Rama Judicial
República de Colombia

JUZGADO CUARTO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE IBAGUÉ
Ibagué, dieciocho (18) de diciembre de dos mil veinte (2020)

RADICADO Nº:	73001-33-33-004-**2016-00377**-00
MEDIO DE CONTROL:	REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE:	LUIS HUMBERTO RIVAS ROJAS Y OTROS
DEMANDADO:	HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E DE EL ESPINAL Y OTRO
LLAMADO EN GARANTIA:	LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS Y HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E DE EL ESPINAL
Tema:	Falla médica

SENTENCIA

Procede el Despacho a dictar sentencia dentro del presente medio de control de **REPARACIÓN DIRECTA** promovido por el señor **LUIS HUMBERTO RIVAS ROJAS, NIDIA CONSTANZA NIÑO RODRÍGUEZ, MARÍA LUZ MERY RODRÍGUEZ, JAVIER NIÑO RODRÍGUEZ, FERNEY NIÑO RODRÍGUEZ, HERNANDO NIÑO RODRÍGUEZ y LUIS H. RIVAS NIÑO** en contra del **HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E. DE EL ESPINAL -TOLIMA Y LA NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD - NUEVA EPS** radicado bajo el Nº. **73001-33-33-004-2016-00377-00,** al que fueron vinculado en calidad de llamados en garantía **LA PREVISORA S.A**. **COMPAÑÍA DE SEGUROS** y el **HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E. DE EL ESPINAL -TOLIMA.**

1. Pretensiones (fol. 689 y ss del Cuad. Ppal.)

"1- Que se declare civil y/o administrativamente responsable al HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL y a LA NUEVA EPS, por los daños y perjuicios causados a FLORALBA NIÑO RODRIGUEZ, con el actuar negligente, imperito e imprudente y con ausencia a los protocolos, en la prestación del servicio de salud a la paciente.

2- Que se declare civil y/o administrativamente responsable al HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL y a LA NUEVA EPS, por los daños y perjuicios causados a LUIS H. RIVAS NIÑO, con ocasión a la lesión y posterior fallecimiento de su madre con el actuar negligente, imperito e imprudente y con ausencia a los protocolos, en la prestación del servicio de salud a la paciente.

3.- Que se declare civil y/o administrativamente responsable al HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL y a LA NUEVA EPS, por los daños y perjuicios causados a MARIA LUZ MERY RODRIGUEZ, HERNANDO NIÑO RODRIGUEZ, FERNER NIÑO RODRIGUEZ, JAVIER NIÑO RODRIGUEZ y NIDIA CONSTANZA NIÑO RODRIGUEZ, con ocasión a la lesión y posterior fallecimiento de su madre con el actuar negligente, imperito e

imprudente y con ausencia a los protocolos, en la prestación del servicio de salud a la paciente.

Tasación

- *Por el daño a la salud y/o perjuicio fisiológico causado a FLORALBA NIÑO RODRIGUEZ con ocasión a su fallecimiento y lesionamiento a su estado de salud, representada en este caso, para su único sucesor LUIS H RIVAS NIÑO la suma de cien (100) S.M.M.L.V*
- *Por la alteración a las condiciones de la existencia y/o daño a la vida de relación causado a FLORALBA NIÑO RODRIGUEZ con ocasión al postramiento que le impidió disfrutar plenamente su existencia, representada en este caso, para su único sucesor LUIS H RIVAS NIÑO la suma de cien (100) S.M.M.L.V*
- *Por los perjuicios morales causados a FLORALBA NIÑO RODRIGUEZ representada en este caso por su único sucesor, LUIS H RIVAS NIÑO, la suma de cien (100) S.M.M.L.V*
- *Por el lucro cesante dejado de percibir por la señora FLORALBA NIÑO RODRIGUEZ, del cual se harán acreedores su compañero permanente y su hijo, ya que estos dependían económicamente de la paciente.*
- *Por el daño emergente consolidado causado a LUIS H RIVAS NIÑO, la suma de diez (10) millones de pesos, por conceptos de gastos de enfermería, pañales, insumos médicos, entre otros.*
- *Por los perjuicios morales y/o psicológicos padecidos por LUIS H RIVAS NIÑO, con ocasión al postramiento y muerte de su madre, la suma de doscientos (200) S.M.M.L.V*
- *Por los perjuicios morales y/o psicológicos padecidos por LUIS HUMBERTO RIVAS, con ocasión al postramiento y muerte de su compañera permanente, la suma de ciento cincuenta (150) S.M.M.L.V*
- *Por los perjuicios morales y/o psicológicos padecidos por NIDIA CONSTANZA NIÑO RODRIGUEZ, con ocasión al postramiento y muerte de su hermana, la suma de setenta (70) S.M.M.L.V*
- *Por los perjuicios morales y/o psicológicos padecidos por MARIA LUZ MERY RODRIGUEZ, con ocasión al postramiento y muerte de su hermana, la suma de cincuenta (50) S.M.M.L.V*
- *Por los perjuicios morales y/o psicológicos padecidos por HERNANDO NIÑO RODRIGUEZ, con ocasión al postramiento y muerte de su hermana, la suma de cincuenta (50) S.M.M.L.V*
- *Por los perjuicios morales y/o psicológicos padecidos por FERNEY NIÑO RODRIGUEZ, con ocasión al postramiento y muerte de su hermana, la suma de cincuenta (50) S.M.M.L.V*
- *Por los perjuicios morales y/o psicológicos padecidos por JAVIER NIÑO RODRIGUEZ, con ocasión al postramiento y muerte de su hermana, la suma de cincuenta (50) S.M.M.L.V.*

2. Hechos.

Se tienen como hechos relevantes de la demanda los siguientes según se consignó en la audiencia inicial (fol. 1076 y ss):

"1.- Para el día 24 de agosto de 2014, la señora FLORALBA NIÑO RODRIGUEZ sintió malestar físico y dolor abdominal intenso, por lo que acudió en compañía de su hijo LUIS H. RIVAS NIÑO, sobre las 17:25 a la sala de urgencias del Hospital San Rafael del Espinal ESE, en donde a pesar del intenso dolor que manifestó al personal del Hospital, solo fue atendida una hora mas tarde por el Dr. JENARO HELI ARDILA CORTES, a quien manifestó que la noche anterior tuvo la necesidad de ir varias veces al baño y haber amanecido con un leve dolor abdominal en la fosa iliaca derecha, el cual fue avanzando en intensidad hasta tornarse insoportable.

2.- El médico que atendió su caso, ordenó práctica de exámenes, cuyos resultados fueron cargados a su historia clínica sobre las 19:46 horas.

3.- No obstante, lo anterior, sobre las 22:00 horas el médico tratante desconociendo la lex artis, la doctrina médica e incluso las mismas guías adaptadas de manejo de dolor abdominal de la institución, diagnosticó únicamente y de manera precipitada una infección de vía urinaria.

4.- Pese a que el galeno por imprudencia e inobservancia de los principios de atención médica para estos casos, no descartó una enfermedad o una patología de abdomen agudo y hasta quirúrgico, sin tener en cuenta el evidente y característico dolor en fosa iliaca derecha, continuando con su mala praxis, indicó tratamiento con fuertes analgésicos, ordenó la inyección de hioscina N butil bromuro más dipirona, adicionalmente la ingesta de hioscina N butil bromuro 10 mg, finalmente envía a la paciente a su domicilio sin cita para control u observación posterior.

5.- El 25 de agosto de 2014 sobre las 19:01 horas, ingresa de nuevo la paciente por urgencias, en razón a que el dolor en la fosa iliaca derecha persiste de manera intensa y con reacción tórpida al medicamento ord
enado, allí es atendida por el estudiante de pregrado de turno OSAR LUIS CASTRO GUERRERO, quien no solicitó la colaboración del médico supervisor o jefe de turno, a pesar de que carecía de la experticia necesaria que reclamaba un caso de esta índole, en el que no se podía descartar un caso de apendicitis; mientras duró su turno, ni el médico supervisor, ni el docente encargado de verificar la labor de los practicantes valoraron a la paciente, a pesar que se encontraba a la paciente con un abdomen agudo con más de 34 horas de evolución. En esta ocasión, el practicante continuó enfocando mal el caso, situación que contribuyó a la pérdida de tiempo vital para el tratamiento adecuado inmediato.

6.- Sobre las 21:30 se presenta re-valoración general, hemograma con ascenso de leucocitosis, la paciente refirió leve mejoría analgésica, la cual puede decirse que fue falsa debido al tratamiento de analgésicos que traía desde el día anterior, aunado a ello se requirió manejo intrahospitalario con orden de valoración por medicina interna, direccionamiento equivocado de la patología real que termina dilatando el manejo por cirugía general y consumiendo tiempo valioso para la correcta y oportuna intervención de la real patología del paciente.

7.- El 26 de agosto de 2014, sobre las 06:23 horas, la paciente es valorada por manejo intrahospitalario de medicina general, atendida por JUAN DE DIOS BAUTISTA VILLA, quien se limitó a continuar con la seguidilla de yerros cometidos por su colega, a pesar de que se encontraba a la paciente con un abdomen agudo y más de 43 horas de evolución, así que agravando el enmascaramiento de la sintomatología y desconociendo un diagnostico diferencial, continuó con el tratamiento ordenando.
8.- Solo hasta las 12:36 horas se presenta interconsulta por medicina especializada-cirugía, con cuadro clínico de casi 3 días de evolución, se vuelve a ordenar un coctel de analgésicos que incluyen tramadol, hioscina y dipirona.

9.- El 27 de agosto de 2014 a eso de las 7:10 horas se carga informe de estudios radiológicos, el cual no enuncia una ecografía como se había ordenado, sino un tac de abdomen con contraste, que anuncia una apendicitis aguda, hasta las 10:28 horas se carga el reporte, este es adoptado por el médico cirujano quien hasta ese entonces conceptúa que los hallazgos sugieren una apendicitis aguda, por lo que se decide pasar a sala de cirugía para procedimiento quirúrgico.

10.- Sobre las 15:19 horas, tras los exámenes paraclínicos previos, el anestesiólogo da una nota de anestesiología en la que indica que la paciente dada la urgencia debe pasarse a cirugía, ordenando preparar la sala y una cama en la UCI, a las 16:00 horas se le practica a la señora NIÑO RODRIGUEZ gastrostomía previa por laparotomía.

11.- Sobre las 19:43 horas se indica en la historia clínica, que la paciente acompañada de su familia, aceptó y firmó el consentimiento informado, circunstancia que llama poderosamente la atención en razón a que este requerimiento debió ejecutarse previamente al procedimiento, debe observarse también que la advertencia allí plasmada es de muerte, dado el estado clínico y el grado de evolución de la paciente, pues en el curso normal de una apendicetomía de hallazgo oportuno generalmente no existe tal riesgo de muerte.

12.- Antes del ingreso de la paciente a cirugía no se advierten en la historia clínica gestiones administrativas para el traslado a UCI, solo hasta las 18:34 horas se enviaron las solicitudes de remisión a NUEVA EPS y UCI CRITICAL, siendo negligente y tardía dicha gestión, pues ello se encontraba ordenado desde las 15:19 horas.

13.- Tras la salida del quirófano a las 19:00 horas, siguen las fallas, pues contradiciendo lo ordenado por el médico tratante, la paciente se queda en la unidad de recuperación y no ingresa a la UCI, en razón a la negativa de la autorización administrativa y sin posibilidad de traslado en el transcurso de la noche a otra institución.

14.- Posteriormente la paciente tiene un episodio convulsivo, en razón al proceso infeccioso desarrollado como consecuencia de la peritonitis, con paro cardiaco, tras maniobras de reanimación exitosas, la paciente padece una enfermedad cerebro vascular por la ausencia de oxigeno en el cerebro, generándole un daño neurológico severo que la deja postrada y dependiendo de un mecanismo artificial para el mantenimiento de su vida.

15.- Tras varias complicaciones inherentes que son naturales consecuencias al evento de hipoxia cerebral y tras la invasión séptica por cuenta de la peritonitis generalizada, tuvo que padecer un complicado, agónico y penoso estado de salud, que finalmente la lleva al fallecimiento.

3. Contestación de la Demanda.

3.1. HOSPITAL SAN RAFAEL ESE DEL ESPINAL (Fls. 720 y ss)

La apoderada de la Entidad demandada indicó que se opone a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, puesto que según señala, se vislumbra que el derecho a la salud y a la vida de la señora NIÑO RODRIGUEZ, fue garantizado por parte de dicha institución, toda vez que cuando aquella requirió atención por urgencias lo recibió, al igual que los medicamentos necesarios y la prescripción de los exámenes requeridos.

Formuló llamamiento en garantía respecto de la PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.

3.2. NUEVA EPS (Fls. 956 y ss)

A través de apoderado, se opuso a las pretensiones de la demanda y manifestó que en su mayoría los hechos no le constaban. Refirió, que no existe fundamento jurídico o fáctico alguno que pueda conllevar la responsabilidad de esta entidad en relación con los hechos del libelo genitor, así como tampoco, nexo causal entre la actuación de aquella y el desafortunado deceso de la señora NIÑO RODRIGUEZ.

Propuso como excepciones: a) Inexistencia de daño indemnizable imputable a la NUEVA EPS; b) Cumplimiento cabal de las obligaciones de la NUEVA EPS en su condición de asegurador; c) Inexistencia de responsabilidad de NUEVA EPS por hecho de un tercero; d) Inexistencia de falla en el servicio médico imputable a NUEVA EPS e inexistencia de nexo causal entre la actividad de NUEVA EPS y el resultado final; e) Inexistencia de yerro inexcusable en el actuar del médico y la IPS tratante, responsabilidad de medio y no de resultado; f) Ausencia de culpa y ruptura del nexo causal por hecho imputable de manera exclusiva a un tercero; g) Carencia absoluta de prueba de nexo causal entre la omisión endilgada a NUEVA EPS y el daño alegado; h) Inexistencia de responsabilidad por carencia del daño antijurídico; i) Culpa exclusiva de la víctima; j) Cobro de lo no debido y la genérica.

