceso quirúrgicos.* **PREGUNTADO:** *Se tiene en la historia clínica que la menor, prácticamente a partir del 15 de diciembre y desde el 25 de noviembre ella estaba siendo tratada por un médico general, de acuerdo al protocolo, de acuerdo a la sintomatología de la niña, qué dice el protocolo, cuándo debe ser remitida a los especialistas, bien sea un pediatra, neurólogo, infectólogo?* **CONTESTADO:** *La consulta inicial siempre se hace a través del médico general y el proceso de escalonamiento en niños generalmente en el servicio de urgencias cuenta con el apoyo directo de un pediatra, que es diferente a lo que pasa con los adultos, que los adultos generalmente lo soluciona es el médico general. Creo que en la segunda oportunidad hay una intervención del pediatra, hay que revisar, pero creo que es en la segunda oportunidad.»*

Conforme al anterior panorama, se procede a verificar los presupuestos de la responsabilidad estatal dentro del presente asunto.

4. Verificación de los presupuestos de responsabilidad estatal

Una vez relacionadas las pruebas recaudadas, se procederá a analizar si en el presente asunto se configuraron los elementos que configuran la responsabilidad del Estado por la falla probada del servicio, esto es, i) el daño antijurídico sufrido por los demandantes; ii) la falla en la prestación del servicio médico prestado a la víctima directa; y iii) finalmente, una relación de causalidad o nexo causal entre los dos anteriores.

4.1. El daño.

De acuerdo con las pruebas antes reseñadas, y concretamente el Registro Civil de Defunción N° 06919463 (fl. 20), se desprende que el daño causado a los demandantes se encuentra debidamente acreditado con el hecho de la muerte de la menor Mayra Alexandra Martínez Panqueba.

Acreditado el primer elemento del régimen de responsabilidad en examen, se procede a la verificación del siguiente, esto es, que el mismo sea atribuible a la entidad demandada, debido a que la sola demostración del daño no lo hace antijurídico y susceptible de ser indemnizado.

4.2. Imputación.

Para efecto de establecer la indebida actuación de la administración, impera el principio procesal según el cual quien alega una pretensión debe probarla, (*actori incumbit*



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

probatio), el cual tiene también plena vigencia en el contencioso de responsabilidad, según el cual, la carga probatoria corresponde normalmente al demandante que es quien debe demostrar la ocurrencia de los hechos en virtud de los cuales fundamenta sus pretensiones indemnizatorias.

Con relación a la imputación del daño sufrido por los demandantes, se tiene que la falla del servicio la hace recaer la parte actora, en la atención médica que califica como indebida e inoportuna, recibida por la menor Mayra Alexandra Martínez Panqueba, las tres primeras de las cuatro veces que en total acudió al Hospital Departamental de Villavicencio por presentar síntomas de fiebre y dolor de cabeza, en las que se le diagnosticó infección en las vías urinarias y se le dio el mismo tratamiento ambulatorio con antibióticos pese a persistir los síntomas, habiéndose determinado en la cuarta y última vez que acudió al centro hospitalario, de acuerdo con exámenes especializados, que tenía una neuroinfección derivada al parecer por una sinusitis, la cual terminó con su vida.

Para acreditar esta imputación, la parte actora allegó al plenario la historia clínica de la menor, en la que constan las atenciones prestadas por la entidad demandada, tal como ya han sido detalladas ut supra, y de igual forma fueron analizadas en el informe técnico aportado por la entidad demandada, el cual fue transcrito.

De lo anterior se encuentra el Despacho que no se satisfizo la carga probatoria de demostrar la falla de la administración, pues de las pruebas que pretende hacer valer el extremo activo no se desprende que la atención médica fue inadecuada o inoportuna, pretendiendo estructurar la responsabilidad alegada a partir de una mera elucubración sin sustento en algún concepto científico, según la cual, el hecho de haberse diagnosticado inicialmente una infección de vías urinarias y posteriormente descubrirse que padecía una neuroinfección, es muestra de que la atención no fue la adecuada, sin embargo, al analizar todas las pruebas recaudadas, se encuentra que este análisis resulta apresurado, pues no tiene en cuenta aspectos específicos de la evolución de las afecciones de la menor Mayra Alexandra, como se pasa a exponer a continuación.

Se observa de la historia clínica que obra en el expediente, que al primer ingreso el 25 de noviembre de 2013 a las 7:14 pm, dentro del plan de manejo le fue ordenado un uroanálisis con sedimentos y densidad urinaria (fl.27), y una vez practicado este, a las 9:08 pm se le diagnosticó infección de vías urinarias – sitio no especificado (fl.28-29), siendo esta la causa del diagnóstico inicial, y el tratamiento ordenado fue la administración de cefalexina 500 mg cada 8 horas por 10 días, ácido ascórbico y acetaminofén.