3.3. PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

Mediante apoderado contestó la demanda, oponiéndose a las pretensiones al considerar que no hay material probatorio que las sustenten. Impetró como excepciones: a) Inexistencia de los elementos estructurales de la responsabilidad; b) Inexistencia del daño; c) Inexistencia y falta de acreditación de la obligación que se pretende se indemnice; d) Inexistencia de mala atención médica o mala praxis médica; e) Inexistencia de la obligación de indemnizar; f) Principio de la indemnización e

improcedencia de pagos no asegurados; g) Disponibilidad del valor asegurado; h) póliza claims made; i) Cubrimiento de la póliza; j) La obligación que se endilgue a la sociedad previsora S.A. ha de ser en virtud de la existencia de un contrato de seguro y conforme lo establecido en la póliza 1001936.

Respecto del llamamiento en garantía, expresó que en caso de ser desfavorable la sentencia que se llegue a proferir en este proceso, dicha Aseguradora solamente responderá hasta el monto pactado y establecido en la póliza que resulte afectada 1001936 menos los deducibles correspondientes.

4. Actuación Procesal.

Presentado el proceso ante la Oficina Judicial el día 24 de octubre de 2016 (fol. 693), correspondió por reparto a este Despacho, el cual, con providencia de fecha 3 de noviembre del mismo año, ordenó la admisión de la demanda (fls. 694 y ss).

Notificadas las partes, el Ministerio Público y la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, dentro del término de traslado de la demanda, las Entidades demandadas y la llamada en garantía contestaron la demanda y allegaron las pruebas que pretenden hacer valer (fls. 720 y s.s.)

Mediante providencia del 16 de abril de 2018 se fijó fecha para llevar a cabo la audiencia inicial de que trata el artículo 180 del C.P.A.C.A. (fol. 1062), diligencia que se llevó a cabo el día 6 de junio del mismo año, agotándose en ella la totalidad de sus instancias en legal forma y por ser necesaria la práctica de pruebas se fijo fecha y hora para la audiencia respectiva, la cual se adelantó durante los días 15 de mayo y 21 de agosto de 2019. (Fls. 1108 y ss).

A través de providencia del 28 de enero de 2020, se ordenó a las partes presentar por escrito sus alegatos de conclusión dentro de los diez (10) días siguientes (fol. 1128 y s.s.).

5. Alegatos de las Partes.

5.1. Parte Demandante (fls. 1149 y ss)

Luego de analizar los elementos probatorios arrimados al cartulario, el apoderado de la parte demandante concluyó que aparece debidamente demostrado que existió una cadena de errores que ocasionó que la señora NIÑO RODRIGUEZ no tuviese un diagnóstico ni tratamiento oportuno, los cuales presentó así: a) Error en el diagnóstico inicial por falta de diligencia, ya que los médicos que inicialmente trataron a la señora NIÑO RODRIGUEZ, debieron obrar con diligencia ante las conocidas dificultades de diagnóstico clínico de pacientes con las condiciones físicas de obesidad de la misma; b) La logística hospitalaria falló, no solo porque fueron pocas e inoportunas las reiteraciones para la colocación de la paciente en UCI, la práctica del TAC y la sincronía para advertir la posible suspensión de la enoxaparina ante el diagnóstico ya concretado

de apendicitis, sino también por las tardías valoraciones por parte de los especialistas; c) Las fallas administrativas en que incurrió la NUEVA EPS son palmarias, puesto que quedó evidenciado no solamente que dilató sin justificación alguna la autorización para el ingreso de la paciente a una UCI, sino también, que carecía de un sistema de auditoria que exige la norma para garantizar la prestación de los servicios.

5.2. NUEVA EPS (Fls. 1132 y ss)

Refiere inicialmente el apoderado de la entidad que, para abordar el estudio de este caso, el mismo debe ser analizado bajo tres aristas: La primera, el de la realidad médica de la paciente; la segunda, el de la atención médica brindada a la misma y la tercera, desde el punto de vista administrativo, en lo que tiene que ver con la nueva EPS y sus obligaciones con fundamento en la Ley 100 de 1993.

Respecto de los dos primeros aspectos, indicó que la atención brindada por la IPS (Hospital San Rafael), a la señora NIÑO RODRIGUEZ, se ajusta a los protocolos de servicio, pudiendo concluirse que la evolución del servicio se da dentro de los parámetros de la lex artis, teniendo en cuenta que la patología presentada por aquella, apéndice retrocecal, era de difícil diagnóstico en virtud de su ubicación, lo cual se dificultó aún más, por la obesidad de la paciente.

En cuanto al tercer aspecto, manifestó que de modo alguno puede hablarse de que se presentó una falla en la prestación del servicio por parte de la NUEVA EPS porque: a) La prestación del servicio de urgencias, atención clínica, exámenes, medicamentos y demás situaciones que requería la paciente, le fueron suministradas con cargo a su afiliación sin ningún tipo de negación o demora; b) La internación de un paciente en UCI, debía cumplir con parámetros mínimos para saber su estado y poder autorizar el servicio y c) Se autorizó el ingreso a UCI por fuera de la red de NUEVA EPS dentro un tiempo corto y sin que hubiera cesado el servicio a la paciente.

Con base en lo antes expuesto, solicitó la absolución de dicha entidad, habida consideración que está demostrado que todas las actuaciones de la NUEVA EPS se cumplieron dentro del esquema del sistema general de seguridad social en salud y no negó, alteró, demoró u omitió autorización alguna.

5.3. La Previsora S.A. Compañía de Seguros (Fls. 1129 y ss)

El apoderado de la entidad resaltó que no se observa que respecto del hecho que se demanda como generador del daño, exista, frente al Hospital San Rafael, negligencia, impericia o imprudencia que le endilgue responsabilidad y convoque el deber de reparar a su cargo, toda vez que el deterioro y las consecuencias de los procedimientos practicados a la señora NIÑO RODRIGUEZ, no le son imputables al mismo, puesto que según su historia clínica, la actuación de los galenos y enfermeras que la atendieron se sujetó a la lex artis y fue conforme a la sintomatología que aquella presentaba.

Finalmente, resaltó la disponibilidad del valor asegurado respecto de la póliza que el Hospital San Rafael tiene contratada y los límites del mismo en relación con los daños morales.

CONSIDERACIONES

1. Competencia.

Este Juzgado es competente para conocer y fallar el presente medio de control, por la naturaleza de éste, la entidad accionada, la cuantía y por el factor territorial, todo ello según voces del artículo 104, 155-6 y 156-6 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

2. Problema Jurídico.

En armonía con la fijación del litigio realizada en la audiencia inicial, debe el Despacho establecer si, *¿Son administrativa y extracontractualmente responsables el Hospital San Rafael E.S.E del Espinal y la NUEVA EPS, de los daños antijurídicos causados a los demandantes con ocasión de una presunta falla médica en la atención prestada a la señora FLORALBA NIÑO RODRIGUEZ (q.e.p.d.), que finalmente desencadenó en su muerte, y en consecuencia, si es dable acceder a la reparación solicitada por la parte demandante?*

Igualmente, en caso de accederse a las pretensiones de la demanda, se deberá establecer si las llamadas en garantía LA PREVISORA S.A y EL HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E DE EL ESPINAL, ¿deben o no responder por la condena impuesta y en qué proporción?

3. Tesis Planteadas.

3.1. Tesis de la parte demandante.

Consideró que debe condenarse a las Entidades demandadas al pago de los perjuicios causados a los demandantes, por la indebida atención medica suministrada por parte del Hospital accionado a la señora FLORALBA NIÑO RODRIGUEZ (Q.E.P.D.), así como también, por las fallas administrativas en que incurrió la NUEVA EPS al momento de garantizar la prestación idónea y continua del servicio de salud a la misma, todo lo cual incidió en el deterioro de su estado de salud y su posterior muerte.

3.2. Tesis de la parte demandada – HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL

Sostiene la Entidad demandada que el daño alegado por la parte demandante, no se derivó de la actividad médico asistencial desplegada por el Hospital, toda vez que la actuación del mismo se verificó dentro del marco de la diligencia y prudencia, acatando los procedimientos médicos y brindando a la señora NIÑO RODRIGUEZ toda la atención que requirió.

3.3. Tesis de la parte demandada – NUEVA EPS

Alega que no hay evidencia de la configuración de una falla en la prestación de sus servicios como entidad promotora de salud respecto del caso de la señora NIÑO RODRIGUEZ, puesto que garantizó la continuidad y oportunidad en los procedimientos, exámenes y demás servicios que aquella requirió.

3.4. Tesis de la llamada en garantía PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

Considera que no hay lugar a que la entidad sea condenada a resarcir prejuicios en este caso, puesto que el Hospital San Rafael observó los lineamientos y reglamentos establecidos en los protocolos para la atención inicial de urgencias brindada a la señora NIÑO RODRIGUEZ.

3.5. Tesis del Despacho.

Conforme al epílogo probatorio allegado al plenario, la tesis que sostendrá el Despacho se circunscribe a afirmar que en el presente asunto el daño antijurídico padecido por los demandantes con ocasión del deterioro del estado de salud y posterior fallecimiento de la señora FLORALBA NIÑO RODRIGUEZ (Q.E.P.D.), no resulta atribuible a los entes demandados, en tanto no se encuentra acreditada la falla en el servicio médico prestado.

4. Fundamentos de la Tesis del Despacho.

4.1. La responsabilidad patrimonial del Estado.

El artículo 90 de la Constitución Política de Colombia establece que el Estado debe responder patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas y se requiere de la concurrencia de varios elementos a saber: ***(i)*** el daño antijurídico, ***(ii)*** la imputabilidad jurídica y fáctica del daño a un órgano del Estado y, ***(iii)*** el nexo causal entre el daño y la actuación u omisión de la administración.

El **Daño Antijurídico** es entendido en la jurisprudencia Contencioso – Administrativa como "*la lesión de un interés legítimo, patrimonial o extrapatrimonial, que la víctima no está en la obligación de soportar, que no está justificado por la ley o el derecho*", en otros términos, aquel que se produce a pesar de que *"el ordenamiento jurídico no le ha impuesto a la víctima el deber de soportarlo, es decir, que el daño carece de causales de justificación*"[1].

[1] Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección C. Consejero Ponente: Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Bogotá, D.C., nueve (9) de mayo de dos mil doce (2012). Radicación número: 68001-23-15-000-1997-03572-01(22366).

De acuerdo a una debida interpretación del artículo 90 Constitucional, el H. Consejo de Estado[2] ha enseñado, que la responsabilidad del Estado se origina, de un lado, cuando existe una lesión causada a la víctima que no tiene el deber jurídico de soportar y, de otro, cuando esa lesión es imputable fáctica y jurídicamente a una autoridad pública. Dicha Tesis fue avalada por la Corte Constitucional en Sentencia C-333 de 1993, en donde expresó, que además de constatar la antijuridicidad del daño, el juzgador debe elaborar un juicio de imputabilidad que le permita encontrar un título jurídico distinto de la simple causalidad material que legitime la decisión.

Al referirnos a la **imputación jurídica y fáctica**, debemos remitirnos a lo explicado por la Sección Tercera del H. Consejo de Estado que considera que *"imputar, para nuestro caso, es atribuir el daño que padeció la víctima al Estado, circunstancia que se constituye en condición sine qua non para declarar la responsabilidad patrimonial de este último (…) la imputación del daño al Estado depende, en este caso, de que su causación obedezca a la acción o a la omisión de las autoridades públicas en desarrollo del servicio público o en nexo con él, excluyendo la conducta personal del servidor público que, sin conexión con el servicio, causa un daño"*[3]

A partir de la disposición Constitucional señalada, la jurisprudencia y la doctrina contencioso administrativa han desarrollado distintos regímenes de responsabilidad imputables al Estado, como *(i)* el subjetivo, que se basa en la teoría de la falla del servicio y *(ii)* el objetivo, que obedece a diferentes situaciones en las cuales la entidad demandada está llamada a responder, por un lado, con ocasión del ejercicio de actividades peligrosas o la utilización de elementos de la misma naturaleza, caso en el cual se habla del régimen del riesgo excepcional, y por otro, debido a la ruptura de la igualdad frente a las cargas públicas, caso en el cual estamos en presencia del régimen del daño especial, por ende, corresponde al Juez analizar los hechos de cada caso concreto y determinar el régimen de responsabilidad aplicable, para resolver el asunto sometido a su consideración de acuerdo con los elementos probatorios allegados, aunque el demandante haya encuadrado el contencioso en un título de imputación disímil, pues en acciones de reparación directa, domina el principio de *iura novit curia*.

De otro lado, en cuanto al **nexo de causalidad**, nuestro Órgano de Cierre[4] trayendo a colación apartes de la Doctrina Francesa ha considerado que éste, es el elemento principal en la construcción de la responsabilidad, esto es la determinación de que un hecho es la causa de un daño, pues desde el punto de vista teórico resulta fácil, en criterio de los autores, diferenciar el tratamiento del nexo de causalidad dentro de los títulos objetivo y de falla. En tratándose de la falla del servicio, la relación de causalidad se vincula directamente con la culpa, con la irregularidad o la anormalidad.

En síntesis, existe una cláusula general de responsabilidad patrimonial del Estado, en forma de mandato imperativo, aplicable a todas las autoridades estatales y en todos los

---

[2] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Secció0n Tercera, C.P. Dr. Alier Eduardo Hernández Enríquez, de fecha 01 de marzo de 2006.

[3] Sentencia del 21 de octubre de 1999, expediente 10948, M.P: Alier Eduardo Hernández Enríquez.

[4] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. María Elena Giraldo Gómez, Sentencia del 10 de agosto de 2005, Rad. 73001-23-31-000-1997-04725-01(15127).

ámbitos de la responsabilidad, siendo una garantía para los administrados, con la consecuente obligación para el Estado de repetir contra sus agentes, cuando la administración pública haya resultado condenada y se demuestre la culpa grave o el dolo de los mismos.

4.2. Régimen de imputación derivado de la actividad médica

En torno al régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica, la jurisprudencia ha realizado una transición entre los conceptos de falla presunta y falla probada, siendo la posición actual aquella según la cual, el régimen de responsabilidad que resulta aplicable por la actividad médica hospitalaria es el de falla probada del servicio[5], por lo que en la actualidad, según esta sub-regla jurisprudencial, deben ser acreditados en este punto tres elementos inexcusables por parte del actor, a saber: i) el daño; ii) la falla en el acto médico y iii) el nexo causal, sin los cuales resulta improcedente por esta vía una condena en contra del Estado[6], tal y como lo ha entendido el H. Consejo de Estado al señalar:

> "*Al margen de las discusiones que se presentan en la jurisprudencia y en la doctrina en relación con el régimen probatorio de los elementos de la responsabilidad patrimonial por los daños que se deriven de la actuación médica del Estado,* ***lo cierto es que existe consenso en cuanto a que la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que la misma fue constitutiva de una falla del servicios y que dicha falla fue causa eficiente del daño***."[7] (Negrillas y subrayas del despacho)

Dicho título de imputación opera, como lo señala la jurisprudencia de la Sección Tercera, no sólo respecto de los daños indemnizables derivados de la muerte o de las lesiones corporales causadas, sino que también comprende *"... los que se constituyen por la vulneración del derecho a ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y, como en este caso,* ***por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz****"*[8]*.* (Se destaca)

En consonancia con ello y de acuerdo con lo dispuesto en la jurisprudencia del H. Consejo de Estado, cuando la falla probada en la prestación del servicio médico y hospitalario se funda en la *"lesión al derecho a recibir atención oportuna y eficaz",* se debe observar que ésta produce como efecto la vulneración de la garantía constitucional que recubre el derecho a la salud, especialmente en lo que hace referencia al respeto del principio de integridad en la prestación de dicho servicio.

---

[5] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Sentencia del 09 de julio de 2018, Rad. 08001-23-31-000-2000-01774-01(44961)
[6] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Marta Nubia Velásquez Rico, Sentencia del 19 de abril de 2018, Rad. 76001-23-31-000-2003-03719-01(44222) acumulado con el 76001-23-000-2004-01899-01).
[7] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 23 de junio de 2010, exp. 19.101 C.P. Ruth Stella Correa Palacio.
[8] Sentencia de 7 de octubre de 2009. Exp. 35656.

Ahora bien, según el precedente jurisprudencial constitucional "*la protección al derecho fundamental a la salud no se limita simplemente al reconocimiento de los servicios que se requieren con necesidad; sino que comprende también su acceso de manera* ***oportuna,*** *eficiente y de calidad. La prestación del servicio de salud es oportuna cuando la persona lo recibe en el momento que corresponde para recuperar su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. En forma similar, el servicio de salud se considera* ***eficiente*** *cuando los trámites administrativos a los que se somete al paciente para acceder a una prestación requerida son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no imponen al interesado una carga que no le corresponde asumir. Por otro lado, el servicio de salud es de* ***calidad*** *cuando las entidades obligadas a prestarlo actúan de manera tal "que los usuarios del servicio no resulten víctimas de imponderables o de hechos que los conduzcan a la desgracia y que, aplicando con razonabilidad los recursos estatales disponibles, pueden ser evitados, o su impacto negativo reducido de manera significativa para la persona eventualmente afectada"*[9].

Frente al particular, el órgano de cierre de ésta jurisdicción ha señalado que la falla médica se circunscribe a una consideración básica, según la cual, la *"obligación de prestar asistencia médica es compleja, es una relación jurídica total, compuesta por una pluralidad de deberes de conducta (deber de ejecución, deber de diligencia en la ejecución, deber de información, deber de guardar secreto médico, etc.). Ese conjunto de deberes conforma una trama, un tejido, una urdimbre de la vida social responde a la idea de organización – más que de organismos- en punto a la susodicha relación jurídico total (…) Por tanto, aquel deber jurídico principal supone la presencia de otros deberes secundarios de conducta, como los de diagnóstico, información, recepción de la voluntad jurídica del enfermo –llamada comúnmente consentimiento del paciente-, prescripción, guarda del secreto profesional, satisfacción del plan de prestación en su integridad (actividad que supone no abandonar al enfermo y cuidar de él hasta darlo de alta)"*[10] (Subrayado original)

4.3. La prestación del servicio de salud en el servicio de urgencias.

De conformidad con lo consagrado en el artículo 49 de la Constitución Política modificado por el Acto Legislativo No. 02 de 2009, la salud es un servicio público a cargo del Estado; sin embargo, según lo dispuesto por la Corte Constitucional y recientemente, según lo dispuesto en la Ley 1751 de 2015, la salud además de ser un servicio público es un derecho fundamental de los administrados.

Así las cosas, se tiene que el servicio público de salud en Colombia se encuentra regulado por la Ley 100 de 1993, según la cual son reglas rectoras de su prestación, la equidad , la obligatoriedad , la protección integral , la libre escogencia , la autonomía de las instituciones, la descentralización administrativa, la participación social, la concertación y la imprescindible, calidad del servicio, de donde vale igualmente la pena resaltar que dentro de las características básicas del sistema general de salud, se encuentra el ingreso de todos los colombianos al régimen de seguridad social en aras de garantizar la misma al conjunto de la población colombiana, mediante la debida organización y prestación del servicio público de salud y la atención de urgencias en todo el territorio nacional .

[9] Corte Constitucional, sentencia T-104 de 2010.
[10] Sección Tercera, sentencia de 18 de febrero de 2010. Exp. 17655.

La mencionada Ley 100 igualmente estableció los niveles de complejidad de las instituciones prestadoras de servicios (Baja , Media y Alta) y los niveles de atención que se prestan respecto a las actividades, procedimientos e intervenciones (Nivel I, Nivel II, Nivel III), a los cuales debe corresponder la prestación de los servicios de consulta médica, hospitalización y, en general, todos los eventos, según su complejidad, donde el tercer nivel de atención incluye aquellas intervenciones o enfermedades de alta complicación y costo, que debido a su complicación requieren para su atención, del nivel más especializado y de la mayor calidad de atención humana, técnica y científica .

Ahora bien, el Decreto 412 de 1992 reglamentó la prestación del servicio de salud mediante la atención de urgencias, bajo disposiciones aplicables a todas las entidades prestadoras del servicio de salud públicas y privadas, las cuales, están obligadas a prestar la atención inicial de urgencia, independientemente de la persona solicitante del servicio, en cuyo efecto se adoptaron las siguientes definiciones:

> *"1. URGENCIA. Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.*
>
> *2. ATENCION INICIAL DE URGENCIA. Denominase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.*
>
> *3. ATENCION DE URGENCIAS. Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.*
>
> *4. SERVICIO DE URGENCIA. Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad.*
>
> *5. RED DE URGENCIAS. Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud.*

La red actuará coordinadamente bajo una estructura conformada por subsistemas de información comunicaciones, transporte, insumos, educación, capacitación y de laboratorios.".

De lo anterior se desprende, que dicho Decreto supeditó la atención en urgencias, al nivel de atención y grado de complejidad que a cada entidad le determinara el Ministerio de salud y la fijó desde el momento de la atención hasta que el paciente fuera dado de alta o, en el evento de remisión, hasta el momento en que el mismo ingresara a la entidad receptora.

Posteriormente, el Ministerio de La Protección Social, expidió el Decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007, por medio del cual, se implementó por primera vez, el denominado "Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias" o Triage, en los siguientes términos:

*"**Artículo 10. Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias "triage".** El Ministerio de la Protección Social definirá un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado "triage", el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios".*

Con posterioridad, el Ministerio de Salud y Protección Social expide la **Resolución No. 5596 del 24 de diciembre de 2015,** por medio de la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias "triage", creado a través del decreto precitado, contemplando al efecto un total de cinco categorías dentro de éste sistema, delimitando en consecuencia los elementos necesarios para la categorización de los pacientes dentro de dichos grupos. La resolución en comento asignó responsabilidades en la implementación de los criterios descritos en la norma y contempló además la obligación a cargo de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de establecer tiempos promedio de atención para cada clasificación de triage.

Ahora bien, la jurisprudencia del H. Consejo de Estado ha sido clara en señalar, *"que si bien la responsabilidad de las entidades prestadoras de salud se circunscribe al nivel de atención y grado de complejidad que a cada una le determine el Ministerio de Salud, o el que haga sus veces, lo cierto es que ello no obsta para establecer la responsabilidad de las instituciones médicas en aquellos casos en que no se efectúa una correcta valoración del paciente o cuando se omite la remisión oportuna del mismo"* y que "*si bien el mencionado decreto refiere la responsabilidad de la entidad prestadora de salud desde el momento de la atención, éste momento ha de entenderse desde el instante mismo en que el paciente ingresa al centro médico, clínico u hospitalario, lo cual implica que tal responsabilidad se origina, incluso, cuando el paciente ingresa a sus instalaciones, y aquí nace la obligación de garante de la atención inicial de urgencia y, en consecuencia, del servicio de promoción, protección y recuperación de la salud."*[11]

[11] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Rad. 63001-23-31-000-2000-00519-01(39952)

De lo anterior es posible concluir, que la atención inicial de urgencias, hace parte de los beneficios del Sistema de Seguridad Social en Salud y como tal, debe garantizarse en todo caso y en todo el territorio nacional, como servicio de atención inmediata y sin someterse a períodos de espera injustificados.

4.4. Responsabilidad por error en el diagnóstico.

El diagnóstico ha sido definido por la Sección Tercera del H. Consejo de Estado, como el elemento determinante del acto médico, ya que es a partir de sus resultados que se elabora todo el tratamiento propiamente dicho, al señalar:

> *"Puede afirmarse que el diagnóstico es uno de los principales momentos de la actividad médica, pues a partir de sus resultados se elabora toda la actividad posterior conocida como tratamiento propiamente dicho.*
>
> *De allí que el diagnóstico se termina convirtiendo en un elemento determinante del acto médico, ya que del mismo depende el correcto tratamiento o terapéutica.*
>
> *Cronológicamente el diagnóstico es el primer acto que debe realizar el profesional, para con posterioridad emprender el tratamiento adecuado. Por ello bien podría afirmarse que la actividad médica curativa comprende dos etapas. La primera constituida por el diagnóstico y la segunda por el tratamiento. (…)"*[12].

Igualmente, se ha determinado en la Jurisprudencia de nuestro órgano de cierre, que **el diagnóstico se encuentra conformado por dos etapas** a saber, la primera es aquella donde se realiza la exploración del paciente, esto es, el examen o reconocimiento que va desde la realización del interrogatorio hasta la ejecución de pruebas, tales como palpitación, auscultación, tomografías, radiografías, etc…; en la segunda corresponde al médico analizar los exámenes practicados y emitir su juicio[13].

A la par, esa Corporación ha sostenido que para que el diagnóstico sea acertado, se requiere que el profesional de la salud sea extremadamente diligente y cuidadoso en el cumplimiento de cada una de las fases anteriormente mencionadas, esto es, que emplee todos los recursos a su alcance en orden a recopilar la información que le permita determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente, y en ese sentido, si el médico actuó con la pericia y cuidado antes mencionada, su responsabilidad no queda comprometida a pesar de que se demuestre que el diagnóstico fue equivocado, pues es posible que pese a todos los esfuerzos del personal médico y al empleo de los recursos técnicos a su alcance, no logre establecerse la causa del mal, bien porque se trata de un caso científicamente dudoso

[12] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 Exp.11878. Reiterado en reiterada en las sentencias de 27 de abril de 2011, exp.19.846; 10 de febrero de 2011, exp.19.040; 31 de mayo de 2013, exp.31724; 9 de octubre de 2014, exp.32348; y 2 de mayo de 2016. Exp.36.517
[13] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 Exp.11878. Reiterado en Sentencia del 2 de mayo de 2016. Exp.36.517

o poco documentado, porque los síntomas no son específicos de una determinada patología o, por el contrario, son indicativos de varias afecciones[14].

En conclusión, la jurisprudencia del H. Consejo de Estado ha sido enfática en afirmar que para imputar responsabilidad a la Administración por daños derivados de un error de diagnóstico, se requiere acreditar que el servicio médico no se prestó de manera adecuada por alguno de los siguientes motivos:

> "*i) El profesional de la salud omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban.*
>
> *ii) El médico no sometió al enfermo a una valoración física completa y seria.*
>
> *iii) El profesional omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos y científicos a su alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente.*
>
> *iv) El médico dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad.*
>
> *v) El galeno interpretó indebidamente los síntomas que presentó el paciente.*
>
> *vi) Existe una omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto."*[15]

5. De lo probado en el proceso

- Registro civil de defunción de la señora FLORALBA NIÑO RODRIGUEZ, según el cual, su deceso se verificó el 16 de agosto de 2015. (Fl. 40 del Cuad. Ppal.)