Dos días después – el 27 de noviembre – la menor ingresó nuevamente a las 6:57 pm, refiriendo fiebre, cefalea y dolor pélvico; en el examen físico por sistemas, se dejó la anotación de que presentaba dolor a la palpación profunda en región pélvica (fl.34), lo cual motivó la continuación del tratamiento por la afección inicialmente diagnosticada, teniendo en cuenta además que tan solo habían transcurrido dos (2) días del inicio de aquél.



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

En este punto es importante resaltar la exposición realizada por el Doctor Guillermo Villamil Iregui en la audiencia de pruebas, en la cual sustentó su informe técnico científico, al indicar que no es viable cambiar o “escalonar” a otro antibiótico cuando se inicia tratamiento con uno pese a la persistencia de los síntomas, pues *“ese escalonamiento no se debe hacer antes del tercer o cuarto día porque el uso escalonado de antibióticos de manera indiscriminada no favorece el tratamiento, sino que al contrario lo que hace es generar la resistencia de la que hablábamos”*.

Al tercer ingreso el día 29 de noviembre, la paciente refería los mismos síntomas de fiebre, cefalea y dolor en la zona pélvica al tacto cuando se le realizó el examen físico, al igual que emesis y xantorrea (flujo vaginal amarillo), y se persistió en el tratamiento inicial, lo cual en este caso dio resultado, o por lo menos así se indica en el hecho SÉPTIMO de la demanda al indicar que tuvo una *“aparente leve mejoría”*, lo cual tiene sustento en el hecho de que solo volvió a ingresar por cuarta y última vez al hospital el 15 de diciembre sobre las cero horas – 15 días después –, pues de lo contrario no se explicaría la ausencia de solicitud de atención, y de haberla requerido, ello configuraría una actuación pasiva de su progenitora.

Es importante resaltar también, además de que persistían los síntomas iniciales que conducían a una infección urinaria (fiebre, dolor pélvico a la palpación y xantorrea después), no presentaba algún otro que permitiera inferir la presencia de una neuroinfección, tal como lo manifestó el Doctor Villamil al sustentar su concepto técnico: *“En ninguno de los hallazgos descritos en la historia se establece que hubieran acciones como somnolencia, pérdida de la conciencia, sino lo que se describe es persistencia de la sintomatología inicial, ya al final si en el cuarto episodio sí tenía sintomatología diferente según lo que registra la historia clínica”*, y en ese entendido, no resulta posible endilgar negligencia o mala praxis a la entidad al momento de atender a la paciente las tres primeras veces, pues el examen de orina inicialmente practicado dio cuenta de que existía una infección de vías urinarias, y los síntomas relativos a esta afección persistieron, lo cual pudo, o bien enmascarar la real y verdadera enfermedad que padecía (neuroinfección), o bien haberse presentado una bacteremia, que fue la hipótesis planteada por el galeno en la sustentación de su dictamen, cuando señaló:

*“(…) Se requiere un proceso de bacteremia, la bacteremia es una situación donde las bacterias de cualquier parte del cuerpo ingresan al torrente sanguíneo y cuando se hacen cultivos de la sangre se evidencia la presencia de esas bacterias en la sangre, entonces eso se llama una bacteremia. Cuando uno tiene una bacteremia **puede haber siembra de las sepas a diferentes partes**, al parecer la niña tuvo inicialmente un proceso infeccioso que fue tratado ambulatoriamente y posteriormente hizo una pansinusitis, la pansinusitis, el prefijo “pan” es todo y sinusitis es una inflamación infecciosa de los senos paranasales, los senos paranasales se encuentran ubicados en la región frontal, en la región maxilar, y al interior de la cabeza en la región esfenoidal y en la región etmoidal, son cuatro pares de senos, **ya en ese momento la siembra por extensión al sistema nervioso central es muy sencilla, no tiene que atravesar unas estructuras mayores sino que está ubicada al interior ya del cráneo** (…)”*

El apoderado de los demandantes en sus alegaciones pretendió desvirtuar esta hipótesis, limitándose a transcribir el resultado del examen de tomografía axial computarizada de