- Registro civil de nacimiento de LUIS H. RIVAS NIÑO. (Fl. 42 del Cuad. Ppal.).

- Registro civil de nacimiento de FERNEY NIÑO RODRIGUEZ (Fl. 43 del Cuad. Ppal.).

- Registro civil de nacimiento de CONSTANZA NIÑO RODRIGUEZ (Fl.44 del Cuad. Ppal.)

- Registro civil de nacimiento de JAVIER NIÑO RODRIGUEZ (Fl. 46 del Cuad. Ppal.).

[14] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 y sentencia del 2 de mayo de 2016. Exp.36.517.
[15] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 02 de mayo de 2018, CP. Jaime Orlando Santofimio Gamboa; Exp. 63001-23-31-000-2000-00519-01(39952)

- Registro civil de nacimiento de MARIA LUZ MERY RODRIGUEZ (Fl. 47 del Cuad. Ppal.)

- Registro civil de nacimiento de LUIS HUMBERTO RIVAS ROJAS (Fl. 48 del Cuad. Ppal.)

- Certificación de servicios funerarios prestados por el fallecimiento de FLOR ALBA NIÑO RODRIGUEZ, por valor de $ 3.400.000, apareciendo como titular la misma y registrando como beneficiarios a su cónyuge LUIS HUMBERTO RIVAS ROJAS y a su hijo LUIS H. RIVAS NIÑO. (Fl. 50 del Cuad. Ppal.).

- Derecho de petición impetrado por el señor LUIS H. RIVAS NIÑO ante el Hospital demandado, solicitando copia de la guía para el manejo de dolor abdominal, infección de vías urinarias y del análisis de evento adverso para el caso de la señora FLORALBA NIÑO RODRIGUEZ, lo cual fue denegado a través de oficio del 8 de marzo de 2016. (Fl. 51 del Cuad. Ppal.).

- Guías para el manejo de Urgencias del Ministerio de Salud. 2009. (Fls. 55 y ss del Cuad. PPal.).

- Historia clínica de la señora FLORALBA NIÑO RODRIGUEZ, procedente del Hospital San Rafael ESE del Espinal y de la Unión Temporal Critical Care Group en la cual se registraron las siguientes anotaciones relevantes para el caso (Fls. 81 a 483 del Cuad. Ppal.):

24/Ago/14 18:37
Consulta de Urgencias por Medicina General
Motivo de la Consulta: Dolor abdominal
Enfermedad Actual: Un día de evolución de dolor abdominal en fosa iliaca derecha, no otro referido. Nocturia anoche.

Antecedentes:
Patológicos: Obesidad – HTA en TTO con enalapril

Inspección General:
Abdomen blando, depresible, no masas, dolor leve difuso en fosa iliaca derecha, no irritación peritoneal.

Concepto y plan de tratamiento
Paciente con dolor abdominal en fid y síntomas urinarios

Exámenes y procedimientos ordenados
-Hemograma III método automático
-Parcial de orina
-Coloración GRAM y Lectura para cualquier muestra

24/Ago/14 22:00
Exámenes paraclínicos previos
Diagnósticos:

Infección de vías urinarias

Concepto y plan de tratamiento:
Hemograma con leucocitosis y neutrofilia
Uroanálisis inflamatorio, gram de orina con bacilos negativos
Persisten síntomas urinarios
Hioscina dipirona
Salida con cefalexina, hioscina

25/Ago/14 19:01
Consulta de Urgencias por Medicina General
Motivo de la Consulta: Dolor
Enfermedad Actual: Paciente con dx de IVU quien reconsulta por disuria y exacerbación de dolor abdominal.

Inspección General:
Abdomen blando dolor a la palpación de predominio en hipogastrio y en fosa iliaca derecha

Concepto y plan de tratamiento
Paciente con cuadro descrioconexacerbación de sintomatología y dolor en el momento, algica con dolor abdominal de predominio en hipogastrio y en fosa iliaca derecha…

Plan:
Hioscina compuesta
Hemograma de control
Revaloración con resultados

Revaloración 21:30
Hemograma con ascenso de leucocitosis…
Paciente refiere leve mejoría analgésica
Al examen físico regular estado general TA 100/60 FC 110…abdomen blando leve dolor a la palpación en hipogastrio no signos de irritación peritoneal. Paciente quien es reconsultante con dolor abdominal y sintomatología urinaria con ascenso de conteo leucocitario en el momento deshidratada taquicardia, se considera requerimiento de manejo intrahospitalario.

Plan:
Observación

Exámenes y procedimientos ordenados
-Interconsulta por medicina especializada -val medicina interna
-creatinina en suero
-proteína c reactiva
- nitrógeno ureico
-Antibiograma mic método automático
-Urocultivo

26/Ago/14 12:36 p.m.
Interconsulta por medicina especializada – Cirugía General

MC: Dolor abdominal
Análisis: Paciente de femenino de 55 años de edad quien cursa con dolor abdominal a estudio. Hemodinámicamente estable al examen físico abdomen blando doloroso en hipogastrio, sensación de masa en cuadrante superior izquierdo, hemograma con leucocitosis en neutrofilia, se solicita ecografía de abdomen total y se valora nuevamente con resultados.

Informe de estudios radiológicos
26/08/2014
Hora: 14:56

Ecografía Abdomen Total

"…no hay liquido libre intraperitoneal ni adenopatías intraperitoneales…"

27/08/2014
07: 10 a.m.

TAC DE ABDOMEN CON CONTRASTE

…Conclusión: Apendicitis aguda retroperitoneal

27/08/2014 09:32
Manejo Intrahospitalario por medicina especializada- Anestesiología
PROCEDIMIEMTO PROPUESTO LAPAROTOMIA
Paciente de 55 años con reingreso por dolor abdominal, está siendo manejada con ana y enoxaparina
Plan 1. Suspender ASA, 6 días antes de cirugía evaluando la urgencia de intervenirla antes; 2. Suspender enoxaparina 12 horas antes del procedimiento

27/08/2014 10:28
Manejo intrahospitalario por medicina especializada -Cirugía
Paciente de 55 años con diagnostico de apendicitis aguda…Paciente en adecuadas condiciones generales

Concepto y Plan de Tratamiento:
Paciente de 55 años de edad quien cursa con apendicitis aguda, en el momento, hemodinamicamente estable, con leucocitosis con neutrofilia reporte de TAC de Abdomen con hallazgos que sugieren apendicitis aguda, por lo que decide pasar a salas de cirugía para procedimiento quirugico.

27/Agos/2014 15:19
Nota de anestesiología
Paciente con dx de apendicitis en preparación prequirúrgica, recibió dosis de enoxaparina a las 7 am se decide pasar a cirugía dada la urgencia de acuerdo con cirugía, a las 12 horas de recibir ultimas dosis de enoxaparina por protocolo.

CIRUGIA

27/Ago/2014
Hora Inicio 18+00 Hora Finalizó 19+00
Diagnósticos quirúrgicos: Apendicitis aguda con peritonitis generalizada

Tipo de Anestesia: General

Diagnostico Quirurgico: Apendicitis aguda con peritonitis generalizada
Descripción de hallazgos: Apéndice retrocecal gangrenosa perforada con pus libre en cavidad

Manejo Intrahospitalario por medicina especializada
27/Ago/14 15:19

Nota de anestesiología
Paciente con dx de apendicitis en preparación prequirúrgica, recibió dosis de enoxaparina a las 7 am se decide pasar a cirugía dada la urgencia de acuerdo con cirugía, a las 12 horas de recibir ultima dosis de enoxaparina por protocolo.

Concepto y plan de tratamiento:
Plan 1: Preparar para cirugía
Plan 2: Reservar cama en UCI

Manejo intrahospitalario por medicina especializada 27/Ago/14 20:19
Nota de Anestesiología

Paciente de 55 años de edad, hipertensa, diabética, obesa, con apendicitis y peritonitis en POP inmediato de laparotomía exploratoria por apendicetomía y drenaje de peritonitis. Procedimiento bajo anestesia general sin aparentes complicaciones.

Paciente con indicación de monitorización clínica estricta, dado el alto riesgo de falla ventilatoria, choque séptico y complicaciones metabólicas y cardiovasculares, se insiste en remisión y/o traslado a Unidad de Cuidados Intensivos/Intermedios para manejo integral.

Manejo intrahospitalario por medicina especializada 28/Ago/14 8:50

Nota de evolución de anestesiología
Paciente de 55 años de edad en unidad de recuperación, ante la imposibilidad de traslado a Unidad de Cuidados Intensivos/intermedios por negativa en autorización administrativa y sin posibilidad en el transcurso de la noche de traslado a otra institución…

…Se considera que a pesar de una evolución clínica con tendencia favorable, se trata de una paciente que requiere monitoria estricta, amplia atención de enfermería por TISS mayor de 10 y que por su condición clínica no permite ser manejada en hospitalización general, se continúan tramites de remisión a Unidad de Cuidados Intensivos/ Intermedios. Continuar con trámites de traslado.

Manejo Intrahospitalario por Medicina Especializada *28/Ago/14 10:02*

Plan
Remisión UCI

27/Ago/14 18:34 Ubicación: Quirófano
Se envía remisión de la PTE a NUEVA EPS y UCI CRITICAL…

…UNION TEMPORAL CRITICAL CARE GROUP
EPICRISIS
FLORALBA NIÑO RODRIGUEZ

Servicio de Ingreso: Hospitalización Cuidado Intensivo Adulto
Fecha de Ingreso: 28/08/2014 10:14 a.m.
Fechan de Egreso: 19/10/2014 3:56 p.m.

ANALISIS Y PLAN
Paciente en POP de laparotomía exploratoria por apendicitis más peritonitis quien durante vigilancia postoperatoria presenta deterioro respiratorio que requirió de aumento de soporte de oxigeno con sistema de oxigenación de alto flujo modo ventury al 50% asociado a caída en diuresis que requirió de inicio de diurético, al momento de ingreso son sepsis severa de origen abdominal además de hallazgos compatibles con edema pulmonar por sobrecarga hídrica se

continua dosis de diurético de asa más tiazida para forzar diuretis, además de terapia respiratoria intensiva y vigilancia respiratoria, continuar antibioticoterapia con amikacina mas clindamicina en espera de modulación de proceso infeccioso abdominal.

DIAGNOSTICOS:

Edema pulmonar
Sepsis severa de origen abdominal
Apendicitis mas peritonitis generalizada
POP laparotomía exploratoria, apendicetomía más drenaje peritonitis generalizada
Hipertensión arterial estadio 1
Obesidad G II…

… Evolución
29/Ago/14 13:34 Hospitalización Cuidado Intensivo Adulto

Procedimiento: Exploración de vena subclavia mas implantación de catéter venoso central subclavio

Evolución
29/Ago/14 19:59
Paciente femenino en la quinta década de la vida en su día 1 de estancia en la UCI por requerir de soporte vasopresor con noradrenalina además de monitoria continua multisistémica en el marco de choque séptico de origen abdominal en posoperatorio laparotomía exploratoria por apendicitis mas peritonitis en manejo…ya con mejor control de cifras tensionales después de inicio de norepinefrina, sin taquicardia, afebril, sin requerir soporte ventilatorio mecánico… se inicia dieta líquida

30/Ago/14 8:50
Retiro reciente de soporte vasopresor
Edema pulmonar en resolución…
Clínicamente con buena evolución tolera destete vasopresor, ya registrando cifras con tendencia a la hipertensión arterial, pero sin taqui o bradicardia, afebril, angor, menor disnea pero aún dependiente de oxigeno por sistema ventury, buen gasto urinario, buen control metabólico, hoy inicia dieta blanda.

30/Ago/14 20:22
…Crisis Hipertensiva Tipo Urgencias…
Paciente femenino de 54 años de edad, día 2 de estancia UCI ahora por crisis hipertensiva tipo urgencia requiriendo en el momento soporte vasoactivo con nitroglicerina, monitoria continua multisistémica en el marco de crisis hipertensivo tipo urgencia pues el edema pulmonar ya estaba previamente y ahora en resolución…

Evolución…
31/Ago/14 03:28

Paciente desde las 1:30 am en promedio manejando mejor control de cifras tensionales promedio 130/80 pero siendo las 2:30 presenta episodio de dificultad respiratoria por aumento de trabajo respiratorio, polipnea y cianosis con subsecuente desaturación además de angor franco, inmediato deterioro de índices de oxigenación y apnea más asistolia…

Se efectúa protocolo de línea isoeléctrica y basado en guías de IPS con soporte de las AHA 2010 se inicia reanimación cardiopulmonar avanzada…

…Tiempo de reanimación: 15 minutos. Paciente femenino sextagenaria con importantes factores de riesgo cardiovascular, hipertensión arterial, obesidad mórbida, sexo femenino, quien se

considera en curso con evento coronario agudo de tipo infarto al miocardio por cambios electrocardiográficos dinámicos por infradesnivel del ST…

Nuevo diagnóstico:
Choque cardiogénico secundario a infarto agudo del miocardio…

31/Ago/14 4:05
Paciente con movimientos tónico clónicos generalizados durante 40 segundos, con pausa de 1 minuto y nuevo episodio de igual índole durante 20 segundos…

…Se sospecha evento cerobrascular…

31/Ago/14 4:26
Paciente bajo soporte ventilatorio mecánico invasivo, soporte vasopresor…

31/Ago/14 10:36
Mujer de 54 años de edad día 3 de estancia en unidad de cuidado intensivo por requerimiento de soporte ventilatorio mecánico invasivo y vasopresor con norepinefrina, monitoria continua multisistémica en el marco de falla ventilatoria secundaria a posible evento coronario vs cerebrovascular, con síndrome convulsivo el cual ha modulado gracias a midazolam y diazepam, en estado post reanimación con dependencia de soporte vasopresor sostenido, choque séptico de origen abdominal en estado posoperatorio de laparotomía exploratoria por apendicitis mas peritonitis…claros factores de riesgo por obesidad, dislipidemia y su misma hipertensión arterial.

Clínicamente en mal estado general…

31/Ago/14 19:40

Mujer de 54 años de edad día 3 de estancia en unidad de cuidado intensivo por requerimiento de soporte ventilatorio mecánico invasivo y vasopresor con norepinefrina, soporte neurológico múltiple…en monitoria continua multisistémica en el marco de falla ventilatoria secundaria a posible evento coronario vs cerebrovascular, en estado post reanimación con dependencia de soporte vasopresor sostenido aunque en destete, choque séptico de origen abdominal en estado posoperatorio de laparotomía…claros factores de riesgo por obesidad mórbida, dislipidemia y su misma hipertensión arterial, presentando 2 picos febriles en las últimas dos horas y presentando drenaje purulento a través de drenes…

Reporte de escanografía cerebral no evidencia eventos agudos isquémicos o hemorrágicos...

1/sept/14 9:28 a.m.

…Mujer de 54 años de edad día 4 de estancia en unidad de cuidado intensivo por requerimiento de soporte ventilatorio mecánico invasivo y vasopresor con norepinefrina, quien cursó con status convulsivo ya modulado, en monitoria continua multisistémica en el marco de falla ventilatoria secundaria a choque séptico de origen abdominal en estado de post reanimación con resto de diagnósticos en estabilización…

7/sep/14 19:03
…Concepto de revista…
Hemodinamicamente continua estable sin cambios de importancia a citar en términos del comportamiento cardiovascular, sin empleo de soporte vasopresor. Clínicamente persiste con importante déficit en términos de la respuesta neurológica dado a pobre función cortical atribuido a estado de post reanimación sin descartar encefalopatía hipóxica isquémico regular..

17/ sept/14 10:34

Paciente femenino de 54 años de edad en día 20 de estancia en UCI para soporte ventilatorio mecánico invasivo alternado con tienda por traqueostomía bajo monitoria continua multisistémica. Clínicamente adecuada evolución, sin soporte vasoactivo, adecuada modulación a proceso infeccioso con antibioticoterapia actual, buen gasto urinario y control metabólico. Paciente quien se encuentra con diagnóstico de encefalopatía hipóxico-isquemico secundario a estado postreanimación en dos ocasiones además de status convulsivo como secuela requirió de traqueostomía para manejo de vía aérea actualmente alternado con ventilación mecánica por traqueostomía adecuada tolerancia a tienda de traqueostomía con ventury al 35%, presentó secuelas neurológicas, se considera paciente se beneficia de ubicación en centro de rehabilitación neurológica e inicio de hospitalización para manejo de paciente neurológico crónico, además de índice de Barthel con grado de dependencia total para actividades cotidianas en espera de respuesta de remisión…

18 oct/14 14:38

Paciente quien es aceptada en clínica Tolima en Ibagué para manejo integral se entrega a personal de ambulancia sin complicaciones…

Diagnostico de egreso:

HIPERTENSION ARTERIAL (PRIMARIA) ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR NO ESPECIFICADA, DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS, APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA, ATENCION DE TRAQUEOSTOMIA, ATENCIÓN DE GASTROSTOMIA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, OBESIDAD, PARO CARDIACO CON RESUCITACION EXITOSA, NEUMONIA BACTERIANA NO ESPECIFICADA…".

- Historia clínica de la señora FLORALBA NIÑO RODRIGUEZ procedente de la Clínica Tolima, en donde permaneció hospitalizada desde el 18 de octubre hasta el 5 de noviembre de 2014, cuando fue dado de alta con un diagnóstico de encefalopatía no especificada: Se consignó en su egreso: *"Paciente con secuelas neurológicas importantes secundario a infarto subseguido mesencefálico y nucleobasal bilateral con postración crónica traqueostomía y gastrostomía. Ya la EPS autorizó el manejo domiciliario integral por lo que se indica salida con traslado en ambulancia."* (Fls. 583 y ss).

- Concepto médico emitido por la Dra. NELLY BELEN ARSUZA MENDOZA, en calidad de subdirectora operativa del Hospital San Rafael de El Espinal E.S.E, en relación con el caso de la señora FLORALBA NIÑO RODRIGUEZ. (Fls. 952 y ss del Cuad. Ppal.).

- Guía de manejo para urgencias del Ministerio de la Protección Social para dolor abdominal agudo e infecciones de las vías urinarias bajas, respectivamente. (Fls. 926 y ss del Cuad. Ppal. 5).

- Memorando del 12 de abril de 2017, suscrito por el director de Acceso a servicios de salud de la NUEVA EPS, el señor YASSER FAROUTH CAMACHO MEJIA, en relación con el historial de la generación de autorizaciones a favor de la señora FLORALBA NIÑO RODRIGUEZ, en lo que tuvo que ver con el traslado a UCI el 27 de agosto de 2014 y con posterioridad. (Fls. 986 y ss). Documento frente al cual se presentó ratificación.

- Testimonio de MARIA CECILIA NUÑEZ, en calidad de empleada doméstica durante la ocurrencia de los hechos en el domicilio de la señora FLORALBA NIÑO RODRIGUEZ desde 19 años atrás y en la actualidad, quien indicó que la misma era una persona saludable, que trabaja en almacenes YEP. Afirmó, que el núcleo familiar de la señora NIÑO RODRIGUEZ estaba conformado por su esposo LUIS HUMBERTO RIVAS ROJAS, periodista de El Espinal y su hijo y que todos eran muy unidos; también afirmó que la misma tenía hermanos MERY, JAVIER y otros, y que todos eran muy unidos, pero que su confidente era CONSTANZA, su hermana inseparable. Señaló que raíz del deceso de su esposa, el señor RIVAS ROJAS quedó postrado en una cama. Manifestó que quien llevaba el sustento a ese hogar y quien por demás le pagaba su sueldo, era la señora NIÑO RODRIGUEZ. Afirmó, que el señor LUIS HUMBERTO ostenta la calidad de pensionado, incluso, para el momento del deceso de la señora NIÑO RODRIGUEZ. Igualmente, refirió que su hijo desde hace 8 años atrás y de forma continua, labora como camarógrafo.

- Testimonio de NELLY BELEN ARSUZA MENDOZA, médico cirujano que labora desde hace 25 años en el Hospital San Rafael, quien suscribió el concepto médico visible a folios 952 y ss del Cuad. Ppal y ostenta en la actualidad el cargo de subdirector operativo. Inicialmente realizó un recuento del caso de la señora NIÑO RODRIGUEZ y la atención médica que se le brindó por parte de dicha institución, precisando la existencia de dificultades para el diagnóstico de un caso de abdomen agudo quirúrgico, más aún teniendo en cuenta la obesidad que presentaba la paciente. Manifiesta que la atención médica se va realizando de forma escalonada, en relación con la práctica de exámenes y el suministro de medicamentos. Precisó que el doctor OSCAR CASTRO, que fue el médico que inicialmente valoró a la paciente, era el médico de servicio social obligatorio para el momento de los hechos y que ya era médico titulado de la Universidad Javeriana para ese entonces. Seguidamente expresó que, en el caso bajo análisis se dio aplicación a los protocolos establecidos al interior de las guías del Ministerio de Salud, puesto que se le realizó examen clínico, laboratorios iniciales, diagnóstico presuntivo inicial y con base en este se le inició un manejo y posteriormente de acuerdo a su evolución y de forma escalonada, se le practicó un TAC al tercer día de evolución que permitió establecer la apendicitis, la cual se manejó de forma quirúrgica e inmediata.

  Arguyó que los medicamentos que se le aplicaron con base en el diagnóstico inicial -infección de vías urinarias-, a la señora NIÑO RODRIGUEZ, no incidió en nada en su diagnóstico posterior; de hecho, afirmó que en algunos casos de apendicitis se maneja el antibiótico.

  Especifica que, en la mayoría de los casos, el apéndice retrocecal, que era el que presentaba la señora NIÑO RODRIGUEZ, es de muy difícil diagnóstico y acaba con la complicación de peritonitis, porque generalmente al palpar el abdomen está blando, a diferencia de lo que ocurre con un apéndice normal, lo que determina el diagnóstico de un abdomen clínico más que quirúrgico en la mayoría de las veces.

Expresa que, ante un dolor en fosa iliaca derecha como el que presentó la señora NIÑO RODRIGUEZ y al haber arrojado negativo el signo de blumberg, existen muchos diagnósticos diferenciales, tales como situaciones ginecológicas, infección de vías urinarias, entre otros. Refirió que en el caso de la señora NIÑO RODRIGUEZ, la infección urinaria fue una impresión diagnóstica y por eso se inició tratamiento.

Finalmente, estableció que los tratamientos y procedimientos practicados a la señora NIÑO RODRIGUEZ, no fueron la causa del fatal desenlace que se dio en su caso, puesto que la misma reaccionó bien a estos; que en cualquier momento puede darse un accidente cardiovascular, más, en quien ya tiene comorbilidades como era su caso. De hecho, descarta tal situación indicando que el paro cardiorrespiratorio sufrido por la señora NIÑO RODRIGUEZ, se dio 3 días después de la cirugía, no al interior de la misma ni dentro de las 24 horas siguientes a ello, al punto que estando en la UCI presentó franca mejoría, lo que se refleja en el hecho del retiro orotraqueal y el inicio de dieta líquida.

- Dictamen pericial rendido por el doctor LUIS EDUARDO SANABRIA RIVERA (Cuad. Dictamen Pericial), quien conceptuó:

“ Se trata de una paciente de 56 años obesa e hipertensa, con comorbilidades que consulta por primera vez el 24 de agosto de 2014 tras un día de evolución de dolor en fosa iliaca derecha, solicitan un cuadro hemático y parcial de orina que muestra leucocitosis con un parcial de orina que muestra contaminación, ya que como principio general se acepta que la presencia de células del epitelio escamoso sugiere contaminación, mientras que si son de aspecto transicional, pueden constituir un hallazgo normal. La aparición de estas células es entonces un factor que puede disminuir el rendimiento operativo del parcial de orina, en el diagnóstico de infección del tracto urinario; no así la presencia de células del tubo renal, que necesariamente deben interpretarse como patológicas y con base en la interpretación del parcial de orina se realiza un manejo inicial con antibiótico y analgésico reconsultando al día siguiente sin mejoría y por un cuadro clínico que ya muestra dolor abdominal en la fosa iliaca derecha sin signos de irritación peritoneal.

En esa segunda consulta se solicitó interconsulta con medicina interna 25 de agosto de 21:30 y posteriormente con cirugía general que mediante primero con una ecografía abdominal que no es concluyente y una TAC abdominal hacen el diagnostico de apendicitis aguda. En las pacientes obesas (reportan peso de 90 Kg) pero no hay talla para realizar un IMC y poder clasificarla, si bien es cierto que el diagnóstico es más difícil, ello implica que junto a la evaluación clínica se requieran de ayudas diagnosticas como ecografía y TAC que definieron en este caso el diagnóstico de la paciente que venía siendo manejada como una infección urinaria. Es claro que el diagnostico oportuno y el consecuente más pronto manejo quirúrgico mejoran el pronóstico del paciente con apendicitis aguda.

La sola leucocitosis con neutrofilia (aumento de leucocitosis y neutrófilos) son síntomas comunes a la infección de vía urinaria y a la apendicitis, por ello en la guía del Ministerio de Salud la TAC es considerada el patrón de oro como examen diagnostico no invasor en la apendicitis aguda. Puede detectar y localizar masas inflamatorias, abscesos y con gran precisión la apendicitis aguda. La TAC es más precisa en el diagnóstico que la ultrasonografía en los adultos y los adolescentes…

En el caso que nos ocupa, al pensar inicialmente el direccionamiento inicial fue hacía medicina interna y no hacía cirugía en el entendido que inicialmente en la segunda consulta se seguía considerando una infección urinaria y en consecuencia, su manejo se direccionó en ese sentido.

Una vez confirmado el diagnostico se pospuso el paso a cirugía en atención a que la paciente recibía heparina de bajo peso molecular al menos por 12 horas de acuerdo a un protocolo que menciona anestesia, lo que llama la atención es que existe una nota previa a la decisión quirúrgica por parte del cirujano "27 de agosto de 2014 a las 9:32 anestesiología reporta: DX dolor abdominal. Procedimiento propuesto laparotomía. Paciente de 55 años con reingreso por dolor abdominal, está siendo manejada con asa y enoxaparina. Concepto y plan de tratamiento: Suspender ASA 6 días antes de la cirugía, evaluando la urgencia de intervenirla antes. Suspender enoxaparina 12 horas antes del procedimiento. El día 27 de agosto de 2014, a las 10:28 registran el reporte de ecografía compatible con apendicitis aguda y en reporte de TAC abdominal que concluye aspecto compatible con apendicitis aguda retro perineal. Se decide laparotomía.