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

cráneo, de lo cual no se desprende que dicha hipótesis se encuentre descartada, y simplemente se da cuenta de la consecuencia final, valga decir, la presencia de un empiema (acumulación de pus) extendido frontoparietotemporal, es decir, no se establece allí la causa de la infección, que es lo que pretende satisfacer la hipótesis planteada por el galeno, que, aunque no se encuentra demostrada, resulta ineludible del análisis de la historia clínica, que de presentarse la infección desde el comienzo, la misma fue enmascarada u oculta por los demás rasgos que indicaron que la menor padecía una infección urinaria, incluyendo un examen clínico que así lo estableció, sintomatología que no ameritaba hospitalización, tal como lo dejó sentado el galeno al manifestar que *“los signos clínicos de toxicidad o sepsis son grandes y esos son los que enmarcan la necesidad de hospitalizar un paciente, los pacientes que permaneces activos que reciben la vía oral, pueden continuar su tratamiento ambulatorio”*, y de igual forma, el hecho de no haberse practicado una Tomografía Axial Computarizada de cráneo, pues *“Los diagnósticos tienen unos índices epidemiológicos entonces no a toda cefalea se le hacen exámenes de neurodiagnóstico, debe estar relacionado con un proceso adicional para establecer el diagnóstico diferencial”*.

No se pasa por alto la manifestación hecha por el apoderado de la parte actora, en el sentido de resaltar el vínculo contractual del Doctor Guillermo Villamil Iregui, con el objeto establecer su falta de objetividad al rendir su dictamen, sin embargo, el artículo 219 de la Ley 1437 de 2011 indica que *“Cuando el dictamen pericial sea aportado por las partes, la tacha deberá ser formulada antes de la realización de la audiencia siguiente a la aportación del dictamen y se decidirá en esta.”*, sin que así hubiera obrado el apoderado de los demandantes, sin embargo, en gracia de discusión, la circunstancia del vínculo contractual del galeno con el ente demandado no anula su concepto, sino que implica una valoración minuciosa del mismo en armonía con los demás elementos de convicción que obren en el plenario, análisis del cual el Despacho no encuentra motivo para concluir que el concepto emitido por el galeno adolezca de claridad o que haya incurrido en algún desatino sustancial que vaya en contravía con lo consignado en la historia clínica, tal como lo aclaró en la audiencia de pruebas al sustentar su concepto.

El anterior panorama evidencia que las imputaciones formuladas acerca del actuar negligente de la administración, carecen de sustento probatorio, por consiguiente no se configura el segundo elemento del régimen de responsabilidad extracontractual que se adelanta, toda vez que el daño dilucidado no se puede atribuir a la entidad demandada, por lo cual habrán de despacharse de manera negativa las pretensiones de la demanda.

SOBRE COSTAS

Al respecto el artículo 188 de la Ley 1437 de 2011, indica claramente que salvo en los procesos donde se ventile un interés público habrá condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código de Procedimiento Civil (Ahora Código General del Proceso). En el presente caso, como la parte vencida es la demandada, el pago de las mismas estará a su cargo y serán liquidadas por Secretaría de acuerdo a las normas pertinentes.



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

AGENCIAS EN DERECHO

Ahora bien, según lo preceptuado por el numeral 4º del artículo 366 del Código General del Proceso, para la fijación en agencias en derecho deben aplicarse las tarifas que establece el Consejo Superior de la Judicatura; para el caso de la jurisdicción contencioso administrativo, conforme al Acuerdo 1887 del 26 de junio de 2003. El inciso segundo del numeral 3.1.2 del artículo 6 ídem, prevé que en los procesos contenciosos administrativos adelantados en primera instancia, con cuantía, se establecerá como agencias en derecho hasta el veinte por ciento (20%) del valor de las pretensiones reconocidas o negadas en la sentencia.

Para el efecto debe tenerse en cuenta la gestión adelantada por el apoderado de la parte demandada, ceñido al porcentaje máximo que establece la preceptiva anteriormente enunciada, la cuantía de las pretensiones y las demás circunstancias relevantes evidenciadas en el trámite surtido, por lo que se establecerá la suma de \$300.000.

En mérito de lo expuesto, el JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO, Administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO: NEGAR las pretensiones de la demanda.

SEGUNDO: Condenar en costas a la parte demandante en favor de la parte demandada. Así mismo, fijar por concepto de agencias en derecho, la suma de TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$300.000). Por Secretaría hágase la liquidación respectiva e imprímasele el trámite previsto en el artículo 366 del Código General del Proceso, aplicable por remisión del artículo 188 de la Ley 1437 de 2011.

TERCERO: Ejecutoriada la presente providencia, por Secretaría, si la hubiere devuélvase al interesado el remanente de la suma que se ordenó para gastos del proceso, déjese constancia de dicha entrega y archívese el expediente.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

Firmado Por:

Liceth Angelica Ricaurte Mora
Juez Circuito
Contencioso 002 Administrativa

REPÚBLICA DE COLOMBIA



JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

**Juzgado Administrativo
Meta - Villavicencio**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

22a066bbe099af1f3d94600d8592b426d60b8112c732c99691898123f1248b7c

Documento generado en 16/09/2021 04:32:29 PM

**Valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**