El cirujano realiza el procedimiento de laparotomía infraumbilical y apendicectomía y drenaje de peritonitis el 27 de agosto de 2019 iniciando a las 18:00 y terminando a las 19 horas de conformidad con la técnica con la que usamos para este tipo de patología. La paciente permanece en recuperación a pesar de que el anestesiólogo en nota previa del 27 de agosto de 2014 15:19 en su concepto y plan de tratamiento: Preparar para cirugía y reservar cama en UCI y en nota posterior a las 19:30 horas ya en post operatorio la nota del 28 de agosto a las 8:30 horas insiste en la necesidad de la cama de UCI. En su ingreso a UCI el 28 sobre las 10:31 horas se justifica la estancia en UCI por necesidad de monitorización cardiovascular hemodinámica, respiratoria, metabólica, infecciosa continua, alto riesgo de complicaciones …Se ingresa con diagnóstico de edema pulmonar por sobrecarga hídrica, sepsis severa de origen abdominal, apendicitis más peritonitis generalizada, pop laparotomía exploratoria.

En la UCI el 31 de agosto de 204 del Hospital San Rafael registran paciente 2:30 presenta episodio con subsecuente desaturación además de tener angor franco con inmediato deterioro de índices de oxigenación y apnea más asistolia. Se realiza reanimación cerebro cardiopulmonar por 15 minutos…

Las Secuelas de la encefalopatía anoxoisquemica que incluyen epilepsia secundaria, secuelas neurológicas, desacondicionamiento físico, sepsis y toda la cadena de eventos posteriores se producen como efecto del paro cardiorespiratorio a un choque séptico en el post operatorio de una apendicitis perforada con peritonitis generalizada.

La sepsis se define como un trastorno orgánico potencialmente mortal provocado por una respuesta desregulada del huésped a la infección. El choque septicémico es un sobconjunto de la sepsis que incluye trastornos circulatorios y celulares, metabólicos asociados con un mayor riesgo de mortalidad. ".

- Testimonio de CAMILA ANDREA MURILLO, informando que en su calidad de auxiliar de enfermería se le encomendó el cuidado en casa de la señora FLORALBA NIÑO RODRIGUEZ, una vez fue dada de alta, quien presentaba traqueostomía y sonda nasogástrica. Entre las atenciones que debía brindarle mencionó que le correspondía alimentarla debido a que ella no podía hacerlo por sus propios medios, cambiarla de posición, administración de medicamentos y estar pendiente de ella. Afirma que empezó a laborar en el domicilio de la señora NIÑO RODRIGUEZ a finales de 2014, entre octubre y noviembre y que permaneció hasta el 16 de agosto de 2015 cuando aquella falleció. Indicó que durante el tiempo que prestó sus servicios, conoció al cónyuge y al hijo de la señora NIÑO RODRIGUEZ y que eran ellos quienes integraban su núcleo

familiar, afirmando que eran muy unidos entre sí. Igualmente aseveró que conoció a las hermanas de la señora NIÑO RODRIGUEZ, haciendo referencia a una de ellas, la señora Constanza.

Indicó que a los pocos días de iniciar con ese trabajo se acabó el convenio que mediaba entre la empresa privada en la que laboraba y la NUEVA EPS pero que el mismo se reanudó; sin embargo, durante esos días en que este cesó, el hijo de la señora NIÑO RODRIGUEZ asumió el pago de sus servicios y de la otra enfermera que laboraba allí también.

6. CUESTION PREVIA

De acuerdo a la doctrina, el testimonio es la declaración que realiza un tercero, ajeno a la contención, pues no tiene relación jurídica procesal con las partes; sobre los hechos que le constan por percepción directa.

El artículo 211 del CGP dispone:

"Cualquiera de las partes podrá tachar el testimonio de las personas que se encuentren en circunstancias que afecten su credibilidad o imparcialidad, en razón de parentesco, dependencia, sentimientos o interés en relación con las partes o sus apoderados, antecedentes personales y otras causas.

La tacha deberá formularse con expresión de las razones en que se funda. El juez analizará el testimonio en el momento de fallar de acuerdo a las circunstancias de cada caso".

La tacha es un cuestionamiento que se realiza respecto del testigo, bien por sus calidades personales, bien por sus relaciones afectivas o convencionales con las partes, de modo que su declaración pueda estar influenciada por elementos ajenos a su simple percepción, lo que lo torna en "sospechoso".

Son fundamentos de la tacha, i) la inhabilidad del testigo, las relaciones afectivas o comerciales, iii) la preparación previa al interrogatorio, /y) la conducta del testigo durante el interrogatorio, y) el seguimiento de libretos, vi) la inconsonancia entre las calidades del testigo y su lenguaje y vii) la incongruencia entre los hechos narrados. La tacha se formulará en la audiencia respectiva y se resolverá en sentencia, a menos que se trate de una inhabilidad, caso en el cual se deberá resolver inmediatamente.

Ahora bien, teniendo en cuenta que en este caso se formuló tacha respecto de las testigos NELLY BELEN ARSUZA MENDOZA y MARIA CECILIA NUÑEZ respectivamente, el Despacho, teniendo en cuenta lo que al respecto ha señalado el H. Consejo de Estado de forma reiterada[16], indicará que, como quiera que la tacha no implica que la recepción y valoración de esta prueba se torne improcedente, sino que exige del juez un análisis más severo a fin de establecer el grado de credibilidad que la

[16] Sentencia del 17 de enero de 2012, Consejo de Estado, Sala Plena de lo Contencioso Administrativo. C.P. Carmen Teresa Ortiz de Rodríguez. Radicación No. 110010315000 201100615 00

misma ofrece, así se realizará en este caso al momento de adelantar la valoración probatoria, verificando por demás, la eficacia probatoria de tales medios de convicción.

7. CASO CONCRETO

Efectuadas las anteriores precisiones y relacionado el material probatorio obrante en el expediente, corresponde al Despacho verificar si en el asunto *sub examine* se estructuran o no los presupuestos necesarios para que se configure la responsabilidad del Estado, esto es, la ***1)*** La existencia de un daño antijurídico; ***2)*** Que le sea imputable al Estado (imputabilidad) y, ***3)*** Que haya sido producido por una acción u omisión de una entidad pública o de alguno de sus agentes (causalidad).

7.1 La existencia de un daño antijurídico.

Tanto la doctrina como la jurisprudencia han coincidido en que el primer elemento de la responsabilidad lo constituye el daño, a tal punto que su inexistencia o la ausencia de prueba sobre su existencia, hace inocuo el estudio de los demás elementos de la responsabilidad, como son el título de imputación y el nexo de causalidad entre el daño y la actuación estatal[17].

El daño antijurídico ha sido definido por la jurisprudencia como la afectación, menoscabo, lesión o perturbación a la esfera personal (carga anormal para el ejercicio de un derecho o de alguna de las libertades cuando se trata de persona natural), a la esfera de actividad de una persona jurídica (carga anormal para el ejercicio de ciertas libertades), o a la esfera patrimonial (bienes e intereses), que no es soportable por quien lo padece bien porque es irrazonable, o porque no se compadece con la afirmación de interés general alguno.[18]

Dentro del presente asunto, el daño se hace consistir en el menoscabo y/o deterioro del estado de salud de la señora FLORALBA NIÑO RODRIGUEZ (q.e.p.d) y su posterior muerte, ocurrida el 16 de agosto de 2015, lo cual, se encuentra debidamente acreditado con la Historia clínica de la misma y con el Registro Civil de Defunción visto a folio 40 del Cuad. Ppal.

En consecuencia, se tiene que en el presente asunto se encuentra acreditada la existencia del daño antijurídico, por lo cual, pasa el Despacho a realizar el correspondiente juicio de imputación, que permita determinar si el mismo es atribuible a la demandada, o si por el contrario, opera alguna de las causales exonerativas de responsabilidad.

---

[17] Consejo De Estado, Sala De Lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Dr. ALIER EDUARDO HERNANDEZ ENRIQUEZ, proferida el 8 de junio de 2006, en la Radicación número: 08001-23-31-000-1988-05057-01(15091), Actor: JAIME ELIAS MUVDI ABUFHELE.

[18] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera; CP. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, proferida el 10 de agosto de 2010; Exp. 23001-23-31-000-2008-00281-01 (51167)

7.2. Imputabilidad del daño a las Entidades demandadas - Nexo causal.

La imputación no es otra cosa que la atribución fáctica y jurídica que del daño antijurídico se hace al Estado de acuerdo con los criterios que se elaboren para ello, como por ejemplo la falla del servicio, el desequilibrio de las cargas públicas, la concreción de un riesgo excepcional, o cualquiera otro que permita hacer la atribución en el caso concreto.

Al respecto, el Despacho debe empezar por indicar que la historia clínica aportada por la parte demandante junto con el escrito de demanda, da cuenta de los siguientes hechos:

La señora FLORALBA NIÑO RODRIGUEZ (q.e.p.d.) ingresó al servicio de urgencias del Hospital demandado, el día 24 de agosto de 2014, por presentar dolor abdominal en fosa iliaca derecha de un día de evolución, siendo valorada a las 18:37 p.m., consignándose además por el galeno tratante, que la noche anterior la misma presentó nocturia. Realizada la inspección general de la paciente, se anotó que además de estar afebril, presentaba un abdomen blando y un dolor leve difuso en la fosa iliaca derecha sin irritación peritoneal, prescribiéndole los siguientes exámenes: Hemograma III, parcial de orina y coloración gram.

Siendo las 21:44 p.m. del mismo día, salen los resultados de los exámenes prescritos y practicados a la paciente, y, a las 22:00 el médico tratante diagnostica una infección urinaria, prescribiéndole de manera ambulatoria a la señora NIÑO RODRIGUEZ (q.e.p.d.) los siguientes medicamentos: Cefalexina y Hioscina.

Desde ese momento de atención inicial por urgencias, se consignan en la historia clínica de la paciente como antecedentes, la obesidad y la hipertensión en tratamiento.

El 25 de agosto de 2014, siendo las 19:01 p.m., la señora NIÑO RODRIGUEZ (q.e.p.d.) reconsulta por disuria y exacerbación del dolor abdominal, siendo examinada nuevamente por el médico tratante en el área de urgencias del Hospital San Rafael, quien al realizar la inspección general a la paciente consigna que la misma se encuentra afebril, presenta un abdomen blando a la palpación de predominio hipogástrico y en fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal.

Luego de lo anterior, señala como plan a seguir, el suministro de hioscina, la práctica de un hemograma de control y la revaloración con tales resultados, la cual se verifica a las 21:30 horas del mismo día, ordenándose el manejo intrahospitalario de la paciente y la valoración por medicina interna.

Según las anotaciones de la historia clínica, el 26 de agosto de 2014 a las 12:36 p.m. la señora NIÑO RODRIGUEZ (q.e.p.d.) es valorada por el cirujano general, quien consigna que se trata de una paciente femenina de 55 años de edad, quien cursa con dolor abdominal a estudio y que presenta polaquiuria. Hemodinámicamente estable. Al examen físico abdomen blando doloroso en hipogastrio, sensación de masa en

cuadrante superior izquierdo, hemograma con leucocitosis en neutrofilia, solicitándose la realización de una ecografía de abdomen total.

La historia clínica relaciona que el 26 de agosto de 2014, siendo las 14:56 p.m., a la señora NIÑO RODRIGUEZ (q.d.e.d.) se le practica una ecografía de abdomen total simple, la cual no arroja mayores resultados, siéndole practicada el día siguiente a las 7:00 a.m., TAC de abdomen con medio de contraste; examen este que concluye que la misma presenta apendicitis aguda -retroperitoneal.

El 27 de agosto de 2014, la paciente es valorada a las 9:32 a.m. por el anestesiólogo quien consignó en su anotación que el procedimiento a llevar a cabo en su caso era una LAPAROTOMIA y que para tal efecto se llevaría a cabo como plan: Plan 1. Suspender ASA, 6 días antes de cirugía evaluando la urgencia de intervenirla antes; 2. Suspender enoxaparina 12 horas antes del procedimiento.

A la hora siguiente, la señora NIÑO RODRIGUEZ (q.e.p.d.) fue valorada por el cirujano quien consignó que se trataba de una paciente de 55 años de edad quien cursa con apendicitis aguda, en el momento, hemodinamicamente estable, con leucocitosis con neutrofilia reporte de TAC de Abdomen con hallazgos que sugieren apendicitis aguda, por lo que decide pasar a sala de cirugía para procedimiento quirúrgico.

Siendo las 15:19 p.m. del 27 de agosto, el anestesiólogo consigna como anotación que la paciente ya se encuentra en preparación prequirúrgica, puesto que había que esperar un tiempo después del suministro de la enoxaparina y que solicita reservar para la misma, una cama en UCI.

La cirugía se adelanta a las 18:00 horas del 27 de agosto de 2014, siendo finalizada a las 19:00 horas, luego de lo cual, se consigna una nota de anestesiología que resalta que el procedimiento se adelantó bajo anestesia general sin aparentes complicaciones; que se procede a la extubación de la paciente sin complicaciones, quien presenta agitación psicomotora, dejándosele oxígeno por ventury; que a las 20:05 la paciente presenta una mejora discreta del patrón respiratorio y se observa alerta y orientada. Finalmente, se consigna por dicho especialista que, a pesar de una evolución clínica con tendencia favorable, se trata de una paciente de 55 años hipertensa, diabética y obesa, con apendicitis y peritonitis en POP, que requiere monitoría estricta, amplia atención de enfermería por TISS mayor de 10 y que por su condición clínica no permite ser manejada en hospitalización general, por lo que se solicita se continúan tramites de remisión a Unidad de Cuidados Intensivos/ Intermedios, debido el alto riesgo de falla ventilatoria, choque séptico y complicaciones metabólicas y/o cardiovasculares.

Lo siguiente que se registra es que a las 10:02 del día siguiente, esto es, del 28 de agosto de 2014, la señora ÑINO RODRIGUEZ ya se encontraba en la UCI de UNION TEMPORAL CRITICAL CARE GROUP que se ubica al interior del mentado Hospital.

En la historia se consignan como condiciones de la paciente:

Paciente en POP de laparotomía exploratoria por apendicitis más peritonitis quien durante vigilancia postoperatoria presenta deterioro respiratorio que requirió de aumento de soporte de oxígeno con sistema de oxigenación de alto flujo modo ventury al 50% asociado a caída en diuresis que requirió de inicio de diurético, al momento de ingreso son sepsis severa de origen abdominal además de hallazgos compatibles con edema pulmonar por sobrecarga hídrica se continua dosis de diurético de asa más tiazida para forzar diuretis, además de terapia respiratoria intensiva y vigilancia respiratoria, continuar antibioticoterapia con amikacina más clindamicina en espera de modulación de proceso infeccioso abdominal.

DIAGNOSTICOS:

Edema pulmonar
Sepsis severa de origen abdominal
Apendicitis mas peritonitis generalizada
POP laparotomía exploratoria, apendicetomía más drenaje peritonitis generalizada
Hipertensión arterial estadio 1
Obesidad G II…

Al día siguiente, es decir, el 29 de agosto a las 19:59 se indica que un día de evolución, la paciente presenta mejor control de cifras tensionales después de inicio de norepinefrina, sin taquicardia, afebril, sin requerir soporte ventilatorio mecánico, por lo que se inicia dieta líquida.

Para el 30 del mismo mes y año, se precisa respecto del estado de salud de la paciente, que se encuentra clínicamente con buena evolución, tolera destete vasopresor; sin embargo, se registra que hay tendencia a la hipertensión arterial, pero sin taquicardia o bradicardia, que se encuentra afebril, con buen gasto urinario, buen control metabólico, iniciando dieta blanda. A las 20:22 horas del mismo día, se registra que la paciente presente crisis hipertensiva tipo urgencia requiriendo en el momento soporte vasoactivo con nitroglicerina, monitoria continua multisistémica en el marco de crisis hipertensivo tipo urgencia.

A las 3:28 a.m. del 31 de agosto, se indica:

Paciente desde las 1:30 am en promedio manejando mejor control de cifras tensionales promedio 130/80 pero siendo las 2:30 presenta episodio de dificultad respiratoria por aumento de trabajo respiratorio, polipnea y cianosis con subsecuente desaturación además de angor franco, inmediato deterioro de índices de oxigenación y apnea más asistolia…

Se efectúa protocolo de línea isoeléctrica y basado en guías de IPS con soporte de las AHA 2010 se inicia reanimación cardiopulmonar avanzada…

…Tiempo de reanimación: 15 minutos. Paciente femenino sextagenaria con importantes factores de riesgo cardiovascular, hipertensión arterial, obesidad mórbida, sexo femenino, quien se considera en curso con evento coronario agudo de tipo infarto al miocardio por cambios electrocardiográficos dinámicos por infradesnivel del ST…

A las 4:05 a.m. del mismo día se registra:

Paciente con movimientos tónico clónicos generalizados durante 40 segundos, con pausa de 1 minuto y nuevo episodio de igual índole durante 20 segundos…

…Se sospecha evento cerobrascular…

A las 10:36 a.m.

Mujer de 54 años de edad día 3 de estancia en unidad de cuidado intensivo por requerimiento de soporte ventilatorio mecánico invasivo y vasopresor con norepinefrina, monitoria continua multisistémica en el marco de falla ventilatoria secundaria a posible evento coronario vs cerebrovascular, con síndrome convulsivo el cual ha modulado gracias a midazolam y diazepam, en estado post reanimación con dependencia de soporte vasopresor sostenido, choque séptico de origen abdominal en estado posoperatorio de laparotomía exploratoria por apendicitis más peritonitis…claros factores de riesgo por obesidad, dislipidemia y su misma hipertensión arterial.

Clínicamente en mal estado general…

A las 19:40 p.m.:

Mujer de 54 años de edad día 3 de estancia en unidad de cuidado intensivo por requerimiento de soporte ventilatorio mecánico invasivo y vasopresor con norepinefrina, soporte neurológico múltiple…en monitoria continua multisistémica en el marco de falla ventilatoria secundaria a posible evento coronario vs cerebrovascular, en estado post reanimación con dependencia de soporte vasopresor sostenido aunque en destete, choque séptico de origen abdominal en estado posoperatorio de laparotomía…claros factores de riesgo por obesidad mórbida, dislipidemia y su misma hipertensión arterial, presentando 2 picos febriles en las últimas dos horas y presentando drenaje purulento a través de drenes…

Al día siguiente, se consigna que la falla ventilatoria presentada por la señora NIÑO RODRIGUEZ (q.e.p.d) fue secundaria a choque séptico de origen abdominal.

El 17 de septiembre se indica:

Paciente femenino de 54 años de edad en día 20 de estancia en UCI para soporte ventilatorio mecánico invasivo alternado con tienda por traqueostomía bajo monitoria continua multisistémica. Clínicamente adecuada evolución, sin soporte vasoactivo, adecuada modulación a proceso infeccioso con antibioticoterapia actual, buen gasto urinario y control metabólico. Paciente quien se encuentra con diagnóstico de encefalopatía hipóxico-isquémico secundario a estado postreanimación en dos ocasiones además de status convulsivo como secuela requirió de traqueostomía para manejo de vía aérea actualmente alternado con ventilación mecánica por traqueostomía adecuada tolerancia a tienda de traqueostomía con ventury al 35%, presentó secuelas neurológicas, se considera paciente se beneficia de ubicación en centro de rehabilitación neurológica e inicio de hospitalización para manejo de paciente neurológico crónico, además de índice de Barthel con grado de dependencia total para actividades cotidianas en espera de respuesta de remisión…

Luego de lo cual, el 18 de octubre del mismo año, la señora FLORALBA NIÑO RODRIGUEZ (q.e.p.d.), es aceptada en la Clínica Tolima para manejo integral, en donde permaneció hospitalizada desde el 18 de octubre hasta el 5 de noviembre de 2014, cuando fue dado de alta con un diagnóstico de encefalopatía no especificada, autorizándose por parte de la NUEVA EPS su manejo en casa, en donde finalmente fallece el 16 de agosto de 2015.

Efectuado el anterior recuento fáctico a partir de las anotaciones registradas en la historia clínica de la señora FLORALBA NIÑO RODRIGUEZ (q.e.p.s.d), pasará el Despacho a analizar entonces, junto con los demás medios de prueba, si se configuran las fallas imputadas a los entes accionados por la parte accionante.

En el presente asunto, los demandantes alegan que la falla imputable al Hospital demandado, consistió en un error en el diagnóstico de la apendicitis aguda que padecía la señora FLORALBA NIÑO RODRIGUEZ durante la atención que se le brindó durante su estancia allí, lo que a su juicio, retardó la intervención quirúrgica que se le debía practicar de manera inmediata y le desencadenó en una peritonitis generalizada, que no solo le generó el deterioro de su salud sino que le acarreó posteriormente su muerte.

Al respecto, ha de indicarse que en relación con el acto médico propiamente dicho, que es el tema de interés para la solución del caso concreto, se señala que los resultados fallidos en la prestación de ese servicio, tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento o en las intervenciones quirúrgica, **no constituyen una falla del servicio, cuando esos resultados son atribuibles a causas naturales,** como aquéllos eventos en los cuales el curso de la enfermedad no pudo ser interrumpido con la intervención médica, **bien porque el organismo del paciente no respondió como era de esperarse a esos tratamientos,** o porque en ese momento aún no se disponía de los conocimientos y elementos científicos necesarios para encontrar remedio o paliativo para esas enfermedades, o porque esos recursos no están al alcance de las instituciones médicas del Estado.

En consecuencia, frente a tales situaciones, la falla del servicio deviene de la omisión de utilizar los medios diagnósticos o terapéuticos aconsejados por los protocolos médicos; por no prever, siendo previsibles, los efectos secundarios de un tratamiento; por no hacer el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, bien para modificar el diagnóstico o el tratamiento y, en fin, de todas aquellas actuaciones que demuestren que el servicio fue prestado de manera diferente a como lo aconsejaba la lex artis.

Frente a este tópico oportuno resulta señalar lo que el H. Consejo de estado sostuvo en pronunciamiento del 23 de junio de 2010:

"…La valoración del acto médico debe efectuarse de manera cuidadosa, teniendo en cuenta que en general, los médicos actúan sobre personas que presentan alteraciones de la salud, lo que implica el desarrollo de diversos procesos en sus organismos, que tienen una evolución propia y, sin duda, en mayor o menor grado, inciden por sí mismos en la modificación o agravación de su estado, al margen de la intervención de aquéllos. Al respecto, considera la Sala acertadas las siguientes observaciones formuladas por el profesor Alberto Bueres:

> *'...creemos que el mero contacto físico o material entre el actuar profesional y el resultado, no siempre ha de ser decisivo para tener por configurada la relación causal, pues en la actividad médica el daño no es, de suyo, en todos los casos, revelador de culpa o de causalidad jurídica (adecuada). En rigor, a partir de la evidencia de que el enfermo acude al médico por lo común con su salud desmejorada, a veces resulta difícil afirmar que existe un daño y, en otras oportunidades, los tropiezos se localizan en el establecer si ciertamente el daño (existente) obedece al actuar médico o si deriva de la evolución natural propia del enfermo.*
>
> *'Esta última afirmación nos conduce de la mano a reiterar que en tema de responsabilidad galénica, el contacto físico entre un profesional y un paciente que experimenta daños, no permite indefectiblemente imputar estos daños al susodicho profesional, pues las pruebas aportadas al*

proceso, con suma frecuencia, suscitan dudas acerca de si el obrar médico fue en verdad el que ocasionó los perjuicios...Frente al daño médico, es muy común que las constancias procesales pongan de manifiesto que el perjuicio pudo ocurrir por el hecho del profesional o por una o varias causas ajenas derivadas fortuitamente del propio estado de salud del enfermo –amén de los supuestos de hecho (o culpa) de éste último...". [19]

Y es que uno de los momentos de mayor relevancia en la prestación del servicio médico lo constituye el diagnóstico, porque a partir del mismo se define el tratamiento a seguir a continuación para el manejo de la patología; es por ello, que cuando este no es definitivo o conclusivo, porque los síntomas pueden indicar varias afecciones, se incurre en falla del servicio cuando no se agotan los recursos científicos y técnicos al alcance para determinar con precisión y oportunidad, cuál es la enfermedad que sufre el paciente, que es entonces, lo que pasará a verificar esta instancia si se presentó frente a la señora NIÑO RODRIGUEZ durante su estancia en el Hospital demandado, lo cual resulta ser una actividad no poco compleja, pues tal y como lo ha precisado tanto la doctrina como la jurisprudencia, *"resulta relativamente fácil juzgar la conducta médica ex post",* pero no debe desconocerse que *al momento de evaluar al paciente, el médico esta ante un juicio incierto, ya que la actividad de la medicina no puede asimilarse a una operación matemática*. Así lo aseveró el máximo Tribunal de esta Jurisdicción[20]:

"Así las cosas, lo que debe evaluarse, en cada caso, es si se utilizaron todos los recursos, esto es, si se practicaron los procedimientos adecuados para llegar a un diagnóstico acertado, lo que obliga, en no pocos eventos, a distinguir entre la responsabilidad de los médicos y la de las instituciones prestadoras del servicio de salud, dada la carencia o insuficiencia de elementos para atender debidamente al paciente.

(…) Se hace evidente aquí uno de los problemas más frecuentes en el análisis de la responsabilidad por daños causados en la prestación del servicio de salud, sobre todo cuando se trata de error en el diagnóstico: la necesidad de valorar elementos de carácter científico, que complican, sin lugar a dudas, la actividad judicial.

Y no olvida la Sala la advertencia hecha anteriormente sobre lo relativamente fácil que puede resultar el juzgamiento ex post de la conducta de los médicos, quienes se encuentran siempre, al efectuar el diagnóstico, ante un panorama incierto. Se impone, entonces, concluir que al médico no le es cuestionable el error en sí mismo, sino el comportamiento inexcusable que lo llevó a cometerlo.".

Ahora bien, acreditado se encuentra que la señora NIÑO RODRIGUEZ (q.e.p.d.) consultó por primera vez el servicio de urgencias del Hospital San Rafael de El Espinal, el 24 de agosto de 2014 por presentar cuadro de un día de dolor abdominal en fosa iliaca derecha y nocturia la noche anterior, siendo valorada a las 18:37 p.m. por el médico de turno, quien además de consignar como antecedentes la obesidad y la hipertensión en tratamiento, señaló que la paciente se hallaba afebril, con abdomen

[19] Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 23 de junio de 2010, exp. 19.101, C.P. Ruth Stella Correa Palacio
[20] Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000, exp. 11.878, C.P. Alier Eduardo Hernández Enríquez.

blando y sin irritación peritoneal, prescribiéndole la práctica de los siguientes exámenes: Hemograma III, parcial de orina y coloración gram y lectura para cualquier muestra.

A folio 83 del Cuad. Ppal. Uno, se vislumbran los reportes de tales exámenes siendo las 21:44 p.m. del 24 de agosto de 2014, así:

"…Parcial de Orina
Leucocitos 1-5
Células epiteliales 5-10
Bacterias +++

…Hemograma
Recuento de leucocito 15.900
Neutrofilos 90
…".

Una vez revisados por el galeno tratante a las 22:00 horas del mismo día de consulta, determinó como diagnóstico infección urinaria, prescribiendo como tratamiento a seguir, el suministro de cefalexina y hioscina y dando salida a la paciente, señora NIÑO RODRIGUEZ (q.e.p.d.).

Al día siguiente, la señora NIÑO RODRIGUEZ (q.e.p.d.) reconsulta por disuria y exacerbación del dolor abdominal, razón por la cual, el médico tratante una vez la valora y recibe los resultados de los exámenes de control y evidencia en ellos el ascenso del conteo leucocitario, decide su manejo intrahospitalario.

Y es en esta atención inicial -antes de la valoración por la especialidad de cirugía general-, en la cual centra la parte demandante la configuración de la falla del servicio, al considerar que es allí donde se presenta una falla por un error de diagnóstico al haber determinado inicialmente que la patología con la cual cursaba la señora NIÑO RODRIGUEZ era una infección urinaria. Sin embargo, como pasará a exponerse, dadas las circunstancias particulares que rodearon el caso sometido a decisión, advierte el Despacho que tal falla no se configura.

Sea lo primero advertir, que una vez la paciente es valorada por el galeno tratante el primer día que consulta por el área de urgencias, al presentar dolor abdominal en fosa iliaca derecha y nocturia, éste, además de efectuar la inspección general de la misma, procede a ordenarle la práctica de tres exámenes de laboratorio, que se erigen en tres

exámenes de diagnóstico básico: Hemograma[21], parcial de orina[22] y coloración gran y lectura para cualquier muestra[23], que permiten detectar una amplia cantidad de enfermedades incluidas las infecciones, la apendicitis e incluso, hasta la leucemia, actuación que a la luz de la lex artis, aparece debidamente justificada, porque la paciente, según se consignó en la historia clínica, además de referir el dolor abdominal también indicó síntomas urinarios.

Ahora bien, una vez el profesional de la salud contó con el resultado de tales exámenes a las 21:44 p.m., a las 22:00 p.m., procedió a revalorar a la paciente con los mismos, lo que evidencia por demás la oportunidad e inmediatez en la atención médica recibida por aquella, estableciendo que la misma para ese momento, dada la sintomatología que presentaba y los resultados arrojados por los exámenes, cursaba con una infección urinaria, prescribiéndole medicamentos analgésicos y antibióticos para tal efecto.

En este punto es oportuno resaltar, que el Dr. Luis Eduardo Sanabria Rivera, médico perito que rindió la experticia ya relacionada, precisó en la misma, que los resultados arrojados por los laboratorios tomados a la señora NIÑO RODRIGUEZ (q.e.p.d.), esto es, el incremento de los leucocitos y neutrófilos, son comunes a las infecciones urinarias y a la apendicitis, lo cual evidencia entonces, que no era desacertado pensar que la misma estaba presentando una infección urinaria como se estableció en la atención médica inicial, máxime si se tiene en cuenta como ya se indicó, la presentación de síntomas urinarios, al haber referido que la noche anterior a la que consultó el servicio de urgencia presentó nocturia que es la micción nocturna frecuente, así como el hecho de que a la palpación su abdomen siempre se encontró blando y sin síntomas de irritación peritoneal.

---

[21] Un hemograma completo es un análisis de sangre que ayuda al médico a conocer la cantidad total de varios tipos distintos de células sanguíneas. Un hemograma completo mide: Los glóbulos rojos, que distribuyen oxígeno a distintas partes del cuerpo; los glóbulos blancos, que ayudan a combatir las infecciones y las plaquetas, que ayudan a la sangre a coagularse, deteniendo los sangrados. Un hemograma proporciona información a los médicos, sobre posibles problemas de salud, como la anemia, las infecciones, las inflamaciones y otras afecciones. https://kidshealth.org/es/parents/labtest4-esp.html#:~:text=Un%20hemograma%20completo%20es%20un,ayudan%20a%20combatir%20las%20infecciones

[22]El análisis de orina es una prueba diagnóstica que se utiliza con mucha frecuencia en la medicina y que consiste en recoger una pequeña cantidad de orina para después analizarla en el laboratorio. Gracias ella podemos obtener información que ayuda al diagnóstico de patologías habituales o urgentes tales como infecciones urinarias, enfermedades de los riñoes e incluso diabetes. https://www.webconsultas.com/pruebas-medicas/analisis-de-orina-12386

[23]La coloración de gram es una herramienta diagnóstica ya que en primera instancia permite caracterizar tamaño, forma y/o agrupación bacteriana y el germen predominante en una infección o en muestras contaminadas con microbiota normal. por medio del gram se puede diferenciar entre cocos, bacilos y cocobacilos, además de si son gram negativos o positivos, lo cual es importante para que el medico tome decisiones terapéuticas. https://kidshealth.org/es/parents/labtest4-esp.html#:~:text=Un%20hemograma%20completo%20es%20un,ayudan%20a%20combatir%20las%20infecciones

Aunado a lo anterior, debe indicarse que, aunque en la pericia aludida se cuestionan los resultados arrojados por el parcial de orina practicado a la paciente por presentar células epiteliales, lo que a juicio del perito determinaba la contaminación de la prueba y por ende la imposibilidad de determinar un diagnóstico con base en la misma, lo cierto es que la literatura médica señala que, *"La presencia de células epiteliales en la orina se considera normal y generalmente no tiene relevancia clínica, ya que indica una descamación natural del tracto urinario que son eliminadas en la orina."*[24], sin embargo, en algunos casos también puede significar menopausia, problemas renales e infecciones urinarias entre otras, debiendo ser el médico tratante el que junto con la evaluación de los demás elementos del caso -otros exámenes, edad del paciente y la valoración del mismo, tome la respectiva decisión.

Ahora bien, la paciente reconsulta al día siguiente por presentar aumento del dolor abdominal, pero adicionalmente, según se consignó en la historia clínica, presentó también disuria -ardor al orinar-; es decir, que para ese momento de la segunda consulta por el área de urgencias, la señora NIÑO RODRIGUEZ presentaba a la par del dolor abdominal, síntomas urinarios, siendo valorada por el médico de turno esa noche del 25 de agosto de 2014, quien además de ordenar la toma de un hemograma de control y evidenciar el ascenso en el conteo leucocitario, determina su manejo intrahospitalario, la toma de diversos exámenes, así como también, la interconsulta por el área de medicina interna; sin embargo, la siguiente valoración que recibe la señora NIÑO RODRIGUEZ, según las anotaciones de la historia clínica es por el área de cirugía general, el 26 de agosto de 2014, prescribiéndosele la práctica de una ecografía de abdomen total, la cual fue practicada ese mismo día, pero, como la misma no arrojó mayores resultados, al día siguiente se le tomó un TAC a fin de establecer el diagnóstico definitivo en el presente caso, una apendicitis aguda retroperineal.

Por lo antes expuesto, considera esta instancia que no se avizora la falla aludida por la parte demandante en la atención inicial brindada a la señora NIÑO RODRIGUEZ (q.e.p.d.), puesto que en el comportamiento del primer y segundo galeno que atendió a la misma, no puede evidenciarse la existencia de una omisión en el empleo de los medios diagnósticos o terapéuticos aconsejados por los protocolos médicos para diagnosticar y tratar ese tipo de casos, puesto que dadas las circunstancias particulares del mismo, esto es, la ausencia de fiebre y de irritación peritoneal en la paciente, la presencia de un abdomen blando en la misma al momento de la auscultación y su obesidad, la presentación de síntomas urinarios junto con los resultados de los exámenes practicados, hacían que no fuera la apendicitis, el único posible diagnostico que pudiera emitirse; máxime si se tiene en cuenta que, la apendicitis aguda es una enfermedad que se presenta generalmente en pacientes jóvenes, disminuyendo su frecuencia en forma importante a partir de los 50 años de edad y en este caso, la paciente superaba ese rango[25].

---

[24] https://www.tuasaude.com/es/celulas-epiteliales-en-orina/

[25] https://www.cirujanosdechile.cl/revista_anteriores/PDF%20Cirujanos%202002_02/Cir.4_2002%20Apendicitis%20aguda%20.pdf

Significa lo anterior, que la sintomatología presentada por la señora NIÑO RODRIGUEZ (q.e.p.d.), junto con los resultados arrojados por los exámenes iniciales a ella practicados, podían ser indicativos de varias afecciones, incluida la infección urinaria que se le diagnosticó inicialmente, al punto que incluso, la ecografía de abdomen que le fuera ordenada por el cirujano y que se encuentra comprendida en la guía médica del Ministerio de la Protección Social para el Manejo de la apendicitis aguda, como examen diagnóstico, tampoco arrojó un resulta que permitiera establecer un diagnóstico definitivo, motivo por el cual se le tomó una TAC, con cual finalmente su pudo llegar a ello.

Lo anterior, fue respaldado con el testimonio de la Dra. NELLY BELEN ARZUSA MENDOZA, quien precisó como para efectos de emitir el diagnóstico definitivo en un caso determinado, ante la presencia de sintomatología que pueda reflejar diversas patologías, deben irse realizando de manera escalonada, los exámenes y procedimientos, a efectos de establecer un diagnóstico definitivo, pues no desde el inicio se comienza con la práctica de los exámenes más invasivos o que representen de alguna manera un mayor riesgo para el paciente.

Siendo así las cosas, de modo alguno, puede este Despacho concluir que, en el caso de la señora NIÑO RODRIGUEZ (q.e.p.d.), el Hospital demandado no agotó los recursos científicos y técnicos que tenía a su alcance para determinar con precisión y oportunidad, cuál era la enfermedad que aquejaba a la misma, o que se evidencia en el proceder de los galenos que atendieron a la misma al interior de dicha institución hospitalaria, que hubieren actuado de forma negligente o deficiente en los servicios médico hospitalarios prestados a la precitada señora NIÑO RODRIGUEZ, lo cual impide argüir entonces que en su caso, se configuró la falla del servicio alegada por la parte demandante, sin que sea necesario entrar a efectuar un pronunciamiento sobre las actuaciones médicas posteriores adelantadas por el Hospital, puesto que sobre las mismas no se edifica cuestionamiento o reproche alguno, lo cual no obsta para precisar, que se evidencia a partir de los diferentes elementos probatorios aquí arrimados, que se surtieron conforme a lex artis.

De otra parte, y como quiera que este caso se solicitó también, la declaratoria de responsabilidad de la NUEVA EPS, bajo el entendido de que no autorizó de forma oportuna y diligente, el traslado de la señora FLORALBA NIÑO RODRIGUEZ (q.e.p.d.), a una UCI, una vez fue intervenida quirúrgicamente, pese a que así lo había prescrito el anestesiólogo que participó en el procedimiento quirúrgico que se le practicó el 27 de agosto de 2014 -*apendicetomía de drenaje de peritonitis generalizada*-, deberá el Despacho indicar que dicha solicitud también será despachada desfavorablemente, habida consideración que no hay prueba alguna de dicho comportamiento omisivo; por el contrario, se desvirtuó lo indicado por el perito al precisar que el ingreso de la mentada paciente a la UCI de CRITICAL CARE GROUP se verificó solamente hasta el 31 de agosto de 2014, puesto que de la historia clínica misma se desprende que para el 28 de ese mismo mes y año, aquella ya se encontraba en horas de la mañana al interior de la misma y según lo registrado, en adecuado proceso de recuperación.

Y, si bien es cierto que durante las horas siguientes a la realización del procedimiento quirúrgico, la señora NIÑO RODRIGUEZ (q.e.p.d.), permaneció en el área de recuperación mientras se verificaba su traslado a la UCI, ello per se no permite establecer que durante dicho lapso permaneció sin el monitoreo constante que se le prescribió ni que ello fue la causa determinante de las complicaciones que le sobrevinieron posteriormente, puesto que según da cuenta la historia clínica, la misma estuvo monitoreada permanente, al punto que dos horas antes de su ingreso a la UCI se consignó por el especialista, una evolución clínica con tendencia favorable.

De conformidad entonces con todo lo referido, para el despacho, la falla del servicio médico prestado por las entidades demandadas no se logra acreditar, por lo que se impone el negar las pretensiones de la demanda.

COSTAS

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 188 del C.P.A.C.A., salvo en los procesos donde se ventile un interés público, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil, hoy C.G.P.

A su turno, el artículo 365 del C.G.P., fija las reglas para la condena en costas, señalando en su núm. 1º que se condenará en costas a la parte vencida en el proceso.

Así las cosas, se condenará en costas procesales de ésta instancia a la PARTE DEMANDANTE, siempre y cuando se hubieren causado y en la medida de su comprobación, incluyendo en la liquidación el equivalente a un Salario Mínimo Legal Mensual Vigente por concepto de agencias en derecho, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo No. PSAA16-10554 agosto 5 de 2016, expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, a favor de cada una de las entidades demandadas.

En mérito de lo expuesto el JUZGADO CUARTO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE IBAGUÉ, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

R E S U E L V E:

PRIMERO: NEGAR las pretensiones de la demanda interpuesta por el señor LUIS HUMBERTO RIVAS Y OTROS en contra del HOSPITAL SAN JOSÉ RAFAEL DE EL ESPINA E.S.E y la NUEVA EPS, conforme a los argumentos expuestos en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: CONDENAR en costas a la parte demandante por las razones expuestas con antelación, incluyendo como agencias en derecho la suma de un Salario Mínimo Legal Mensual Vigente, a favor de cada una de las entidades demandadas. Por Secretaría liquídense.

TERCERO: **ORDENAR** la devolución de los remanentes que por gastos del proceso consignó la parte demandante, si los hubiere.

CUARTO: En firme ésta providencia, archívese el expediente, previas constancias de rigor y anotaciones en el Sistema Informático Justicia Siglo XXI.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

SANDRA LILIANA SERENO CAICEDO
JUEZA